

# PRZYPADEK CIĄŻY WEWNĄTRZMACICZNEJ Z JEDNOCZESNYM WSPÓLISTNIENIEM CIĄŻY POZAMACICZNEJ – JAJOWODOWEJ USUNIĘTEJ OPERACYJNIE

A CASE OF COMBINED EXTRAUTERINE – TUBAL AND INTRAUTERINE PREGNANCY  
SURGERY TREATED

Marek Walczyk<sup>1</sup>, Olga Adamczyk-Gruszka<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Oddział Ginekologii i Położnictwa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach

Kierownik Oddziału: lek. med. Rafał Rudziński

<sup>2</sup> Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Włodzimierz Baranowski

## STRESZCZENIE

Przedstawiamy przypadek ciąży heterotopowej u 26-letniej pacjentki przyjętej na oddział w 8 tygodniu ciąży z silnymi dolegliwościami bólowymi brzucha trwającymi od kilku godzin. W badaniu USG stwierdzono żywą 8-tygodniową ciążę w jamie macicy, guz lewych przydatków oraz wolny płyn w jamie otrzewnej. Wykonując laparotomię, usunięto lewy jajowód z pękniętą ciążą pozamaciczną. Ciężarna w 38 tygodniu ciąży, rozwiązana przez cięcie cesarskie, urodziła noworodka płci męskiej o wadze 3000 gram.

**Słowa kluczowe:** ciąża heterotopowa, ciąża pozamaciczna jajowodowa, leczenie operacyjne ciąży ekotopowej.

## SUMMARY

We report a case of heterotopic pregnancy in 26-year-old woman. The patient was admitted to the hospital at 8 weeks gestational age with strong abdominal pain lasting few hours. Pelvic ultrasonography revealed alive 8-week intrauterine pregnancy, left adnexal tumor and free fluid in the peritoneal cavity. A left salpingectomy was performed with removal of ruptured ampulla with ectopic pregnancy. The intrauterine pregnancy proceeded to 38 weeks, was terminated by cesarean section, resulting in birth of a healthy male infant of 3000 grams.

**Key words:** heterotopic pregnancy, extrauterine-tubal pregnancy, surgery treatment.

## WSTĘP

Ciąża heterotopowa definiowana jest jako jednoczesne występowanie ciąży wewnątrz jamy macicy z ciążą poza jej obrębem [1]. Naturalnie poczęta ciąża heterotopowa jest bardzo rzadkim powikłaniem, którego częstość, w oparciu o matematyczny model wykorzystujący wskaźnik ciąż mnogich i ciąż ekotopowych oszacowano na 1/30000 ciąż [2]. Jednak leczenie niepłodności za pomocą metod wspomaganego rozrodu zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia ciąży heterotopowej 400-krotnie w porównaniu z naturalnym poczęciem i może wystąpić aż w 1,1% przypadków [3, 4].

Do głównych objawów ciąży heterotopowej należą: ból podbrzusza (80%), guz w obrębie przydatków (43%), powiększona macica (42%), krwa-

wienie z dróg rodnych (32%). Oznaczenie poziomu BHCG nie jest pomocne w diagnostyce ciąży heterotopowej, gdyż jego poziom jest najczęściej odpowiedni do wieku ciąży wewnątrzmacicznej [2].

Spośród metod diagnostycznych najbardziej przydatne są badanie USG oraz, w razie pojawienia się cech podrażnienia otrzewnej, laparoscopia diagnostyczna wykonywana w tym przypadku nawet, gdy w USG stwierdza się ciążę wewnątrzmaciczną [2, 5–7].

Współistnienie ciąży wewnątrzmacicznej i ekotopowej stanowi duże ryzyko dla życia zarówno matki, jak i płodu [8]. Stan ten niesie około 1% ryzyka zgonu matki [4], które jest znacząco większe niż częstość zgonów w „zwykłych” ciążach pozamacicznych – 0,3/1000 [9]. Jest to spowodowane trudnościami w rozpoznaniu tego stanu prowadzącymi do późniejszej interwencji, gdy doszło do pęknięcia ciąży eko-

topowej. Ogólne szanse na przeżycie ciąży wewnątrzmacicznej są duże i wynoszą od 65% do 92% [2, 4].

Spośród wielu metod leczenia ciąży heterotopowej w opisanym przypadku zastosowano leczenie operacyjne, wykonując laparotomię i usuwając cały jajowód z jajem płodowym. Związane było to z ciężkim stanem ogólnym ciężarnej, obecnością krwi w jamie otrzewnej oraz wielkością zmiany w badaniu USG przekraczającej 30 mm. Obecność tych objawów jest przeciwwskazaniem do leczenia zachowawczego – podania metotrexatu do jajowodowo pod kontrolą USG, a niestabilność hemodynamiczna występująca u pacjentki – do laparoskopii. Usuwając cały jajowód, redukuje się ryzyko powikłań obserwowanych po salpingotomii, tj. przetrwałe krwawienie i pozostawienie resztek trofoblastu oraz obecność prawidłowego jajowodu po stronie przeciwnej nie zmniejsza szans płodności pacjentki [8].

## OPIS PRZYPADKU

W dniu 24.11.2006 roku 26-letnia pierwiastka w 8. tygodniu ciąży (OM 26.09.2006) została przyjęta na Oddział Ginekologii i Położnictwa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach z silnymi dolegliwościami bólowymi w lewym podbrzuszu, trwającymi kilka godzin. W badaniu ginekologicznym stwierdzono bardzo silną bolesność w rzucie lewych przydatków oraz Zatoce Douglasa, brzuch napięty z cechami podrażnienia otrzewnej, ASM 100/min, RR 100/50mmHg.

