

Uživatelka:lvetttak/Pískoviště

Mimoděložní těhotenství (GEU - graviditas extrauterina) je definováno jako implantace blastocysty mimo děložní dutinu připadající na 2 ze 100 těhotenství, přičemž jeho incidence vzhledem ke zvýšené frekvenci sexuálně přenosných chorob nadále stoupá. Nejčastější lokalizací této ektopické nidace je přitom tuba uterina (95%), následovaná ovarii a abdominální dutinou.

- **Tubární těhotenství** postihuje v 85–90% ampulární část, v 10–15% isthmus a vzácně též pars uterina. Mohou nastat dvě komplikace:
 - **abortus** tubarius typicky při lokalizaci GEU v ampule, s vyloučením zárodku buď retrográdně do peritoneální dutiny nebo zřídka do dělohy, vše díky kontraktilitě stěny vejcovodu
 - **ruptura** stěny vejcovodu nastane nejčastěji při uložení GEU v isthmu či pars uterina, které jsou nejužšími částmi vejcovodu a jako takové disponují jen velmi omezenou roztažlivostí. Snadno tak může dojít k perforaci a následné ruptuře stěny s potenciálně letálním krvácením do břišní dutiny.
- **Ovariální** gravidita je velmi vzácná. Situace nastane pokud nedojde k uvolnění vajíčka z prasklého folikulu a oplození spermií se odehraje již na úrovni ovaria.
- **peritoneální/abdominální** těhotenství tvoří 1% z celkového počtu GEU a nejčastěji k němu dochází při sekundární implantaci následkem tubárního abortu či ruptury tuby uteriny. Hrozí zejména krvavé komplikace při implantaci placenty na vysoce vaskularizovaný orgán zejména v epigastriu.
- **Další formy** ektopického těhotenství v rámci dělohy:
 - intramurální (v myometriu) - je vzácná forma vyskytující se u nosiček nitroděložního tělíska
 - cervikální - jako následek narušené deciduální přeměny endometria, resp. opožděné maturace blastocysty. Neslučitelné se životem zárodku a ohrožující matku, pokud placenta způsobí erozi arteria uterina.



Lidské embryo (7.týden těhotenství)

Etiopatogeneze

Faktory podporující vznik GEU:

1. pozánětlivé změny na vejcovodu
 - po proběhlé salpingitidě
 - po chirurgickém zákroku na vejcovodech (např. předchozí GEU v anamnéze)
2. další příčiny
 - hormonální nerovnováha (nenarušená hormonální rovnováha je nezbytná pro správnou motilitu vejcovodu)
 - kouření (u ex-kuřáček dochází k postupné nápravě motility)
 - ložiska endometriózy
 - torze vejcovodu z důvodu srůstů v břišní dutině
3. riziko GEU dále zvyšuje
 - ovariální stimulace
 - fertilizace in vitro
 - některé formy antikoncepce (nitroděložní tělísko, nezdařená sterilizace se sekundárními fistulami, progesteronová orální antikoncepce)

Chromozomální anomálie blastocysty **nezpůsobují** mimoděložní těhotenství.

Intrauterinní a extrauterinní gravidita mohou koexistovat jako tzv. **heterotopní gravidita** s vysokým rizikem přehlédnutí právě mimoděložní složky. Hrozí zejména u žen, které se podrobily IVF či medikamentózní léčbě sterility.

Klinický obraz

Ke smrti zárodku v případě GEU dochází zpravidla mezi 6. a 10. gestačním týdnem kvůli nepříznivým podmínkám nidace. Klinický obraz závisí na lokalizaci, může i být i asymptomatický.

bolest

Bolesti v podbřišku představují klíčový symptom a u žen ve fertilním věku by měly vždy vzbudit podezření na GEU. Manifestují se nejčastěji mezi 6. a 8.týdnem gravidity tedy s krátkým odstupem od opožděné menstruace. Jedná se o tenzní a proměnlivé bolesti, které mohou být doprovázené peritoneálním drážděním (dochází-li např. k úniku krve do břišní dutiny). V případě tubární lokalizace GEU se bolesti stupňují v čase.

krvácení

- drobné krevní ztráty, tzv.spotting je typický
- recidivující nebo prolongující krvácení jsou možná
- může být přítomna jen amenorea

obecné symptomy

Je možné pozorovat též obecné subjektivní příznaky počínajícího těhotenství, i když zpravidla méně vyjádřené než u normálního těhotenství (ranní nevolnost, zvracení, napětí na prsou).

symptomy provázející některé komplikace

- abortus tubarius: intenzivní a náhlé křečovitě bolesti kolikovitého charakteru odpovídající stahům svaloviny vejcovodu při pokusu o vypuzení potratu do dělohy. Pacientka se pak může stát zcela asymptomatická ovšem bolesti se mohou vrátit pod obrazem peritoneálního dráždění způsobeného krvácením do dutiny břišní. Bývá však méně intenzivní než při ruptuře vejcovodu.
- ruptura tuby: náhlá příhoda břišní vzniklá překotně u naprosto zdravé pacientky. Má fulminantní průběh vedoucí až do šokového stavu.

