

Choroba resztkowa po laparoskopowym usunięciu jajowodu z powodu ciąży ektopowej – opis przypadku

Michalina Odonicz-Czarnecka (BEF), Anna Kryza-Ottou (BF), Jakub Śliwa (BDE),
Mariusz Zimmer (ADE)

II Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

WKŁAD AUTORÓW: (A) Projekt badania · (B) Zbieranie Danych · (C) Analiza Statystyczna · (D) Interpretacja Danych · (E) Przygotowanie Rękopisu · (F) Gromadzenie Piśmiennictwa · (G) Gromadzenie Funduszy

STRESZCZENIE

Choroba resztkowa stanowi rzadkie powikłanie nieradykalnego leczenia ciąży ektopowej. Wystąpienie choroby resztkowej niesie ze sobą ryzyko krwawienia do jamy otrzewnej, co może wymagać pilnej interwencji chirurgicznej, a w perspektywie czasu może skutkować wytworzeniem się zrostów w obrębie jamy otrzewnej i utrudnić zajście w kolejną ciążę. W pracy przedstawiono opis przypadku pacjentki, u której wystąpiło krwawienie do jamy otrzewnej z licznych wszczepów trofoblastu, po uprzedniej nieradykalnej laparoskopowej salpingektomii. W dalszym przebiegu choroby wytworzyły się liczne zrosty w obrębie jamy otrzewnej, co spowodowało w kolejnej ciąży niedrożność przewodu pokarmowego z perforacją jelita i zapaleniem otrzewnej, wymagającej kolejnego zabiegu operacyjnego. W wyniku zabiegu doszło do utraty ciąży wewnątrzmacicznej.

Słowa kluczowe: ciąża ektopowa; salpingektomia; laparoscopia; choroba resztkowa

Adres do korespondencji: Anna Kryza-Ottou

II Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa we Wrocławiu
ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław

Tel. +48 509356563, ORCID ID: 0000-0001-9192-8567

e-mail: ania.kryza@interia.pl

Liczba słów: 1387 **Tabele:** 0 **Ryciny:** 0 **Piśmiennictwo:** 8

Received: 19.05.2019

Accepted: 26.05.2019

Published: 28.06.2019

WSTĘP

Ciąża ektopowa występuje w ok. 2% wszystkich ciąż [1]. Nieprawidłowa lokalizacja ciąży najczęściej w jajowodzie (96%) oraz coraz częściej stwierdzana w bliźnie po cięciu cesarskim jest jednym z ostrych stanów w ginekologii i położnictwie [2,3]. Pęknięcie ciąży jajowodowej wiąże się z krwawieniem do jamy otrzewnej, które w przypadku masywnej utraty krwi może prowadzić do wstrząsu hipowolemicznego [1,3]. Wczesna diagnostyka pozwala na wybór metody leczenia – zachowawczego lub zabiegowego w zależności od objawów klinicznych, wyników badań obrazowych i laboratoryjnych. W piśmiennictwie wymienia się postępowanie oczekujące stosowane w przypadku pacjentek bezobjawowych, leczenie farmakologiczne oraz leczenie chirurgiczne stosowane w przypadku przeciwwskazań do leczenia zachowawczego, w drodze laparoskopii lub laparotomii [4]. W przypadku leczenia operacyjnego w zależności od stopnia zaawansowania procesu chorobowego oraz oceny przeciwległego jajowodu wykonywane jest nacięcie jajowodu z ewakuacją ciąży jajowodowej - salpingotomia lub jego wycięcie - salpingektomia. Usunięcie jajowodu wiąże się z radykalnym wyleczeniem, jednak w przypadkach gdy pacjentka pragnie zachować płodność lub gdy przeciwległy jajowód makroskopowo jest uszkodzony, bądź niedrożny, z zarośniętym ujściem brzuszyn lub w przeszłości pacjentka przeżyła usunięcie przeciwległego jajowodu - operator może zdecydować o usunięciu jaja płodowego i pozostawieniu jajowodu. Ponadto zachowanie jajowodu wiąże się z wyższym prawdopodobieństwem uzyskania ciąży bez zastosowania metod wspomaganego rozrodu (przy leczeniu radykalnym istnieje zwiększone ryzyko niedokrwienia jajnika, a w konsekwencji zmniejszenia rezerwy jajnikowej) [1,5]. Według danych w piśmiennictwie w przypadku leczenia oszczędzającego 77% pacjentek zachodzi w prawidłową ciążę wewnątrzmaciczną.

