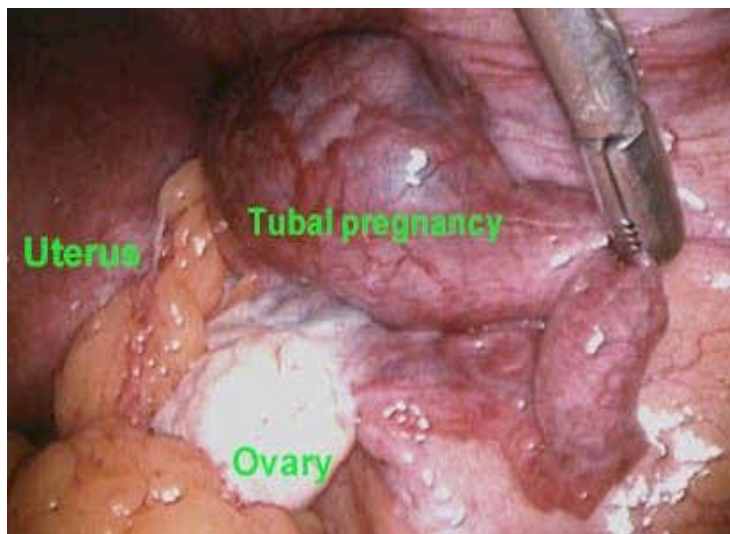
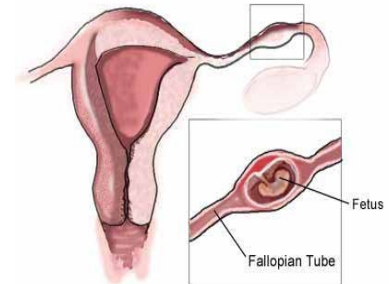
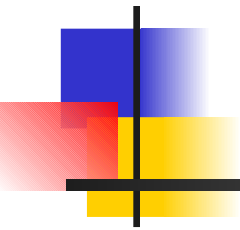




