

**CIAŻA EKTOPOWA:
ROZPOZNANIE, RÓŻNICOWANIE I
POSTĘPOWANIE Z PACJENTKĄ**

Grzegorz H. Bręborowicz

Klinika Perinatologii i Ginekologii

UM Poznań

GHB 2014

CIAŻA EKTOPOWA

Ciąża zlokalizowana poza jamą macicy

2% wszystkich ciąż

Wczesne rozpoznanie: β hCG oraz TV USG

Postępowanie terapeutyczne:

- zachowawcze
- farmakoterpia
- chirurgiczne



1. SYTUACJA KLINICZNA

Pacjentka HB lat 38 zgłosiła się 26 czerwca w godzinach wieczornych do szpitala rejonowego z powodu dolegliwości bólowych w podbrzuszu, które wystąpiły przed kilkoma dniami. Po przyjęciu została zbadana przez dyżurnych lekarzy: chirurga i ginekologa. W badaniu ginekologicznym odstępstwami od stanu normalnego były: opóźnienie krwawienia miesięczkowego o kilka dni (5tc?), niewielką tkliwość macicy przy poruszaniu oraz we wzierniku brudzenie z kanału szyjki macicy.

Endometrioza w wywiadzie.

W wywiadzie położniczym dwie ciąży donoszone zakończone cięciem cesarskim.

1. SYTUACJA KLINICZNA

W badaniu ultrasonograficznym brak pęcherzyka ciążowego w jamie macicy, po stronie prawej kulista zmiana mogąca odpowiadać torbieli endometroidalnej a po stronie lewej płyn i echo mogące odpowiadać krwioskowi (średnica < 4cm).

bHCG – 5713mIU/ml. Pozostałe wyniki badań laboratoryjnych bz.

Wstępne rozpoznanie: **ciąża ektopowa**



1. SYTUACJA KLINICZNA

Proponowane postępowanie:

1. Farmakoterapia (metotreksat)
2. Postępowanie operacyjne
3. Postępowanie operacyjne z następową farmakoterapią
4. Postępowanie zachowawcze



1. SYTUACJA KLINICZNA

Proponowane postępowanie:

1. **Farmakoterapia (metotreksat)**
2. Postępowanie operacyjne
3. Postępowanie operacyjne z następową farmakoterapią
4. Postępowanie zachowawcze



1. SYTUACJA KLINICZNA

Pobyty w szpitalu:

- dwukrotne podanie metotrekastu w odstępie 7 dni w dawce 75mg im.
- stan pacjentki w trakcie pobytu w szpitalu uległ normalizacji – dwukrotnie korzystała z przepustki
- wartości β HCG: 5713; 6850; 9609; 8703mIU/ml
- pacjentka zwolniona ze szpitala w 10. dobie w stanie ogólnym db – brak dolegliwości
- zalecono wykonanie kontrolnego badania β HCG po dwóch dniach - 7617 mIU/ml



1. SYTUACJA KLINICZNA

Ponowne zgłoszenie i przyjęcie do szpitala po 5. dniach z powodu dolegliwości bólowych w podbrzuszu oraz plamienia.

Stan ogólny stabilny, wartość β HCG - mIU/ml.

Po 1. dobowej obserwacji i postępowaniu zachowawczym pacjentka zwolniona do domu w stanie ogólnym dobrym - zalecono



1. SYTUACJA KLINICZNA

Trzecie przyjęcie na oddział położniczo-ginekologiczny po 4. tygodniach z powodu dolegliwości bólowych w podbrzuszu. W badaniu ginekologicznym – macica o ograniczonej ruchomości, tkliwa. Przydatki prawe pogrubiałe. We wzorniku uwypuklenie tylnego sklepienia. USG – Macica prawidłowej wielkości. Endometrium 12mm. W zatoce Douglasa otorbiona zmiana o średnicy ok. 6-7cm Postępowanie terapeutyczne – nakłucie zatoki Douglas (ewakuacja 50ml treści krwistej ze skrzepami). Zwolniona w 2. dobie w stanie ogólnym dobrym.



1. SYTUACJA KLINICZNA

Czwarte na oddział położniczo-ginekologiczny po 3. tygodniach z powodu dolegliwości bólowych w podbrzuszu.

