

# Ojedinělý případ živého abdominálního těhotenství u ženy s následnou graviditou v děloze

## A rare case of a live abdominal pregnancy in a woman with subsequent gestation *in utero*

Z. Hájek, M. Šindlář, J. Strupplová, J. Kobilková

Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze

**Souhrn:** Toto sdělení se týká dnes 40leté zdravé ženy, která se narodila živá a zdravá z mimoděložního těhotenství v dutině břišní, s lokalizací placenty na omentu. V době před 40 lety to byla historická kazuistika, neboť v té době lékaři měli jen minimum informací o podobném případě ve světě. I dnes, v době moderní medicíny, nacházíme pouze ojedinělé případy, kdy se narodí dítě zdravé, bez vývojových deformit, vyvinuté mimo dutinu děložní. U této ženy došlo po 2 letech k normální intrauterinní graviditě ukončené císařským řezem a narozením zdravého chlapce.

**Klíčová slova:** živá abdominální gravidita – lokalizace placenty na omentu

**Summary:** This report concerns now 40-year-old healthy woman who was born alive and healthy from an ectopic pregnancy in the abdominal cavity, with placental localization on the omentum. This was a historical case report 40 years ago, as at that time doctors had little information about similar case in the world. Even today, in the era of modern medicine, we find only rare cases where a child developed outside the uterine cavity is born healthy and without developmental deformities. The mother subsequently had a normal intrauterine pregnancy 2 years later, ending with a caesarean section and the birth of a healthy boy.

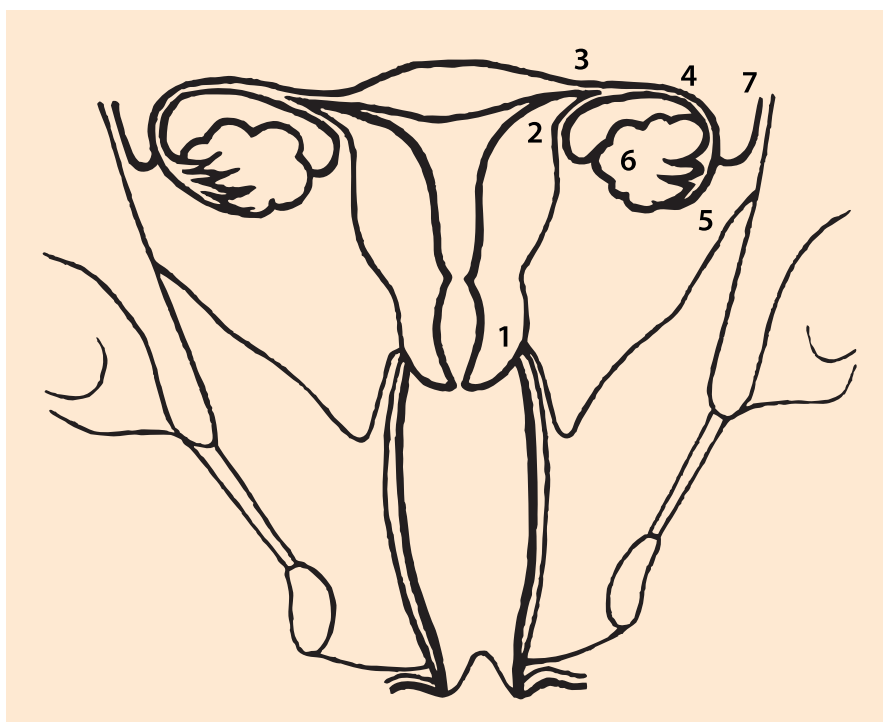
**Key words:** live abdominal pregnancy – placental localization on the omentum

### Úvod

Abdominální gravidita je jedním z nejvzácnějších typů ektopické gravidity, neboť se vyskytuje cca v 1 % všech ektopických gravidit [1]. Může způsobovat pro těhotnou značné obtíže. Klinické příznaky vznikají podle lokalizace nidace plodového vejce. Rozhodující pro diagnostiku je expertní ultrazvuková diagnostika [2]. Etiologie není zcela jasná. Mezi rizikové faktory patří patologie vejcovodů, pánevní zánět a endometrióza. Délka těhotenství závisí na místě nidace. Největším nebezpečím je masivní nitrobřišní krvácení, které zvyšuje až 7krát mateřskou mortalitu [3,4].