Abdominální lokalizace jsou vzácné a často pozdě rozpoznané kvůli minimu průvodních symptomů, které navozují. Vodítkem ke správné diagnóze mohou být trvalé, difúzní bolesti břicha a nevolnost, která nemizí ani v relativně pozdních stádiích těhotenství.

Diagnostika

Mimoděložní těhotenství je zpravidla diagnostikováno buď v rámci kontrol normálního těhotenství anebo jako akutní stav při vzniku jedné z komplikací. Stanovení diagnózy se opírá o následující postupy.

Anamnéza

Je třeba se zaměřit na rizikové faktory.

Fyzikální vyšetření

Vyšetření pomocí spekula odhalí typicky tmavě hnědé stopy krvácení. Při peritoneálním dráždění může toto vyšetření působit nezvykle silné bolesti, popisované jako bodání nožem. Pohmatové bimanuální vyšetření musí být provedeno se zvýšenou opatrností, protože by mohlo dojít k prasknutí vejcovodu. Palpační vyšetření břicha odhalí intenzivní unilaterální bolesti či difúzní citlivost. Obojí může však chybět.

Laboratorní vyšetření

Primordiální význam mají sérové hladiny beta-hCG, lidského choriového gonadotropinu, které je vždy potřeba hodnotit v kombinaci s ultrazvukovým nálezem.

Vaginální echografie

Sledují se tři záměry:

- potvrzení/vyloučení intrauterinní gravidity
- potvrzení/vyloučení extrauterinní gravidity
- potvrzení vyloučení volné tekutiny v malé pánvi, Douglasově prostoru

Laparoskopie

V případě zvýšené hladiny beta-hCG a negativního ultrazvukového nálezu je třeba provést explorativní laparoskopii, která má však zejména v časném stádiu těhotenství (4.-6.týden) omezenou senzitivitu. Neprůkazná je též v případě tubární lokalizace.

Celkový stav

Nutno věnovat zvláštní pozornost nástupu příznaků hypovolemického šoku (tachykardie, hypotenze...). Horečka není přímým ukazatelem, může se jednat o reakci na resorpci podobně jako při nitrobřišním krvácení či o sekundární infekci.

Diferenciální diagnóza

Na začátku akutního přijetí pacientky až do okamžiku obdržení výsledků testu gravidity je diferenciální diagnóza značně rozsáhlá. V úvahu připadají salpingitida, abort intrauterinní gravidity, torze ovaria či tuby, prasklá ovariální cysta, nekróza myomu, pyelonefritida, apendicitida, cystitida, renální lithiasa.

Léčba

Cílem je především ukončení GEU vzhledem k potenciálně fatálním komplikacím hrozícím matce. V úvahu připadá terapie medikamentózní a chirurgická.

- systémová léčba methotrexátem

Methotrexat je cytostatikum blokující syntézu DNA v rychle rostoucích tkáních. Jeho použití vyžaduje splnění přísných kritérií a proto je aplikovatelný pouze u 1/3 pacientek. Je vyhrazen pro časně diagnostikovaná GEU všech lokalizací. Pokud jsou podmínky aplikace optimální je úspěch metody až 95%. U nás se však vzhledem k četným vedlejším účinkům příliš nepoužívá.

- chirurgické řešení

Vyjma akutních situací s hemodynamickou nestabilitou, kdy je indikována laparotomie, je ve většině případů metodou volby laparoskopie. Vzhledem k nejčastější lokalizaci GEU v rámci tuby uteriny je standardní operativou tubární gravidity salpingektomie a salpingotomie.

- Salpingektomie tedy odstranění vejcovodu je indikováno při nekontrolovatelném krvácení, irreverzibilně alterovaných vejcovodech anebo na přání sterilizace ze strany pacientky. Pokud je kontralaterální tuba intaktní je fertilita snížena jen minimálně.
- Salpingotomie neboli podélné naříznutí tuby s následným odstraněním produktu koncepce je volena zejména v případě ampulární gravidity. Riziko recidivy GEU v postiženém vejcovodu je však až 15%.
- Milking out je ještě konzervativnější metoda než salpingotomie, při níž dojde k odstranění produktu koncepce cestou tubárního ostia tlakem na vejcovod. Pozor však na potenciální perzistenci trofoblastu v 5–20% případů.

Podezření na perzistenci trofoblastu je nutno uvážit pokud

- nedojde k dostatečnému poklesu sérové hladiny beta-hCG (tu sledujeme vždy v případě léčby GEU methotrexátem či konzervativní chirurgií)
- opětovné vzplanutí symptomů, tedy bolesti, krvácení

K zaléčení se opět použije methotrexát aplikovaný systémově.

Odkazy

Použitá literatura

CUNNINGHAM, F. Gary, et al. *Williams obstetrics*. 23. vydání. 2010. ISBN 978-0-07-149701-5.

BEREK, Jonathan S. *Berek and Novak's gynecology*. 14. vydání. 2007. ISBN 978-0-78176-805-4.

Kategorie