ciczną, natomiast w przypadku leczenia radykalnego dotyczy 57% pacjentek [5,6]. Możliwe są jednak negatywne następstwa leczenia nieradykalnego związane z pozostawieniem w świetle jajowodu tkanek trofoblastu, które mogą dokonywać inwazji w otaczające tkanki - otrzewną, sieć większą, powierzchnię narządów jamy otrzewnej. Zagrożeniem życia związanym z chorobą resztkową jest krwawienie do jamy otrzewnej o różnym stopniu nasilenia do wstrząsu włącznie z koniecznością nagłej interwencji chirurgicznej. W perspektywie czasu może skutkować tworzeniem zrostów w obrębie jamy otrzewnej i związanych z tym powikłań, jak niedrożność jelit. Choroba resztkowa częściej występuje w przypadku salpingotomii, szczególnie wykonywanej drogą laparoskopową ryzyko to sięga 15% [6]. Jednak opisywane są także rzadkie przypadki wystąpienia choroby resztkowej u pacjentek po wycięciu jajowodu [7].

Opis poniższego przypadku dotyczy pacjentki leczonej laparoskopowo z powodu ciąży jajowodowej lewostronnej. Cztery tygodnie po zabiegu operacyjnym salpingektomii, w wyniku rozwoju choroby resztkowej wystąpiły objawy ostrego brzucha i stwierdzono krwawienie do jamy otrzewnej z koniecznością wykonania pilnej laparotomii. Śródoperacyjnie stwierdzono liczne wszczyepy trofoblastu na powierzchni narządów całej jamy otrzewnej. W kolejnej ciąży u pacjentki wystąpiły objawy niedrożności przewodu pokarmowego związane z wytworzeniem się zrostów i doszło do poronienia.

OPIS PRZYPADKU

30. letnia pacjentka przywieziona przez zespół Pogotowia Ratunkowego do II Kliniki Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z bólami brzucha. W wywiadzie podawała 4 tygodnie wcześniej przebycie laparoskopowego wycięcia jajowodu lewego z powodu ciąży ektopowej. W wykonanych badaniach laboratoryjnych wykazano wartość podjednostki beta gonadotropiny kosmówkowej (betaHCG) 128 mIU/ml, poziom hemoglobiny 10,5g%. Pozostałe parametry laboratoryjne mieściły się w granicach normy. W wykonanym badaniu ultrasonograficznym stwierdzono obecność znaczącej klinicznej ilości wolnego płynu w jamie otrzewnej. Z uwagi na pogarszanie się stanu ogólnego pacjentki, narastające dolegliwości bólowe, pojawienie się objawów otrzewnowych oraz spadek poziomu hemoglobiny do 7,6g%, z narastającą ilością wolnego płynu w jamie otrzewnej sugerującą krwawienie do