Invazivní schopnost choriových klků je značná a je schopna ke svému výživovému terénu použít tkáň jinou než deciduální [1,2]. Proto byla pozorována nidace na širokém vaz, v Douglasově prostoru, na seróze střevních kliček nebo omentu. Někdy může nastat stav, kdy je plod umístěn v tubě, v pozdějším stadiu s růstem plodu dojde k ruptuře tuby a plod je vypuzen do abdominální dutiny. Zůstává však spojen s pupečnickem a s placentou, která je v tubě. Těhotenství může dojít do vyššího stupně gravidity. Plod je v obalech z omenta, kliček střevních nebo pliky. Mluvíme o tuboabdominálním těhotenství, které bývá

časté. Pokud však vajíčko přeputuje na povrch ovaria, omenta nebo kliček střevních, pak jde čistě o abdominální graviditu [5]. Klinické příznaky mimoděložního těhotenství se nejčastěji dostávají do 12. týdne gravidity, ale těhotenství může dospět i do životaschopného plodu [2,6–8]. Vždy jde o akutní gynekologickou nebo i porodnickou příhodu, kterou je nutno bezodkladně chirurgicky řešit. Velmi závažnou komplikací je nidace plodového vejce na seróze kliček střevních. Tato situace vyžaduje přítomnost chirurga a resekci střeva v místě nidace [2,9]. Velmi zrádné je vyšetření choriového gonadotropinu (hCG), zejména



**Obr. 1. Možné lokalizace mimoděložního těhotenství [1].**

1. cervikální, 2. intersticiální, 3. istmická, 4. tubární, 5. ampulární, 6. ovariální, 7. abdominální.

Fig. 1. Possible localization of an ectopic pregnancy [1].

1. cervical, 2. interstitial, 3. isthmic, 4. tubal, 5. ampullary, 6. ovarian, 7. abdominal.

volné podjednotky beta-hCG. Hodnoty mohou být u abdominální a intaktní gravidity fyziologické, což může ovlivnit i včasnou diagnostiku [9].

### Kazuistika

Jednalo se o 20letou prvoroďičku. V těhotenství si stěžovala na časté bolesti břicha, často zvracela. Později se přidružily bolesti v oblasti jater a žlučníku, zejména při pohybech plodu. Uvažovalo se o cholelitiáze či urolitiáze. Těhotenství dospělo až do 33. týdne, kdy byla pro silné bolesti břicha hospitalizována v okresní nemocnici. Tehdy bylo ultrazvukové vyšetření (UZ) k dispozici pouze na klinice, proto byla odeslána na tehdejší 1. porodnickou kliniku v Praze. Ultrazvuk diagnostikoval plod mimo dutinu děložní. Byl uložen v příčné poloze. Ozvy plodu byly detekovatelné, v dutině břišní volná tekutina a pacientka se rychle dostávala do obrazu hemoragického šoku. Byla provedena urgentní

laparotomie. V dutině břišní bylo cca 1 000 ml krve, placenta byla vrostlá do omenta. V oblasti pravých adnex byl rozsáhlý tumor, saktosalpinx. Operátor (Šindlář M.) vybavil plod, předal pediatrovi, provedl omenektomii a pravostrannou adnexektomii. Dítě (děvče) vážilo 2 100 g, bylo zdravé, bez viditelných malformací na těle. Samozřejmě se v tomto případě nabízela otázka, zda bude psychomotorický vývoj dítěte normální. Tato žena, dnes 40letá, je plně aktivní a zdravá. Její život je bez jakéhokoli omezení. Dosud těhotná nebyla. Operace byla velmi stresující, kromě týmu anesteziologů byl přizván i chirurg pro možnost lokalizace placenty na střevcích. Naštěstí jeho účast nebyla nutná, vše vyřešil tým porodníků [3]. Zajímavý je další osud matky, která odnosiла abdominální graviditu. Další těhotenství nebylo plánováno, neboť nebyl předpoklad, že v terénu s množstvím krve (hemoperitoneum) by mohla žena otě-

hotnět. To se však nenaplnilo a žena spontánně za 2 roky otěhotněla. Tentokrát těhotenství bylo umístěno v děloze, probíhalo zcela normálně. Vzhledem k předchozí graviditě a riziku srůstů bylo vhodné zjistit stav v dutině břišní, proto autor článku vedl porod císařským řezem [3]. Ten proběhl zcela normálně, matka porodila zdravého chlapce a dutina břišní byla bez srůstů.

