

Otrzymano:
11.03.2018
Zaakceptowano:
29.05.2018
Opublikowano:
31.12.2018

Ciąża heterotopowa – jak łatwo o pomyłkę diagnostyczną? Studium przypadku

Heterotopic pregnancy – how easily you can go wrong in diagnosing? A case study

Michał Ciebiera, Aneta Słabuszewska-Józwiak, Kornelia Zaręba,
Grzegorz Jakiel

*I Klinika Położnictwa i Ginekologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego,
Warszawa, Polska*

*Adres do korespondencji: Michał Ciebiera, I Klinika Położnictwa i Ginekologii,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, ul. Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa;
tel. +48 607 155 177, e-mail: michal.ciebiera@gmail.com*

DOI: 10.15557/JoU.2018.0052

Słowa kluczowe

ciąża pozamaciczna,
ciąża heterotopowa,
ciąża bliźniacza,
badanie
ultrasonograficzne

Keywords

ectopic pregnancy,
heterotopic pregnancy,
twin pregnancy,
ultrasound

Abstract

Introduction: Heterotopic pregnancy is a rare, but potentially life-threatening pathology. The diagnosis of heterotopic pregnancy is still one of the biggest challenges in modern gynecology. The incidence of those pregnancies in natural conception is about 1:30000. **Case presentation:** We present an unusual case of a heterotopic pregnancy which was misdiagnosed in the first trimester as a dichorionic twin pregnancy. At 13 weeks of gestation, the patient presented with an acute abdomen, she was diagnosed with a heterotopic pregnancy, and therefore was operated on, with the excision of the ruptured fallopian tube and the ectopic pregnancy performed. **Discussion:** The presence of an intrauterine pregnancy does not rule out the presence of a coexisting ectopic pregnancy. Clinicians should always keep in mind that a heterotopic pregnancy may occur in a woman of reproductive age. Careful ultrasound scan of the uterus and appendages is a must in all women of reproductive age with clinical symptoms.

Wstęp

Ciążę heterotopową definiuje się jako obecność ciąży wewnątrzmacicznej współwystępującej z ciążą pozamaciczną⁽¹⁾. Istnieje kilka jej możliwych postaci, np. jednostronna ciąża jajowodowa, ciąża obustronna jajowodowa i inne (wszystkie współwystępujące z ciążą wewnątrzmaciczną)^(2,3).

Rozpoznanie ciąży heterotopowej pozostaje wciąż jednym z największych wyzwań współczesnej ginekologii. Częstość jej występowania w wyniku poczęcia w przebiegu naturalnego cyklu miesięczkowego wynosi około 1 : 30 000⁽¹⁾, jednakże w przypadku zapłodnienia wspomaganego odsetek ten jest znacznie wyższy (1 : 100–1 : 500)⁽⁴⁾.

Najczęstsze czynniki ryzyka ciąży pozamacicznej to stany zapalne miednicy mniejszej, stosowanie wkładki we-

wnątrzmaciczej, zrosty, przebyta ciąża pozamaciczna, techniki wspomaganego rozrodu oraz zespół hiperstymulacji jajników^(5,6). W przypadku kobiet objętych programem wspomaganego rozrodu istnieją również dodatkowe czynniki ryzyka, takie jak częstsza mnoga owulacja, częstsza obecność malformacji i/lub uszkodzeń jajowodów oraz czynniki techniczne związane z transferem zarodka, które również mogą zwiększać ryzyko ciąży pozamacicznej i heterotopowej⁽⁷⁾. U pacjentki, której przypadek opisujemy w niniejszej pracy, stwierdzono obecność pojedynczego zrostu o podłożu idiopatycznym, jednak poza tym nie występował żaden z wymienionych powyżej czynników ryzyka.

Najbardziej rozpowszechnione objawy kliniczne ciąży heterotopowej to ból podbrzusza, zmiana zlokalizowana w przydatkach, podrażnienie otrzewnej oraz powiększona

macica. W przeciwieństwie do ciąży pozamacicznej bardzo rzadko obecne jest krwawienie z dróg rodnych⁽⁸⁾. Ciąża heterotopowa może skutkować poważnymi, potencjalnie zagrażającymi życiu powikłaniami, takimi jak krwotok wewnętrzny, pęknięcie jajowodu, poród przedwczesny lub poronienie^(9,10).

