

Ciąża ektopowa podwójna, umiejscowiona w jajowodach w cyklu naturalnym – opis przypadku

Bilateral tubal ectopic pregnancy in a spontaneous cycle – a case report

Filip Kubiaczyk, Sławomir Suchocki, Roman Puskarz, Adam Zaborowski, Krzysztof Zaranek

Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. Biernackiego w Wałbrzychu
Zakład Położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Polska

Streszczenie

Ciąża ektopowa występuje z częstością 0,5-2% wszystkich ciąż. Podwójna ciąża ektopowa występuje bardzo rzadko, z częstością około 1/725 ciąż ektopowych.

W pracy opisano przypadek 30-letniej pacjentki z podwójną ciążą ektopową umiejscowioną w jajowodach w cyklu naturalnym – obserwowanej i leczonej w specjalistycznym Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym im. E. Biernackiego w Wałbrzychu. Pacjentka nie była obciążona czynnikami ryzyka ciąży ektopowej. Opisujemy przypadek uświadamia, iż nawet ewidentne rozpoznanie ciąży pozamacicznej nie pozwala zapominać o możliwości wystąpienia podwójnej ciąży ektopowej.

Słowa kluczowe: **ciąża ektopowa / ciąża jajowodowa / rozpoznanie /**

Abstract

Ectopic pregnancy occurs in 0.5-2% of all pregnancies. A double ectopic pregnancy is very rare and has the incidence of 1 in 725 ectopic pregnancies.

We describe a case of a 30-year-old patient with double ectopic pregnancy located in tubas in spontaneous cycle – diagnosed and treated at the Gynecology and Obstetrics Hospital in Wałbrzych. The patient had no risk factors for ectopic pregnancy. This case shows that even the diagnosis of an evident ectopic pregnancy cannot exclude the possibility of a double ectopic pregnancy.

Key words: **ectopic pregnancy / tubal pregnancy / diagnosis /**

Wstęp

Ciąża pozamaciczna (*graviditas ectopica*) inaczej nazywana ciążą ektopową jest każda ciąża, która rozwija się poza jamą macicy. Częstość występowania ciąży ektopowej jest pochodną liczebności płodnych kobiet oraz czynników ryzyka na które są narażone. Występuje ona z częstością 0,5-2% wszystkich ciąż i częstość jej występowania ma tendencje wzrostową od lat 70-tych ubiegłego wieku, co jest spowodowane głównie rozwojem technik wspomaganego rozrodu oraz niektórych metod antykoncepcyjnych. Implantacja zygoty i rozwój zarodka poza jamą

macicy stanowi zagrożenie życia i zdrowia kobiety i w dalszym ciągu jest najczęstszą przyczyną zgonów w I trymestrze ciąży [1, 2]. Do czynników ryzyka ektopowego zagnieżdżenia i wzrastania zapłodnionej komórki jajowej należą czynniki mechaniczne, rozród wspomagany, nieskuteczna antykoncepcja, wewnątrzmaciczna ekspozycja na DES, starszy wiek, oraz palenie papierosów [3, 4].

Ciążę ektopową ze względu na umiejscowienie zarodka dzielimy na ciążę jajowodową (bańkową, cieśniową, strzępkową oraz śródścienną), jajnikową, brzuszną oraz ciążę szyjkową.

Adres do korespondencji:

Filip Kubiaczyk
Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im E. Biernackiego w Wałbrzychu
ul. Paderewskiego 10, 58-301 Wałbrzych, Polska
e-mail: filipkubiaczyk@gmail.com

Otrzymano: 15.04.2013
Zaakceptowano do druku: 15.07.2013

W piśmiennictwie do chwili obecnej opisane zostały jedynie pojedyncze przypadki podwójnej ciąży ektopowej, występującej najczęściej u pacjentek poddanych procedurom rozrodu wspomaganego [5]. Z opublikowanych dotychczas danych wynika, że bardzo rzadko występuje podwójna ciąża ektopowa, po zapłodnieniu w cyklu naturalnym, dlatego przedstawiamy ją w poniższej pracy.

Opis przypadku

Do Specjalistycznego Szpitala Ginekologiczno-Położniczego im. E. Biernackiego w Wałbrzychu zgłosiła się 30 letnia kobieta z powodu bólów podbrzusza, plamienia z dróg rodnych, opóźnienia wystąpienia krwawienia miesięcznego o 7 dni i dodatniego testu ciążowego. Ostatnia miesiączka 5 tygodni od daty przyjęcia.

W przeszłości pacjentka dwukrotnie przeżyła epizod poronienia samoistnego. Obecna ciąża podobnie jak ciążę poprzednie pacjentki zaistniała naturalnie, bez zastosowania procedur wspomaganego rozrodu.

W diagnostyce laboratoryjnej oraz obrazowej wykazano co następuje: we wstępnym badaniu ultrasonograficznym wykonanym głowicą przezpochwową stwierdzono trzon macicy nieco powiększony, nie stwierdzono obecności pęcherzyka ciążowego w jamie macicy, endometrium miało grubość 19 mm i było niejednorodne, myometrium było niezmiennione, jajniki ultrasonograficznie były prawidłowe z pojedynczymi pęcherzykami, stwierdzono obecność przestrzeni płynowej za macicą szerokości 13 mm. Ponadto obok jajnika prawego stwierdzono obecność zmiany mogącej odpowiadać wczesnej ciąży ektopowej której GS=5 mm

W chwili przyjęcia stężenie gonadotropiny kosmówkowej (HCG) w surowicy krwi wynosiła 1781,5 mIU/ml. Następnego dnia pacjentka, podobnie jak w dniu przyjęcia, zgłaszała pobożenia podbrzusza oraz skąpe plamienia z dróg rodnych. W kontrolnych badaniach laboratoryjnych w drugiej dobie po przyjęciu stwierdzono przyrost stężenia gonadotropiny kosmówkowej do wartości 2593,0 mIU/ml. W badaniu ultrasonograficznym wykonanym głowicą przezpochwową wykazano brak pęcherzyka ciążowego w jamie macicy, endometrium miało grubość 19 mm i było niejednorodne, myometrium było niezmiennione, jajniki były prawidłowe, stwierdzono obecność przestrzeni płynowej za macicą szerokości 20 mm. Ponadto obok jajnika prawego stwierdzono obecność zmiany mogącej odpowiadać ciąży ektopowej której GS=7 mm.

