

Vzácný případ abdominální gravidity – kazuistika

Jan Přáda, Pavel Calda, Zdeněk Žižka

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Korespondenční adresa: MUDr. Jan Přáda, Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 18, 128 51 Praha 2, tel.: +420 775 141 990, e-mail: jan.prada@vfn.cz

Publikováno: 3. 11. 2020
Actual Gyn 2020, 12, 59-64

Přijato: 16. 10. 2020
ISSN 1803-9588

Akceptováno: 27. 10. 2020
© 2020, Aprofema s.r.o.



Článek lze stáhnout z www.actualgyn.com

Citujte tento článek jako: Přáda J, Calda P, Žižka Z. Vzácný případ abdominální gravidity – kazuistika. Actual Gyn. 2020;12:59-64

A RARE CASE OF ABDOMINAL PREGNANCY – CASE REPORT

Case report

Abstract

Abdominal gravidity is a very rare type of ectopic gravidity. Its prevalence is only approximately 1% of ectopic gravidities, however, it is a necessary part of the differential diagnosis algorithm for pregnancies of unknown location. Individual cases are varied both in their clinical symptomatology as well as in their risks and possible solutions, based on the specific location of the implanted fertilised oocyte. This article describes the diagnostic process and the subsequent management of a case of abdominal gravidity located among the intestinal loops in the left hypochondrium.

Key words: ectopic pregnancy, abdominal pregnancy, pregnancy of unknown location

Kazuistika

Abstrakt

Abdominální gravidita je velmi vzácným typem ektopické gravidity. Její výskyt činí jen asi 1 % případů ektopické gravidity, je však nezbytnou součástí diferenciativně diagnostického algoritmu těhotenství nejasné lokalizace. Stejně jako může být pestrá klinická symptomatologie, velmi se od sebe liší i rizikovitost a řešení jednotlivých případů, a to dle konkrétního místa implantace fertilizovaného oocyty. Tento článek popisuje diagnostický proces a následný management případu abdominální gravidity lokalizované mezi střešní kličky v levém podžebří.

Klíčová slova: ektopická gravidita, abdominální gravidita, gravidita nejasné lokalizace, PUL

Úvod

Za ektopickou graviditu označujeme stav, kdy fertilizovaný oocyt implantuje v jiné lokalitě než v endometriu dutiny děložní. Incidence tohoto stavu je 11/1 000 těhotenství (1). V drtivé většině případů (až 94 %) (2) se jedná o graviditu tubární. V současnosti již diagnostika ani následný management nečiní větší obtíže, jako tomu bylo ještě v době nedávné. Ve vzácných případech se však plodové vejce

může nacházet v atypické lokalizaci. Ektopická gravidita lokalizovaná mimo vejcovod se oproti graviditě tubární vyznačuje přibližně 7 - 8násobnou mateřskou mortalitou (3).

Dříve a nepřesně používaný termín mimoděložní těhotenství sice obsáhne drtivou většinu případů ektopické gravidity, ale dnes by se již neměl používat.

Tab. 1 Typy ektopických gravidit a jejich udávaná frekvence (2)

Tubární	94 %
Ovariální	3 %
Intersticiální	2 %
Abdominální	1 %
Cervikální	< 1 %
V jizvě po císařském řezu	< 1 %
Intramurální	< 1 %
V rudimentárním rohu děložním	< 1 %

Abdominální gravidita

Abdominální gravidita je jedním z nejvzácnějších typů ektopické gravidity (1 % všech ektopických gravidit) (2). Jako každá vzácná diagnóza může způsobovat obtíže při svém odhalení. Při těhotenství nejasné lokalizace a vitality (PUL) je tedy nezbytné myslet kromě mladší datace těhotenství či tubární ektopické gravidity i na tyto vzácné případy. Jedná se o heterogenní klinickou jednotku. Klinické příznaky i následný management se liší podle toho, kde dojde k nidaci plodového vejce. To může být například na omentu, pánevní stěně či velkých cévách, na ovariu, slezině, játrech, bránici či střevní kličce. Byly popsány i případy nidace na poševním pahýlu po hysterektomii (4,5). Někdy také může dojít k uhnízdění plodového vejce na seróze dělohy. Pro včasné vyloučení těchto patologií je nezbytná spolehlivá UZ (ultrazvuková) lokalizace nidace plodového vejce v děloze.