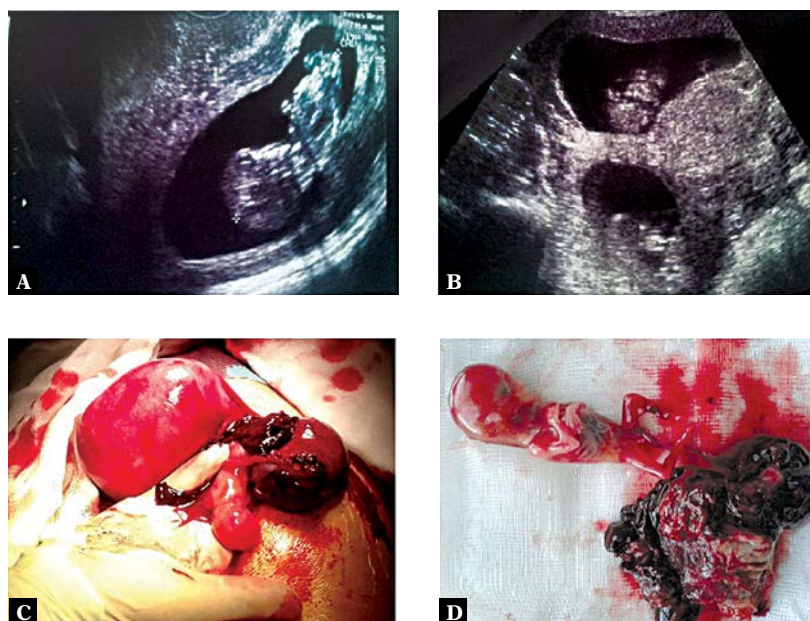
Opis przypadku

Pierworódka, lat 34, została przyjęta do naszej placówki w 13. tygodniu ciąży z silnym bólem brzucha. Około 6 tygodni wcześniej rozpoznano u niej ciążę bliźniaczą dwukosmówkową (Ryc. 1 A, B). W 7. oraz 11. tygodniu ciąży u pacjentki pojawił się ból podbrzusza, który po leczeniu drotaweryną ustąpił na stałe. Pacjentka była wówczas leczona w ogólnodostępnym szpitalu i wykonano u niej badanie USG drogą dopochwową, jednak w opisie badania brak było informacji o obrazie przydatków. W trakcie przyjęcia do naszej placówki występował u niej zespół objawów ostrego brzucha. W badaniu klinicznym stwierdzono bolesność i powiększenie przydatków po stronie prawej. Badania krwi wykazały niedokrwistość, z poziomem hemoglobiny wynoszącym 9,1 g/dl. W badaniu dopochwowym uwidoczniło się obecność płynu w zatoce Douglasa oraz dwóch pęcherzyków ciążowych. Pierwszy z pęcherzyków odpowiadał ciąży wewnątrzmacicznej z płodem o długości ciemieniowo-siedzeniowej (*crown-rump length*, CRL) równej 70 mm. Drugi pęcherzyk, również z żywym płodem, zlokalizowany był za tylną ścianą macicy w prawym jajowodzie (CRL = 64 mm); u płodu stwierdzono bradykardię. Ze względu na zaostrome objawy i podejrzenie ciąży heterotopowej zespół lekarski zdecydował o przeprowadzeniu laparotomii zwiadowczej. W trakcie zabiegu stwierdzono

obecność krwi w jamie otrzewnej i potwierdzono rozpoznanie ciąży heterotopowej z ciążą pozamaciczną umiejscowioną po stronie prawej (Ryc. 1 C). Prawy jajowód połączony był z dolnym odcinkiem tylnej ściany macicy niewielkim zrostem. Usunięto zrost oraz jajowód ze względu na pękniętą ciążę jajowodową (Ryc. 1 D). Pacjentka została wypisana z oddziału po 6 dniach. Późniejsze badania kontrolne wykonywane były w poradni K. Ciąża wewnątrzmaciczna przebiegała następnie bez dalszych powikłań aż do momentu rozwiązania siłami natury w przewidywanym terminie.

