

ANAMNEZA I KLINTČKI NALAZ BOLESNICA POD SUMNJOM NA EKTOPIČNI GRAVIDITET

Miloš KRAČUNOVIĆ, Jordan TROKANOVIĆ, Slanojc PEŠIĆ i Miroslav IVIĆ

Služba zaštite zdravlja žena Zdravstveniog centra u Negotinu

Cini se analiza serije od 573 bolesnice od ektrauterinog graviditeta, sumnjivih pri prijemu na bolesničko ispitivanje. Dijagnoza ektrauterinog graviditeta je potvrđena kod 322 (56%) bolesnica. Vodeći simptom kod ektrauterinog graviditeta je metroragija (63.41 %). U odnosu na vreme do operacije: 31 % je operisano odmah. Ultrasonografija donosi novu sigurnost u dijagnostici. Vlastiti rezultati pokazuju da suptilno uzimanje anamnecze, registracija simptoma, i pažljivo kliničko ispitivanje može dijagnozu ektrauterinog graviditeta učiniti mogućom.

Ključne reči: ektrauterini graviditet, anamneza, klinički nalaz, dijagnoza

Uvod

Ektrauterini graviditet (EUG) je i danas poznat kao *kameleon* u ginekologiji. *Tait* (1881) utvrdio je EUG na autopsiji. *Tait* (1883) je prvi operisao, a bolesnica je umrla; ipak, 3 meseca kasnije operisao je 5 i sve su preživle. U Nemačkoj, u Erlangenu, je *Frommel* (1887) prvi uradio uspešnu laparotomiju kod EUG. Dijagnoza EUG pruža u praksi znatne teškoće zbog svoje promenjive i raznovrsne simptomatike. Ista se temelji u diferencijalno-dijagnostičkom pogledu na raspoznavanju različitih tokova i formi EUG i razgraničavanju od oboljenja sa skoro istom simptomatikom, sličnim palpatornim nalazom, kao i tzv. tegobe rane trudnoće, intrauterinog abortusa, adneksalnih tumora ili zapaljenskih adneksalnih promena.

Od 1970. godine do danas WHO navodi četvorostruki porast EUG u svetu i razloge za to: učestale seksualne transmisione bolesti, hormonski tretman steriliteta, fertilizirajuće operacije, učestalu primenu intrauterinih kontraceptivnih uložaka i pobačaje. Poboļšana je dijagnostika i rano otkrivanje a mortalitet je opao sa 35,5% na 3,4% pro 1000 bolesnica (*Ory*, 1992). Ranije radikalne operacije su obogacene atraumatskim materijalom, mikrohiruskim intervencijama radi očuvanja jajovoda i prolaznosti i vec postoji me-

dikamentozna terapija intaktnog EUG (methotrexat prostaglandin, hiperosmolarna glukoza i kalium chlorid) (Tanaka, 1982; Feichtinger, 1987; Egarter i Husslein, 1988).

Materijal i metoda

U našoj prospektivno-retrospektivnoj analizi na 30-godišnjem materijalu (1970-1999.) obuhvaćene su 573 bolesnice hospitalizovane u Ginekološkom odeljenju Zdravstvenog centra - Negotin zbog sumnje na EUG i lečene. Statistički su analizirane anamneze, simptomi i klinički nalazi potvrđenih EUG u komparaciji sa grupom gde EUG nije potvrđen. Pomenuti period je podeljen u dva dela: I – 1970-1986. god. (dijagnostika kvalitativnim testovima trudnoće, punkcijom, kolpocoeliotomijom) i II – 1987-1999. god. (ultrasonografska dijagnostika, imunološki testovi i RIA/EIA dozaža β -HCG). Takođe su analizirani terapija, histopatološki nalazi i postoperativni tok, kao i vremenski interval od hospitalizacije do konačnog razrešenja.

Rezultati rada

U pomenutom periodu opservirane su 573 bolesnice kao EUG. Kod 322 (56%) je EUG potvrđen, a kod 251 (44%) sumnja na EUG nije potvrđena. U I periodu je 437 žena opservirano, kod 236 (54%) potvrđen EUG, a nedokazan kod 201 (46%). U II periodu ima 136 sumnjivih na EUG, potvrđena je sumnja kod 86 (68%) a nedokazana kod 50 (32%) (tabela 1).

Tabela 1. Vrsta i učestalost EUG u periodu (1970-1999.) u Ginekološkom odeljenju Zdravstvenog centra u Negotinu (322)

Rupturirani tubarni graviditet	36,3%
Tubarni abortus	56,6%
Intaktni tubarni graviditet	3,7%
Tuboovarijalni graviditet	1,1%
Intraligamentarni graviditet	0,6%
Intersticijalni graviditet	0,6%
Intraamuralni graviditet (na ožiljku SC)	0,3%
Abdominalni graviditet	0,6%
Cervikalni graviditet	1,1%

Sumnja na EUG nije potvrđena kod 251 (44%) bolesnice, i konačna dijagnoza data je na tabeli 2.