Etiologie není doposud objasněna. Neví se, zda se jedná o primárně patologickou implantaci či sekundární implantaci například po tubárním abortu (6). Mezi rizikové faktory patří patologie vejcovodů, hluboký pánevní zánět, endometrióza a metody asistované reprodukce (7).

Stejně jako je široké spektrum lokalit abdominální gravidity, jsou pestré i možnosti klinické symptomatologie. V některých lokalitách může zůstat abdominální gravidita dlouho nerozpoznána. Literatura popisuje i případy, kdy těhotenství prosperovalo i za hranici 30. týdne, protože bylo považováno za fyziologickou intrauterinní graviditu (8,13). Nidace v oblasti gastrointestinálního traktu se může projevat nauzeou, zvracením či (sub)ileozními stavy (9) a bolestmi břicha. V některých případech se může objevit vaginální krvácení. Na opačné straně závažnosti symptomů potom stojí prezentace pod obrazem krvácivé náhlé příhody břišní až hemoragického šoku.

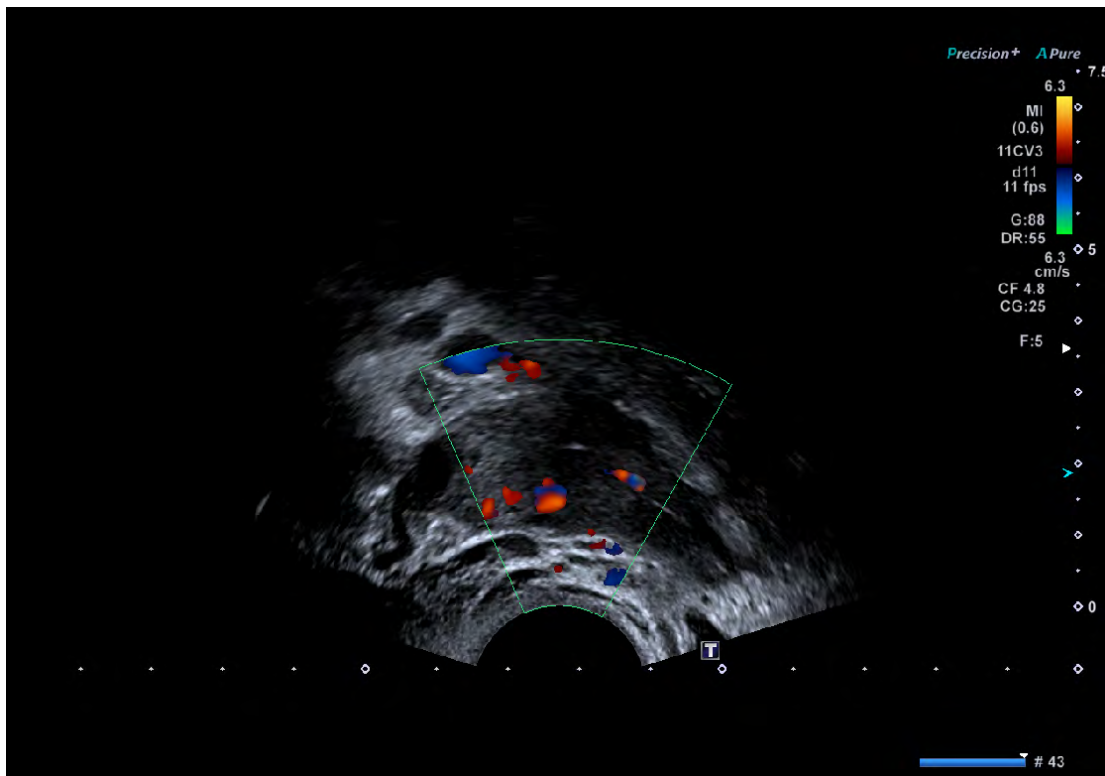
Management abdominální gravidity se odvíjí od její lokalizace a symptomatologie. V některých případech

dojde ke spontánnímu zániku plodového vejce a při absenci významnějších obtíží je možné zvolit konzervativní postup. Pokud je těhotenství diagnostikováno časně, je metodou volby laparoskopické řešení. V případě implantace v oblasti velkých cév je pak doporučován laparotomický přístup pro riziko masivního krvácení (10). Největší problém představuje odstranění placenty, aby tato procedura nebyla příliš devastující pro postiženou tkáň a nezpůsobila obtížně ztižitelné krvácení, či naopak abychom se vyhnuli pozdějším komplikacím způsobeným reziduálním trofoblastem (11). Farmakologické řešení abdominálního těhotenství pomocí methotrexátu má nejistý výsledek. Vzhledem k široké škále možných případů patologické implantace musí být každý případ abdominální gravidity posuzován individuálně.