# Diagnostyka i leczenie ciąży ektopowej

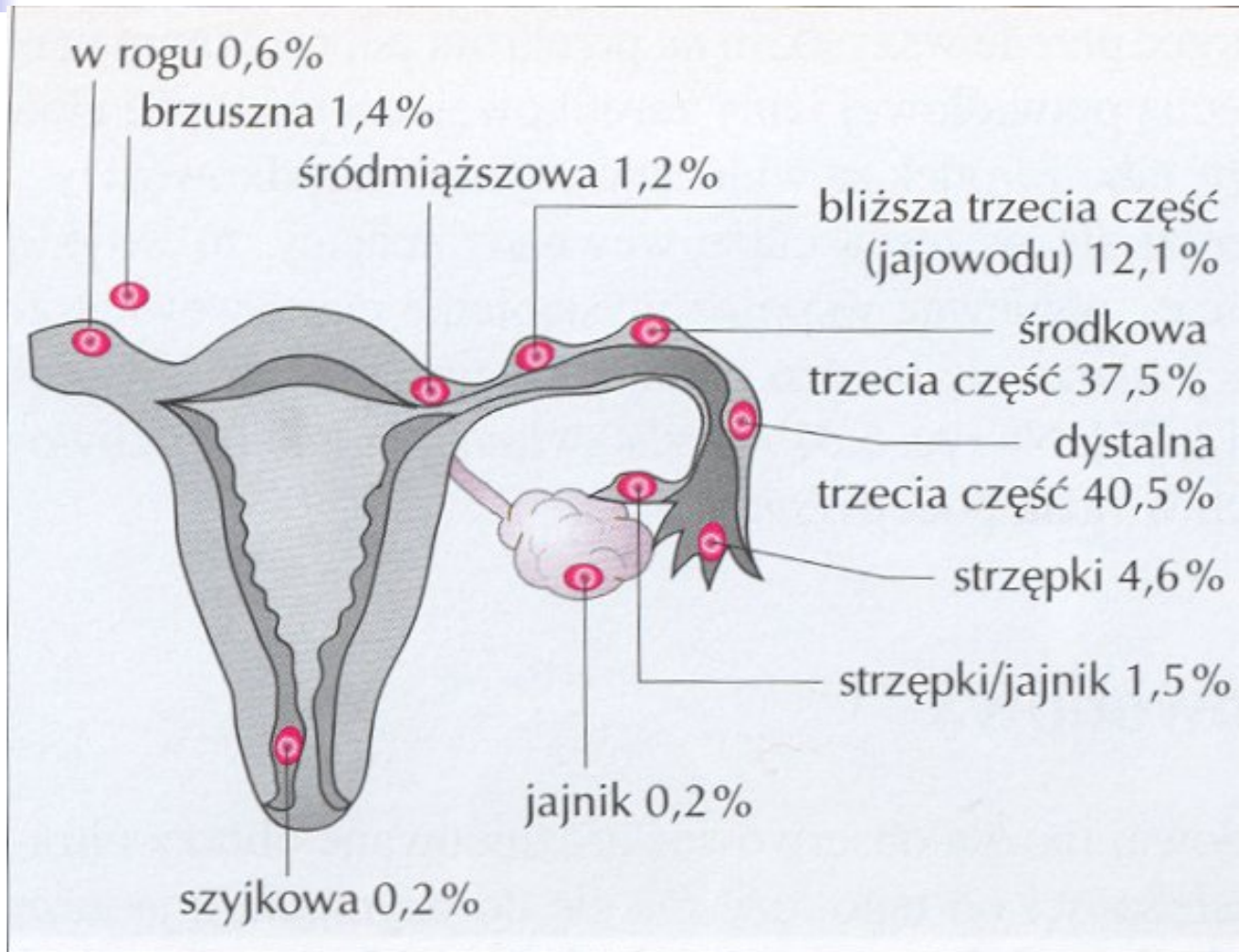


Klinika Położnictwa i Chorób Kobiących

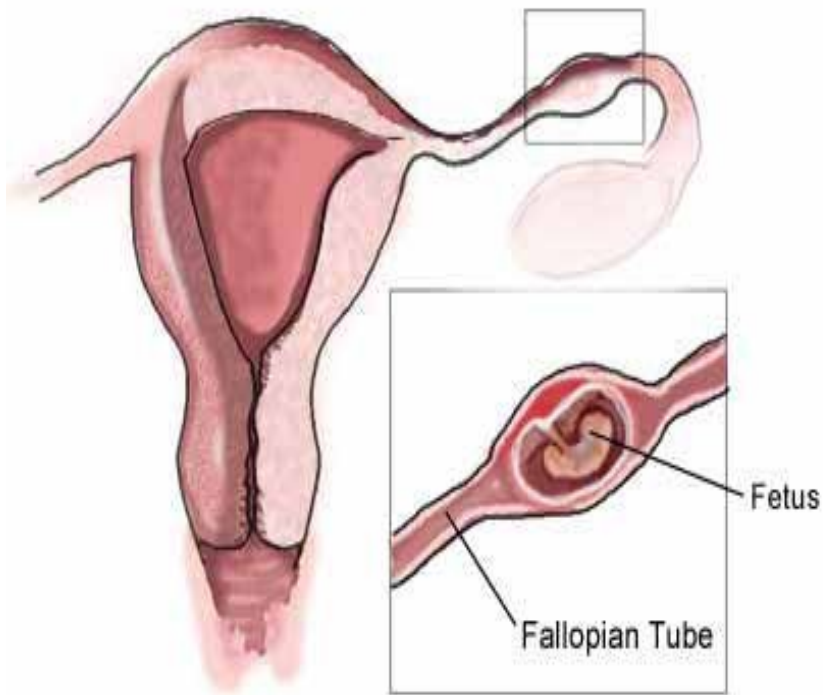


Co to jest „ciąża ektopowa“?

# Ciąża ektopowa- lokalizacja



# Ciąża ektopowa - lokalizacja



- Najczęstsza lokalizacja – bańka jajowodu



## Ciąża ektopowa

---

- Częstość występowania ciąży ektopowej stale wzrasta
  - 4.5/1,000 w 1970 roku
  - 19.7/1,000 w 1992 roku-USA
  - 18.8/1,000 w 1993 roku-Nothern Europe

*(NCHS, 1992; Acta Obst Scand 1993 )*



# Ciąża ektopowa

---

- Wciąż przyczyną **9%** wszystkich zgonów matek w USA jest ciąża ektopowa
- Śmiertelność kobiet związana z ciążą ektopową jest **10-krotnie wyższa** niż śmiertelność związana z porodem
- Przed 1978 rokiem **tylko 28%** przypadków rozpoznano przed pęknięciem jajowodu
- Do roku 1988 ta liczba wzrosła do **85%**



## Ciąża ektopowa- czynniki ryzyka

---

- przebyta ciąża ektopowa
- stany zapalne w miednicy mniejszej
- operacje chirurgiczne w obrębie jajowodu
- wady wrodzone jajowodu
- operacje w obrębie jamy brzusznej i miednicy
- techniki wspomaganego rozrodu
- palenie papierosów
- antykoncepcja-IUD

# Ciąża ektopowa - czynniki ryzyka

## zapłodnienie in-vitro

- u 3-4% pacjentek wystąpi ciąża ektopowa

*(Nazari, 1993,  
Schoolcraft, 2001)*

- 1% ryzyko ciąży heterotopowej

*(Frates, 1995,  
Strandell, 1999)*







## Ciąża ektopowa- objawy kliniczne

---

- brak objawów
- zatrzymanie miesiączki
- nieprawidłowe krwawienie z dróg rodnych
- ból w podbrzuszu
- „ostry brzuch”
- wstrząs hypowolemiczny



# Ciąża ektopowa - różnicowanie

---

- Ciąża wewnątrzmaciczna
- Ciąża heterotopowa
- Poronienie
- Torbiel/guz jajnika
- Ostre stany w jamie brzusznej – zapalenie wyrostka robaczkowego, kolka nerkowa, kolka wątrobowa ...



# Najnowsze standardy diagnostyczne

---

najlepszy schemat diagnostyczny

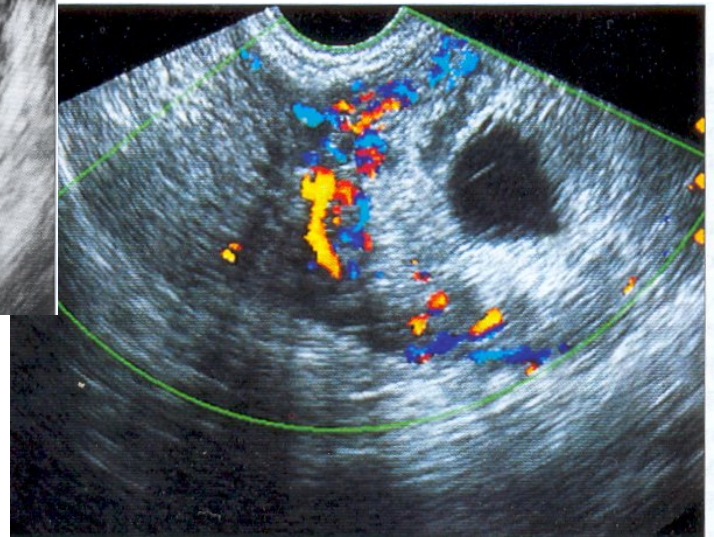
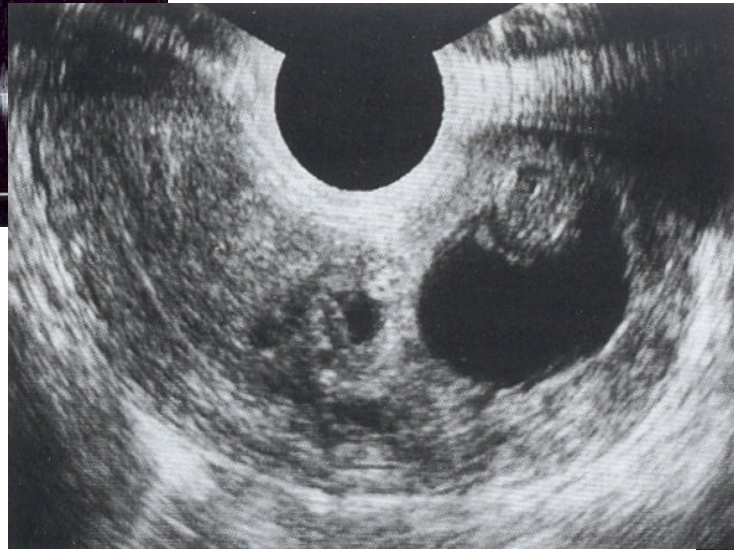
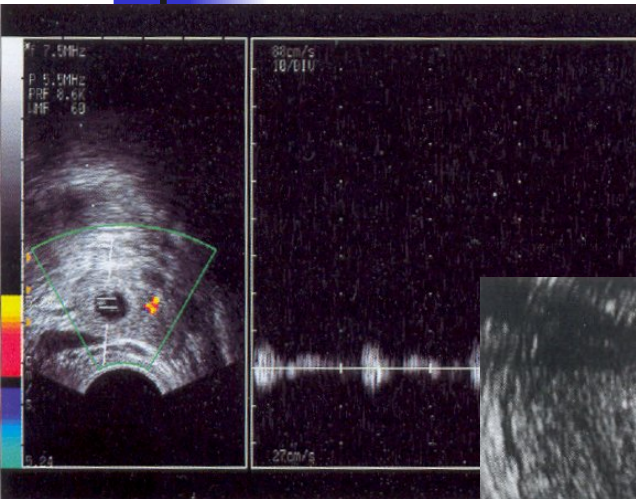
TVS + BHCG

