

SARCINA HETEROTOPICĂ

Heterotopic pregnancy

Dr. Edu Antoine

Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa“, București

REZUMAT

Sarcina heterotopică reprezintă coexistența unei sarcini ectopice cu o sarcină intrauterină. Frecvența sarcinii heterotopice este în general scăzută, situându-se la 1 din 10.000 de sarcini. Clinic e greu de diagnosticat. Descoperirea unei sarcini heterotopice necesită o atenție deosebită din partea obstetricianului.

Cuvinte cheie: sarcină heterotopică, sarcină ectopică, sarcină intrauterină

ABSTRACT

Heterotopic pregnancy represents the coexistence of an ectopic pregnancy with a intrauterine pregnancy. The frequency of the heterotopic pregnancy is in general low, 1 in 10.000 pregnancies. It's very difficult to put a clinical diagnosis. The discovery of a heterotopic pregnancy requires a special attention of the obstetrician.

Key words: heterotopic pregnancy, ectopic pregnancy, intrauterine pregnancy

INTRODUCERE

Sarcina heterotopică reprezintă coexistența unei sarcini ectopice cu o sarcină intrauterină. Frecvența sarcinii heterotopice este în general scăzută, situându-se la 1 din 10.000 de sarcini. Clinic e greu de diagnosticat. Descoperirea unei sarcini heterotopice necesită o atenție deosebită a obstetricianului atât în culegerea datelor anamnestice, cât și în interpretarea nivelurilor crescute de gonadotropină corionică, dar mai ales în evaluarea ecografică a pacientei.

Descriem cazul unei paciente în vârstă de 37 de ani, diagnosticată cu sarcină heterotopică rezultată în urma unei repermabilizări a trompelor uterine.

STUDIU DE CAZ

Pacienta, în vârstă de 37 de ani, s-a prezentat la spitalul „Caritas – Acad. N. Cajal“, în iunie 2007, cu dureri pelviabdominale și spotting și cu amenoree de aproximativ 7 săptămâni.

S-a efectuat un test de sarcină ce s-a pozitivat, apoi s-a efectuat o ecografie transvaginală ce a relevat o sarcină intrauterină de 6 săptămâni și 3 zile, cu activitate fetală prezentă (Fig. 1, 2).

La nivelul anexei drepte s-a identificat o masă tumorală, cu componentă hipoecogenă, caracteristică unui sac gestațional, și un pol fetal corespunzător unei sarcini de 6 săptămâni, identificându-se și activitate cardiacă fetală (Fig. 3, 4).

Istoricul obstetrical al pacientei relevă o întrerupere de sarcină, două cezariene și ligaturarea bilaterală a trompelor uterine după ultima cezariană. În istoricul pacientei nu se decelează sarcină ectopică, dispozitive intrauterine, reproducerea asistată și boala inflamatorie pelvină. În anul 2006, pacientei i s-a realizat dezobstrucția tubară cu anastomoză tubo-ovariană și adezioliză. În anul 2007, s-a realizat o histerosalpingografie ce a evidențiat permeabilitatea trompei uterine drepte, fără permeabilitate la nivelul trompei uterine stângi (Fig. 5).

Adresa de corespondență:

Dr. Edu Antoine, Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa“, Șos. Vergului, Nr. 12, București



