

Hasúri terhesség élő újszülöttel

Koltai Tamás dr. ■ Bacskó György dr.

Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Debrecen

Az előrehaladott hasúri terhesség nagyon ritkán fordul elő. A tünetek gyakran nem jellegzetesek, így sok esetben a diagnózist sem sikerül időben felállítani. Az anyai mortalitás és morbiditás szintén nagyon magas, különösen azokban az esetekben, amikor a helyes diagnózis és megfelelő kezelés elmaradnak. A magzati malformációk gyakori előfordulásával szintén számolnunk kell. A közleményben egy 36. terhességi héten felismert hasúri terhesség esetét ismertetjük. A 2090 g súlyú leány magzatot sürgősséggel végzett laparotómiával hoztuk világra. A műtét utáni harmadik napon relaparotómiát végeztünk hasúri utóvérzés miatt. Az anyát és újszülöttjét jó általános állapotban sikerült hazabocsátanunk. A közlemény a ritka, kóros terhesség ismertetése kapcsán irodalmi áttekintést ad a hasúri terhesség előfordulásáról, diagnosztikájáról és terápiájáról. *Orv. Hetil.*, 2017, 158(13), 508–511.

Kulcsszavak: hasúri terhesség, méhen kívüli terhesség, magzati malformáció

Live birth resulting from abdominal pregnancy

Advanced abdominal pregnancy is extremely rare. Symptoms are often nonspecific, and the diagnosis is frequently missed. Maternal mortality and morbidity are also very high especially if the condition is not diagnosed and managed properly. In abdominal pregnancy there is a high incidence of fetal malformations. We are presenting a case of a 38 year old primigravida with an undiagnosed advanced abdominal pregnancy carried beyond 36 weeks of gestation. We delivered a 2090 g baby from the abdomen. A relaparotomy was necessary on the third postoperative day because of abdominal bleeding. At the time of discharge both mother and baby were doing well. The publication also provides a literature overview, including definition, epidemiology, diagnosis and therapy.

Keywords: abdominal pregnancy, extrauterine pregnancy, fetal malformation

Koltai, T., Bacskó, Gy. [Live birth resulting from abdominal pregnancy]. *Or. Hetil.*, 2017, 158(13), 508–511.

(Beérkezett: 2016. november 25.; elfogadva: 2016. december 20.)

A blastocysta normális esetben a méh üregében, az endometriumba ágyazódik be. Egyéb helyre történő beágyazódás esetén méhen kívüli terhességről beszélünk. Ezen esetek közel 95%-ában a beágyazódás a petevezető valamelyik szakaszán történik (interstitialis 1–2%, isthmicus 12%, ampullaris 70%, fimbriális 11%). A maradék 5%-ban ovarialis, peritonialis, illetve cervicalis beágyazódásról beszélhetünk. Az utóbbi időben a császármetszést követően kialakuló hegterhességek száma megemelkedett. Az asszisztált reprodukciós technikák terjedésével számolnunk kell azokkal az esetekkel is, amikor a méhen kívüli terhesség intrauterin terhesség mellett jön létre. Szigorúan véve a hasúri terhesség a peritonealis térben történő beágyazódást jelenti; a tubalis, ovarialis és intraligamentaris implantációk a szigorúan vett definíció sze-

rint külön csoportba tartoznak. Bár a megtermékenyített petesejt primer peritonealis beágyazódása is lehetséges, a legtöbb hasúri terhesség korai petevezető-rupturát követően jön létre; ha a kilökődés lényegében károsodás nélkül megy végbe, a megtermékenyített petesejt csaknem bárhol megtapadhat, ami hasúri terhesség kialakulásához vezethet. Az előrehaladott esetekben nem ritka, hogy a méhlepény legalább részben kapcsolódik az uterusához vagy valamelyik adnexumhoz [1].

Az Egyesült Államokban, 2008-as adatok szerint, az első trimeszteri terhességek 2%-a méhen kívüli [2]. Attól függően, hogy mennyire vesszük szigorúan a hasúri terhesség definícióját, széles határok között változhat annak incidenciája. Irodalmi adatok alapján az élveszületésekre vonatkoztatott hasúri terhességek száma 1:25 000 és

1:85 000 között változhat [3]. WHO-statisztikák szerint a méhen kívüli terhesség a fejlett országokban az anyai halálozás közel 5%-áért felelős [4].