jamy brzusznej pacjentka została zakwalifikowana do zabiegu laparotomii zwiadowczej. Zabieg przeprowadzono w trybie ostrego dyżuru w znieczuleniu ogólnym. Podczas zabiegu stwierdzono obecność około 700ml krwi i skrzepów w obrębie jamy otrzewnej. Stwierdzono kikut lewego jajowodu niekrwawiący oraz liczne, drobne ok. 2-3mm, ciemnoczerwone ogniska o charakterze wszczyepów trofoblastycznych na powierzchni macicy, ściany jajowodu prawego i kikuta jajowodu lewego, oraz na sieci większej, wszczyepy wykazywały czynne krwawienie. Podczas zabiegu zreszekowano doszczętnie kikut lewego jajowodu. Dodatkowo usunięto krwawiące wszczyepy tkankowe z powierzchni narządów i sieci większej. Pobrany materiał przekazano do badania histopatologicznego. Po zabiegu uzyskano poprawę stanu klinicznego pacjentki oraz spadek wartości gonadotropiny kosmówkowej do wartości dla kobiet nieciążarnych. Z uwagi na znaczną utratę krwi oraz objawy anemii pacjentka wymagała przetoczenia preparatów krwiopochodnych. Otrzymała 3 jednostki koncentratu krwinek czerwonych oraz 2 jednostki świeżo mrożonego osocza. W wyniku przetoczenia uzyskano wzrost poziomu hemoglobiny do 10,4g% oraz ustąpienie objawów anemizacji. Pacjentka została wypisana ze szpitala w 9 dobie po zabiegu z wartością hemoglobiny 11,1g% oraz poziomem podjednostki beta gonadotropiny kosmówkowej - 8,88 mIU/ml z zaleceniem kontroli beta-HCG 1x w tygodniu do uzyskania wartości charakterystycznych dla kobiet niebędących w ciąży oraz kontroli ginekologicznej. Na podstawie badania histopatologicznego pobranych tkanek potwierdzono chorobę resztkową po pierwotnym leczeniu ciąży ektopowej.

Dziewięć miesięcy po operacji pacjentka zgłosiła się ponownie na Izbę Przyjęć z powodu nieustępujących, nasilonych wymiotów – będąc w 6. tygodniu ciąży II. Ciąża powstała w wyniku leczenia niepłodności w procedurze in vitro. Ponadto pacjentka podawała zatrzymanie gazów i stolca. W badaniu ultrasonograficznym stwierdzono w jamie macicy pojedynczy pęcherzyk ciążowy z echem zarodka o wymiarze CRL – 4,4 mm (6t.c. 1dzień), uwidoczniono akcję serca zarodka (118/min), trofoblast bez cech ablacji, jajniki: jajnik prawy o wym. 35x27mm, jajnik lewy o wym. 51x32mm. W wynikach przeprowadzonych badań laboratoryjnych stwierdzono podwyższone parametry stanu zapalnego - (CRP 26,51 mg/l, leukocytoza 18,32 tys/ul) zastosowano antybiotykoterapię - Biofuroksym. W badaniu ultrasonograficznym obserwowano waha-

dłowe ruchy jelit, co sugerowało niedrożność jelit. Ciężarna została przekazana do oddziału chirurgicznego, gdzie zakwalifikowano ją do zabiegu operacyjnego. W trakcie operacji stwierdzono liczne, rozległe zrosty w jamie otrzewnej, jako przyczynę niedrożności przewodu pokarmowego oraz perforację jelita i zapalenie otrzewnej. Uwolniono zrosty i wykonano resekcję częściową jelita cienkiego z zespoleniem bok do boku. W 3. dobie po zabiegu w przeprowadzonej konsultacji ginekologicznej nie uwidoczniło akcji serca zarodka i zdecydowano o wyłączeniu jamy macicy z powodu poronienia chybionego. Po zabiegu pacjentka wymagała konsultacji psychologicznej.

DYSKUSJA

Wybór metody leczenia ciąży ektopowej wymaga rozważań. Leczenie zachowawcze ma swoje ograniczenia i wymaga uważnej kwalifikacji, aby maksymalnie zwiększyć szanse na powodzenie terapii. Leczenie chirurgiczne jest w 100% skuteczne, lecz bardziej obciążające. W przypadku ciąży jajowodowej metodą z wyboru jest operacja z dostępu laparoskopowego - wiąże się z mniejszą utratą krwi, krótszym okresem hospitalizacji i rekonwalescencji oraz niższymi kosztami. Jednak według piśmiennictwa ryzyko wystąpienia choroby resztkowej jest w tych przypadkach wyższe, szczególnie gdy wykonano salpingotomię. Ryzyko choroby resztkowej po salpingotomii laparoskopowej, jak podaje literatura wynosi aż 15%. W przypadku zabiegu radykalnego (usunięcie jajowodu) ryzyko to jest zdecydowanie mniejsze - od 1985r. w literaturze opisano zaledwie 40 przypadków występowania wszczepów trofoblastu w obrębie jamy brzusznej po zabiegu radykalnym [6,7].