Stan stabilny

Badanie ginekologiczne – podobne jak przy poprzednim przyjęciu do szpitala.

Badanie USG – w zatoce Douglasa ponownie hiperechogenna zmiana o średnicy 7cm.

Postępowanie terapeutyczne – nacięcie tylnego sklepienia pochwy i ewakuacja około 250ml treści krwistej ze skrzepami.

Pacjentka zwolniona w 2. dobie z zaleceniem dalszego nadzoru ginekologicznego oraz kontynuowania antybiotykoterapii.



1. SYTUACJA KLINICZNA

Po dwóch tygodniach piąte przyjęcie do szpitala na oddział chirurgii. Objawy podobne do przedstawianych wcześniej – nasilające się bóle w podbrzuszu. CRP – 7.2 mg/dl

Po 6. godzinnej obserwacji decyzja wykonania laparotomii zwiadowczej. W trakcie operacji usunięcie odessanie zmiany w zatoce Douglasa. Pojawia się treść z przewodu pokarmowego – lokalizacja perforacji jelita i zeszytie. Usunięcie odczynowo zmienionego wyrostka robaczkowego.

Rozpoznanie pooperacyjne:

Zapalenie otrzewnej. Jatrogenne uszkodzenie esicy.

Odczynowe zapalenie wyrostka robaczkowego

Wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym.



1. SYTUACJA KLINICZNA

Dyskusja:

1. Wybór metody terapeutycznej po rozpoznaniu ciąży pozamacicznej.
2. Czy powikłania obserwowane w omawianej sytuacji klinicznej związane były z wcześniejszą decyzją, co w tym postępowaniu można było zmienić
3. Kiedy nastąpiło przerwanie ciągłości jelita?



SKUTECZNOŚĆ TERAPII METOTREKSATEM

Efektywność – 65 – 94%

Mniej objawów ubocznych oraz powikłań w porównaniu z postępowanie inwazyjnym.

Czynniki rokownicze:

- **wielkość pęcherzyka (3.5-4.0cm)**
- **czynność serca płodu**
- **płyn w jamie Douglas**
- **wartość β hCG lub progesteronu**



SKUTECZNOŚĆ TERAPII METOTREKSATEM

stężenie β hCG lub progesteronu
(<10.000 mIU/ml lub <7 ng/ml)

Pozytywna wartość predykcyjna – 97%

Negatywna wartość predykcyjna – 69%

Obniżenie $>15\%$ stężenia β hCG między 4-5 dniem po podaniu najbardziej czułym czynnikiem prognostycznym sukcesu terapeutycznego – 93%



SKUTECZNOŚĆ TERAPII METOTREKSATEM

**Wielkość pęcherzyka
(<3.5-4.0cm)**

Efektywność – 65 – 94%

Mniej objawów ubocznych oraz powikłań w porównaniu z postępowanie inwazyjnym.



SKUTECZNOŚĆ TERAPII METOTREKSATEM

czynność serca płodu

Brak czynności serca czynnikiem rokowniczo korzystnym ale nie wykluczającym zastosowanie terapii MTX

płyn w jamie Douglas

Brak płynu czynnikiem rokowniczo korzystnym ale w 70-83% EP płyn w zatoce Douglasa z czego w jedynie 50-62% występuje pęknięcie jajowodu

POWIKŁANIA A WCZEŚNIEJSZA DECYZJA O SPOSOBIE TERAPII

Powikłania po terapii MTX rzadsze w porównaniu z postępowaniem inwazyjnym.

Czy w danej sytuacji można było zmniejszyć ryzyko tych powikłań?



USZKODZENIE JELITA

W sytuacji kilku ingerencji chirurgicznych oraz w związku z wcześniejszym wywiadem położniczym określenie etiologii i momentu powstania tego powikłania może opierać się jedynie na spekulacjach.



CIAŻA EKTOPOWA JAJOWODOWA

Czy można było cokolwiek zmienić w diagnostyce i postępowaniu terapeutycznym i leczniczym?