Az előrehaladott hasúri terhesség tünetei gyakran szegényesek; sokan teljesen panaszmentesek. Az esetleges panaszok közé tartozhat a hasi fájdalom, hányinger, hányás, vérzés és a csökkent, esetleg hiányzó magzatmozgások [1]. Sokszor az ultrahangvizsgálat sem ad egyértelmű diagnózist, az oligohydramnion gyakori, de nem specifikus jel lehet. Az esetek felében téves ultrahang-diagnózis születik [3, 5]. Azokban az esetekben, amikor az ultrahangvizsgálat felveti a hasúri terhesség gyanúját, MR-vizsgálat a választandó eljárás [6, 7]. Igazolt hasúri terhesség esetén is szükséges lehet az MR-vizsgálat elvégzése, mivel értékes információkkal láthat el minket a méhlepény beágyazódását illetően [8]. Amennyiben MR-vizsgálat nem elérhető, CT is elvégezhető, mivel a placentációról nyerhető információk fontossága meghaladja a magzati sugárterhelés jelentette kockázatot [1].

A hasúri terhesség életveszélyes állapot, amelynek kezelése nagyban függ attól, hogy mikor kerül megállapításra. Bár a hirtelen, életet veszélyeztető vérzés veszélye magas, vannak, akik a 24. terhességi hét utáni diagnosztizálás esetén szoros kórházi felügyeletet javasolnak a magzati életképesség eléréséig [9]. A placentáció pontos helyének megállapítása után több lehetőség is van a kezelést illetően. Előrehaladott hasúri terhesség során szóba jöhet a preoperatív szelektív angiográfiás embolisatio, illetve az arteria uterinák katéterizálása, annak érdekében, hogy az intraoperatív vérvesztést csökkenteni tudjuk. További műtét előtti előkészülethez tartozik az ureterkatéter-felhelyezés, bélelőkészítés, megfelelő mennyiségű vér biztosítása és természetesen egy multidiszciplináris team készenlétbe helyezése. A magzat világrahozatala után különös tekintettel kell lennünk arra, hogy a vérrellátás azokon a területeken is fokozott, ahova a placentáció nem terjedt ki. Mivel a myometrium természetes érkomprimáló hatása ezekben az esetekben elmarad, a hipertrofizált véredényekből bő vérzésre számíthatunk. Ha a méhlepény egyértelműen és biztonságosan eltávolítható vagy ha a beágyazódás területéről vérzés indul meg, akkor az eltávolítást azonnal meg kell kezdeni. Amennyiben lehetséges, az ellátó ereket ligatúrákkal kell ellátni [1]. A placenta visszahagyása csökkenti az azonnali, életet veszélyeztető vérzés lehetőségét. Sajnos, ezekben az esetekben a méhlepény gyakran felülfertőződik, majd tályogot képez. Gyakran kell számolnunk adhéziók, illetve következményes bélelzáródás kialakulásával [10]. Korábban ureterobstrukció és hydronephrosis is leírásra került [11]. Ezekben az esetekben a lepény sebészi eltávolítása elkerülhetetlen. Azokban az esetekben, amikor a méhlepényt visszahagyják, annak involúcióját sorozatos ultrahangvizsgálatokkal, illetve szérumbéta-hCG-szint-mérésekkel lehet követni [12]. Color Dopplerrel a vérrellátásban bekövetkező változások nyomon követhetők. A placenta méretétől függően esetenként gyors funkciócsökkenés következik

be, majd a méhlepény felszívódik. Egy 1986-ban publikált esetben a lepény felszívódása több mint öt évet vett igénybe [13].