według ACOG oraz PTG

Procedura równie efektywna dla populacji o niskim i wysokim ryzyku

*(Gracia & Barnhart, 2001, Obstet & Gynecol)*

# Diagnostyka ultrasonograficzna



# Diagnostyka ultrasonograficzna

- 65-75 % - obraz guza o zróżnicowanej echogeniczności w rzucie przydatków
- 63-100% - PPV

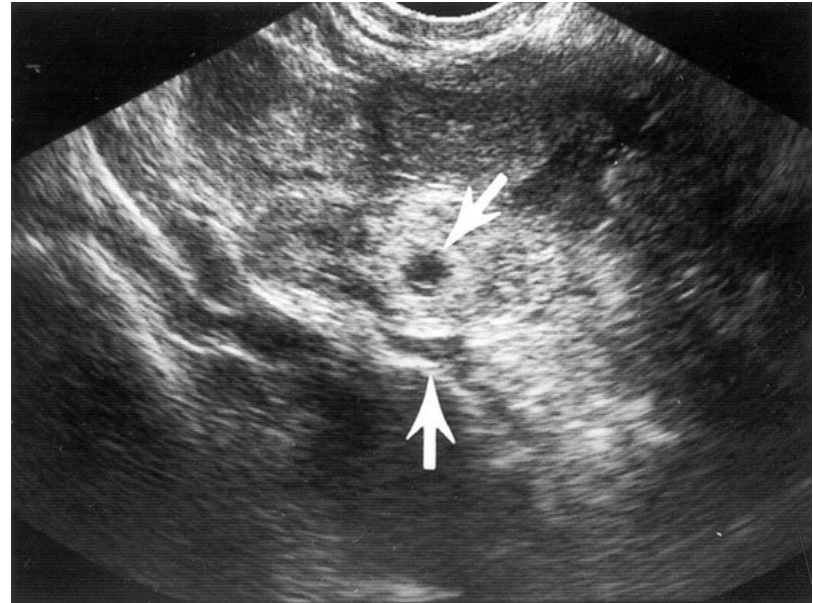
*(Nyberg, 1991)*



# Diagnostyka ultrasonograficzna

- hyperechogeniczny podwójny pierścień odpowiadający pęcherzykowi ciążowemu poza jamą macicy 40 % do 70 % przypadków

