

Bilaterální tubární ektopická gravidita po spontánní koncepci

Bilateral tubal ectopic pregnancy after spontaneous conception

R. Botsyrko¹, V. Smoligová²

¹ Gynekologicko-porodnické oddělení, Mulačova nemocnice Plzeň

² Gynekologicko-porodnická klinika LF UK a FN Plzeň

Souhrn: Cíl: Prezentace kazuistiky vzácného případu bilaterální tubární gravidity u pacientky po spontánní koncepci. **Vlastní pozorování:** Prezentujeme případ 26leté pacientky hospitalizované nejprve na Gynekologicko-porodnické klinice FN Plzeň, kde byla pro podezření z ektopické tubární gravidity indikována laparoskopie, při níž byla pro makroskopicky zřetelný nález tubární gravidity vlevo provedena levostranná salpingektomie. Tento nález byl potvrzen i histologicky. Po propuštění s odstupem navštívila registrujícího gynekologa pro bolesti v podbřišku, při náběru hCG (human chorionic gonadotropin) byl zjištěn jeho nárůst a pacientka byla odeslána na kontrolní gynekologické vyšetření do Mulačovy nemocnice, kde byla hospitalizována. Zde byla nejprve provedena revize dutiny děložní, poté diagnostická laparoskopie, při které byla makroskopicky patrna tubární gravidita vpravo a hemoperitoneum. Pro tento nález byla provedena pravostranná salpingektomie s následným poklesem hCG, ústupem potíží a histologickým potvrzením tubární gravidity vpravo. **Závěr:** Incidence případů bilaterální tubární gravidity bez předchozí stimulace ovulace je 1 z 200 000 těhotenství a odhadem 1 ze 725 až 1 z 1 580 mimoděložních těhotenství. I přesto je třeba v rámci diferenciální diagnostiky myslet na bilaterální tubární či heterotopní ektopickou graviditu, jelikož oba stavy mohou bezprostředně ohrožovat život pacientky.

Klíčová slova: bilaterální tubární gravidita – ektopická gravidita – heterotopní gravidita

Summary: Objective: Presentation of a case report of a rare case of bilateral tubal pregnancy in a female patient after spontaneous conception. **Observation:** We present a case of a 26-year-old female patient first hospitalized in the Gynecology Obstetrics Clinic of the Pilsen University Hospital, where a laparoscopy was indicated for suspicion of ectopic tubal pregnancy during which a left-sided salpingectomy was performed for a macroscopically clear finding of a tubal pregnancy on the left side, this finding was also confirmed histologically. Subsequently, the patient was discharged to home care. During a follow-up examination by a district gynaecologist, the patient complained of a recurrence of pain in the lower abdomen, on collection of hCG (human chorionic gonadotropin) its increase was detected and the patient was sent for a control gynaecological examination to Mulacova Hospital in Pilsen. On the examination in the outpatient clinic, she reported significant lower abdominal pain and collapsed during transvaginal ultrasound and was hospitalized. Subsequently, diagnostic laparoscopy was indicated during hospitalization, during which tubal pregnancy on the right and hemoperitoneum were macroscopically evident. A right-sided salpingectomy was performed for this finding with subsequent hCG drop, resolution of the discomfort and histological confirmation of tubal pregnancy on the right. **Conclusion:** The incidence of such cases without prior ovulation stimulation is 1 out of 200,000 pregnancies and an estimated 1 out of 725 to 1 out of 1,580 ectopic pregnancies. Even so, bilateral tubal or heterotopic ectopic pregnancy should be considered in the differential diagnosis, as both conditions can be immediately life-threatening.