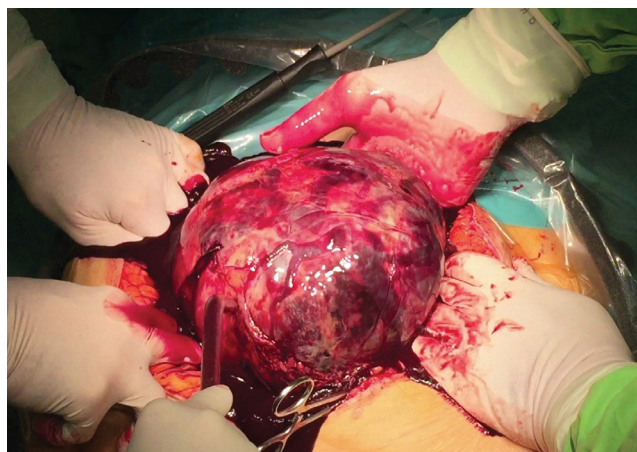
A magzati túlélés terhességikor-függő. *Stevens és mtsai* megfelelő preoperatív tervezéssel az anyai mortalitási rátát 20%-ról 5%-ra csökkentették, a 30. terhességi hét után született újszülöttek túlélését 63%-nak találták. Magzati malformációk és deformációk 20%-ban voltak jelen. A leggyakoribb deformációk az arc- és agykoponya-asszimetria, illetve különböző ízületi abnormalitások. A leggyakoribb malformáció a végtaghiány, illetve központi idegrendszeri anomáliák [14].

Esetismertetés

A 38 éves, először terhes nőbeteg anamnézisében asthma bronchiale, illetve 2014-ben Basedow-kór miatt végzett totális thyreoidectomia szerepel. Emiatt pajzsmirigyhormon-szubsztitúcióban részesül. Utolsó vérzése 2016. április elején volt, de menstruációi a megelőző időszakban nem voltak rendszeresek. A magzatmozgásokat 2016. október első hete óta érezte (körülbelül 34. terhességi hét). Terhessége alatt két alkalommal járt nőgyógyászati rendelésen. Először 2016. április végén, amikor szűrő jellegű, jobb alhasi fájdalom miatt vizsgálták. Az elvégzett TVS negatív volt, intrauterin terhességet nem mutatott. Második alkalommal 2016 júniusában történt nőgyógyászati vizsgálat, mivel április eleje óta menzese nem jelentkezett. Ultrahangvizsgálattal 8 mm-es endometrium ábrázolódott, méhen belüli terhesség nélkül. A gravida a továbbiakban panaszmentes volt, hasi fájdalom nem jelentkezett nála. 2016 augusztusától október közepéig több alkalommal történt belgyógyászati kontrollvizsgálat a pajzsmirigyhormonszint beállítása céljából. Az egyik ilyen kontrollvizsgálat során a betegnek akut rosszullete jelentkezett, vérnyomása kiugrott (190/60 Hgmm), gyengének érezte magát, fokozódó fulladásérzésről panaszkodott. Ekkor fizikális vizsgálat során a mellkas szintjéből elődomborodó has felvetette a terhesség gyanúját, amit megerősített az a tény, hogy fonendoszkóppal magzati szívhangokat lehetett hallani. A kistérségi belgyógyászati rendelőből a beteget OMSZ-esetkocsival a Kenézy Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztályára szállították. Felvételi lelet: elesett állapotú obes nő, a hasfalon keresztül elől fekvő rész, illetve fundus nem tapintható. Vaginális vizsgálat: ujjnyira nyitott, megrövidült nyakcsatorna. Vérnyomása 80/60 Hgmm, pulzusa 110/min. Testmagasság 182 cm, testtömeg 102 kg (BMI: 32,6). A sürgősséggel elvégzett ultrahangvizsgálat 12 cm-es uterust ábrázolt, egy csaknem érett súlyú, körülbelül 36 hetes élő, harántfekvésben elhelyezkedő magzat mellett. Magzatvíz gyakorlatilag nem volt kimutatható. Az ultrahang a placentát a máj alatt, a jobb oldali medencefalon ábrázolta. Nagyobb mennyiségű szabad hasúri folyadék ekkor nem volt látható. Az igazolt hasúri terhességre, illetve a gravida presokkos állapotára való tekintettel sürgős laparotomia mellett döntöttünk. Köl-