Z biochemických vyšetření nám pomáhá posouzení trendu hladiny volné podjednotky beta-hCG. Problémem však je, že na rozdíl od gravidity tubární mohou být jeho hladiny i dynamika naprosto fyziologické (12). Vedoucí diagnostickou metodou je transvaginální UZ vyšetření. V následující kazuistice je však zřejmé, že i to má své limity, a proto je vždy nezbytné doplnit **vyšetření i o abdominální UZ**, a to nejlépe v rukou **zkušeného ultrasonografisty**.

Kazuistika

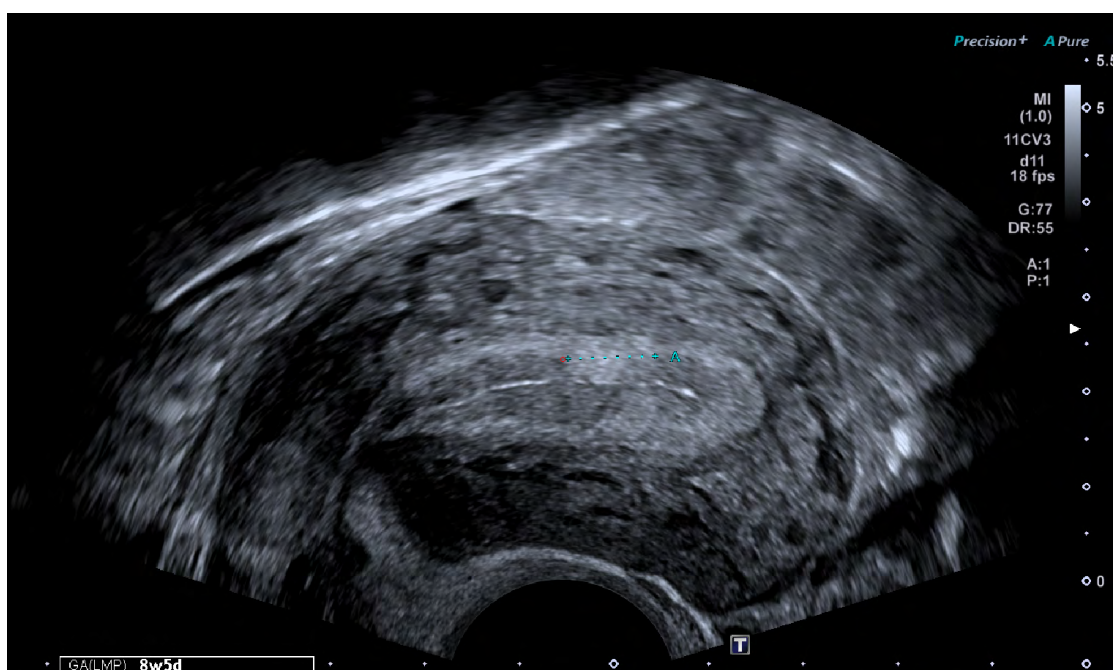
33letá primigravida, nulipara, byla odeslána k přijetí dne 13. 2. (menstruační stáří 7+4) svým ošetřujícím gynekologem pro podezření na ektopickou graviditu. Subjektivně pociťuje poslední 3 dny mírné intermitentní bolesti v podbříšku za sponou a slabě špiní. Gravitest z moči pozitivní a ultrazvukové vyšetření neprokazuje graviditu v děloze. Hladina hCG 24 614 IU/l a transvaginální (TVU) a transabdominální (TAU) ultrazvukové vyšetření popisuje suspektní útvar v oblasti levého ovaria, bez volné tekutiny v malé pánvi.



Obr. 1 Suspektní útvar v oblasti levých adnex

Pacientka indikována k laparoskopické revizi, která byla provedena týž den, spíše překvapivě s negativním nálezem. Ektopická gravidita nebyla zjištěna: normální nález na děloze, adnexech a v malé pánvi, bez přítomnosti krve v Douglasově prostoru. Pracovní diagnóza pracuje s hypotézou mladší intrauterinní gravidity, kterou se dosud nepodařilo vizualizovat. Pacientka byla propuštěna do ambulantního sledování 1. pooperační den, bez subjektivních obtíží a v dobrém klinickém stavu.