Wystąpienie choroby resztkowej po zabiegu laparoskopii zmniejsza użycie endobagu do ewakuacji materiału z jamy otrzewnej, ograniczenie płukania jamy otrzewnej, usunięcie podczas zabiegu, jak największej ilości wolnego materiału tkankowego obecnego w jamie otrzewnej oraz zminimalizowanie pozycji Trendelenburga, a przede wszystkim radykalne wycięcie klinowe jajowodu wraz z ciążą. Salpingotomia powinna być metodą zarezerwowaną wyłącznie dla pacjentek z nieprawidłowym makroskopowo i funkcjonalnie przeciwnym jajowodem lub gdy uprzednio został usunięty [6,7].

U opisaney pacjentki brak monitorowania spadku poziomu gonadotropiny kosmówkowej po zabiegu pierwotnym, podczas którego pozostawiono kikut jajowodu, doprowadziło w wy-

niku rozwoju choroby resztkowej do krwawienia do jamy otrzewnej i kolejnego zabiegu operacyjnego. W wyniku powyższych zdarzeń doszło także do wytworzenia licznych zrostów w jamie otrzewnej, co skutkowało powikłaniem w kolejnej ciąży pod postacią niedrożności przewodu pokarmowego z perforacją jelita, zapaleniem otrzewnej i kolejnej interwencji chirurgicznej, co mogło przyczynić się do obumarcia wewnątrzmacicznego.

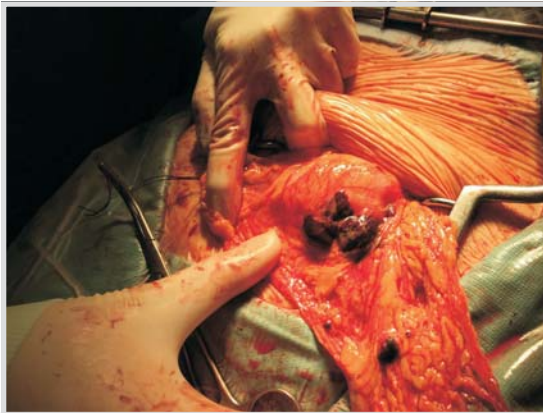
Powyższy przykład wskazuje na bezwzględną konieczność monitorowania wartości beta HCG nie tylko po leczeniu zachowawczym, ale także po leczeniu operacyjnym ciąży ektopowych. Brak spadku poziomu gonadotropiny kosmówkowej może sugerować chorobę resztkową i wymaga dalszej diagnostyki i podjęcia terapii z zastosowaniem metotreksatu zwykle w schemacie jednodawkowym. W opisanych w literaturze przypadkach średni czas od pierwotnego leczenia do wystąpienia krwawienia do jamy otrzewnej w przypadkach choroby resztkowej to zwykle 3-4 tygodnie (35-21 dni), podobnie w analizowanym przez nas przypadku - odstęp pomiędzy zabiegiem pierwotnym i wystąpieniem objawów wymagających ponownej interwencji chirurgicznej wyniósł - 33 dni [6].

Niektórzy autorzy sugerują profilaktyczne użycie metotreksatu zwłaszcza po leczeniu nieradykalnym [5,7]. Należy jednak wziąć pod uwagę plany prokreacyjne pacjentki, zwłaszcza, iż podanie cytostatyku wiąże się z co najmniej 3. miesięcznym okresem przesunięcia prokreacji [8].