dök fölé meghosszabbított alsó median hasmegnyitás után a belek közül egy mintegy emberfőnyi nagyságú, cysticus képletet emeltünk elő, amelyben lepényszövet és a magzat volt tapintható (1. ábra). A magzatburkon áthatolva világra segítettük a harántfekvésben elhelyezkedő élő, kora, 2090 gramm súlyú leány magzatot. A magzat nem sírt fel, de maszkos lélegeztetés mellett állapota gyorsan stabilizálódott. Apgar-pontszám: 4/1, 8/10. A neonatológiai vizsgálat során mindkét alsó végtag transversalis tibiofibularis hiányát észleltük (2. ábra). A hasban megközelítőleg két liter, részben folyékony, részben alvadékos vért találtunk, amelynek eltávolítása után láthatóvá vált, hogy a lepény a ligamentum latum medialis lemezén, retrocoecalisán tapadt, magára húzva az appendixet és a jobb oldali adnexumot. A lepényszövet jelentős részének eltávolítása után a lepényágyat ismételten tamponáltuk, de a makacs vérezgetés miatt jobb oldali adnexectomiára kényszerültünk, amelyet appendectomiával egészítettünk ki. A has zárása előtt áttekintve a műtéti területet, további vérzés nem volt látható. Intraperitonealis drént a hasfalán át kiveztettük, és zártuk a laparotomia sebeit. Preoperatív Hgb-értéke 96 g/l volt. A műtét során négy egység csoportazonos vvt.-massza, illetve két egység FFP transzfúziója történt, volumenpótlással kiegészítve. A műtétet követően 73 g/l Hgb-értéket mértünk. Mivel a beteg keringése még nem stabilizálódott, a fenyegető consumptiós coagulopathia veszélye miatt további kezelés és szoros megfigyelés céljából intenzív terápiás osztályra helyeztük át. A transzport közben a hasúri drén kicsúszott a rögzítő öltés ellenére. Tartva az utóvérzéstől, LMWH-t nem indítottunk, a beteg alsó végtagjain intermittáló pneumatikus kompressziót alkalmaztunk. A laparotomiát követő harmadik posztoperatív napon a beteg Hgb-értéke folyamatos csökkenést mutatott (86 g/l-ről 71 g/l-re csökkent), hasa feszessé vált és ultrahangvizsgálattal szabad hasúri folyadékot találtunk. Relaparotomia mellett döntöttünk, amely során jelentős mennyiségű véralvadékokat távolítottunk el a hasüregből, de a vérzésforrást nem sikerült azonosítani. A beteg anaemiáját két egység vvt. és két egység FFP transzfúziójával rendeztük. A posztoperatív időszak eseménytelenül telt, a relaparotomiát követő negyedik napon a beteg az intenzív osztályt elhagyhatta, megindult passzázzsal további kezelés céljából a nőgyógyászati osztályra került, ahonnan további öt nap obszervációt követően, újszülöttjével együtt jó általános állapotban, kezdődő lactatióval, panaszmentesen, LMWH-profilaxissal otthonába bocsátottuk.

Az újszülöttet az észlelt fejlődési rendellenesség és kezdeti distresszes tünetei miatt fél órában koraszülött-transzport Neonatológiai Intenzív Centrumba szállította, ahol a továbbiakban jól adaptálódott, légzészavara megszűnt. Az elvégzett vizsgálatok további fejlődési rendellenességet, illetve fertőzést nem igazoltak. A hétnapos újszülöttet visszahelyeztük a Perinatalis Intenzív Centrumból édesanyjához, ahol jó szopási aktivitást mutatott, kiegészítő táplálással.