Omówienie

Według Tala i wsp. 70% ciąż heterotopowych rozpoznawanych jest pomiędzy 5. a 8. tygodniem ciąży⁽¹¹⁾. Obecność ciąży wewnątrzmacicznej utrudnia rozpoznanie ciąży heterotopowej. Większość lekarzy wydaje się mylnie sądzić, że obecność płodu w macicy wyklucza obecność ciąży pozamacicznej, w związku z czym po uwidocznieniu ciążarnej macicy rezygnuje z obrazowania przydatków. Dane cytowane przez Talbota i wsp. wskazują, że w 71% przypadków ciąż heterotopowych występował jeden z czynników ryzyka, a w 10% przypadków – trzy i więcej. Z tego względu wnikliwa ocena czynników ryzyka może przyczynić się do postawienia prawidłowego rozpoznania, jednak nie jest ono możliwe bez dokładnego badania ultrasonograficznego drogą dopochwową⁽¹²⁾. Przepochwowe badanie USG stanowi złoty standard diagnostyczny, jeśli jest wykonywane przez doświadczonego lekarza. Ma ono jednak niską czułość – od 26,3% do 92,4%⁽¹²⁻¹⁴⁾. Trudności mogą się pojawić przy różnicowaniu ciąży heterotopowej oraz ciała żółtego czy torbieli krwotocznej⁽¹²⁾. Przepo-



Ryc. 1. Ciąża heterotopowa w badaniu USG i podczas zabiegu operacyjnego. A. Badanie w 11. tygodniu ciąży – pomiary płodu w ciąży heterotopowej (szpital zewnętrzny). B. Badanie w 11. tygodniu ciąży – „ciąża pseudobliźniacza” (szpital zewnętrzny). C. Pęknięty prawy jajowód z ciążą heterotopową w trakcie operacji. D. Pęknięty prawy jajowód z ciążą heterotopową po usunięciu jajowodu

chwowe badanie ultrasonograficzne jest rekomendowane we wczesnej ciąży, szczególnie u pacjentek, u których stosowano metody wspomaganego rozrodu⁽¹⁵⁾. Lyu i wsp. rekomendują wykonywanie USG dopochwowego 4 tygodnie po transferze zarodka u każdej pacjentki, u której dokonano zapłodnienia metodą *in vitro*⁽¹⁶⁾. Znaczenie diagnostyczne badania poziomu ludzkiej gonadotropiny kosmówkowej (hCG) jest w tym przypadku wątpliwe. W opisywanym przez nas przypadku ciąży heterotopowej została omyłkowo zdiagnozowana jako prawidłowa ciąża bliźniacza dwukosmówkowa, prawdopodobnie dlatego, że żaden z lekarzy przeprowadzających wcześniej badanie USG nie uwidocznili w nim obrazu przydatków.

Metoda leczenia ciąży heterotopowej zależy od jej zaawansowania. Naczelnym celem stosowanego postępowania jest utrzymanie ciąży wewnątrzmacicznej przy równoczesnym zakończeniu ciąży pozamacicznej⁽¹⁵⁾. U pacjentek bezobjawowych w stanie stabilnym można rozważyć postawę czujnego wyczekiwania^(13,17), jednakże ryzyko pęknięcia ciąży pozamacicznej jest wysokie. Zgodnie z badaniem Li 20% przypadków, w których zastosowano metodę czujnego wyczekiwania, zakończyło się pęknięciem ciąży heterotopowej⁽¹⁵⁾.