PODSUMOWANIE

Nieradykalność zabiegu operacyjnego, częściowa salpingektomia, a szczególnie salpingotomia niesie ze sobą ryzyko wystąpienia choroby resztkowej, z negatywnymi konsekwencjami dla pacjentki. Jeśli podjęto leczenie oszczędzające należy w przebiegu pooperacyjnym zalecić pacjentce monitoring wartości gonadotropiny kosmówkowej, aż do spadku jej poziomu do wartości charakterystycznych dla kobiet nie będących w ciąży, podobnie jak w przypadku kobiet leczonych zachowawczo. Należy także rozważyć kontrolę poziomu gonadotropiny kosmówkowej u pacjentek leczonych radykalnie.

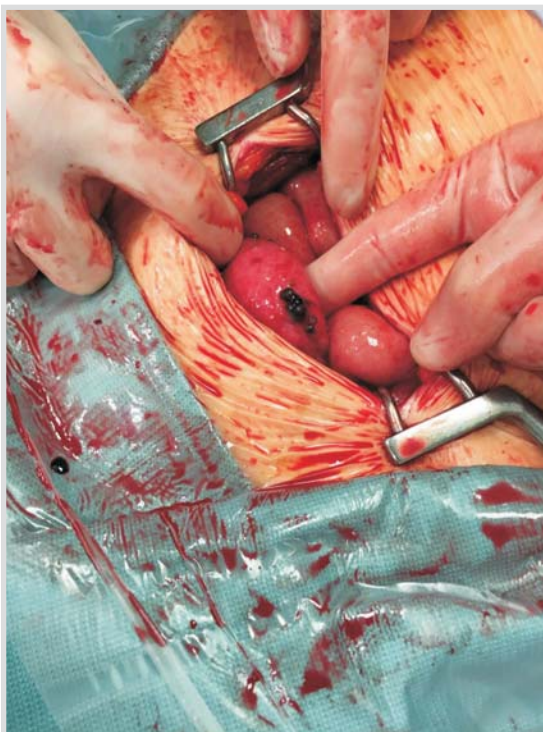
W każdym przypadku badania pacjentki z objawami sugerującymi krwawienie do jamy brzusznej i wywiadem w kierunku leczenia z powodu ciąży ektopowej w ciągu ostatnich tygodni niezależnie od sposobu leczenia, należy wziąć pod uwagę możliwość występowania u tej chorej choroby resztkowej.



Ryc. 1.



Ryc. 2.



Ryc. 3.



Ryc. 4.

1. Robson D, Lusink V, Cambell N. Persistent omental trophoblastic implantation following salpingotomy, salpingectomy and methotrexate for ectopic pregnancy: A case report *Women's Health* 2019; 21:3.
2. Jachymski T, Moczulska H, Guzowski G et al. Conservative treatment of abnormally located intrauterine pregnancies (cervical and cesarean scar pregnancies): a multicenter analysis (Polish series). *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018;20:1-6.
3. Bouyer J, Coste J, Fernandez H et al. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod.* 2002;17(12):3224-30.
4. Suhaiza S, Ian A. Persistent peritoneal trophoblastic implantation following salpingotomy, salpingectomy, and methotrexate for ectopic pregnancy. *Gynecol Surg* 2005; 2:195–196.
5. Cheong Y, Li T. Controversies in the management of ectopic pregnancy. *Reprod Biomed Online.* 2007;15(4): 396-402.
6. Wu MC, Huang WC, Lin HH, Hsiao SM. Severe intra-abdominal bleeding for neglected omental implantation of ectopic tissue after methotrexate treatment for persistent ectopic pregnancy. *Fertil Steril.* 2011; 95(7):2435.e1-3.
7. Humphreys CA, Ragnarsdottir B, Brown P, Stuart J. Acute hemoperitoneum 6 weeks post-laparoscopic salpingectomy – a rare case of secondary peritoneal trophoblast implantation. *Gynecological Surgery* 2012;9,4:457–460.
8. Ali CR, Fitzgerald C. Omental and peritoneal secondary trophoblastic implantation – an unusual complication after IVF. *Reprod Biomed Online.* 2006;12(6):776-8.