*(Atri 1992;Fleischer, 1990)*



# Diagnostyka ultrasonograficzna

- pseudo-sac 8% przypadków ciąży pozamacicznej

*(Hill, 1990)*

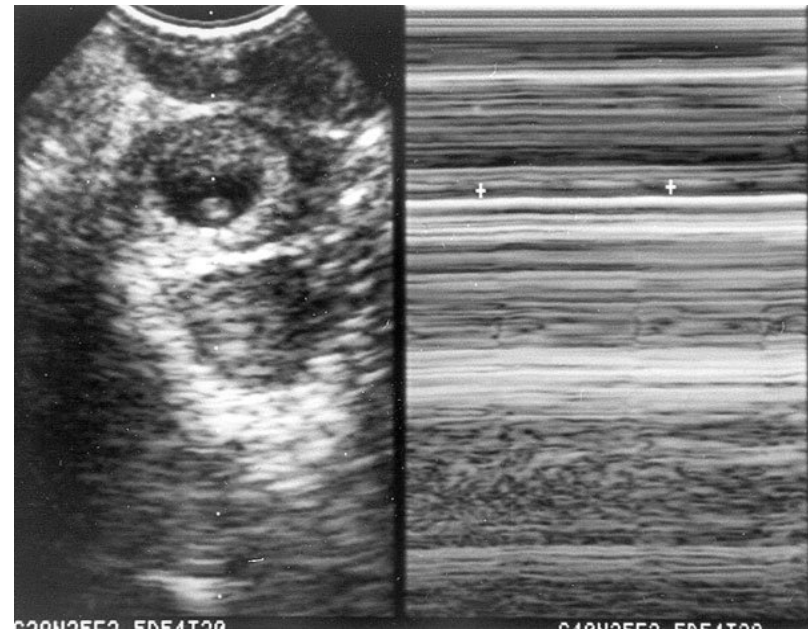




# Diagnostyka ultrasonograficzna

- obecność zarodka z widoczną czynnością serca 8% -26% przypadków

*(Timor-Tritsch, 1989; Atri, 1992)*

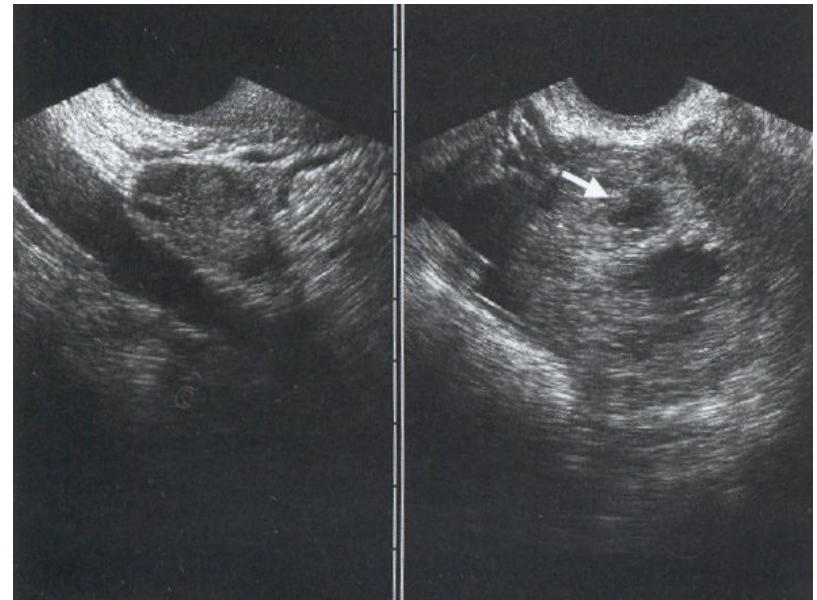




# Diagnostyka ultrasonograficzna

- 1-6% ciąży ektopowych  
ciąża jajnikowa-  
różnicowanie z ciałkiem  
żółtym

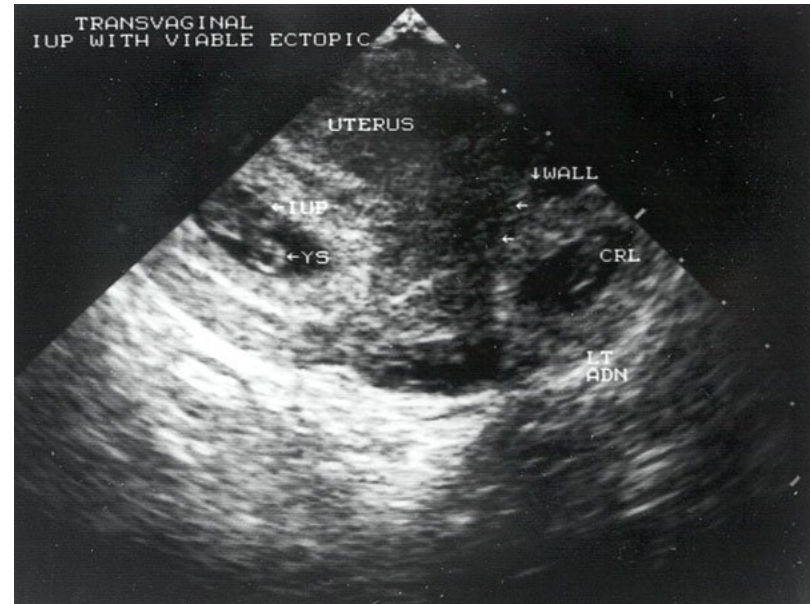
*(Marcus 1993; Rithmuller, 1996;)*



# Diagnostyka ultrasonograficzna

- ryzyko wystąpienia ciąży heterotopowej 1 % po zapłodnieniu in vitro

(1995, Frates)



# Diagnostyka ultrasonograficzna

- <1% ciąży ektopowych  
ciąża szyjkowa –  
różnicowanie z  
zatrzymanym  
poronieniem

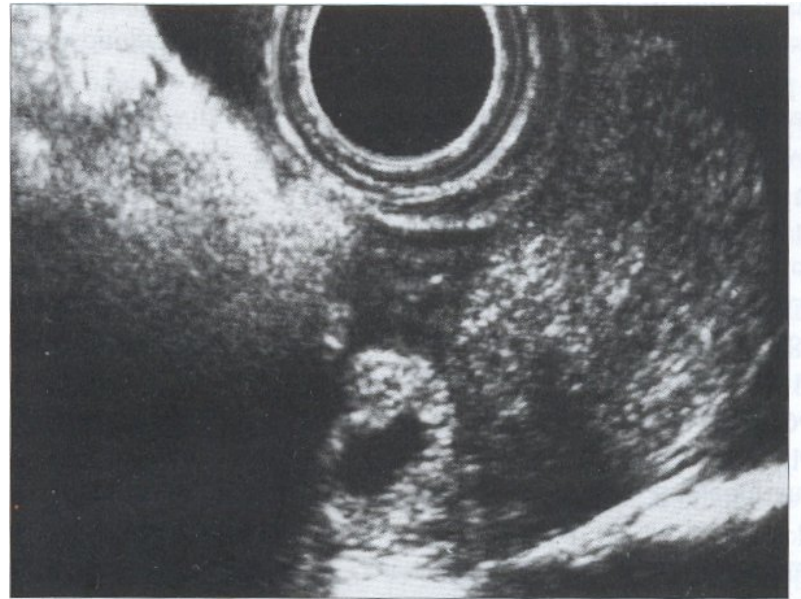
*(Parente 1983; Ginsburg, 1994)*



# Diagnostyka ultrasonograficzna

- 1,4% ciąż ektopowych  
ciąża brzuszna –  
różnicowanie z ciążą  
prawidłowo umiejscowioną  
w jamie macicy , widoczna  
„cienka ściana”

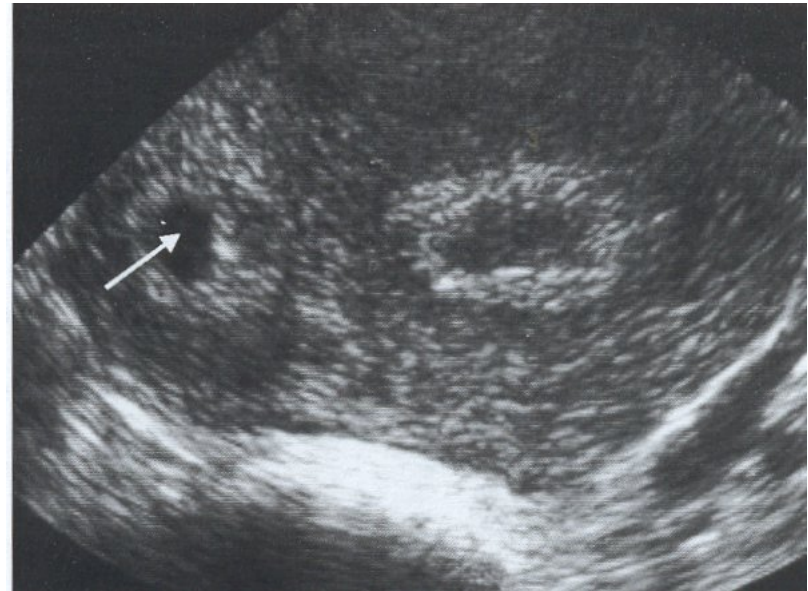
*(Dubinsky 1996)*



# Diagnostyka ultrasonograficzna

- 1,2% ciąż ektopowych  
ciąża śródścienna –  
różnicowanie z ciążą  
prawidłowo umiejscowioną  
w macicy dwurożnej

