

Uwięźnięcie macicy ciężarnej – opis przypadku

Incarcerated gravid uterus – case report

Owczarek Małgorzata, Krzyszkowska Izabela, Sikora Wacław

Oddział Ginekologiczno-Położniczy Radomskiego Szpitala Specjalistycznego
im. dr Tytusa Chałubińskiego w Radomiu

Streszczenie

Przedstawiono przypadek uwięźnięcia tyłozgiętej macicy ciężarnej u 29-letniej pacjentki w 14 tygodniu ciąży drugiej, z torbielą jajnika prawego. W roku 1999 (w wieku 18 lat) wyłuszczone u niej – drogą laparotomii – torbiel dermoidalną jajnika lewego oraz pobrano wycinek z jajnika prawego.

Chora po próbie leczenia zachowawczego została zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego. Wykonano wyłuszczenie torbieli jajnika prawego, uwolniono zrosty przydatków lewych z przyczepkami sieciowymi esicy, wyłoniono macicę z tyłozgięcia.

W 6 dobie po operacji, pacjentka z ciążą zachowaną, wypisana została do domu w stanie ogólnym dobrym.

Słowa kluczowe: **uwięźnięta macica ciężarna / leczenie operacyjne w ciąży /
/ zatrzymanie moczu /**

Abstract

A case of an incarcerated, retroflexed gravid uterus in a 29-year-old patient with a right ovarian cyst in the 14th week of her second pregnancy was presented. In 1999, at the age of 18, the patient had undergone enucleation of a dermoid cyst of the left ovary by laparotomy and a segment of the right ovary had been collected.

After conservative treatment trial, the patient was qualified for a surgical procedure. Right ovarian cyst enucleation was performed. Left ovary adhesions with epiploic appendices of sigmoid colon were released and the uterus was reached from retroflexion.

The patient, with saved pregnancy, was discharged from the hospital in the state of good health on the sixth day after the surgery.

Key words: **incarcerated gravid uterus / surgical treatment in pregnancy /
/ urine retention /**

Adres do korespondencji:

Małgorzata Owczarek
Oddział Ginekologiczno-Położniczy,
Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałubińskiego
ul. Narutowicza 20, 26-610 Radom
tel. (48) 361 51 28, fax (48) 361 52 33
e-mail: malgorzata.owczarek@gmail.com

Otrzymano: 20.06.2010
Zaakceptowano do druku: 20.11.2010

Wstęp

Uwięźnięcie tyłozgiętej macicy ciężarnej jest bardzo rzadkim powikłaniem, które występuje najczęściej we wczesnym okresie drugiego trymestru ciąży z częstością 1/3000 przypadków [1, 2, 3]. U 80% kobiet macica pozostaje w przodogięciu, u pozostałych 20% występuje tyłozgięcie macicy [4]. U 1,4% kobiet z tyłozgięciem macicy dochodzi do uwięźnięcia macicy w czasie ciąży [5]. Między 8 a 12 tygodniem ciąży tyłozgięta macica przemieszcza się samoistnie i spontanicznie w kierunku miednicy dużej [6]. W szczególnych przypadkach, zwłaszcza gdy istnieje przeszkoda utrudniająca jej wyprostowanie (zrosty, guz, mięśniaki i inne nieprawidłowości miednicy) następuje uwięźnięcie macicy w miednicy małej [7].

Na skutek zmienionych stosunków anatomicznych dochodzi do zaburzeń ze strony końcowego odcinka przewodu pokarmowego oraz układu moczowego. Pojawia się uczucie wzmózonego parcia na stolec, wzdęcia, zaparcia. Najczęściej jednak, pierwsze objawy wiążą się z utrudnieniem w oddawaniu moczu, aż do momentu gdy opróżnienie pęcherza staje się niemożliwe. Wysooko podniesiona część pochwy szyjki macicy doprowadza do uciśnięcia cewki moczowej, a nawet do jej urwania. Następuje zatrzymanie moczu.

W zaniedbanych przypadkach nadmierne napięcie związane z zaleganiem moczu oraz zaburzone ukrwienie pęcherza moczowego, może doprowadzić do martwicy jego ścian, następowego pęknięcia, z wypłynięciem moczu do jamy brzusznej, co jest równoznaczne ze śmiercią kobiety [6].

Leczenie zachowawcze polegające na próbie dwuręcznego odprowadzenia tyłozgiętej macicy, traktowane jest zawsze jako próba leczenia przed leczeniem operacyjnym. Próba nieudana przed 16 tygodniem ciąży jest wskazaniem do laparotomii [8].

Autorzy przedstawiają przypadek leczenia operacyjnego uwięźniętej macicy u pacjentki w 14 tygodniu ciąży drugiej.

