VANMATERIČNA TRUDNOĆA U ROGU MATERICE NASTALOM NAKON OSTRANJENJA JAJOVODA ZBOG PRETHODNE VANMATERIČNE TRUDNOĆE

ECTOPIC PREGNANCY IN UTERINE CORN CREATED AFTER REMOVAL OF
FALLOPIAN TUBE DUE TO THE PREVIOUS ECTOPIC PREGNANCY

Milorad Živković, Slobodanka Živković*

Sažetak. U radu je prikazan slučaj vanmaterične trudnoće koja se razvijala, a kasnije i rupturala u rogu materice stvorenom operativnim putem od proksimalnog ostatka ostranjenog jajovoda nakon rupture njegovog ampularnog dijela u prethodnoj vanmateričnoj trudnoći. Ovaj veoma rijedak slučaj vanmaterične trudnoće poređen je sa drugim oblicima vanmateričnih trudnoća, a u zaključku se preporučuje da se salpingektomija radi što proksimalnije.

Ključne riječi: Ponovljena istostrana vanmaterična trudnoća

Uvod

Vanmaterična ili ektopična trudnoća predstavlja implantaciju oplođene jajne ćelije van materične šupljine [1,2]. Vanmaterična trudnoća (VT) se javlja u 0,5% do 1% trudnoća i incidenca je u stalnom porastu, zbog sve tačnije dijagnostike [3]. Implantacija oplođene jajne ćelije je najčešće u ampularnom dijelu tube (u 99% slučajeva), češće sa desne strane. Zbog specifičnosti strukture same tube dolazi do njene rupture između 8. i 10. nedjelje gestacije. [1,2]

Anamnestički pacijentkinje navode izostanak menstruacije ili oskudna, neredovna, produžena krvavljenja, a kod rupture javlja se bol u trbuhu i znaci hemoragičnog šoka. U velikom broju slučajeva VT se isključuje postavljanjem dijagnoze intrauterinog graviditeta, jer je koincidencija vanmaterične i materične trudnoće u 1 na 30.000 slučajeva. [1-4]

Utvrđivanje prazne šupljine uterusa je značajno u dijagnostici VT [1,2]. Dijagnoza VT se zasniva na kliničkom pregledu, transvaginalnom ultrazvučnom

pregledu, pozitivnim testovima za graviditet, eksploracionoj kiretaži, punkciji Douglasove šupljine i laparoskopiji. Terapija zavisi od stanja pacijentkinje u momentu dijagnostikovanja VT, ali je prevashodno hirurška u slučaju rupture [1,5,6].

Prikaz slučaja

Bolesnica M.M. rođena 1965. godine, višerotka, primljena je na Ginekološko-akušersko odjeljenje Opšte bolnice "Sveti apostol Luka" u Doboju kao hitan slučaj, a na istom odjeljenju bila je hospitalizovana od 28. oktobra do 4. novembra 2002. godine. Na prijemu pacijentica je pokazala ranije ginekološke nalaze. Nepunih 5 mjeseci prije ovog prijema bolesnica je hospitalizovana na istom odjeljenju zbog dijagnoze *Graviditas tubaria rupta lateralis dextra et haematoperitoneum*. Bolesnica je 7. juna 2002. godine operisana: *Laparotomia secundaria Pfannenstiel et salpingectomy lateralis dextra*. Na prvoj postoperativnoj kontroli bila je 9. jula 2002. godine kada je utvrđen *Status post salpingectomy lateralis dexter*.