*(Chen 1994)*



# Diagnostyka ultrasonograficzna

- TVS versus TAS – różnice w rozpoznawaniu i leczeniu ciąży pozamacicznej

Czułość -

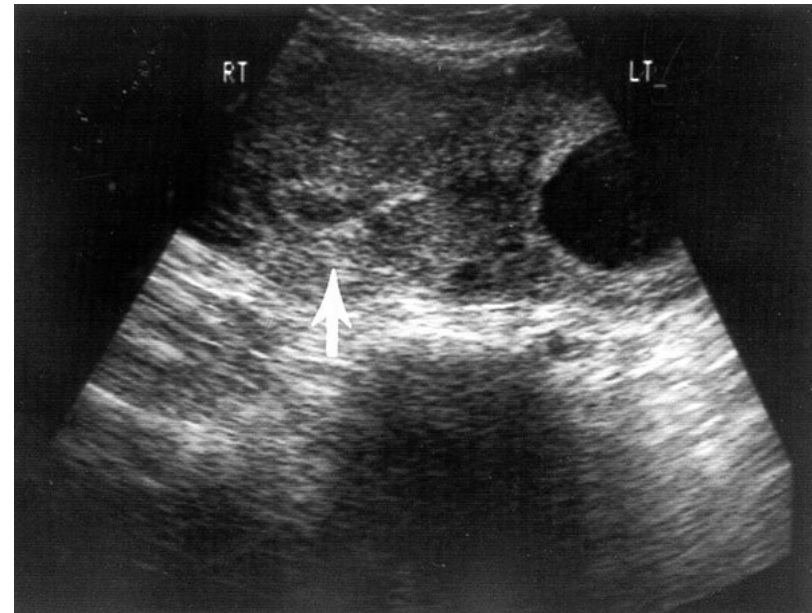
93.8% versus 60.9%

- Procedury inwazyjne

D&C - 14% versus 53.1%

Laparoskopia -

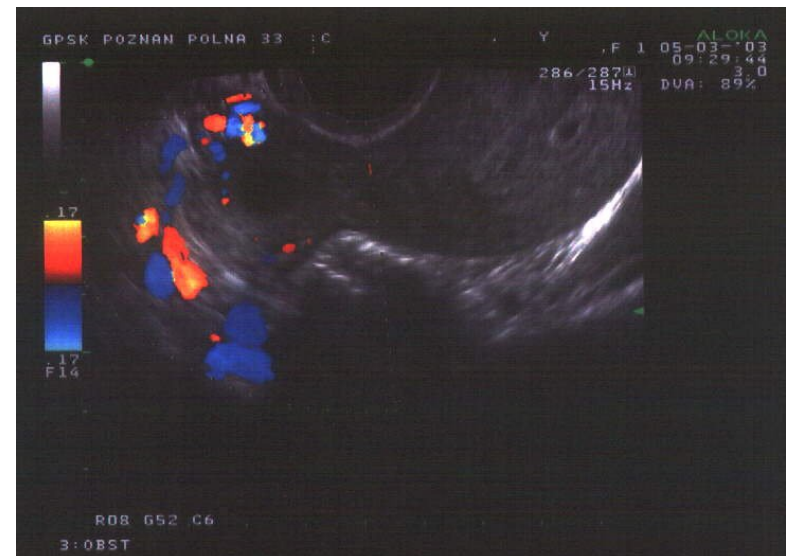
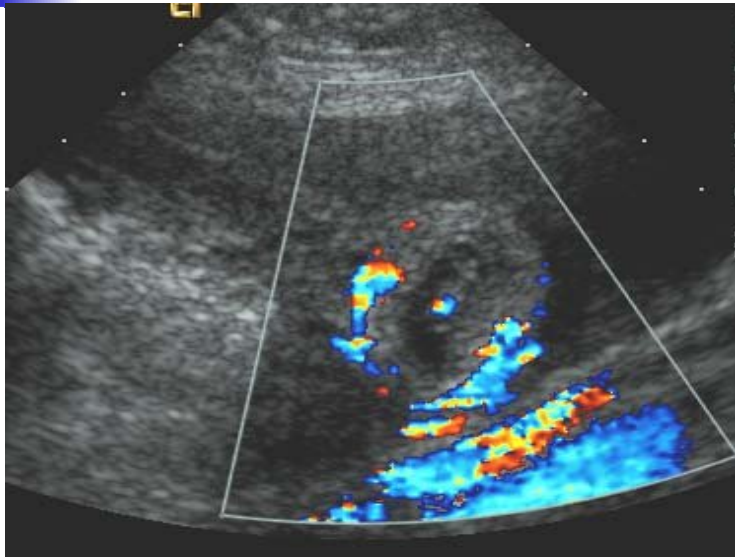
30.8% versus 76.2%