1. ábra | A műtét során előemelt magzatburok, felületén tágult erekkel, amelyben magzati részek és lepényszövet volt tapintható



2. ábra | A leggyakoribb magzati malformáció a végtagi defektus. Jelen esetben mindkét alsó végtag térdtől hiányzik

Megbeszélés

Hasúri terhesség kialakulására vonatkozóan kétféle elképzelést ismerünk. Elsődleges, ha a petesejt még a méhkürtbe kerülése előtt a hasüregben megtermékenyül, illetve tapad meg. Másodlagos akkor, ha a méhkürtben fejlődő extrauterin terhesség kerül abortus tubarius vagy tubaruptura során a szabad hasüregbe, és ott újra megtapadva tovább fejlődik. Hasúri terhesség esetén az élveszülés nagyon ritka esemény [15]. A diagnózis sok esetben igen nehéz, különösen előrehaladott terhességekben. A diagnózis felállításában elsődleges, hogy gondoljunk a hasúri terhesség lehetőségére. Emellett természetesen az alapos fizikális vizsgálat, az ultrahang, CT- és MR-képalakotók mind a segítségünkre lehetnek. Fizikális vizsgálat során az átlagos vastagságú hasfalán keresztül könnyen kitapintható magzati részek, illetve a rendellenes fekvés kelthet gyanút. Leginkább az ultrahangvizsgálat lehet segítségünkre, amely során a méhfal hiánya, a hasfalhoz közel elhelyezkedő magzati részek, a rendellenes fekvés és tartás, illetve a méhlepény és a magzat között a mag-

zatvíz esetleges hiánya hívhatja fel a figyelmünket a méhen kívüli terhesség lehetőségére [16]. Mindezek ellenére korábbi közlés szerint csupán tizből egy esetben sikerült a hasúri terhességet preoperatív diagnosztizálni [17]. *Eleje és mtsai* olyan esetet ismertettek, amikor a tünetmentes hasúri terhességre csupán a placenta praevia miatt előjegyzett elektív császármetszés során derült fény [18]. A sikertelen szülésindukció felvetheti a hasúri terhesség gyanúját; ezekben az esetekben érdemes a vizsgálatokat megismételni [19]. A 20. terhességi hét előtt felfedezett hasúri terhesség esetén annak terminálása a választandó eljárás. A konzervatív kezelés megfontolandó, ha a születendő magzat életképessége elérhető községben van és a várakozás nem veszélyezteti a várandós egészségét vagy életét. Ezekben az esetekben a kezelésre megfelelően felkészült centrumban, szoros megfigyelés mellett kerülhet sor, az anya lehetséges előnyökről és kockázatokról történő felvilágosítása mellett. Az anya számára az életet veszélyeztető vérzés jelenti a legnagyobb kockázatot. Hasúri terhesség során az anyai mortalitási ráta az egyéb méhen kívüli terhességekhez viszonyítva megközelítőleg hétszeres, míg a normális intrauterin terhességgel összehasonlítva megközelítőleg kilencvenszeres [17]. A magzat világrahozatalára optimális esetben szteroidos tüdőérlelést követően, a 34. terhességi héten kerülhet sor [20]. Mivel a perinatalis mortalitás igen magas (előrehaladott hasúri terhesség esetén az újszülöttek több mint felét elveszítjük), ezért a műtétet jól felszerelt, esetlegesen súlyos állapotú magzatok ellátására alkalmas központban javasolt elvégezni [21]. Esetünkben nem volt mód a mérlegelésre, hiszen a súlyos vérvesztésre utaló sokkos állapot azonnali beavatkozást igényelt, tekintet nélkül a magzat állapotára és esetleges életkilátásaira.

Ezt megelőzően Debrecenben a legutóbbi hasúri terhességből történő élveszülés 1984-ben volt, ekkor a 35. terhességi héten, egy 2300 g súlyú egészséges leány magzatot sikerült világra hozni [15].

Anyagi támogatás: A közlemény megírása során anyagi támogatásban nem részesültünk.

Szerzői munkamegosztás: K. T.: A közlemény szerzője. B. Gy.: A beteg kezelőorvosa. A szerzők a kézirat végleges változatát elolvasták és jóváhagyták.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Irodalom

- [1] *Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., et al.*: Williams Obstetrics, 23rd Edition. Chapter 10: Ectopic pregnancy, 238–251.
- [2] *American College of Obstetricians and Gynecologists*: Practice bulletin No. 94: Medical management of ectopic pregnancy. *Obstet. Gynecol.*, 2008, *111*(6), 1479–1485.