Po ustaleniu wstępnego rozpoznania: ciąża pozamaciczna jajowodowa po stronie prawej, podjęto decyzję o wykonaniu laparoskopii. W trakcie operacji stwierdzono: otrzewna miednicy mniejszej gładka prawidłowa, macica położenie i ruchomość w miednicy mniejszej prawidłowe, jajniki obustronnie prawidłowe, w zagłębieniu krzyżowo-macicznym około 50 ml treści krwistej.

W jajowodach obustronnie w obrębie części bańkowej stwierdzono obecność rozedęcia i zasinienia. Obustronnie nacięto podłużnie bańkę jajowodu oraz ewakuowano trofoblast. Materiał przekazano do badania histopatologicznego. Na podstawie przeprowadzonej laparoskopii postawiono rozpoznanie pooperacyjne obustronnej ciąży jajowodowej bańkowej. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Ze względu na ujemny czynnik Rh oraz brak przeciwciał anti-D zakwalifikowano do podania immunoglobuliny anti-D. Pacjentkę w czwartej dobie po zabiegu operacyjnym

wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym. Otrzymany wynik badania histopatologicznego (*Graviditas tubaria bilateralis*) potwierdził rozpoznanie śródoperacyjne.

Dyskusja

W niedalekiej przeszłości rozpoznanie wczesnej ciąży ektopowej sprawiało często wiele trudności ze względu na niespecyficzne i skąpe objawy kliniczne. Wiele ciąż rozpoznawano dopiero po jej pęknięciu z burzliwymi objawami wstrząsu krwotocznego. Postępem diagnostyczno-licznym było zastosowanie ultrasonografii przezpochwowej, laparoskopii i diagnostyki laboratoryjnej z oznaczeniem podjednostki beta choriongonadotropiny. Pozwoliło to na wcześniejsze rozpoznanie ciąży ektopowej przed wystąpieniem objawów klinicznych. Rozpoznanie ciąży pozamacicznej podwójnej jest jeszcze trudniejsze. Pomimo zastosowania wszystkich metod diagnostycznych tj.: zebranie dokładnego wywiadu, wykonanie badań laboratoryjnych (HCG), wykonanie dwukrotnie przezpochwowe badania ultrasonograficznego potwierdzono jedynie ciążę ektopową prawostronną, to dopiero laparoscopia umożliwiła postawienie ostatecznego rozpoznania ciąży jajowodowej w prawym i lewym jajowodzie.

Wnioski

Opisywany przypadek uświadamia iż nawet ewidentne zdiagnozowanie ciąży pozamacicznej nie pozwala zapominać o możliwości wystąpienia podwójnej ciąży ektopowej.

Należy pamiętać, że rozpoznanie ciąży ektopowej jednostronnej wymaga śródoperacyjnie dokładne zobrazowanie przydatków po stronie przeciwnej i wykluczenie patologii.

Oświadczenie autora

1. Filip Kubiacyk – współautor koncepcji i założeń pracy, przygotowanie manuskryptu i piśmiennictwa – autor zgłaszający i odpowiedzialny za manuskrypt.
2. Adam Zaborowski – zebranie materiału, analiza statystyczna wyników, przygotowanie manuskryptu.
3. Krzysztof Zarank – współautor tekstu pracy i protokołu, korekta i aktualizacja piśmiennictwa.
4. Roman Puskarz – współautor pracy, analizy i interpretacji wyników, przygotowanie, korekta i akceptacja ostatecznego kształtu manuskryptu.
5. Sławomir Suchocki – współautor, ostateczna weryfikacja i akceptacja manuskryptu.

Źródło finansowania: Praca nie była finansowana przez żadną instytucję naukowo-badawczą, stowarzyszenie ani inny podmiot, autorzy nie otrzymali żadnego grantu.

Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów oraz nie otrzymali żadnego wynagrodzenia związanego z powstawaniem pracy.

Piśmiennictwo

1. Rondeau JA, Hibbert ML, Nelson KM. Combined tubal and cornual pregnancy in a patient without risk factors. A case report. *J.Reprod.Med.* 1997, 42, 675-677.
2. Szymczyk A, Suchocki S, Łuczyński K, Mowlík R. Postępowanie operacyjne w ciąży ektopowej w latach 1955-2004-analiza materiału własnego. *Adv Clin Exp Med.* 2005, 14, 2A, 107-110. ISSN 1230-025X.
3. Słomko Z. *Ginekologia*. tom I. Warszawa: PZWL. 2008, 558-559.
4. Kostrzewska M, Żyła M, Liwińska E, [et al.]. Salpingotomia vs salpingektomia – porównanie płodności kobiet po operacyjnym leczeniu jajowodowej ciąży ektopowej, 24-miesięczne badania obserwacyjne. *Ginekol Pol.* 2013, 84, 1030-1035.
5. Wiśniewska J, Nawrocka-Rutkowska J, Borowiak S, [et al.]. Podwójna ciąża pozamaciczna: jajowodowa i różna w cyklu spontanicznym (naturalnym) – opis przypadku. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia.* 2010, 3 (3), 236-238.