*(Atri et al. Jan 2003, J Clin Ultrasound)*



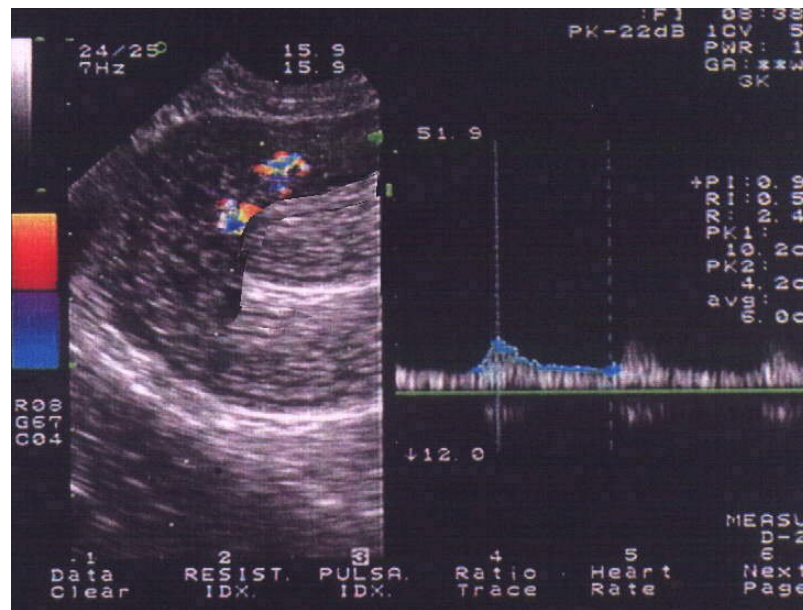
# Ultrasonografia dopplerowska



# Ultrasonografia dopplerowska

- Niskooporowy przepływ o charakterze tętnicznym w endometrium (RI <0,6)  
- wykluczenie ciąży ektopowej
- NPV 97%

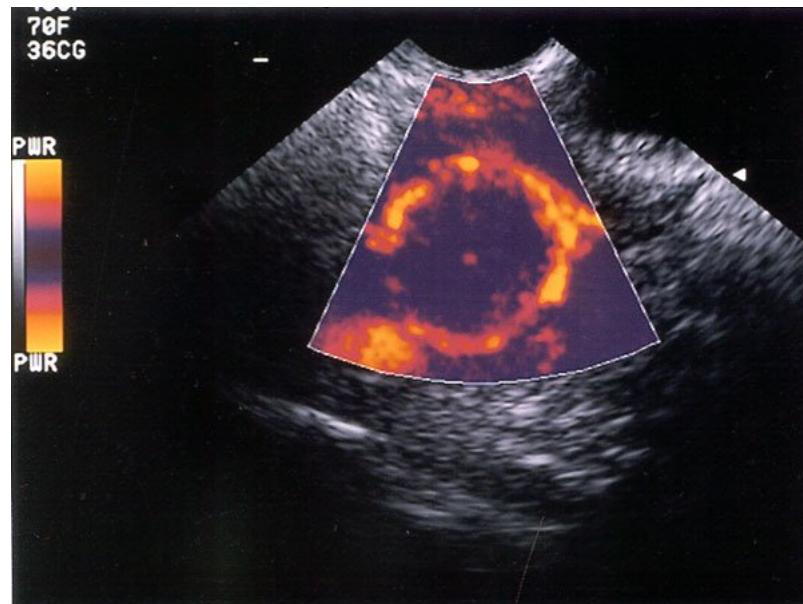
*(Kimberly, 2001 American Institute of Ultrasound in Medicine, J Ultrasound Med)*





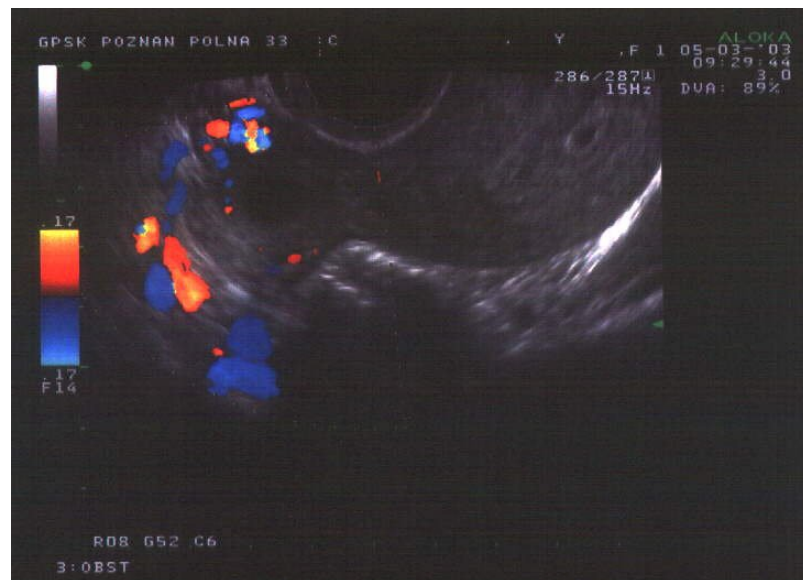
# Ultrasonografia dopplerowska

- technika Power Doppler – mapowanie kolorem
- obraz „ognistego pierścienia”



# Ultrasonografia dopplerowska

- technika Power Doppler – mapowanie kolorem
- obraz „ognistego pierścienia”



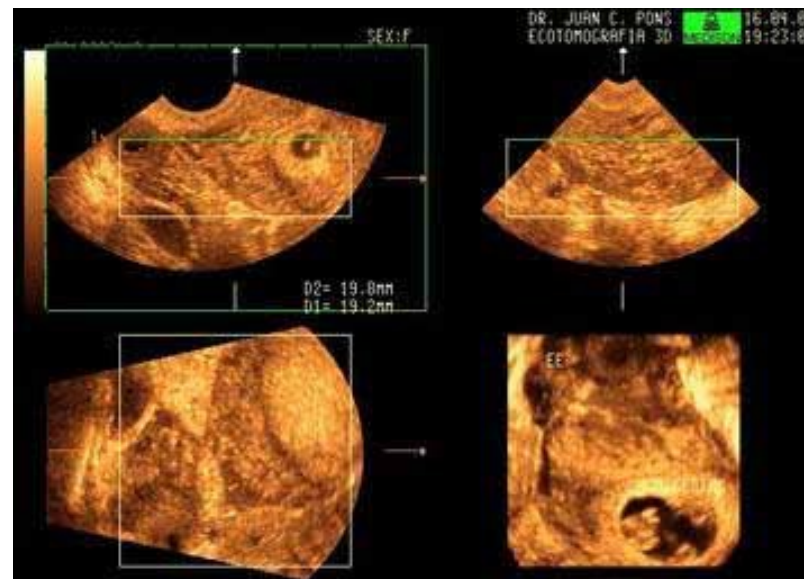
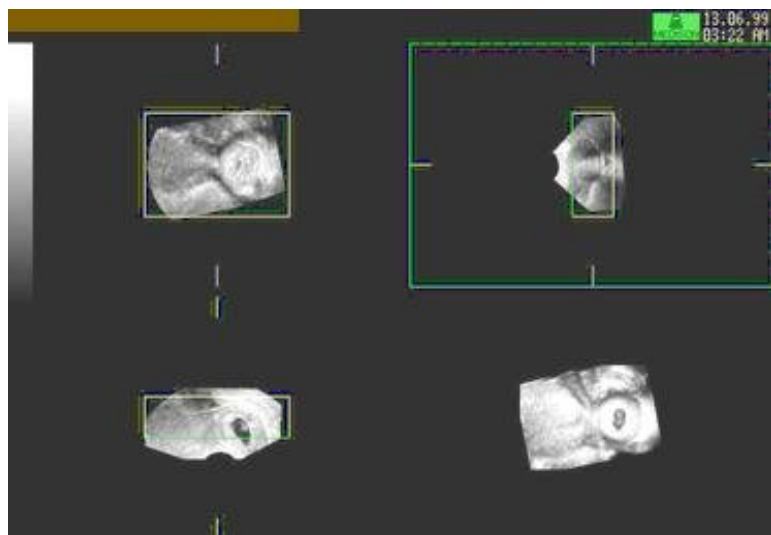
# Ultrasonografia 3D