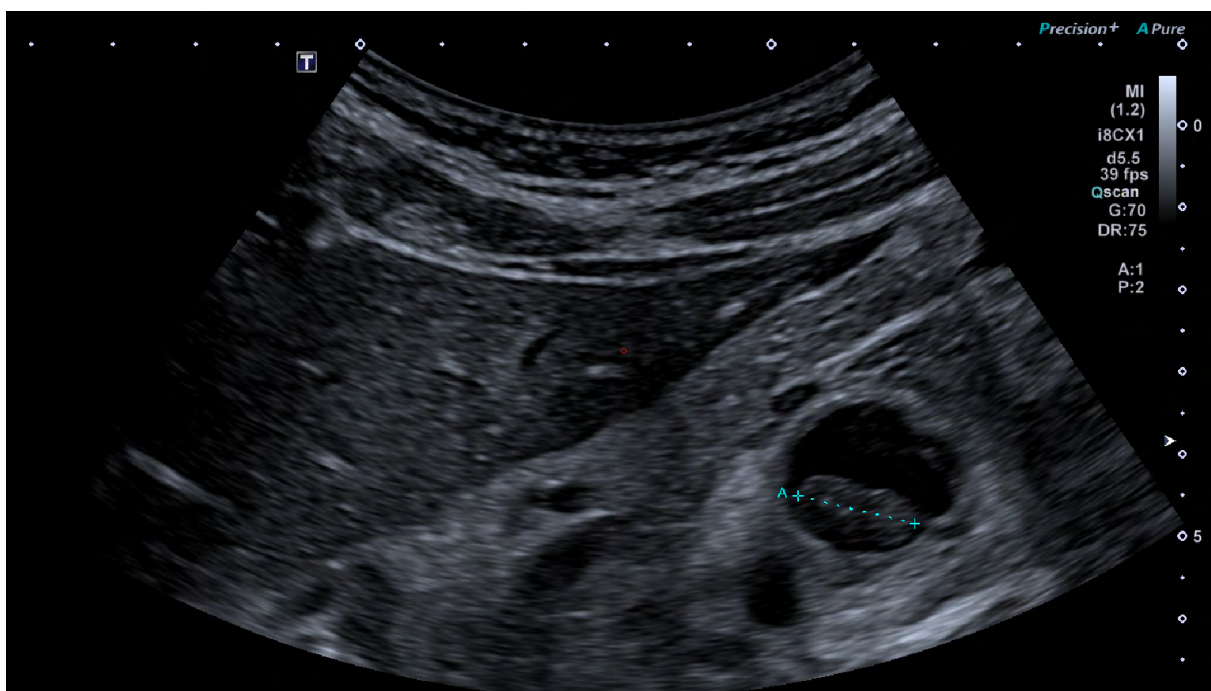
Dne 15. 2. provedeno kontrolní stanovení hCG v krvi (33 817 IU/l), opět s negativním ultrazvukovým nálezem, a to jak u TVU, tak TAU. Dne 20. 2. pacientka pro pouze mírný pokles hCG (28 356 IU/l) při podezření na patologickou či neprosperující intrauterinní graviditu indikována k revizi dutiny děložní (RCUI), která byla provedena následující den. Z dělohy získán materiál odpovídající decidualizovanému endometriu.



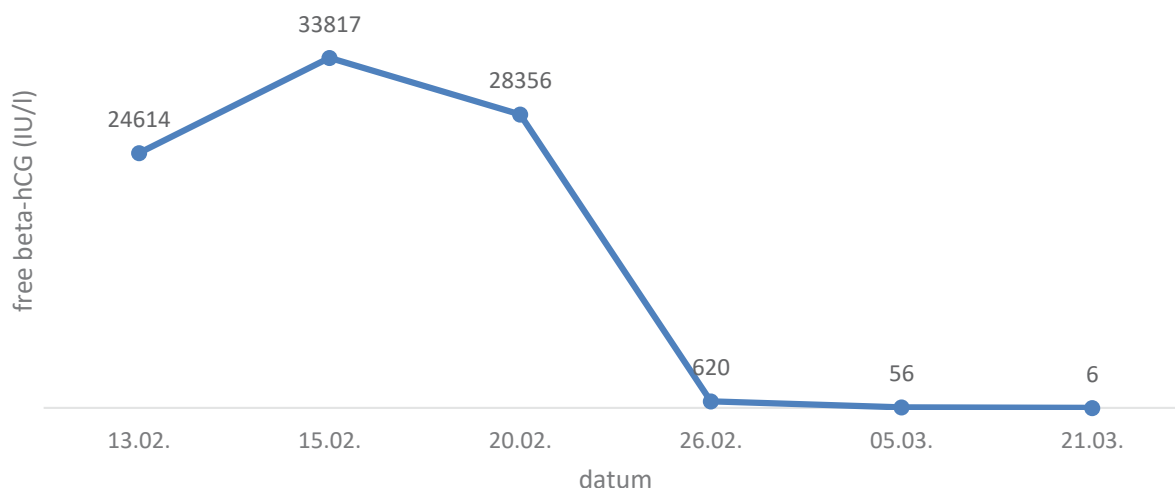
Obr. 2 Nález v dutině děložní 20. 2.