2. SYTUACJA KLINICZNA

Pierwiastka lat 26 zgłosiła się do gabinetu ginekologicznego z powodu dolegliwości bólowych w podbrzuszu, plamienia oraz opóźnienia krwawienia miesięczkowego.

Wywiad poł-gin: brak odchyień, miesiączkuje od 13 roku życia, co 28 dni, miesiączki prawidłowe.

W badaniu ginekologicznym macica powiększona odpowiadająca II miesiącowi ciąży, wydzielina z pochwy krwista.

Badanie USG przez powłoki brzuszne – w jamie macicy widoczny zarodek odpowiadający 6. tygodniowi ciąży, czynność serca płodu widoczna, brak wykładników oddzielania się kosmówki.

Lekarz skierował pacjentkę na oddział ginekologiczno-położniczy.



2. SYTUACJA KLINICZNA

Po przyjęciu do szpitala wynik badania ginekologicznego oraz ultrasonograficznego identyczny z wcześniej wykonanym przez lekarza kierującego.

Rozpoznanie: Grav I Hbd 6 Abortus imminens
Włączono terapię gestagenami (Luteina 2x1 tabletka doustnie), kwas foliowy, Relanium 5mg, leżenie.

Wyniki badań laboratoryjnych w normie.

Po 4. dniach dolegliwości ustąpiły i ciężarna w stanie ogólnym dobrym została zwolniona do domu.



2. SYTUACJA KLINICZNA

Ciężarna mieszkała samotnie. W związku z brakiem z nią kontaktu przez kilka dni przyjeżdża do niej ojciec. W kuchni znajduje leżące na ziemi ciało córki.

Wynik badania pośmiertnego

Zgon spowodowany skrwawieniem z pękniętego jajowodu – w jamie brzusznej 3 litry krwi.

Rozpoznanie

Graviditas heterotropica



2. SYTUACJA KLINICZNA



CIAŻA HETEROTROPOWA



CIAŻA HETEROTROPOWA



CIAŻA HETEROTROPOWA

Ciąża heterotropowa – jednoczesny rozwój ciąży w jamie macicy i ciąży ektopowej.

Częstość występowania 1:30 000.

Wzrost częstości w związku z wprowadzeniem technik ART. Oraz wzrostu częstości schorzeń zapalnych w miednicy mniejszej.



CIAŻA HETEROTROPOWA

Najczęściej rozpoznawana po pojawieniu się objawów klinicznych.

50% bez objawów

Diagnostyka przy pomocy TVUSG oraz MR.

Leczenie: w zależności od lokalizacji ciąży ectopowej: laparoscopia, histeroscopia, cewnik Foleya, podanie KCl⁺



3. SYTUACJA KLINICZNA

Do gabinetu ginekologicznego zgłosiła się pacjentka z powodu opóźnienia krwawienia miesięczkowego oraz krwawienia z dróg rodnych. Wg ostatniej miesiączki jest to 5tc + 5 dni. W badaniu ginekologicznym macica powiększona, przydatki bz. Wziernik: z kanału szyjki wydzielina ciemno brunatna.