- Metoda uzupełniająca

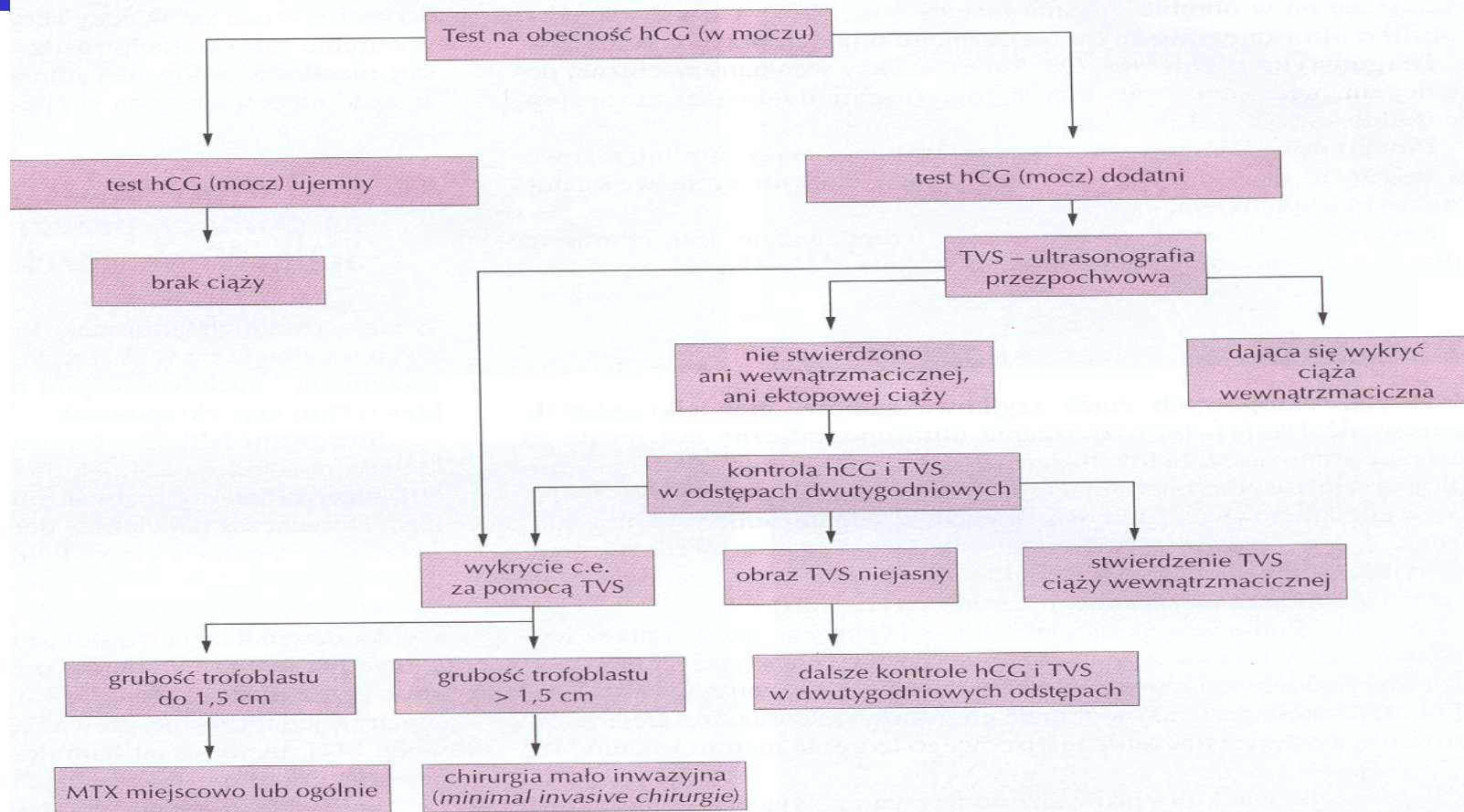


# Ultrasonografia 3D

- Możliwa ocena obrazu równocześnie w trzech płaszczyznach



# Schemat diagnostyczny





## Ciąża ektopowa - postępowanie

---

- Postępowanie wyczekujące
- Leczenie farmakologiczne
- Leczenie operacyjne





## Ciąża ektopowa - postępowanie

---

- Postępowanie wyczekujące-hospitalizacja!
- Seryjne oznaczenia BHCG
- Wielokrotna ocena ultrasonograficzna-sonda waginalna
- Gotowość sali operacyjnej



## Ciąża ektopowa - postępowanie

---

- Dawka jednorazowa MTX 50 mg/m<sup>2</sup> powierzchni ciała i.m. – spadek  $\beta$ HCG > 15% między 4 a 7 dniem  
- sukces terapeutyczny  
(71 % nie wymaga ponownego podania MTX)

*(Parker, 1998)*

- Schemat wielokrotnego podawania MTX
- Leczenie doustne MTX



# Ciąża ektopowa - postępowanie

## Salpingocenteza

- Wystarczająca dawka MTX – 10 mg
- Pozytywne rozwiązanie w leczeniu ciąży heterotopowej
- Wskazanie – FHR (+)
- Czy naprawdę „mniejsze zło”?