Metody chirurgiczne są nadal najczęściej wybierane w leczeniu. W większości przypadków interwencja polega na usunięciu jajnika i uzależniona jest od stanu klinicznego pacjentki^(10,12). W trakcie zabiegu do minimum należy zredukować manipulację macicą, by uchronić przed powikłaniami ciąży wewnątrzmacicznej. Dane dotyczące 139 przypadków ciąż heterotopowych, w większości leczonych chirurgicznie, wskazują, że odsetek utrzymanych ciąż wewnątrzmacicznych wynosił 66%⁽¹⁾. U pacjentek z niestabilnymi parametrami hemodynamicznymi jednoznacznie zalecane jest postępowanie mające na celu jak najszybsze usunięcie ciąży pozamacicznej⁽¹⁵⁾. Dostępne metody chirurgiczne to, w zależności od sytuacji, usunięcie jajowodu, nacięcie jajowodu w celu wyluskania ciąży pozamacicznej lub usunięcie jajnika, jednakże w wyjątkowo ciężkich przypadkach może być również konieczne usunięcie macicy; ryzyko przerwania ciąży wewnątrzmacicznej w grupie leczonej chirurgicznie jest wyższe⁽¹⁸⁾. W badaniu Li łączny odsetek przerwanych ciąż wewnątrzmacicznych w grupie pacjentek leczonych chirurgicznie wynosił do 14,8%⁽¹⁵⁾.

Aspiracja pod kontrolą USG jest mniej inwazyjną metodą leczenia przy równoczesnej wysokiej skuteczności. Głów-

ny problem pozostaje kwestia, czy ciąża pozamaciczna umiejscowiona jest w zasięgu igły. Jako środki z wyboru stosowane są chlorek potasu lub hiperosmotyczny roztwór glukozy^(19,20). Należy unikać stosowania metotreksatu ze względu na jego potencjalną teratogenność^(15,17), jakkolwiek istnieją też doniesienia o jego dobrej skuteczności⁽²¹⁾. Lekarze muszą wykazywać należytą czujność, jako że częstość występowania ciąż heterotopowych wzrasta, prawdopodobnie w związku z większą liczbą ciąż będących następstwem rozrodu wspomaganego⁽⁷⁾. Zaleca się wykonywanie kontrolnych badań USG z uwagi na ryzyko nieudanego leczenia lub pęknięcia ciąży heterotopowej⁽¹⁵⁾.

Obecność ciąży wewnątrzmacicznej nie wyklucza współwystępowania ciąży ektopowej. Lekarze powinni zawsze brać pod uwagę możliwość wystąpienia ciąży heterotopowej u pacjentek w wieku reprodukcyjnym. W omawianym tutaj przypadku przebieg ciąży heterotopowej przypominał ciążę bliźniaczą dwukosmówkową i przez to nie postawiono właściwego rozpoznania. Możliwe było uniknięcie tej sytuacji, gdyby we właściwym momencie przeprowadzono wnikliwe badanie USG wszystkich struktur anatomicznych miednicy mniejszej. W naszej opinii konieczna jest szczegółowa wizualizacja przydatków każdej ciężarnej pacjentki, u której występują objawy kliniczne takie jak ból podbrzusza, płyn w zatoce Douglasa lub wstrząs hipowolemiczny, a także gdy pacjentka znajduje się w grupie podwyższonego ryzyka. W przypadku wczesnego rozpoznania ciąży heterotopowej leczenie chirurgiczne może pozwolić na utrzymanie ciąży wewnątrzmacicznej i pomyślne rozwiązanie w terminie.

Oświadczenie dotyczące sposobu finansowania

Niniejsza praca została sfinansowana ze środków Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, z grantu 501-1-21-27-17.

Oświadczenie dotyczące zgody pacjenta na publikację

Niniejszy materiał opublikowany został za zgodą pacjentki i nie był publikowany w żadnym innym miejscu.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie do niej prawo.