FIGURA. 1

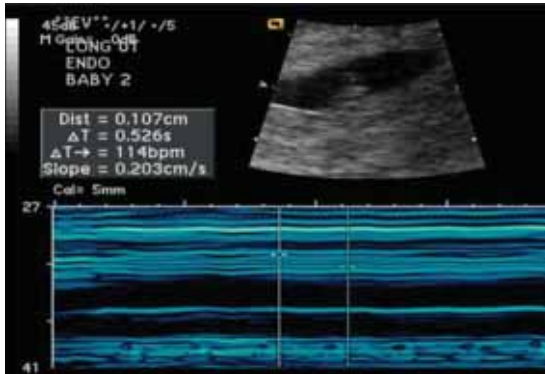


FIGURA. 2



FIGURA. 3

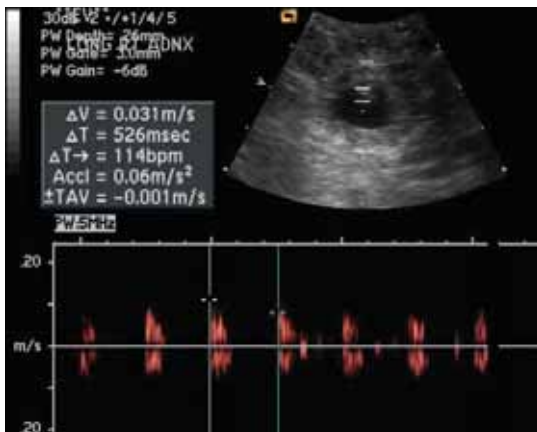


FIGURA. 4

După investigațiile clinice și paraclinice, pacienta a fost diagnosticată cu sarcină heterotopică (intrauterină incipientă și sarcină tubară dreaptă).

S-a decis laparotomia exploratorie, iar în cursul acesteia s-a practicat salpingectomie dreaptă parțială și adezioliză. În timpul intervenției chirurgicale s-a observat la nivelul istmului tubar drept o for-



FIGURA. 5

mațiune de 2 cm/2,5 cm, de consistență crescută, fără afectarea integrității peretelui tubar. Formațiunea a fost excizată și trimisă la examen histopatologic la care s-a constatat sac gestațional de 1,2 cm ce conținea embrion de 0,3 cm, confirmând astfel diagnosticul ecografic inițial.

La 3 zile postoperator s-a repetat ecografia ce a relevat sarcina intrauterină în evoluție cu CRL corespunzător unei sarcini de 6 săptămâni și 5 zile, cu activitate cardiacă fetală prezentă (Fig. 6). Evaluarea anexei drepte a evidențiat absența formațiunii tumorale vizualizată anterior intervenției chirurgicale (Fig. 7).

La 15 zile postoperator s-a reefectuat o nouă ecografie ce a evidențiat progresia sarcinii intrauterine cu o vârstă gestațională de 8 săptămâni, activitate cardiacă fetală prezentă, fără evidențierea unei formațiuni tumorale anexiale (Fig. 8,9).



FIGURA. 6

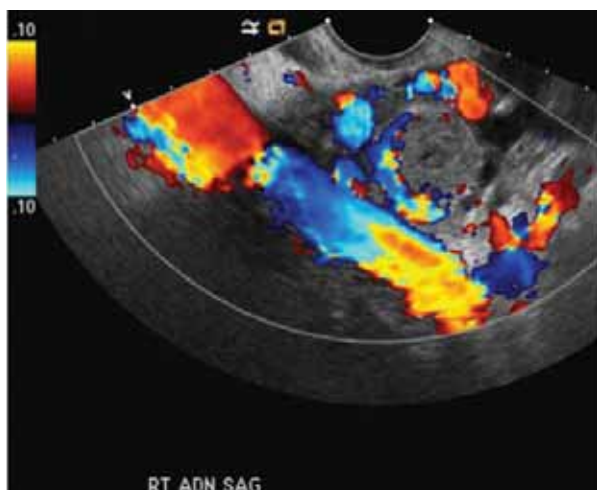


FIGURA. 7

Pacienta a fost urmărită pe tot parcursul sarcinii ce a decurs fără complicații, iar la 38 de săptămâni de gestație s-a practicat operație cezariană pentru prezență transversă, bazin în general strâmtat și



FIGURA. 8

disproporție cefalo-pelvică, din care s-a extras un făt viu, de sex masculin, cu o greutate de 2.770 g, o lungime de 43 de cm și indice Apgar egal cu 8.