Dne 26. 2. provádíme opět podrobné ultrazukové vyšetření (UZ), a to jak vaginální, tak abdominální sondou. V levém podžebří mezi střevními klíčkami nacházíme plodové vejce s embryem, CRL 15 mm, bez prokazatelné vitality, odpovídající grav. heb. 8+1. Vzhledem k poklesu hladiny hCG na hodnotu

620 IU/l uzavíráme případ jako neprosperující abdominální graviditu cca 1 týden po odumření embrya. U pacientky sledovány hladiny hCG ve 14denních intervalech, které stále klesají až k nule a pozorujeme regresi útvaru v pravém podžebří.



Obr. 3 Avitální plodové vejce v levém podžebří



Graf 1 Trend hladin free beta-hCG

Diskuze

Abdominální gravidita se podílí na cca 1 % všech případů ektopických gravidit. Jako vzácná diagnóza může způsobovat diagnostické rozpaky. Je nutné na ni myslet vždy v případech těhotenství neznámé lokalizace. Faktory ovlivňující incidenci PUL jsou kvalita UZ přístroje a erudice ultrasonografisty. Mezi biologické faktory pak patří BMI pacientky, pozice dělohy, přítomnost děložních myomů, VVV dělohy,

adnexální patologie či střevní náplň (22). Oproti ektopické graviditě lokalizované v tubě má abdominální gravidita 7 - 8násobnou mateřskou mortalitu (3). Abdominální těhotenství představuje velmi heterogenní klinickou jednotku a stejně tak pestrá je škála jeho možného klinického obrazu od zcela asymptomatického po život ohrožující náhlou příhodu břísni (1). V našem případě se jednalo o oligosymptomatic-

kou pacientku, kdy bylo sice na počátku vyšetřovacího procesu správně vyřčeno podezření na ektopickou graviditu, ale ve zcela odlišné lokalizaci - ve vejcovodu. Standardně se obdobné případy řeší laparoskopicky, ale naše pacientka měla negativní laparoskopický nález na adnexech a v malé pánvi. Vzhledem k tomu, že možnou příčinou abdominální gravidity je sekundární nidace po tubárním abortu, nemusí být pozitivní ultrazvukový nález bez následného laparoskopického potvrzení nutně zapříčiněn nesprávnou diagnostikou. Situace byla následně přehodnocena jako neprosperující intrauterinní gravidita, což u těhotenství nejasné lokalizace může tvořit až 50 % případů (22). Pro přetrvávající diagnostické rozpaky, kdy bylo možno vyloučit prosperující nitroděložní graviditu, bylo přikročeno k RCUI. Patolog však graviditu v dutině děložní nepotvrdil. Pro dobrý klinický stav byla pacientka dále sledována ambulantně a po dalších 10 dnech bylo lokalizováno plodové vejce v levém podžebří mezi střevními klíčkami.

Nidace na střevní stěně či omentu může být provázena střevní obstrukcí (9) a následně pokusy o chirurgické řešení komplikuje riziko masivního krvácení v případě, že placentární tkáň aroduje velké cévy

(12). Proto se v některých případech přikračuje spíše k farmakologickému řešení celkovým podáváním methotrexátu (15). V našem případě jsme postupovali konzervativně. Obávali jsme se možných rizik spojených s aktivním řešením abdominální gravidity. Podporu k našemu rozhodnutí jsme našli v trvale klesajících hladinách hCG, absenci srdeční akce plodu na UZ vyšetření a v neposlední řadě v stabilním klinickém stavu pacientky. Pacientku jsme sledovali do negativity hCG a regrese plodového vejce v levém podžebří.