Anamnestički na prijemu pacijentica navodi da je redovno imala menstruaciju u 8. i 9. mjesecu tekuće godine, ali da zadnja menstruacija od 24. oktobra 2002. godine nije bila uobičajena, odnosno da je bila oskudna i trajala samo tri dana. Od prije dva dana oskudno krvari, a nekoliko sati prije prijema ima jake bolove u trbuhu. U toku prijema pacijentica se žali na bolove u donjem dijelu trbuha više desno, navodeći da je slične bolove imala i prije 4 mjeseca kada je operisana zbog vanmaterične trudnoće. Bolesnica u stanju hemoragičnog šoka, blijeda, orošena hladnim znojem, blijedih sluznica, filiformnog pulsa (oko 115 otkucaja u minuti). Izmjeren arterijski pritisak 90/60 mmHg. Ginekološki palpabilni pregled nije moguće izvršiti zbog jakog bola u donjem dijelu trbuha i Douglasovoj šupljini, čak i pri lakom dodiru. Pregledom u spekulumu u vagini oskudna tamnocrvena nezgrušana krv, grlić umrljan krvlju, a Douglasova šupljina je lako izbočena.

Ultrazvučni pregled vaginalnom sondom pokazuje uterus pravilnog oblika, homogene građe, lako dekstroponiran, prečnika 64x72x84 mm, endometrij debljine 12/2 mm sa nekoliko manjih anehogenih sjena u kavumu, desni adneksi nedostaju, a lijevo se ne prikazuju. Douglasova šupljina je ispunjena anehogenim nepravilno ograničenim masama. S obzirom na opšte stanje pacijentice i uvjerljiv klinički nalaz učinjena je punkcija Douglasove šupljine i dobijena je tamnocrvena krv sa ugrušcima (slika 1).

Slika 1. Ultrazvučni nalaz kod pacijentkinje sa rupturom roga materice

Odlučeno je da se učini ponovna laparotomija, kojom je utvrđeno da je ulaz u trbušnu duplju slobodan i da je ona ispunjena masom koaguluma i svježe krvi, bez prisustva vidljivih priraslica. Uterus u antefleksiji, veličine većeg kokošjeg jajeta, blijedocrvenkaste boje, razmekšan. Lijeva tuba intaktna, jajnik uobičajene veličine sa vidljivim žutim tijelom. Desni jajnik uobičajenog oblika i veličine, a na mjestu pripoja ostatka desne, u prethodnoj operaciji odstranjene, tube u uterus nepravilna, zvjezdoliko iskrzana pukotina iz koje bolesnica krvari. Pukotina se klemuje što bliže uterusu i podveže sa dva šava. Oskudno tkivo iznad klemme se odstrani i pošalje na patohistološki pregled. Lijeva tuba se steriliše po Madleneru, jer su i bolesnica i muž izričito zahtijevali prije operacije da se izvrši sterilizacija, ako to bude moguće. Trbuh se očisti od koaguluma i krvi i ispere fiziološkim rastvorom.

U toku same operacije, a i pri pretraživanju koaguluma nakon operativnog zahvata nisu pronađeni dijelovi ovularnog tkiva. Intraoperativno bolesnica je dobila 2 boce deplazmatisane krvi, 400 mL plazme i 2 L Ringerovog laktata, a nakon operacije u šok sobi još jednu dozu deplazmatisane krvi, 430 mL plazme i 1,5 L kristaloida uz antibiotsku terapiju i korišćenje neopijatnih analgetika.

Rani postoperativni tok protiče uredno, a vitalni parametri su zadovoljavajući. Sutradan bolesnica dobija još 2 doze deplazmatisane krvi. I pored teškog opšteg stanja pacijentkinje na prijemu i nedovoljnog oporavka od prethodnog operativnog zahvata, zahvaljujući odgovarajućoj reanimaciji i postoperativnom tretmanu kasniji postoperativni tok do otpuštanja bolesnice protiče uredno.

U toku hospitalizacije bolesnica je primila ukupno 890 mL deplazmatisane krvi krvne grupe B, RhD+ i 830 mL plazme. Pri otpuštanju, 7 dana nakon operacije, bolesnica se subjektivno osjećala dobro, a stolica i mokrenje bili su uredni. Rana na prednjem trbušnom zidu je zarasla, a konci uklonjeni. Ginekološki palpatorni nalaz odgovara učinjenom operativnom zahvatu i uredan je.