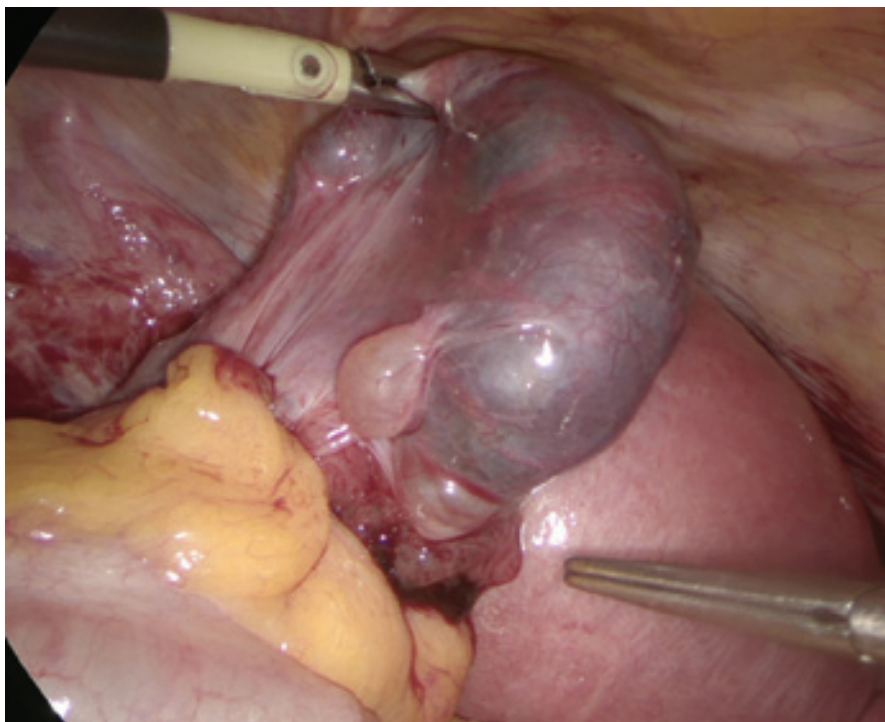
Key words: bilateral tubal pregnancy – ectopic pregnancy – heterotopic pregnancy

Úvod

Mimoděložní neboli ektopická gravidita je stav, kdy dochází k implantaci blastocysty mimo dutinu děložní. Nejčastěji (v 95–98 % případů) dochází k implantaci ve vejcovodu, vzácně se ektopická gravidita může vyskytnout i v hrdle dě-

ložním, na ovariū, omentu, střevě či peritoneu. Ještě vzácněji se vyskytují případy vícečetného (multifetálního) těhotenství, kdy dochází k implantaci dvou blastocyst do různých lokalizací. Je důležité odlišit termín heterotopní mimoděložní těhotenství, který označuje kombinaci intrau-

terinní gravidity s kterýmkoli typem mimoděložní implantace druhé blastocysty (tubární, ovariální, abdominální či cervikální). Incidence heterotopní gravidity je asi 1 z 30 000 těhotenství [1]. Oproti tomu stav, kdy dojde k implantaci dvou blastocyst do levého i pravého vejco-



**Obr. 1. Nález z laparoskopie 5. 5. 2022 – levá tuba téměř celá destruována ekto-
pickou tubární graviditou.**

Fig. 1. Findings from laparoscopy May 5th, 2022 – the left salpinx almost completely destroyed by ectopic tubal pregnancy.



Obr. 2. Nález z laparoskopie 5. 5. 2022 – pravá tuba bez evidentní dilatace.

Fig. 2. Findings from laparoscopy May 5th, 2022 – the right salpinx with no obvious dilation.

vodu, se označuje jako bilaterální tubární gravidita (BTG). Tyto stavy vznikají častěji po *in vitro* fertilizaci se stimulací ovulace. Výskyt bilaterální tubární ekto-
pické gravidity po spontánní koncepci bez stimulace ovulace je mnohem vzácnější a jeho incidence je 1 z 200 000 všech těhotenství [2] a odhadem 1 ze 725 až 1 z 1 580 mimoděložních těhotenství [3].

Vlastní pozorování

Těhotná (26 let) se dostavila na ambulanci Gynekologicko-porodnické kliniky 5. května 2022 v 18:50 pro bolesti podbřišku a jednorázové zakrvácení. Jednalo se o sekundigravidu, primiparu, dle poslední menstruace amenorea 5+6, gynekologem v probíhajícím těhotenství dosud nebyla vyšetřena. Při vyšetření byla subjektivně již bez potíží, bolesti i krvácení spontánně ustaly, močení normální, stolice taktéž. Zevně bylo břicho měkké, klidné, palpačně mírně citlivé v levém podbřišku. Dle transvaginálního ultrazvuku popsána děloha v anteverze-
flexi, velikosti 90 × 57 mm, endometrium šíře 25 mm, nehomogenní, bez známek intrauterinní gravidity, vpravo ovarium velikosti 25 × 20 mm s anechogenní nesuspektní cystou, levé ovarium velikosti 23 × 13 mm, k němu přiléhá salpinx dilatovaný nehomogenním obsahem s patrným gestačním váčkem velikosti 6 mm v průměru, v okolí se nachází větší množství volné tekutiny. Vysloveno podezření na tubární těhotenství vlevo a pacientka byla přijata k hospitalizaci (obr. 1).