3. SYTUACJA KLINICZNA

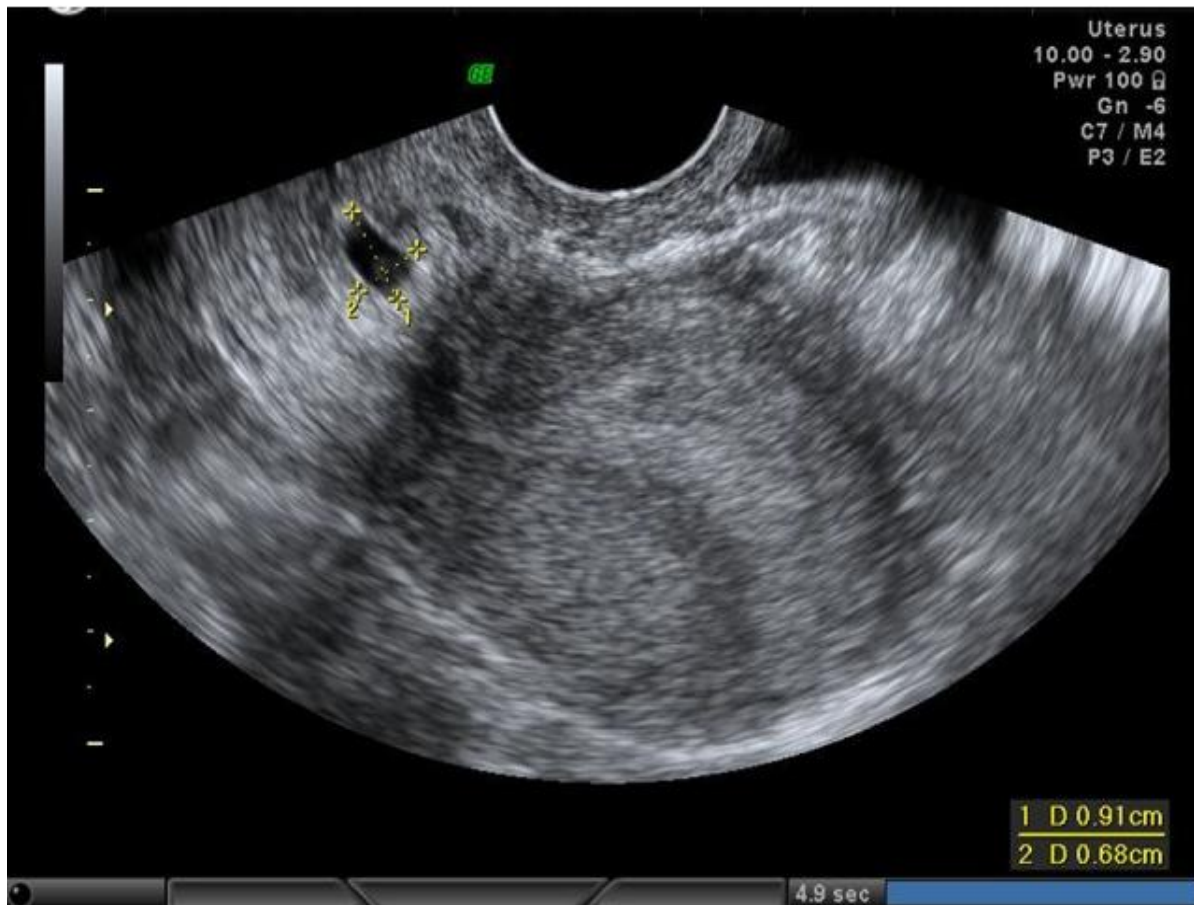
TVUSG: W jamie macicy brak zarodka, endometrium pogrubiłe. Przydatki bz. W kanale szyjki widoczna zmiana o zmienionej echogenności o średnicy ok. 3,5cm, brak czynność serca płodu.

Rozpoznanie: ciąża szyjkowa

Pacjentka skierowana na oddział położniczo-ginekologiczny.



3. SYTUACJA KLINICZNA



CIAŻA HETEROTROPOWA – 8TC



3. CIAŻA SZYJKOWA

0,1-1,0% ciąż ektopowych

Objawy: opóźnienie miesiączki, bezbolesne krwawienie (**krwotok!!!**) ból w podbrzuszu (50% bez dolegliwości bólowych)

Diagnostyka: TVUSG, β hCG, Doppler (Power Doppler)

Terapia: Metotreksat (50mg/m², 1mg/kg)
Postępowanie chirurgiczne



3. CIAŻA SZYJKOWA

Metody kontroli krwawienia:

- Szew okrężny na szyjkę macicy
- Tamponada kanału szyjki
- Cewnik Foleya
- Szwy hemostatyczne
- Skrobanie + prostaglandyny
- Podwiązanie naczyń szyjkowych
- Embolizacja t. macicznej zaopatrującej jajo płodowe



4. SYTUACJA KLINICZNA

Ciąża w bliźnie po cięciu cesarskim



4. CIAŻA W BLIŹNIE PO CIĘCIU CESARSKIM



POSUMOWANIE

1. Cięża ektopowa stanowi zagrożenia dla życia matki
2. Istotne wczesne rozpoznanie
3. Różnorodność możliwych terapii – w postępowaniu konserwatywnych istotna rola metotrekasatu