Piśmiennictwo

- Hassani KI, Bouazzaoui AE, Khatouf M, Mazaz K: Heterotopic pregnancy: A diagnosis we should suspect more often. *J Emerg Trauma Shock* 2010; 3: 304.
- Wang PH, Chao HT, Tseng JY, Yang TS, Chang SP, Yuan CC *et al.*: Laparoscopic surgery for heterotopic pregnancies: A case report and a brief review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 80: 267–271.
- Fukuda T, Inoue H, Toyama Y, Ichida T, Uzawa Y, Monma M *et al.*: Bilateral tubal and intrauterine pregnancies diagnosed at laparoscopy. *J Obstet Gynaecol Res* 2014; 40: 2114–2117.
- Korkontzelos I, Antoniou N, Stefanos T, Kyparos I, Lykoudis S: Ruptured heterotopic pregnancy with successful obstetrical outcome: A case report and review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2005; 32: 203–206.
- Fatema N, Al Badi MM, Rahman M, Elawdy MM: Heterotopic pregnancy with natural conception; a rare event that is still being misdiagnosed: A case report. *Clin Case Rep* 2016; 4: 272–275.
- Jeon JH, Hwang YI, Shin IH, Park CW, Yang KM, Kim HO: The risk factors and pregnancy outcomes of 48 cases of heterotopic pregnancy from a single center. *J Korean Med Sci* 2016; 31: 1094–1099.
- Kirk E, Bottomley C, Bourne T: Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location. *Hum Reprod Update* 2014; 20: 250–261.
- Reece EA, Petrie RH, Sirmans MF, Finster M, Todd WD: Combined intrauterine and extrauterine gestations: A review. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 146: 323–330.

9. OuYang Z, Yin Q, Xu Y, Ma Y, Zhang Q, Yu Y: Heterotopic cesarean scar pregnancy: diagnosis, treatment, and prognosis. *J Ultrasound Med* 2014; 33: 1533–1537.
10. Yu Y, Xu W, Xie Z, Huang Q, Li S: Management and outcome of 25 heterotopic pregnancies in Zhejiang, China. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; 180: 157–161.
11. Tal J, Haddad S, Gordon N, Timor-Tritsch I: Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: A literature review from 1971 to 1993. *Fertil Steril* 1996; 66: 1–12.
12. Talbot K, Simpson R, Price N, Jackson SR: Heterotopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2011; 31: 7–12.
13. Li XH, Ouyang Y, Lu GX: Value of transvaginal sonography in diagnosing heterotopic pregnancy after in-vitro fertilization with embryo transfer. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 41: 563–569.
14. Barrenetxea G, Barinaga-Rementería L, Lopez de Larruzea A, Agirregoikoa JA, Mandiola M, Carbonero K: Heterotopic pregnancy: Two cases and a comparative review. *Fertil Steril* 2007; 87: 417.e9–417.e15.
15. Li JB, Kong LZ, Yang JB, Niu G, Fan L, Huang JZ *et al.*: Management of heterotopic pregnancy: Experience from 1 tertiary medical center. *Medicine (Baltimore)* 2016; 95: e2570.
16. Lyu J, Ye H, Wang W, Lin Y, Sun W, Lei L *et al.*: Diagnosis and management of heterotopic pregnancy following embryo transfer: Clinical analysis of 55 cases from a single institution. *Arch Gynecol Obstet* 2017; 296: 85–92.
17. Baxi A, Kaushal M, Karmalkar H, Sahu P, Kadhi P, Daval B: Successful expectant management of tubal heterotopic pregnancy. *J Hum Reprod Sci* 2010; 3: 108–110.
18. Eom JM, Choi JS, Ko JH, Lee JH, Park SH, Hong JH *et al.*: Surgical and obstetric outcomes of laparoscopic management for women with heterotopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res* 2013; 39: 1580–1586.
19. Lang PF, Weiss PA, Mayer HO, Haas JG, Hönigl W: Conservative treatment of ectopic pregnancy with local injection of hyperosmolar glucose solution or prostaglandin-F2 alpha: A prospective randomised study. *Lancet* 1990; 336: 78–81.
20. Goldstein JS, Ratts VS, Philpott T, Dahan MH: Risk of surgery after use of potassium chloride for treatment of tubal heterotopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 2006; 107 (Pt 2): 506–508.
21. Sijanovic S, Vidosavljevic D, Sijanovic I: Methotrexate in local treatment of cervical heterotopic pregnancy with successful perinatal outcome: case report. *J Obstet Gynaecol Res* 2011; 37: 1241–1245.