Za hospitalizace byl vyšetřen krevní obraz a koagulace, jejichž hodnoty byly v normě, a zjištěna hladina hCG (human chorionic gonadotropin) 5 255 IU/l. Po vylučnění týž den po domluvě s pacientkou byla provedena diagnostická laparoskopie. Při výkonu byla popsána děloha v anteverze-
flexi, volná, pravé ovarium normálního vzhledu, pravá tuba bez jasné dilatace, těhotensky překrvená (obr. 2). Levé ovarium normálního vzhledu, levý vejcovod destruován tubární graviditou (obr. 1). Dále v Douglasově prostoru cca 100 ml krve, jinak

zbylý nález v pánvi a dutině břišní v přehledném rozsahu bez patologického nálezu. Fotodokumentace uložena. Byla provedena nekomplikovaná levostranná salpingektomie a výkon byl ukončen s minimální krevní ztrátou.

Pooperační průběh byl zcela klidný, bez mimořádností. Pacientka byla propuštěna 3. pooperační den (standard pracoviště) afebrilní, subjektivně bez potíží, bez krvácení, sutury klidné. Byl doporučen klidový a zvýšený hygienický režim a do 4 týdnů kontrola registrujícím gynekologem. Výsledek histologického vyšetření levého vejcovodu v době dimise nebyl k dispozici. Po jeho zpracování byl závěr následující: v lumen tuby zastíženy buňky trofoblastu a choriové klky, nález podporuje klinickou diagnózu extrauterinní gravidity. Výsledek byl zaslán registrujícímu lékaři.

O 2 týdny později dne 20. 5. 2022 přichází tato pacientka do Gynekologické ambulance Mulačovy nemocnice na doporučení obvodního gynekologa pro recidivu bolestí v podbříšku po 14 dnech od laparoskopické salpingektomie vlevo provedené pro nález extrauterinní tubární gravidity vlevo na Gynekologicko-porodnické klinice. Téhož dne byla vyšetřena obvodním gynekologem, který pro pacientčiny bolesti v podbříšku nabral hCG s výsledkem 9 518 IU/l, představující signifikantní nárůst oproti předoperačnímu stavu. Pacientka si stěžuje na stupňující bolesti v podbříšku a uvádí, že od operace nekrvácela, pouze slabě špiní. Při vyšetření vaginální sondou ultrazvuku se zobrazuje nehomogenní dilatace dutiny děložní do výše 36 mm bez známek intrauterinní gravidity, v oblasti levých adnex bez patologického nálezu, bez volné tekutiny za dělohou, při pokusu o ozřejmění pravých adnex pacientka přestává reagovat a kolabuje na gynekologickém křesle. Po uložení personálem do horizontální polohy s elevací dolních končetin do půl minuty nabývá plného vědomí a začíná krvácet středně silně z rodidel tmavou krví. Po zajištění žilního vstupu, krevních nábě-



Obr. 3. Nález z laparoskopie 22. 5. 2022 – hemoperitoneum, pravá tuba téměř celá destruována ektopickou tubární graviditou.