Závěr

Abdominální gravidita představuje vzácnou, ale potenciálně život ohrožující patologii časného těhotenství. Její diagnostika bývá obtížná a mělo by se na ni myslet vždy, když se nedaří nalézt graviditu v obvyklých lokalizacích. Diferenciálně diagnostická úvaha musí počítat s touto eventualitou vždy při stoupajících hladinách hCG bez příslušného ultrazvukového korelátu v děloze. Samotné transvaginální vyšetření je jak v gynekologii, tak v časně graviditě považováno za nedostatečné, protože neodhalí struktury mimo malou pánev.

Literatura

- Eisner SM, Ebert, AD, David M. Rare Ectopic Pregnancies—A Literature Review for the Period 2007–2019 on Locations Outside the Uterus and Fallopian Tubes. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2020;80(7):686-701
- Parker VL, Srinivas M. Non-tubal ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2016;294(1):19–27
- Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, et al. Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 2013;68(8):571-81
- Binder DS. Thirteen-week abdominal pregnancy after hysterectomy. *J Emerg Med*. 2003;25(2):159-161
- Fader AN, Mansuria S, Guido RS, Wiesenfeld HC. A 14-week abdominal pregnancy after total abdominal hysterectomy. *Obstet Gynecol*. 2007;109(2 Pt2):519-21
- Dover RW, Powell MC. Management of a primary abdominal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1995;172(5):1603-1604
- Yoder N, Tal R, Martin JR. Abdominal ectopic pregnancy after in vitro fertilization and single embryo transfer: a case report and systematic review. *Reprod Biol Endocrinol*. 2016;14:69, doi: 10.1186/s12958-016-0201-x
- Kobilková J, Šindlář M, Strunová M, Pavlišta D. Výjimečný porod z mimoděložního těhotenství – historická kazuistika. *Prakt. Lék*. 2015;95(4):183-185
- Green EE, et al. Abdominal Pregnancy, an Unusual Cause of Ischemic Small Bowel Obstruction. *The American Surgeon*. 2020;86(5):511-512
- Elmoheen A, et al. The Largest Tubal Pregnancy: 14th Week. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*. 2020, doi: 10.1155/2020/4728730
- Paluku JL, et al. Late abdominal pregnancy in a post-conflict context: case of a mistaken acute abdomen—a case report. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020;20:238, doi: 10.1186/s12884-020-02939-3
- Hajji A, et al. Early primary abdominal pregnancy: Diagnosis and management. A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2020;73:303-306
- Chun PC, et al. Undiagnosed Abdominal Term Pregnancy with Good Neonatal Outcome. *Case reports in obstetrics and gynecology*. 2019, doi: 10.1155/2019/2460485
- Atrash HK, Friede A, Hogue CJ. Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal mortality. *Obstet Gynecol*. 1987;69:333-337
- Stovall TG, et al. Methotrexate treatment of unruptured ectopic pregnancy: a report of 100 cases. *Obstetrics & Gynecology*. 1991;77(5):749-753
- Calda P, Břešťák M, Fischerová D. Doporučení k posouzení komplikací vývoje plodu v I. trimestru (zamlklý potrat, ektopická gravidita, těhotenství neznámé lokalizace). *Actual Gyn*. 2013;5:78-80
- Hoover KW, Tao G, Kent CK. Trends in the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy in the United States. *Obstet Gynecol*. 2010;115(3):495-502

18. Jurkovic D, Mavrelis D, Catch me if you scan: ultrasound diagnosis of ectopic pregnancy. *Ultrasound in obstetrics & gynecology*. 2007;30(1):1-7
19. Calda P, Břešťák M, Fischerová D. Ultrazvuková diagnostika v těhotenství a gynekologii. 2. kompletně přeprac. a rozš. vyd. Praha: Aprofema; 2010, 496 s.
20. Rob L, Martan A, Ventruba P. Gynekologie. 3. doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén; 2019, 356 s.
21. Derbak A. Mimoděložní těhotenství v ultrazvukovém obraze. Kazuistiky. Retrospektivní analýza. *Česká gynekologie*. 2016;81(1):63-69
22. Fischerová D, Frühauf F, Břešťáková L. Diagnostický postup u těhotenství nejisté viability a neznámé lokalizace – nejnovější doporučení. *Česká gynekologie*. 2014;79(3):231-238
23. Rohilla M, Joshi B, Jain V, Neetimala, Gainer S. Advanced abdominal pregnancy: a search for consensus. Review of literature along with case report. *Arch Gynecol Obstet*. 2018;298(1):1-8
24. Di Sebastiano F, et al. Abdominal pregnancy: Things to keep in mind! *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;252:628-629