### Diskuze

Mimoděložní nidace oplozeného vejce se nejčastěji vyskytuje u žen mezi 20 a 29 lety (cca 40 %) [1,2]. Usídlení oplozeného vajíčka mimo dutinu děložní se děje přibližně v 0,6 % všech gravidit [1]. Nejčastější je lokalizace tubární (cca 90 %). Podle lokalizace rozlišujeme několik případů mimoděložního těhotenství (obr. 1). Ojedinělými případy jsou nidace v jizvě po císařském řezu. Se stoupajícím počtem císařských řezů budeme s touto lokalizací seznámeni častěji. V současné době se vyskytuje cca v 6 % [10]. Další ojedinělou lokalizací je abdominální gravidita, která je součástí této kazuistiky. Vznik je stejný jako u ovariální gravidity, kdy oplozené vajíčko před expulzí do vejcovodu přeputuje na povrch ovaria nebo do břišní dutiny [11,12]. Osud mimoděložního těhotenství závisí na dostatečně vhodných podmínkách pro další rozvoj plodového vejce, tj. omezení prostorové, na dostatečném krevním zásobení a podmínkách pro adekvátní výživu [1,5,13]. Trofoblast vrůstá do cévního řečiště tkáně v dané lokalitě, ze kterého čerpá výživu. Mimoděložní těhotenství je většinou ukončeno do 12. týdne gravidity, kdy další růst a krevní zásobení nedovolují pokračování těhotenství v této lokalitě. Může však dospět i do životaschopnosti plodu [4,14]. V léčbě v časných stadiích gravidity lze použít metotrexát [15]. Je to cytostatikum blokující DNA v rychle rostoucích tkáních. Jeho použití vyžaduje splnění přísných kritérií, a proto je aplikovatelný pouze u třetiny pacientek. Je vyhrazen pro časné

diagnostikované mimoděložní těhotenství všech lokalizací. Pokud jsou podmínky aplikace optimální, je úspěch až 95 %. Je nutno počítat i s vedlejšími účinky [16]. Nejčastějším řešením je laparoskopie a provedení salpingektomie, v pozdějších stadiích gravidity pak laparotomie [11].

Přítomnost saktosalpingu na pravých adnexech zřejmě znemožnilo oocytu jeho nidaci v tubě. Nidace v omentu je jistě raritní, ale není výjimečná.

Omentum je dostatečně prokrvené, a tak umožňuje výživu plodu právě v této lokalizaci. Obsahuje dosti tukového vaziva. Omentum zvětšuje resorpční plochu peritonea. Brání rozšíření lokálních infekcí na celé peritoneum tím, že jako pohyblivá clona přirůstá na zasažené místo a infekci lokalizuje. Vyplňuje prázdné prostory dutiny břišní při střevní peristaltice a objemových změnách jednotlivých částí trávicí trubice. Zabraňuje zauzlení kliček střeva a je zásobárnou tuku [5]. Právě omentum může být dobrou obranou plodu před intrauterinně vzniklými deformitami. Nidace na omentu může být provázena střevní obstrukcí [2,17] a rizikem masivního krvácení v případě, že placentární tkáň aroduje velké cévy [2].

## Závěr

Jde o ojedinělý případ, kdy se ženě ve 33. týdnu těhotenství po abdominální graviditě narodilo děvče o hmotnosti 2 100 g s lokalizací placenty na omentu.

Tato žena po porodu do 2 let otěhotněla v děloze a porodila císařským řezem zdravého chlapce. Nejsou relevantní informace o zdravotním stavu dítěte narozeného z abdominální gravidity ve věku 40 let, kdy tato žena je naprosto zdravá, vede normální život a vykonává běžné zaměstnání. Je to případ úspěchu medicíny, kdy jak chirurgický zákrok, tak pooperační období vedly k vývoji zdravého dítěte, které se od počátku vyvíjelo zcela normálně až do dospělosti.