Tabela 2. Pregled konačnih dijagnoza kod 251 bolesnice sa nepotvrđenom sumnjom na EUG

Intaktna intrauterina trudnoća	31,4%
Intrauterini abortus	21,4%
Ovarijalna cysta - tumor	5,1%
Corpus luteum haemorrhagicus cysta	5,9%
Adnexitis, endometritis	11,8%
Metrorrhagiae	12,2%
Appendicitis, hipogastrične tegobe	12,2%

U ispitivanom vremenskom intervalu na 14972 živorođena deteta bilo je 322 EUG (2%). Kolebanje po godinama EUG u odnosu na živorođenost je u dijapazonu od 1,48% (1979.) do 5,71% (1981.). Broj porođaja od 1970. stalno opada (597) do 1999. (359).

Bolesnice kod kojih sumnja na EUG nije potvrđena bile su značajno mlađe — sa starosnim pikom od 20-23 godine u odnosu na žene sa EUG i pikom 28-31 godine. U odnosu na broj prethodnih trudnoća i porođaja nema upadljive razlike po grupama. Iz anamnestičkih podataka proističe jasno, od ranije poznat rizik ponavljanja EUG. Kod 24,87% naših bolesnica, prethodno operisanih zbog EUG, došlo je do ponovnog ektopičnog graviditeta, dok u drugoj grupi samo 11,15%. U grupi potvrđenih EUG 0,97% žena je koristilo inhibitore ovulacije dok je u drugoj grupi 8,76%. Metrorrhagiae padaju u oči kao vodeći simptom EUG i najozbiljniji (tabela 3).

Kod bolesnica sa intrauterinim kontraceptivnim uloškom in situ EUG je dokazan u 7,80% slučajeva.

Tabela 3. Mogući etiološki faktori EUG per anamnesis

Operacije tube, ovariuma i apendektomija	34,14%	44,22%
Adnexitis, parametritis	22,43%	19,12%
Operacije na uterusu	3,90%	2,39%
Endometriosis	4,87%	0,79%
Status post op. pp. EUG	24,87%	11,15%
St. p. sterilisatio tubae	0,97%	1,57%
Upotreba inhibitora ovulacije	0,97%	8,76%
Intrauterini uložak in situ	7,80%	11,15%
Prethodni legalni pobačaji	84,39%	82,07%
Prethodni ilegalni pobačaji	39,51%	41,83%

Kod 81,3% bolesnica sa EUG je zadnja menstruacija bila unazad 4 nedelje, dok u kontrolnoj grupi bez — u 65% žena. Prosečno trajanje amenoreje iznosi 56,4 dana kod onih sa EUG, u kontrolnoj grupi 50,9.

Prema tegobama i simptomima opserviranih bolesnica nema razlike kada su u pitanju: bolovi u celom truhu, u hipogastrijumu, epigastrijumu, urološke tegobe, muka, gađenje i povraćanje. Upadljiva je razlika nađena po pitanju bolova u ramenima i plečkama — u grupi EUG-14,5%, a bez 3,8%, i grčevitih bolova - 30,6%: 18,2% (tabela 4).

Tabela 4. Gineколоški nalaz kod bolesnica

Difuzni defans	17,56%	3,58%
Defans u hipogastrijumu	36,58%	14,34%
Metrorrhagia	63,41%	37,45%
Lividnost porcije	17,07%	19,12%
Osetljivost pvtu na dislokaciju	53,65%	30,67%
Adneksalni tumor	60,57%	78,88%
Defans kod palpacije adneksa	68,78%	58,16%
Izbočenost Douglas-špaga	18,53%	3,18%

Vodeći simptom kod EUG je metrorrhagia (63,41 %) kod nepotvrđene sumnje (37,45%). Difuzni defans kao i hipogastrijuma, bolna osetljivost porcije na dislokaciju i izbočenost Douglas-ovog špaga često imponiraju kod EUG. Rezultati grubih, kvalitativnih testova trudnoće po grupama su pozitivni 76,39%:50,90% i negativni 23,68%:49,10%! Ipak, bilo je i 27,04% lažno pozitivnih rezultata. RIA i EIA dozaža P-HCG u svim slučajevima EUG imalaje pozitivne nalaze. Sigurnost stare invazivne dijagnostičke metode potvrđuje punkcija c. Douglasi u oko 90% potvrđenih EUG. U odnosu na vremenski period od hospitalizacije do operacije kod potvrđenog EUG: 31 % su operisane odmah, 29,60% od 1-48 h i 39% posle 48 h i više. Lokalizacija tubarnog EUG daje sledeću distribuciju: istmična (17,74%), srednja trećina (15,59%), ampularni deo (60,75%) i bez oznake (5,91%). Sa uvođenjem ultrasonografije dobili smo dodatnu sigurnost u ranom dijagnostikovanju EUG kao i komoditet: prazan uterus (85%), adneksalni tumor (38%), retrouterinu hematocel (32%), klinički isključili intrauterini abortus i zapazili pseudo-graviditas i simultanu ekstrauterinu i intrauterinu trudnoću.