## Ciąża ektopowa - postępowanie

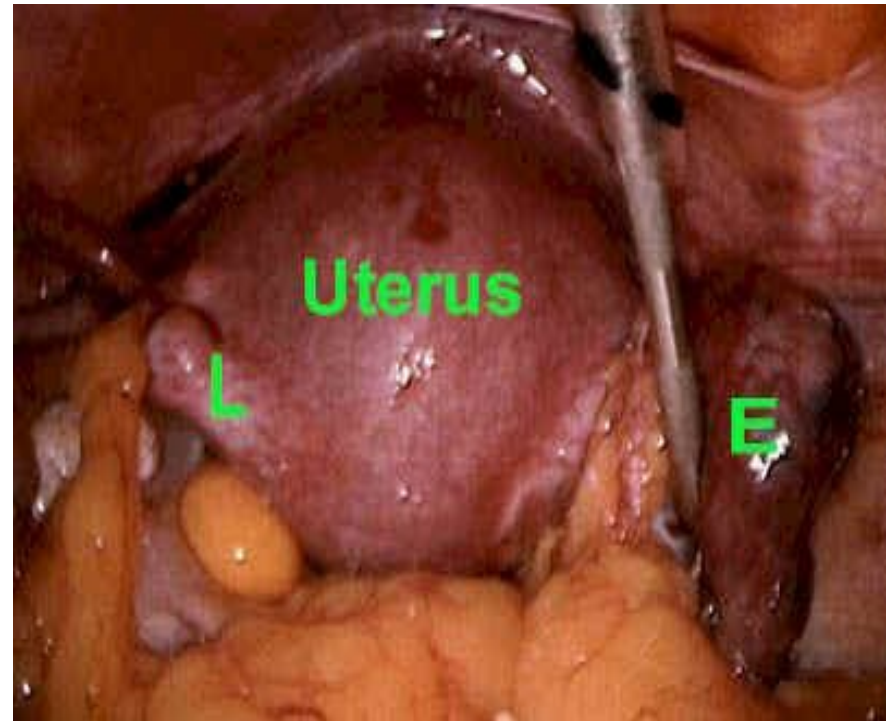
---

- Leczenie chirurgiczne –laparotomia czy laparoscopia?
- Leczenie chirurgiczne – salpingotomia czy salpingectomy?

# Ciąża ektopowa - postępowanie

- Przetrwiała ciąża ektopowa – 2-5% po salpingotomii w laparotomii vs 3-20% w laparoskopii

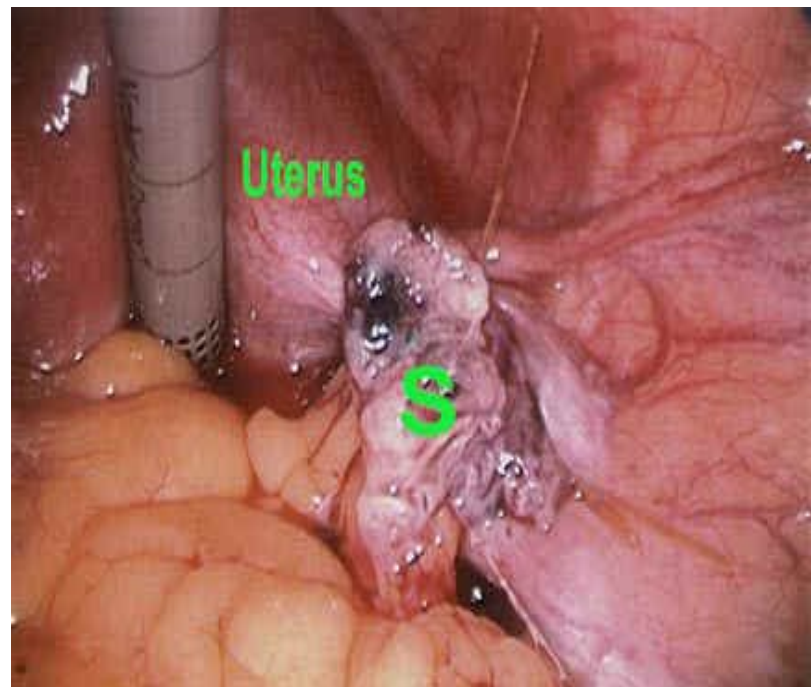
*(Seifer, 1993)*



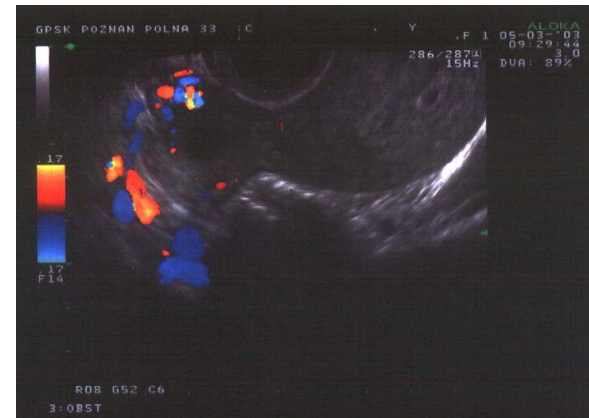
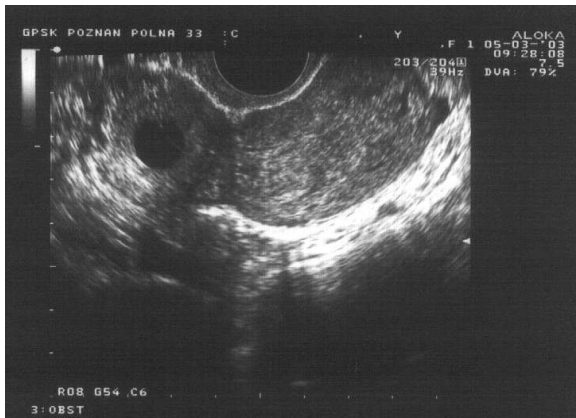
# Ciąża ektopowa - postępowanie

- Podanie MTX na 24h po laparoskopii znacząco obniża ryzyko przetrwałej ciąży (1,9 vs 14 %)

*(Graczykowski, 1997)*



# Ciąża ektopowa?





Dziękuję za uwagę