Opis przypadku

Pacjentka lat 29, ciąża II, 14 tydzień przywieziona w dniu 06.04.2010 o godz. 8⁰⁰ przez Pogotowie Ratunkowe do Oddziału Ginekologiczno-Położniczego R. Sz. S. w Radomiu, z silnymi bólami podbrzusza oraz zatrzymaniem moczu – ostatnia mikcja w dniu wczorajszym – około 14 godzin temu. W obecnej ciąży epizod utrudnionego oddawania moczu wystąpił 7 dni wcześniej, dolegliwości ustąpiły samoistnie, kobieta nie zgłosiła się do lekarza. Rodziła jeden raz w wieku 16 lat – drogami i siłami natury (córką żywą, donoszona o masie ciała 3540g, Apgar 10). Ciąża i poród przebiegały bez powikłań.

W wieku 18 lat przeszła leczenie: operacyjne wyluszczenie torbieli dermoidalnej jajnika lewego. Wynik badania histopatologicznego: *Cystis ectodermalis ovarii sinistri*.

Przy przyjęciu stan pacjentki średnio ciężki. Fizykalnie stwierdzono bolesność podbrzusza, pęcherz moczowy napięty, znacznie powiększony, dnem sięgający połowy odległości między pępkiem a spojeniem łonowym. Objaw Goldflamma obustronnie ujemny.

Wykonano cewnikowanie pęcherza moczowego, uzyskując około 1,5 litra moczu, który przekazano do badania ogólnego i na posiew.

W badaniu położniczym stwierdzono: we wzierniku część pochwy niewidoczna, palpacyjnie trudno dostępna, pod spojeniem łonowym, sformowana, ujście zewnętrzne zamknięte.

Trzon macicy powiększony, w tyłozgięciu, odpowiadający wielkością około 14 tygodniowi ciąży.

W badaniu USG uwidocznił się pojedynczy płód w położeniu miednicowym.

FHR +/- 140/min. Biometria płodu: BPD – 32mm, FL – 17mm. Kosmówka na ścianie przedniej bez cech oddzielania. Prawidłowa ilość wód płodowych. W przydatkach prawych guz o wzmożonej echogeniczności, jednokomorowy, nieunaczyniony o wymiarach 57mm x 52mm, przydatki lewe niezmiennione.

W badaniach laboratoryjnych: morfologia krwi, wskaźniki nerkowe – bez istotnych odchyleń od normy. CRP – 0,07mg/dL, CA125 – 15,85U/ml. W badaniu ogólnym moczu nie stwierdzono zmian patologicznych, posiew jałowy.

Podjęto próbę odprowadzenia uwięźniętej macicy, która nie powiodła się.

Przewidując – w związku z przebyłym zabiegiem operacyjnym – zrosty narządów płciowych z sąsiednimi narządami, zrezygnowano z próby repozycji uwięźniętej macicy w znieczuleniu ogólnym.

W dniu 07.04.2010 wykonano laparotomię z cięcia pośrodkowego dolnego i stwierdzono: trzon macicy powiększony o wymiarach 15cm x 15cm, gładki, miękki o ograniczonej ruchomości – przez dwa lite zrosty jajnika lewego z przyczepkami sieciowymi esicy – fiksującymi trzon tyłozgiętej macicy w miednicy małej. Przydatki prawe: torbiel jajnika prawego o wymiarach 7cm x 8cm.

Wykonano: Wyluszczenie torbiel z jajnika prawego.

Rozpoznanie histopatologiczne: *Cystis ectodermalis ovarii dex*. Jajnik i kreskę jajowodu zszyto szwem ciągłym. Uwolniono – przez przecięcie – zrosty po stronie lewej macicy, wyłoniono trzon macicy z miednicy małej. Po wyłonieniu macica utrzymuje prawidłową pozycję. Sprawdzono hemostazę. Szew warstwowy powłok. Mocz czysty.

Po operacji zastosowano gestagen. Stan pacjentki stabilny.

Kontrolne USG w 6 dobie po zabiegu: trzon macicy w przodogięciu. W jamie macicy pojedynczy płód w położeniu miednicowym. FHR ± 140/min. Ruchy spontaniczne zachowane. BPD – 35mm, FL – 19mm. Trofoblast na przedniej ścianie bez cech oddzielania. Płyn owodniowy w normie. Pusty pęcherz moczowy pacjentki.

Pacjentka wypisana została do domu – w szóstej dobie po operacji – w stanie ogólnym dobrym, z raną pooperacyjną zagojoną przez rychłozrost, z ciążą prawidłową. Zalecono dalszą kontrolę i wizyty u lekarza prowadzącego.

Dyskusja

Powikłanie przełomu pierwszego i drugiego trymestru ciąży w postaci uwięźnięcia macicy występuje rzadko, jednak opóźnione rozpoznanie i zbyt późne wdrożenie właściwego leczenia, stanowi poważne zagrożenie dla życia pacjentki [6].

W opisanym przypadku pacjentka przeżyła w przeszłości leczenie operacyjne – usunięcie torbieli dermoidalnej jajnika lewego. Powstałe po zabiegu zrosty były przyczyną uwięźnięcia macicy tyłozgiętej w miednicy małej.

Torbiel jajnika prawego była dodatkowym czynnikiem mogącym przyczynić się do powstania tego powikłania.