Diskusija i zaključak

Statistička analiza hospitalizovanih zbog sumnje na EUG pokazuje značajne rezultate u grupi poivrđenih i isključenoj sumnji. Ipored isključenja EUG u kontrolnoj grupi ostajale su izvesne dijagnostičke poteškoce. Začuđuje nalaz 31,4%, tj. svaka treća žena, sa isključenim EUG imalaje in-taktnu intrauterinu trudnoću. Razgraničavanje palpacijom može biti otežano zbog sličnosti razmekšanja, uvećanja, jednostranog izbočenja, bolne osetl-

jivosti uterusa i/ili palpatorne rezistencije adneksa i osetljivosti na spoljni pritisak. Metroragija pre govori za abortus imminens nego o EUG. Tegobe u maloj karlici i hipogastrijumu obrnuto usmeravaju pažnju ginekologa u smeru EUG.

Doziranje HCG radi razlikovanja dveju slika malo pomaže uprkos različitom intenzitetu produkcije HCG i ne doprinosi lokalizaciji promene. Među pomoćnim dijagnostičkim metodama ovde najpre pomaže ultrasonografija. Pri upadljivo sličnoj simptomatici EUG i intaktnog graviditeta, *Richter* (1962, 1970) ukazuje na pojavu "bolnosti rane trudnoće" - sindrom bolnog ataka, dramatičan ponekad kao rupture EUG sa palpiranjem cistično imponiranih adneksa uvećanim i isto toliko bolnim kao uterus. Laparoskopski nalaz naslućuje sumnju na ranu trudnoću sa tegobama kod prekomerne stimulacije spontane ili gonadotropinima (*Richter* i *Doppler*, 1962) sa luteinskim cistama i ascitom ili gemelarne trudnoće (*Richter* i *Schmid*, 1978). Sindrom patogenetski ukazuje na hormonski događaj. Odnos EUG prema živorođenimaje vrlo raznovrstan, od 1:64 (*Niles*, 1969) prekonaših 1:100 do 1:176 (*Schiffer*, 1963).

Čak 68% EUG naše analize uočeno je između 24-35 godine starosti i slične rezultate imaju *Niles* (1969) i *Arronen* (1950). U kontrolnoj grupi bile su žene prosečno 3-4 godine mlađe. Prema etiološkim faktorima, naše ispitivanje potvrđuje visok rizik ponovnog EUG: svaka osma žena operisana zbog EUG prethodno je imala tubarnu trudnoću. Prema *Hallatt-u* (1975) postoji između dve uzastopne tubarne trudnoce prosečan razmak 4,3 godine u dijapazonu od 69 dana do 16 godina. Od 123 EUG recidiva 113 su na suprotnoj strani a samo 10 na ostatku tube. Uočili smo visoki udeo prethodno operisanih u obema grupama gde dominira apendektomija. Adneksitisi, upotreba inhibitora ovulacije sa metroragijama, kao i IUCD in situ ili dislocirani u domenu su dostupne literature kao mogući razlozi EUG. Kod nas su abdominalne tegobe podjednako zastupljene po grupama.

Upadljiva je razlika po grupama prema bolu u ramenima i pleckama, što je za mnoge autore važan znak za tubarnu rupturu. Pritom uočene muka, gađenje i povraćanje nisu specifične da upućuju na EUG. Ginekološka ispitivanja u obema grupama dozvoljavaju jasne razlike - difuzni defans je registrovan u 54,1 % žena sa EUG. Različiti su podaci po pitanju bolne dislokacije porcije i izbočenosti c. Douglasi kod EUG: 94% (*Bohrov*, 1962) i 30% (*Konig*, 1964). Učestalost haematocoelae retrouterinae kreće se u okviru 13-40% (*Halpin*, 1970).

