

ТУБАРНА ТРУДНОЋА

Петровић Б., Ристић Љ., Релић Г., Станишић Н., Милинчић Н.

Катедра за Гинекологију и акушерство, Универзитет у Приштини - Косовска Митровица

TUBAL GRAVIDITY

Петровић Б., Ристић Љ., Релић Г., Станишић Н., Милинчић Н.

Chair for Gynecology and Obstetrics, University of Pristina - Kosovska Mitrovica

SUMMARY

A 23-year-old primigravida in 7 weeks of pregnancy with tubal pregnancy. Clinical and ultrasound examinations indicated ectopic pregnancy; emergency laparotomy was performed. Intraoperatively, the tubal pregnancy with a ruptured hole was revealed. Typical salpingectomy was carried out. Hystology confirmed tubal pregnancy. The postoperative course was normal.

Key words: Ectopic pregnancy, Ultrasound.

САЖЕТАК

Приказана је 23-годишња примигравида са 7 недеља постојеће тубарне трудноће. Клиничким испитивањима и претрагом помоћу ултразвука постављена је сумња да се ради о ванматеричној трудноћи. Урађена је лапаратомија, интраоперативно је потврђен тубарни гравидитет и руптура истмичног дела тубе. Изведена је типична салпингектомија. Хистолошки је потврђено да је гравидитет лоциран у туби. Постоперативни ток је био уредан.

Кључне речи: Ектопична тубарна трудноћа, Ултразвук.

УВОД

Учесталост ванматеричне трудноће се креће од 1% до око 2.5% (1,2,3,4). Процент ектопичне трудноће у САД је више него триплиран у задње две деценије, она је стално у порасту и креће се од 4,2 до 14,0 на 10000 жена између 15 и 44 година (Holt и сар., 1991). Центар за контролу болести у САД је 1987. је објавио податке о седмоструком морталитету жена, управо због учествовања ова патологичке у САД (Barnes и сар.).

Ектопична трудноћа и поред евидентног напретка у клиничко-дијагностичком поступку, још увек значајно угрожава живот труднице. Према најновијим истраживањима леталитет износи и до 17% од свих морталитета мајки (5). Рана дијагноза је свакако најзначајнија и услов је за успех у лечењу. Ултразвучна дијагноза има скоро незаменљиву улогу у раној дијагнози ектопичне трудноће.

Познавање ултразвучних знакова за трудноћу, као што су: празан утерус, увећана материца, налаз аднексалног тумора, понекад налаз садржаја течности у Douglasovom простору, (који се може потврдити преоперативном пункцијом Douglasovog простора) су итекако од значаја за исправну ултрасографску дијагностику.

Два су још кључна момента битна за тачну дијагнозу: Одсутност интраутериног гестациског мешка и позитиван тест на трудноћу су врло поуздани знакови за тачну дијагнозу (6). Помоћу ултразвучних апарата нове генерације, са бољом резолуцијом може се непобитно утврдити ектопична трудноћа, при чему је обавезно присуство гестациског мешка са ембрионалним одјекном екстраутерино.

Тубарни гравидитет се обично спонтано завршава до 12 недеља руптуром тубе или тубарним абортусом.

ПРИКАЗ БОЛЕСНИЦЕ

Радила се о 23-годишњој болесници С.М., која је примљена у раним јутарњим сатима, 28.01.1998. г. на Гинеколошкој клиници у Приштини.

Пре пријема на клиници, болесница је осећала болове у пределу доњег трбуха, који су протежирани у пределу крстију. Анамнестички дознајемо да има 7 недеља од задње менструације.

Урађен је ултразвучни преглед и утврђена је величина материце за један лунарни месец (слика 1 а). Сонографском претрагом виђена су два гестациска мешка у пределу леве тубе утерине (слика 1 б). Пошто смо утврдили да се ради о ектопичној трудноћи, одлучили смо да болесницу ставимо под интензивним клиничким надзором.

Следећег јутра, код болеснице је лабораторијски помоћу грав-индекс теста потврђена позитивност са 2+. Болесница је стављена под интензивном негом, праћени су витални елементи здравља, у одређено време мерени су пулс и артеријски притисак. У јутарњим сатима трећег дана од хоспитализације код болеснице су настали јачи болови у пределу доњег трбуха, била је свесна, уплашена, обливена хладним знојем и хладне периферије.