- [3] *Worley, K. C., Hnat, M. D., Cunningham, F. G.*: Advanced extrauterine pregnancy: diagnostic and therapeutic challenges. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2008, *198*(3), 297.e1–297.e7.
- [4] *WHO*: Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank, 2007.
- [5] *Costa, S. D., Presley, J., Bastert, G.*: Advanced abdominal pregnancy. *Obstet. Gynecol. Surv.*, 1991, *46*(8), 515–525.
- [6] *Harris, M. B., Angtuaco, T., Frazier, C. N., et al.*: Diagnosis of a viable abdominal pregnancy by magnetic resonance imaging. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1988, *159*(1), 150–151.
- [7] *Wagner, A., Burchardt, A. J.*: MR imaging in advanced abdominal pregnancy. A case report of fetal death. *Acta Radiol.*, 1995, *36*(2), 193–195.
- [8] *Cartwright, P. S., Brown, J. E., Davis, R. J., et al.*: Advanced abdominal pregnancy associated with fetal pulmonary hypoplasia: Report of a case. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1986, *155*, 396–401.
- [9] *Bertrand, G., Le Ray, C., Simard-Émond, L., et al.*: Imaging in the management of abdominal pregnancy: a case report and review of the literature. *J. Obstet. Gynecol. Can.*, 2009, *31*(1), 57–62.
- [10] *Bergstrom, R., Mueller, G., Yankowitz, J.*: A case illustrating the continued dilemmas in treating abdominal pregnancy and a potential explanation for the high rate of postsurgical febrile morbidity. *Gynecol. Obstet. Invest.*, 1998, *46*(4), 268–270.
- [11] *Weiss, R. E., Stone, N. N.*: Persistent maternal hydronephrosis after intra-abdominal pregnancy. *J. Urol.*, 1994, *152*(4), 1196–1198.
- [12] *France, J. T., Jackson, P.*: Maternal plasma and urinary hormone levels during and after a successful abdominal pregnancy. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 1980, *87*(5), 356–362.
- [13] *Belfar, H. L., Kurtz, A. B., Wapner, R. J.*: Long-term follow-up after removal of an abdominal pregnancy: Ultrasound evaluation of the involuting placenta. *J. Ultrasound Med.*, 1986, *5*(9), 521–523.
- [14] *Stevens, C. A.*: Malformations and deformations in abdominal pregnancy. *Am. J. Med. Genet.*, 1993, *47*(8), 1189–1195.
- [15] *Bacsó, Gy.*: Abdominal pregnancy resulting in a healthy newborn infant. [Hasúri terhesség egészséges újszülöttel.] *Orv Hetil.*, 1984, *125*(17), 1009–1010. [Hungarian]
- [16] *Kun, K. Y., Wong, P. Y., Ho, M. W.*: Abdominal pregnancy presenting as a missed abortion at 16 weeks gestation. *Hong Kong Med. J.*, 2000, *6*(4), 425–427.
- [17] *Atrash, H. K., Friede, R. E., Houge, C. J.*: Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal mortality. *Obstet. Gynecol.*, 1987, *69*(3), 333–337.
- [18] *Eleje, G. U., Adewale, O., Osuagwu, I. K., et al.*: Post-date extrauterine abdominal pregnancy in a Rhesus negative nullipara with successful outcome: a case report. *J. Woman's Health Issues Care*, 2013, *2*(6), doi:10.4172/2325-9795.1000127
- [19] *Lamina, M. A., Akinyemi, B. O., Fakoya, T. A., et al.*: Abdominal pregnancy: a cause of failed induction of labour. *Niger. J. Med.*, 2005, *14*(2), 2013–2017.
- [20] *Huang, K., Song, L., Wang, L., et al.*: Advanced abdominal pregnancy: an increasingly challenging clinical concern for obstetricians. *Int. J. Clin. Exp. Pathol.*, 2014, *7*(9), 5461–5472.
- [21] *Nkusu Nonyalulendho, D., Einterz, E. M.*: Advanced abdominal pregnancy: case report and review of 163 cases reported since 1946. *Rural Remote Health*, 2008, *8*(4), 1087.

(Koltai Tamás dr.,
Debrecen, Mester utca 39. 1/2, 4026
e-mail: tomi.koltai@gmail.com)