Zatrzymanie moczu poprzedzone utrudnieniem jego oddawania jest najczęściej pierwszym objawem uwięźnięcia macicy, tak było w przedstawionym przypadku, co ułatwiło prawidłowe

postawienie diagnozy oraz wdrożenie właściwego leczenia [6, 7, 8].

Postępowanie w przypadku stwierdzenia u ciężarnej retencji moczu polega na założeniu cewnika Foleya do pęcherza moczowego, co powoduje zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz dyskomfortu pacjentki [5]. Niekiedy zabieg ten jest wystarczający jak podaje Broś-Konopielko M i wsp. [9].

Inni autorzy podają, iż można przyjąć postawę wyczekującą, polegającą na przerywanym cewnikowaniu pęcherza moczowego, aż uwięźnięcie ustąpi samoistnie w ciągu kilku dni [5, 10]. Długotrwałe jednak cewnikowanie, naraża pacjentkę na ryzyko wystąpienia infekcji dróg moczowych oraz atonii pęcherza moczowego.

Jastrzębski A. i wsp. opisują przypadek skutecznego leczenia zachowawczego, polegającego na odprowadzeniu uwięźniętej macicy w znieczuleniu ogólnym u pacjentki w 14 tygodniu ciąży drugiej, nieleczonej dotychczas operacyjnie [3].

Odprowadzanie uwięźniętej macicy w trakcie ciąży może wiązać się ze zwiększonym ryzykiem poronienia.

W wyniku obecności zrostów w obrębie miednicy małej lub obecności guza, postępowanie jest podobne, lecz powodzenie stosowanych zabiegów może nie być skuteczne ze względu na istnienie mechanicznej przeszkody utrudniającej odprowadzenie macicy. Dlatego należy traktować je jako próbę przed leczeniem operacyjnym.

W przeszłości pacjentka przeszła oszczędzające leczenie chirurgiczne z powodu nowotworu łagodnego jajnika lewego. Zabieg ten (wykonany powtórnie w obecnej ciąży z powodu identycznego schorzenia w drugim jajniku) miał wpływ na wystąpienie zrostów operowanego jajnika z esicą, które spowodowały uwięźnięcie macicy w miednicy małej.

W opisanym przypadku usunięcie litych zrostów oraz przeszkody w postaci torbieli jajnika prawego, umożliwiło skuteczne wyłonienie macicy.

Należy pamiętać, że uwięźnięcie tyłozgiętej macicy, nie wyklucza wystąpienia tego powikłania w kolejnej ciąży [3].

Stwierdzenie ciąży w tyłozgiętej macicy, wiąże się z możliwością wystąpienia groźnych powikłań, o czym należy poinformować pacjentkę. Należy poddać ją szczególnemu nadzorowi, polegającemu na częstych kontrolach, ćwiczeniach w pozycji kolankowo-łokciowej, a nawet na założeniu krążka dopochwowego w celu utrzymania przodopochylenia macicy [10, 11].

Przy braku poprawy w wyniku leczenia zachowawczego, leczenie operacyjne jest jedynym i skutecznym postępowaniem.

Piśmiennictwo

1. Pisarski T. Położnictwo i ginekologia. Ciąży, poród i połóg. Warszawa: PZWL, 2001, 519.
2. Childs A, Goldkrand J. Uterine incarceration in a 9 week multifetal pregnancy resulting from in vitro fertilization. A case report. *Reprod Med.* 2003, 48, 992-994.
3. Jastrzębski A, Obcowska-Lech M, [i wsp.]. Uwięźnięcie macicy ciężarnej. *Ann Acad Meds Siles.* 2005, 59, 422-424.
4. Benson R. Położnictwo i ginekologia. Choroby trzonu macicy. Zmiany położenia macicy. Warszawa: PZWL, 1988, 545-549.
5. Love J, Howell J. Urinary retention resulting from incarceration of retroverted gravid uterus. *J Emerg Med.* 2000, 19, 351-354.
6. Pschyrembel W, Bretscher J, Hofmann D. Praktyczne Położnictwo i operacje położnicze. Ciąży. Ciąży w macicy tyłozgiętej. Warszawa: PZWL, 1974, 29-31.
7. Miller A, Hanretty K. Położnictwo ilustrowane. Ciąży mnoga. Ciąży wysokiego ryzyka. Przemieszczenia macicy i inne nieprawidłowości. Warszawa: LibraMed, 2000, 214.
8. Glatthaar J, Benz E. Kompendium ginekologii. Anomalie położenia narządów płciowych. Warszawa: PZWL, 1988, 143-144.
9. Broś-Konopielko M, Czajkowski K. Ostre zatrzymanie moczu w I trymestrze ciąży. Opis przypadku klinicznego. *Family Medicine & Primary Care Review.* 2007, 9, 144-146.
10. Seubert D, Puder K, Goldmeier P, [et al.]. Colonoscopic release of the incarcerated gravid uterus. *Obstet Gynecol.* 1999, 94, 792-794.
11. Li Y, Tsui M, Yin C, [et al.]. Asymptomatic Uterine Incarceration At Term Gestation: A Case Report. *J Obstet Gynaecol Res.* 2000, 26, 31-33.