Fig. 3. Findings from laparoscopy May 5th, 2022 – hemoperitoneum, the right tube almost completely destroyed by ectopic tubal pregnancy.

rech a infuzní terapii byla převezena na lehátko a hospitalizována na oddělení gynekologie, kde byla téhož dne vzhledem ke krvácení z rodidel a podezření na heterotopní graviditu provedena evakuace dutiny děložní (ECUI – evacuatio cavi uteri instrumentalis). Druhý den hospitalizace ráno při kontrolním náběru hCG zjištěn pokles jeho hladiny na 6 709 IU/l, klinicky pacientka udává úlevu od potíží, při diskuzi ohledně dalšího postupu vyjadřuje obavu ze ztráty fertility a trvá na konzervativním postupu. Třetí den hospitalizace provádíme opět kontrolní náběr krve, kde zjišťujeme stagnaci hladiny hCG na 6 503 IU/l, pokles hemoglobinu ze 122 g/l v den příjmu na 90 g/l, na ultrazvuku nález volné tekutiny za dělohou do výše 20 mm a kulovité rezistence 26 mm v průměru v oblasti pravých adnex. Po opětovné podrobné diskuzi nálezu pacientka již souhlasí s provedením diagnostické laparoskopie (LSK), je poučena o možnosti provedení salpingektomie vpravo. Téhož dne (22. 5. 2022) byla provedena laparoskopie, peroperačně nález lividní edematózní pravé

tuby, která je ze tří čtvrtin vyplněna v.s. tubární graviditou do celkové velikosti 20 × 60 mm (obr. 3), v malé pánvi cca 400 ml krve a koagul. Vlevo stav po levostranné salpingektomii bez známek krvácení. Vzhledem k tomuto nálezu provedena pravostranná salpingektomie a odsátí hemoperitonea.

Následující den po laparoskopii dochází k poklesu hCG na 2 337 IU/l, pacientka udává úplný ústup potíží a 2 dny po laparoskopii je dimitována. Následně při kontrole výsledků histologie v preparátu odebraném při evakuaci dutiny děložní nebyly nalezeny choriové klky, ale v preparátu z laparoskopie (pravá tuba) mikroskopický obraz odpovídá diagnóze pravostranné tubární gravidity. Vzhledem k tomu, že byla tubární gravidita potvrzena histologicky jak z preparátu levé tuby na pracovišti Gynekologicko-porodnické kliniky FN Plzeň, tak i z preparátu pravé tuby na Gynekologicko-porodnickém oddělení Mulačovy nemocnice, lze dojít k závěru, že se jednalo o bilaterální tubární graviditu po spontánní koncepci.

Diskuze

Námi prezentovaná kazuistika znázorňuje vzácný, ale zároveň typický příklad bilaterální tubární gravidity doprovázený stagnující či rostoucí hladinou hCG s bolestmi v podbřišku a krvácením z rodidel [6–9]. V jedné ze zahraničních kazuistik [3] byl popsán stejně jako v tomto případě kolaps pacientky způsobený silnou pelviální. Taktéž jako v uvedených zahraničních publikacích je zřejmá limitace zobrazovacích metod v diagnostice bilaterální tubární gravidity s následným definitivním potvrzením diagnózy až při laparoskopii, potažmo histologickými výsledky z laparoskopické salpingektomie. Při rozhodování o postupu léčby je nutno dbát i na klinický stav pacientky, vývoj hladiny hCG a soustředit se na náležitě a srozumitelně poučení pacientky o možných rizicích. Ačkoli časnější přistoupení k laparoskopii vede k prevenci větší krevní ztráty, je nutno myslet i na riziko zbavení možnosti další spontánní koncepce při špatně stanovené diagnóze, zvláště jedná-li se o případ pacientky, u které již byla provedena jednostranná salpingektomie. Na některých větších pracovištích se taktéž provádí pokus o tubu zachovávající výkon, což zpravidla obnáší salpingotomii, expresi tubární gravidity a následnou suturu vejcovodu. Tento zákrok je rizikový a ne vždy proveditelný, nicméně by měl být s pacientkou prodiskutován, pokud jej konkrétní pracoviště nabízí. Vzhledem k vzácnému výskytu se na tuto diagnózu často zapomíná, a bývá tak relativně pozdě rozeznána, přitom včasná diagnostika a léčba jsou zcela zásadní pro prevenci vážných následků. Při diferenciální diagnostice bychom měli myslet i na všeobecné rizikové faktory ek-

topické gravidity, jako jsou anamnéza pohlavně přenosných infekcí, promiskuita, přítomnost antikoncepčního tělíska, předchozích břišních operací, ektopické gravidity v minulosti a léčené sterility či infertility [5]. V případě provádění sterilizace, ať už ze zdravotní indikace, či na přání pacientky, je dnes preferovanou metodou bilaterální salpingektomie, jelikož při provedení sterilizace dle Pomeroye (podvázání a prostřížení části vejcovodu) se zvyšuje riziko následně vzniklé tubární gravidity v pahýlu [10–12].