Hormonsko dijagnostičko rasvetljavanje u našoj analizi dobija na značaju poslednjih 15 godina sa otvaranjem snažne službe za nuklearnu medicinu u Zaječaru. Određivanjem b-l-glikoproteina (SP1) ukazuje se na prisustvo trudnoce, kao i dokazivanje b-HCG (*Eiermann*, 1981), pouzdano isključuje negravidne žene, a diskutabilno je razlikovanje EUG:IUG na bazi titra (*Saxrena*, 1975; *Grinherger*, 1977). Uvek veći značaj u dijagnostici EUG

dobija sonografija zajedno sa određivanjem HCG kao neinvazivna metoda zbog veće sigurnosti i smanjivanja indikacija za invazivnim metodama (laparoskopija, Douglas-punkcija i kolpocoeliotomia). Danas već imamo dopler-sonografske kriterijume vitalnosti klinički stabilnog ektopičnog graviditeta (Taylor, 1989; Jouppila, 1992; Kemp, 1998) a još uvek 13% svih EUG u sklopu ginekološke hitnosti dijagnostikovanih nekorektno. I pored toga, naši rezultati pokazuju da suptilno uzimanje anamneze, registracija simptoma kao i pažljivo ispitivanje čisto klinički dijagnozu EUG može postaviti sa velikom verovatnoćom.

Literatura

Breen, J. L. (1970). A 21-year Survey of 654 Ectopic Pregnancies. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 106, 1004-1004.

Đurić, M. i sar. (1984). Cervikalna trudnoća tretirana podvezivanjem descendentnih grana a. uterine. Srpski arhiv, 112, 949-949.

Hallatt, J. G. (1975). Repeat ectopic pregnancy: a study of 123 consecutive cases. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 122, 520-520.

Pilić, Z. i sar. (1984). Otkrivanje vanmaterične trudnoće ultrazvukom. Medicinski pregled, 5-6, 259-259.

Radović, P. i sar. (1973). Cervikalna trudnoća. Srpski arhiv, 13, 389-389.

Richter, K. (1970). Die schmerzhaftes Frühschwangerschaft. Munchener Medizinische Wochenschrift, 38, 1686-1686.

Richter, K. und Doppler K. (1982). Laparoskopische Befunde bei schmerzhafter Frühschwangerschaft. Wiener Medizinische Wochenschrift, 112, 753-753.

Saxena-Brig, B. and Landesman, R. (1975). The Use of a Radioreceptorassay of HCG for the Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. Fertility and Sterility, 5, 397-397.

ANAMNESE ET LA TROUVAILLE CLINIQUE CHEZ LES MALADES SOUS DOUTE D'AVOIR LA GRAVIDITE EXTRAUTERINE

Miloš KRAČUNOVIĆ, Jordan TROKANOVIĆ, Stanoje PEŠIĆ et Miroslav IVIĆ

Service pour la protection de la sante des femmes du Centre sanitaire de Negotin

Les auteurs font l'analyse de la serie de 573 malades hospitalisees avec le diagnostic d'avoir la gravidite extrauterine. Le diagnostic de la gravidite extrauterine est confirmee chez 322 (56 pour cent) des malades. Les symptomes dirigeants chez la gravidite extrauterine est metrorragie (63,41 pour cent). Par rapport au temps de l'operation: 31 pour cent des malades est operees tout de suite. Dans le diagnostic la

surete est donnee par l'ultrasonographie. Les propres resultats montrent que l'anamnese prise delicatement, registration des symptomes et l'examen clinique attentif peuvent rendre possible le diagnostic.

Les mots clés: Gravidite extrauterine, anamnese, trouvaille clinique, diagnostic

ANAMNESIS AND CLINIC FINDINGS OF THE PATIENTS SUSPECTED OF HAVING ECTOPIC PREGNANCY

Miloš KRAČUNOVIĆ, Jordan TROKANOVIĆ,
Stanoje PEŠIĆ and Miroslav IVTĆ

Service for Women Health Protection of the Medical Center, Negotin

An analysis has been done of a series of 573 patients suffering from extra-uterine pregnancy, namely those found suspect upon entering the hospital. The diagnosis of extra-uterine pregnancy was confirmed in 322 (56%) patients. The leading symptom of extra-uterine pregnancy is metrorrhagia (63,41%). As for the operation time, 31% of them were immediately operated. The ultrasound technique adds to the diagnostic certainty. Our results show that carefully taken anamnesis in addition to symptom recording and a careful clinic examination can make possible the extra-uterine pregnancy diagnosis.

Key words: Extra-uterine Pregnancy, Anamnesis, Clinic Findings, Diagnosis

Autor: Prim. dr sci Miloš Kračunović, ginekolog-akušer, Služba zaštite zdravlja žena Zdravstvenog centra u Negotinu; kućna adresa: Negotin, Srbe Jovanovica 1b/16.

(Rad je Uredništvo primilo 20. aprila 2000. godine)