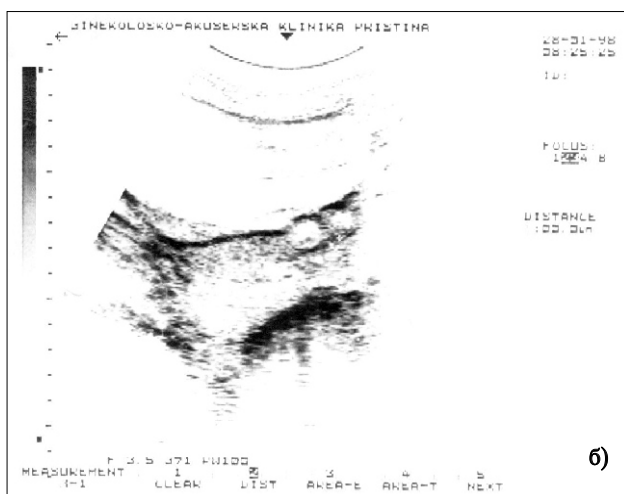
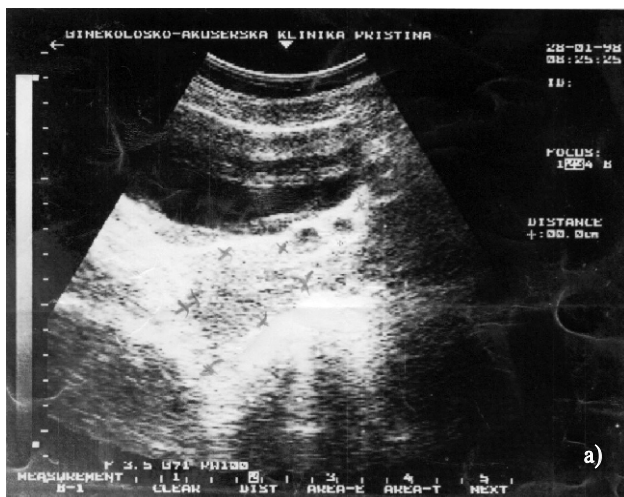
Давала је утисак теже болеснице са слабо пуњеним пулсом од 95/мин. и крвним притиском од 11.5/9.7/

Абдомен је био дифузно осетљив. Цервикс и Douglasov простор јако осетљив, цервикални канал затворен са слузавом секрецијом.

Урађена је пункција Douglasovog простора у коме је била присутна коагулисана крв, што је наметнуло одлуку да се приступи оперативној интервенцији.

При отварању трбушног перитонеума наишли смо на садржај крви у трбуху, и на ливидну туморозну масу, више лево, испод левог ребарног лука. Евакуирали смо садржај крви из непосредне близине левих аднекса, лева туба је мобилна са перфорацијским отвором у истмичном делу тубе из које крвари, а из њега пролабирају елементи ембрионалног ткива. Након коректне хемостазе на левој туби, уради се салпингектомија исте. Десна аднекса и леви оваријум су макроскопски били без патолошких промена. Испирали смо трбух физиолошким раствором. Након већења мекане компресе из трбуха, у трбушној дупљи смо убацили физиолошки раствор са антибиотиком. Постоперативни ток био је уредан, болесница је десети дан након операције отпуштена кући у општем добром стању здравља.

Патоанатомска дијагноза: Ruptura tubae uterinae lateralis sinistra. Graviditas tubaria multiplices.



Слика 1. - Мултипла тубарна трудноћа (а и б).

ДИСКУСИЈА

Хроничне упале и постојање прираслица после оперативних захвата у трбуху и на гениталном апарату жена, најчешћи су разлози за појаву ектопичне трудноће.

Ултрасонографски налаз код тубарних трудноћа може показати различите форме сонографске слике. Оне могу бити од класичног прстена, као што је то у нашем случају, у коме се могу видети ембрионалне структуре са и без верификованих срчаних радњи, па до присуства нехомогене хиперехогене трофобластне масе у проширеном јајоводу.

Управо због разноврсности ултразвучног налаза, када се може појавити озбиљан дијагностички проблем, готово је неопходно применити и друге дијагностичке методе ради постављања тачне дијагнозе. В-НСГ је хормонски тест који се најчешће користи у циљу употребавања дијагнозе код ванматеричне трудноће. Вредности В-НСГ су значајно снижене код ектопичне, а у поређењу са нормалном трудноћом исте гестацијске старости. Осим тога секреција НСГ је брза код ектопичне трудноће, а време удвостручавања је продужено (7, 8, 9, 10).

Код наше болеснице јајашце се двојно имплантирало у левој туби, тако да је захваћен истмични и ампуларни део тубе. Благовремена и тачна ултразвучна дијагноза (Слика 1 - а и б) код наше болеснице је била од значаја за њено интензивно праћење.

У литератури у описани, истовремено интраутерини и екстраутерини гравидитет. При чему је обично, интраутерини гравидитет прекидан провоцираним, легалним абортусом, док је екстраутерини гравидитет, због присуства патолошког супстрата, имао за последицу руптуру гестацијског тумора на тубама, па су те исте болеснице морале бити оперисане.

Тубарни се гравидитет по правилу спонтано завршава до 12 недеља руптуром тубе или тубарним абортусом.