W badaniu USG uwidoczniło się w jamie macicy płód jeden żywy – FHR 150/min, CRL 12,9 mm=7,5 HBD. Za macicą stwierdzono znaczną ilość wolnego płynu. Przydatki były prawe bez zmian. W rzucie lewych przydatków zauważono podłużną o niejednorodnej echogenności strukturę o wymiarach 6 cm / 2 cm, mogącą odpowiadać poszerzonemu jajowodowi.

Wyniki badań laboratoryjnych były następujące: morfologia krwi – eryt 4,25M/mm<sup>3</sup>, hkt 35%, hgb 12,6g/dl, wbc 11,48m/mm<sup>3</sup>, trop 297m/mm<sup>3</sup>; mocznik – badanie ogólne bez zmian; AST 20u/L, ALT 11u/L, Bil 0,68mg/dl, Urea 14mg/dl, glu 96mg/dl, Na 146 mEq/L, K 4,5 mEq/L.

Ze względu na nasilenie się dolegliwości bólowych z towarzyszącym im zasłabnięciem pacjentki wykonano w warunkach sali operacyjnej punkcję Zatoeki Douglasa. Po uzyskaniu krwi z jamy otrzewnej zdecydowano się na otwarcie brzucha i wprowadzono leczenie przeciwwstrząsowe.

Laparotomię wykonano przez nadłonowe cięcie poprzeczne. Stwierdzono macicę wielkością odpowiadającą 8 tygodniowi ciąży, 350ml krwi w jamie otrzewnej, zmieniony częściowo jajowód lewy

z krwawieniem trąbkowym oraz prawidłowe przydatki prawe. Wycięto całkowicie lewy jajowód z elementami jaja płodowego i zszyto kikut rogu macicy.

W badaniu histopatologicznym stwierdzono w jajowodzie obecność tkanki trofoblastu i kosmówki potwierdzające ciążę ekotopową.

W kontrolnym badaniu USG EV, wykonanym po zabiegu, stwierdzono w jamie macicy płód żywy CRL 13,2 mm = 8,1HBD oraz krwiak zakosmówkowy o wymiarach 3 cm / 2 cm.

Pacjentka w stanie ogólnym dobrym w 7. dobie po zabiegu została wypisana do domu z zaleceniem stosowania pochodnych progestagenów oraz oszczędzającego trybu życia.

Ciężarną ponownie hospitalizowano w 32. tygodniu ciąży z powodu zagrażającego porodu przedwczesnego. Włączono leczenie tokolityczne i po wyciszeniu czynności skurczowej macicy pacjentkę wypisano do domu.

W dniu 23.06.2007 roku ciężarną rozwiązano w 38. tygodniu ciąży przez planowe cięcie cesarskie z powodu blizny w rogu macicy po poprzedniej laparotomii. Pacjentka urodziła syna w stanie dobrym (pkt w skali Apgar 9–10) o masie 3000 g i długości 54 cm. Hospitalizacja po zabiegu przebiegła bez powikłań. Pacjentkę i noworodka wypisano do domu w 5. dobie.

## OMÓWIENIE

Naturalnie poczęta ciąża heterotopowa jest zjawiskiem rzadkim i niesie ze sobą ryzyko wyższej śmiertelności oraz umieralności matek i płodów. Rozpoznanie może być przeoczone, dopóki nie wystąpią charakterystyczne objawy związane z pęknięciem jajowodu, tj. ciężki stan ogólny chorej, bóle brzucha z cechami podrażnienia otrzewnej, krwawienie z dróg rodnych.

W opisanym przypadku, w związku z wyżej wymienionymi objawami, najbezpieczniejszą metodą leczenia było wykonanie laparotomii z usunięciem całego jajowodu z jajem płodowym. Operację przeprowadzono w sposób maksymalnie atraumatyczny.

Pomimo powikłania, jakim było powstanie krwiaka zakosmówkowego, ciążę udało się utrzymać, donosić i szczęśliwie rozwiązać w 38. tygodniu.

## PIŚMIENNICTWO

[1] Habana A, Dokras A, Giraldo JL et al. Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. Am. J. Obst Gyn 2000; 182: 1264–1270.

- [2] Dor J, Seidmann DS, Levran D et al. The incidence of combined intrauterine and extrauterine pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril* 2001; 55: 833–834.
- [3] Walker DJ, Clark TC, Kennedy C et al. Heterotopic pregnancy after embryo replacement. *Br. J. Obst Gyn* 1993; 100: 1048–1049.
- [4] Tulandi T, Lau S. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1999; 72: 207–215.
- [5] Brązert J, Piekarski T, Mitkowska H i wsp. Ocena skuteczności leczenia ciąży ektopowej z zastosowaniem różnych metod operacyjnych. *Gin Pol* 1997; 68: 302–307.
- [6] Jędrzejczak P, Krawczyk J, Meissner W i wsp. Skuteczne zastosowanie laparoskopii w leczeniu ciąży heterotopowej. *Gin Pol* 2006, 77: 53–57.
- [7] Banaszek A, Ziółkowska K, Cyganek A i wsp. Ciąża heterotopowa. *Gin Pol* 2005; 76: 738–741.
- [8] Louis-Sylvestre C, Morice P, Chapron C i wsp. The role of laparoscopy in the diagnosis and management of heterotopic pregnancies. *Hum Reprod* 1997; 12: 1100–1102.
- [9] Raport on confidential enquires into maternal deaths in UK 91–93. HMSO London 1996.

**Adres do korespondencji:**

lek. med. Marek Walczyk  
Oddział Ginekologiczno-Położniczy  
Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach  
25-734 Kielce, ul. Grunwaldzka 45  
e-mail: studiamedyczne@ujk.edu.pl  
tel. 41 367 13 24