## Literatura

- Motlík K, Živný J. Lokalizace ektopické (extrauterinní) gravidity. In: Patologie v ženském lékařství. Praha: Grada Publishing 2001; 350.
- Přáda J, Calda P, Žižka Z. Vzácný případ abdominální gravidity – kazuistika. Actual Gyn 2020; 12: 59–64.
- Kobilková J, Šindlář M, Strunová M et al. Vyjimečný porod z mimoděložního těhotenství – historická kazuistika. Prakt Lék 2015; 95(4): 183–185.
- Isah AY, Ahmed Y, Nwobodo E et al. Abdominal pregnancy with a full live fetus: case report. Ann Afr Med 2008; 7(4): 198–199. doi: 10.4103/1596-3519-55653.
- Zrzavý J. Soustava gastrointestinální. In: Soustavná anatomie člověka. SZN 1960: 369.
- Miklička J, Strmiskova J, Pilka L. Donošené abdominální těhotenství (kazuistika). Gynekolog 1998; 7(1): 40.
- Mlynček M, Račkoviš R, Borgulová M. Donošená abdominální gravidita. Gynekolog 1992; 1(3): 19–21.
- Kratochvíl J. Donošené mimoděložní těhotenství s živým plodem. Čas Lék Česk 1922; 61(28): 644–647.
- Hajji A, Toumi D, Laakom O et al. Early primary abdominal pregnancy: diagnosis and management. A case report. Int J Surg Case Rep 2020; 73: 303–306. doi: 10.1016/j.ijscr.2020.07.048.
- Hanáček J, Heřman H, Křepelka P et al. Cesarean scar pregnancy. Ceska Gynekol 2022; 87(3): 193–197. doi: 10.48095/cccg2022193.
- Zoukar O, Zouari I, Jewmaa Y et al. Ovarian pregnancy case study and literature review. Pan Afr Med J 2021; 40: 208. doi: 10.11604/pamj.2021.40.208.32011.
- Driák D, Sehnal B. Ultrazvukový průkaz vitální ektopické gravidity – 3 kazuistiky. Gynekolog 2003; 12(4): 161–165.
- Zhang Y, Pang Y, Zhang X et al. Full-term pregnancy in a rudimentary horn with a live fetus: a case report. Medicine (Baltimore) 2020; 99(34): e21604. doi: 10.1097/MD.00000000000021604.
- Dabiri T, Marroquin GA, Bendek B et al. Advanced extrauterine pregnancy at 33 weeks with a healthy newborn. Biomed Res Int 2014; 2014: 102479. doi: 10.1155/2014/102479.
- Kotzbach R, Szymański M, Korenkiewicz J et al. Ectopic cervical pregnancy terminated in the birth of a live 1800 g infant. Ginekolog 2005; 76(4): 304–307.
- Stovall TG, Ling FW, Carson SA et al. Methotrexate treatment of unruptured ectopic pregnancy: a report of 100 cases. Obstet Gynecol 1991; 77(5): 749–753.
- Grenn EE, Shenoy V, Ridgway M et al. Abdominal pregnancy, an unusual cause of ischemic small bowel obstruction. Am Surg 2020; 86(5): 511–512. doi: 10.1177/0003134820919726.

*Doručeno/Submitted: 6. 6. 2023*

*Přijato/Accepted: 7. 6. 2023*

*prof. MUDr. Zdeněk Hájek, DrSc.  
Klinika gynekologie, porodnictví  
a neonatologie  
1. LF UK a VFN v Praze  
Apolinářská 18  
128 08 Praha 2  
prof.zdenek.hajek@seznam.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.



AVENIER

# ELIMINUJTE DALŠÍ ZDRAVOTNÍ RIZIKA SVÝCH PACIENTŮ

**Meningokoková meningitida** je akutní nemoc, u které jde o minuty. K nezvratnému poškození organismu dojde neznáma už za několik hodin od prvních příznaků.

Specifickou ochranou proti meningokokovým infekcím je **očkování**. U kojenců a adolescentů je očkování hrazené ze zdravotního pojištění (podmínky specifikovány věkem).

Doporučte svým pacientům návštěvu **očkovacího centra**.

## Očkovací centra Avenier

- Odborník v oblasti očkování a cestovní medicíny
- Objednání online na čas a bez čekání
- Hlídání termínů a účinnosti očkování
- Elektronický očkovací průkaz
- Přijímáme platební karty a poukázky



545 123 321

[www.ockovacentrum.cz](http://www.ockovacentrum.cz)

Naleznete nás po celé České republice