Код интерстицијалне имплантације, имплантационо место је окружено миометријумом који хипертрофише. Код таквих случајева руптуре се јављају касније, обично изнад 12. недеље (11,12,13). Руптура јако васкуларизованог рога материце брзо води до интраабдоминалног крвављења. Такво крвављење је обично масивно па захтева ургентну лабораторију (14, 15).

ЗАКЉУЧАК

- Ектопична трудноћа је гестација која се не имплантира у кавуму утеруса - у ендометријалној шупљини. Без обзира на локализацију представља патолошко стање. У оваквим стањима концептус је скоро увек изгубљен, а стање је због интраперитонеалног крвављења, потенцијално летално за мајку.

Ванматерична трудноћа се најчешће јавља између 21. и 35. године живота, чешћа је код примагривида и вишегривида.

- Тубарна ектопична трудноћа је заступљена у 99% од свих случајева. Најчешћа је у ампуларном делу

тубе, затим истмичном, а најмање у интерстицијалном - интраутерином рогу.

Код наше болеснице радило се о тубарној трудноћи, са имплантацијом у истмичном и ампуларном делу тубе. Због јако узаног истмичног дела тубе имплантирано јајашце се споро и ограничено развијало.

Осим тога лумен истмичног дела је јако узан и мање дистендибилан од ампуларног. У оваквом случају, имплантација доводи до ране и драматичне руптуре, најчешће ка перитонеалнох шупљини, а понекад и између листова широких веза. У оба случаја крвављења могу бити тешка и фатална (Бреен, 1970).

- Дијагноза тубарне трудноће се поставља на основу клиничке слике, симптома и знакова за ванматеричну трудноћу, помоћу тестова за трудноћу, ултразвучни преглед након аменореје, лапароскопије, дилатације и киретаже (присуство Arias Stella феномена).

- Терапија ванматеричне трудноће зависи од налаза. У иницијалном стадијуму, код интактних стања и ране дијагнозе, третман је конзервативан - медикаментозном терапијом.

Код узнапредовале ванматеричне трудноће, у случајевима интраабдоминалних крвављења и шока, неопходна је ургентна реанимација и хируршка интервенција.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ristić Lj., Petrović B.: Učestalost ektopične trudnoće na operativnom materijalu Ginekološko-Akušerske klinike u Prištini, Zbornik radova, XVII. Niški ginekološki dani, Niš 2000.
2. Petrović B., Ristić Lj.: Retke lokalizacije ektopične trudnoće na operativnom materijalu GAK u Prištini. Zbornik radova, XIV Niški ginekološko akušerski dani, Niš, 1997.
3. Relić G., Ristić Lj., Petrović B.: Vanmaterična trudnoća i intrauterini pessarum kod bolesnica na GAK u Prištini, Zbornik radova, XVII Niški ginekološko-akušerski dani, Niš 2000.
4. Vujaković N.: Analiza 1022 vanmaterične trudnoće u poslednjih 20 godina, Jugosl. ginekol. opstetr. 1982, 22:4012.
5. Timčev N.: Vanmaterična trudnoća po četvrti put u iste bolesnice. Jugosl. ginekol. opstet. 1984; 24:62-3.
6. Maravić N., Skenderović S., Svraka L., Ilić B.: Graviditas tubariae bilateralis, Jugosl. ginekol. opstet. 1971; 11:209-11.
7. Skulj V.: Prilog konzervativno-operativnom lečenju tubarne trudnoće. Disertacija, Zagreb, 1958.
8. Kadar N., Romero R.: The timing of a Repeat Ultrasound Examination in the Evaluation of Ectopic Pregnancy, J. Clin. Ultrasound 1982; 10:211-4.
9. Đurić D., Đorđević D., Mijalković S., Mladenović B.: Istovremena uterina i ektrauterina trudnoća od V lunarnih meseci, Jugoslovenska ginekol.opstet. 1981; 21:132.
10. Bagović P., Oreščanin M.: Intersticijalna trudnoća nakon salpingektomije, Jugoslovenska ginekol. opst. 1966; 6:71-3.
11. Laing F.: Ectopic pregnancy. In: Diagnostic Imaging. Ferfuci J. Ed. 1-2. Lippincott, Philadelphia 1988.
12. Jurišić A.: Prognostička vrednost humanog horionskog gonadotropina kao indikatora funkcije trofoblasta u prvom trimestru trudnoće. Magistraski rad, Beograd. 1994.
13. Weis, S.N., Dailing R.J., Chow W.: Control definition in Case-Control studies of ectopic pregnancy, AJP January, vol. 75 No. 1, 1985.
14. Holt L.V., Chu J., Dailing R.J., Stergachis S.A., weis S.N.: Tubal sterilisation and subsequent ectopic pregnancy. JAMA, July 10, Vol. 266, NO. 2. 1991.
15. Barnes A.B., Wennberg C.N.: Ectopic Pregnancy: Incidence and review of determinant factors, Obstet. Gyn. Surv. 38:3345, 1983.