Závěr

Vzhledem k tomu, že jakékoli mimoděložní těhotenství přináší velké riziko pro pacientku, pokud není zavčas diagnostikováno, je důležité poučovat pacientky o včasné kontrole u registrujícího gynekologa při podezření na otěhotnění a následně pečlivě opakované vyšetření včetně ultrazvuku či event. i náběrů hCG k určení lokalizace gravidity. Taktéž je vhodné po provedené salpingektomii pro jednostrannou tubární graviditu se zcela jasným peroperačním nálezem provést s odstupem kontrolní náběr hCG k vyloučení bytí vzácné možnosti výskytu bilaterální tubární gravidity či heterotopní gravidity.

Literatura

1. Roztočil A et al. Moderní gynekologie. Praha: Grada publishing 2011.
2. Hoffmann S, Abele H, Bachmann C. Spontaneous bilateral tubal ectopic pregnancy: incidental finding during laparoscopy – brief report and review of literature. Geburtshilfe Frauenheilkd 2016; 76(4): 413–416. doi: 10.1055/s-0041-110394.
3. Andrews J, Farrell S, Andrews J. Spontaneous bilateral tubal pregnancies: a case report. J Obstet Gynaecol Can 2008; 30(1): 51–54. doi: 10.1016/S1701-2163(16)32713-X.

4. Ramadan M, Kharroubi M, Bou-Ghanem R et al. Bilateral tubal pregnancy following spontaneous conception: a case report and literature review. J Clin Gynecol Obstet 2020; 9(3): 60–69. doi: 10.14740/jcgo642.
5. Eghbali E, Azari M, Jafarizadeh A et al. Spontaneous bilateral tubal ectopic pregnancy preoperatively diagnosed by the ultrasound: a case report. BMC Pregnancy Childbirth 2023; 23(1): 125. doi: 10.1186/s12884-023-05458-z.
6. Xu H. A spontaneous bilateral tubal pregnancy: a case report. Medicine (Baltimore) 2018; 97(38): e12365. doi: 10.1097/MD.00000000000012365.
7. Li W, Wang G, Lin T et al. Misdiagnosis of bilateral tubal pregnancy: a case report. J Med Case Rep 2014; 8: 342. doi: 10.1186/1752-1947-8-342.
8. Kyejo W, Rubagumya D, Fidaali Z et al. Bilateral tubal ectopic gestation: complication in a patient with previous ectopic pregnancy, rare case report. Int J Surg Case Rep 2022; 97: 107470. doi: 10.1016/j.ijscr.2022.107470.
9. Benardete HD, Meraz AD, Álvarez VR et al. Spontaneous tubal bilateral ectopic pregnancy. An Med Asoc Med Hosp ABC 2017; 62(3): 208–212.
10. Marino S, Canela CD, Nama N. Tubal sterilization. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2023 [online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470377/>.
11. Homagain S, Kharal N, Khanal H et al. Ruptured ectopic pregnancy on a tubal stump: a case report. Clin Case Rep 2022; 10(9): e6305. doi: 10.1002/ccr3.6305.
12. Hloušková L, Hudeček R, Eim J. Laparoskopická sterilizace bilaterální salpingektomií – profylaktický benefit a raritní komplikace. Ceska Gynekol 2020; 85(5): 328–332.

ORCID autora

R. Botsyrko 0009-0004-7158-4389

Doručeno/Submitted: 1. 3. 2023

Přijato/Accepted: 11. 5. 2023

*MUDr. Ruslan Botsyrko
Gynekologicko-porodnické oddělení
Mulačova nemocnice Plzeň
Dvořákova 1207/17
301 00 Plzeň
rbotsyrko@mulacovanemocnice.cz*

Publikační etika: Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.

Publication ethics: The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE uniform requirements for biomedical papers.

Konflikt zájmů: Autoři deklarují, že v souvislosti s předmětem studie/práce nemají žádný konflikt zájmů.

Conflict of interests: The authors declare they have no potential conflicts of interest concerning the drugs, products or services used in the study.