Rasprava

Na osnovu lokalizacije usađenog oplodenog jajščeta razlikuju se sljedeće vrste ektopične trudnoće: *Graviditas ovarica*, *Graviditas tubaria* (*ampularis*, *isthmica*, *intersticialis*), *Graviditas*

cervikalis, *Graviditas abdominalis* (*primaria*, *secundaria*) i *Graviditas in cornu rudimentario* [1]. Iako je prikaz slučaja možda najbliži *Graviditas in cornu*, on ima svoje specifičnosti. U literaturi je prikazan slučaj rupture VT u rudimentiranom rogu materice, kao i pojava VT sa intrauterinim ulošcima, ali nije poznato da je ovakav slučaj rupture VT opisan. S druge strane učestalost recidiva se kreće od 2,2% do 18,3%, odnosno rizik ponovljene VT u istoj tubi, nakon konzervativnog operativnog tretmana je manji od intrauterine trudnoće [3,5,7,8]. Kod ovdje prikazane bolesnice specifično je da se u veoma kratkom vremenu javila nova VT (5 mjeseci), i što je još rjeđe, sa iste strane. Došlo je do implantacije, a kasnije i rupture VT u rogu nastalom nakon odstranjenja jajovoda sa iste strane u prethodnom operativnom zahvatu, a zbog ruptuirane VT ampularnog dijela tube. Smještanje same jajne ćelije, a zatim oplodnja i implantacija u rogu jedna je od mogućnosti ili što je vjerovatnije oplodena jajna ćelija u lijevoj tubi implantirala se, umjesto u uterusu u desnom rogu materice i nakon usađivanja i rasta do 7 nedjelja gestacione starosti, došlo je do rupture.

Ovim prikazom željelo se istaći da je pojava ponovljene rupture VT u kratkom vremenskom intervalu i sa iste strane izuzetno rijetka. Isto tako, potvrđeni su stavovi onih autora koji se zalažu za odstranjivanje ruptuirane tube što bliže uterusu, kako ne bi došlo do stvaranja roga materice i kako bi se isključila mogućnost nastanka ponovne VT [6-8].

Zaključak

Ponovljena ruptura vanmaterične trudnoće na istoj strani, na istmičnom ostatku odstranjene tube je veoma rijetka.

Ponovljena ruptura vanmaterične trudnoće u nepunih pet mjeseci je vema rijetka.

Literatura

1. Stabile I. Ectopic pregnancy: Diagnosing and management. New York: Cambridge University Press. 1996.
2. Farquhar CM. Ectopic pregnancy. Lancet. 2005; 366 (9485): 583-91.
3. Bouyer J. Epidemiology of ectopic pregnancy: incidence, risk factors and outcomes. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2003; 32 (7 Suppl): S8-17.
4. Karaer A, Avsar FA, Batioglu S. Risk factors for ectopic pregnancy: a case-control study. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2006; 46: 521-7.
5. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Medical treatment of ectopic pregnancy. Fertil Steril. 2006; 86 (5 Suppl 1): S96-102.
6. Orazi G, Cosson M. Surgical treatment of ectopic pregnancy. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2003; 32 (7 Suppl): S75-82.
7. Okunlola MA, Adesina OA, Adekunle AO. Repeat ipsilateral ectopic gestation: a series of 3 cases. Afr J Med Med Sci. 2006; 35: 173-5.
8. Zuzarte R, Khong CC. Recurrent ectopic pregnancy following ipsilateral partial salpingectomy. Singapore Med J. 2005; 46: 476-8.

Summary. The paper presents a case of an ectopic pregnancy that was developing and, later on, ruptured in the uterine corn, having been created in the surgical way from the proximal remains of the removed Fallopian tube, after rupture of its amputated part in the previous ectopic pregnancy. This extremely rare case of an ectopic pregnancy was compared with other forms of the ectopic pregnancies and, in the conclusion, the recommendation is to perform the salpingectomy as proximally as possible.

Key words: Repeated ipsilateral ectopic pregnancy

Milorad Živković

Ginekološko-akušersko odjeljenje, Opšta bolnica "Sveti apostol Luka", Doboj

*Slobodanka Živković

Služba za anesteziju i reanimaciju, Opšta bolnica "Sveti apostol Luka", Doboj