DISCUȚII

Frecvența sarcinii heterotopice crește odată cu factorii de risc variabili ca:

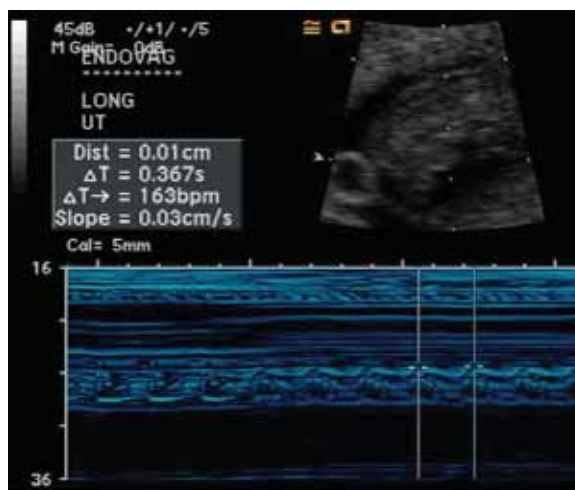


FIGURA. 9

- reproducerea asistată crește riscul la 1/100 de sarcini.
- contracepție cu dispozitive intrauterine
- stimulare farmacologică ovariană
- sarcină ectopică în antecedente
- boală inflamatorie pelvină.

Diagnosticul sarcinii heterotopice este mai dificil de realizat decât diagnosticul sarcinii ectopice.

Sarcina ectopică poate prezenta sângerări vaginale, masă abdominală palpabilă și dureri pelvi-abdominale, dar numai 50% dintre pacientele cu sarcină ectopică prezintă triada clasică de durere pelvi-abdominală, amenoree și sângerare vaginală. Capcana diagnostică a sarcinii heterotopice este că beta HCG crescut este pus pe seama sarcinii intrauterine omițându-se posibilitatea existenței și unei sarcini extrauterine. Este important ca în urma depistării unei sarcini intrauterine cu un nivel beta HCG crescut să se ia în considerare posibilitatea existenței și unei sarcini extrauterine și astfel să se excludă sarcină heterotopică prin investigații amănunțite clinice și paraclinice. Există mai multe metode de a manageria sarcina ectopică, dar în cazul prezentat, rezolvarea chirurgicală de urgență a sarcinii ectopice a condus la rezultate optime și sarcina intrauterină a fost dusă la termen fără alte incidente, finalizându-se prin operație cezariană din care a rezultat un nou-născut viabil.

BIBLIOGRAFIE

1. **Somers MP, Spears M, Maynard AS, Syverud SA.** Ruptured heterotopic pregnancy presenting with relative bradycardia in a woman not receiving reproductive assistance. *Ann Emerg Med* 2004 Mar;43(3):382-5.
2. **DeVoe RW, Pratt JH.** Simultaneous intrauterine and extrauterine pregnancy. *Am J Obst Gynecol* 56: 1119, 1948.
3. **Bello GV, Schonolz D, Moshirpur J, Jeng DY, Berkowitz RL:** Combined pregnancy: the Mount Sinai experience. *Obstet Gynecol Surv* 1986 Oct;41(10):603-13.
4. **Goldman GA, Fisch B, Ovadia J, Tadir Y.** Heterotopic pregnancy after assisted reproductive technologies. *Obstet Gynecol Surv* 1992 Apr;47(4):217-221.
5. **Sepilian, VP, Wood E.** Ectopic Pregnancy. In Gynecology and Obstetrics www.eMedicine.com [Last accessed on 5.26.2008].
6. **Harrington JC, Lyons EA.** Heterotopic pregnancy. www.TheFetus.net [Last accessed 5.26.2008].
7. **Habana A, Anuja D, Giraldo JL, Jones EE.** Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. *Am J Obst Gynecol* 2000 May;182(5):1264-1270.
8. **Bourgon D, Outwater E.** Ectopic Pregnancy. In Radiology www.eMedicine.com [Last accessed on 5.26.2008].
9. **Fernandez H, Lelaidier C, Doumerc S, Fournet P, Olivennes F, Frydman R:** Nonsurgical treatment of heterotopic pregnancy: a report of six cases. *Fertil Steril* 1993 Sep;60(3):428-432.