

Úvod

39 letá primipara přivezena RZP pro bolesti břicha ve 12. gestačním týdnu
Při vyšetření bez známek krvácení, děloha měkká, nebolestivá, bez známek náhlé příhody břišní
Vstupní laboratorní nález chudý, CRP negativní, Hb v normě 130g/l, ostatní výsledky v normě.
Vstupní vaginální UZ potvrzuje intaktní intrauterinní graviditu odpovídající 12. týdnu gestace

Heterotopická gravidita

Současný výskyt ektopické a intrauterinní gravidity.
Je v přirozeném cyklu neobvyklou diagnózou s frekvencí výskytu 1:30 000.
Nárůst incidence po IVF otěhotnění 1:500.
Diagnostikována nejčastěji mezi 5.-8. gestačním týdnem
Vyjíměčně po 11. gestačním týdnu (10%)

Úskalí v diagnostice

Diagnostika heterotopické gravidity je založena především na UZ vyšetření a laparoskopii.
Většina případů bývá odhalena až při operačním výkonu, kde intrauterinní gravidita je jasným nálezem, zatímco ektopická pro operátora překvapením.
Častou komplikací a tudíž klinickým projevem je až hemoragický šok při významné krevní ztrátě při ruptuře vejcovodu.



Popis případu

Pro kolabující pacientku a náhlé zhoršení bolesti břicha při pokusu Hb na 69g/l provedena akutně LSK.
Při akutní LSK v CA zjištěno hemoperitoneum cca 1500ml.
Zjištěna ektopická gravidita v levém vejcovodu s rupturou.
Provedena salpingektomie vlevo a evakuace hemoperitonea.
Krvácení stavěno koagulací. Zavedení drénu do CD s aktivním sáním.
Perioperačně a pooperačně aplikováno celkem 6 TU EM.
Pooperační péče na JIP, pacientka stabilizována, nárůst Hb na 109g/l.
Propuštěna 6.den po výkonu v celkově dobrém stavu s intaktní intrauterinní graviditou.
Žena porodila spontánně v 39. gestačním týdnu zdravého chlapce.



Závěr : Heterotopická gravidita je raritní diagnózou v gynekologii. Gynekolog by na ni měl však myslet i ve vyšším týdnu gestace. Pro pozdní diagnostiku je často komplikována hemoperitoneem.
Prioritou gynekologa je snaha o zachování intrauterinní gravidity.