

Ultrazvuk v diagnostike extrauterinnej gravidity

Štefan Vojtaššák

Ultrasound in the diagnostics of ectopic gravidity

Súhrn

Autor podáva základný prehľad o možnostiach diagnostiky extrauterinnej gravidity. Hodnotí význam a postavenie ultrazvukového vyšetrenia pri stanovení ektoptickej gravidity v klinickej praxi (tab. 1, obr. 3, lit. 9).

Kľúčové slová: ultrazvuk, abdominálna sonografia, vaginálna sonografia, color Doppler, ektopická gravidita.

Niet pochyb, že spoľahlivá diagnostika intaktnej extrauterinnej gravidity je v súčasnej fáze rozvoja medicíny skôr želaním, ako skutočnosťou. Ultrazvuk je veľmi cenné vyšetrenie pre všeobecnú dostupnosť, neinvazívny charakter a pomerne vysokú informačnú hodnotu.

Malú panvu môžeme vyšetrovať transabdominálnou cestou alebo transvaginálnou cestou. Výhodou vaginálneho vyšetrenia je prázdny močový mechúr, odpadá dyskomfort z plného močového mechúra a vyšetrované orgány sú v bezprostrednej blízkosti vyšetrovacej sondy.

Lokalizácia ektoptickej gravidity

Najčastejšie sa stretávame s tubárnou extrauterinnou graviditou, menej často s ovariálnou, abdominálnou a cervikálnou graviditou. V literatúre sa opisuje aj vaginálna gravidita.

Diagnostický postup

Pri podozrení na extrauterinnú graviditu závisí diagnostický postup najmä od klinického stavu pacientky. V počiatčnom symptomaticky chudobnom štádiu a pri stabilizovanom stave pacientky je expektačný prístup nahradený aktívnym stanovením diagnózy pomocou beta hCG v sére, pomocou

Summary

The author provides a basic review of the opportunities of extrauterine diagnosis. He evaluates the significance and the position of ultrasound examination in the assessment of ectopic gravidity in clinical practice (Tab. 1, Fig. 3, Ref. 9).

Key words: ultrasound, abdominal sonography, vaginal sonography, color Doppler, ectopic gravidity

Prakt. Gynek., 4, 1997, č. 3.

ultrazvuku a laparoskopie (Dejmek a spol., 1985; Hopp a spol., 1995; Kleskeň, 1982). Stanovením včasnej diagnózy sa zachytia prípady, ktoré zostali v minulosti nediagnostikované, čo má význam pre ďalšiu fertilitu ženy. Ich vzájomný vzťah je znázornený v tabuľke 1.

V období medzi 5-6 týždňom gravidity sa nedá len na základe stanovenia hCG určiť, či je tehotnosť v maternici alebo mimo nej. Ultrazvuk môže byť pomocníkom, pretože deteguje graviditu v maternici pri hCG 350 U/l a viac. Týmto ektopickú graviditu vylučuje. Koincidencia gravidít v maternici a mimo nej je asi 1:100 000 až 300 000 tehotností. Súčasný nález ektoptickej gravidity v oboch tubách je ešte zriedkavejší (Malý, 1992).

Ultrazvukom môžeme pozorovať (Malý, 1992):

- nešpecifický nález (suspektný alebo negatívny)
- intrauterinnú tehotnosť
- extrauterinnú tehotnosť.

V praxi je potrebné venovať pozornosť najmä ultrazvukovému zobrazeniu (Malý, 1992):

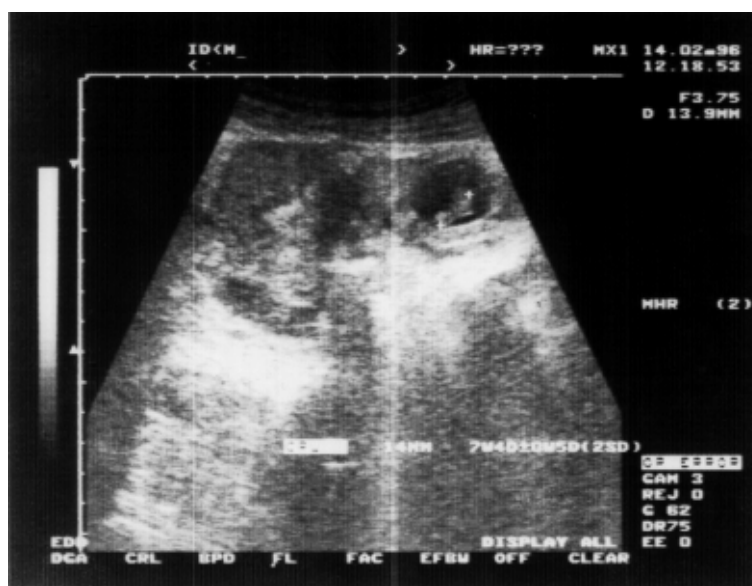
- maternice
- adnexových oblastí
- Douglasovho priestoru.

Nález na maternici

V dutine maternice pozorujeme výšku endometria. Rozlíšenie endometria zmeneného decíduálne od endometria zmeneného sekrečne je veľmi ťažké. Pokiaľ pacientka uvádza krvácanie alebo obdobie krátko pred jeho začiatkom,



Obr. 1. Nešpecifický nález v ľavej adnexovej oblasti.

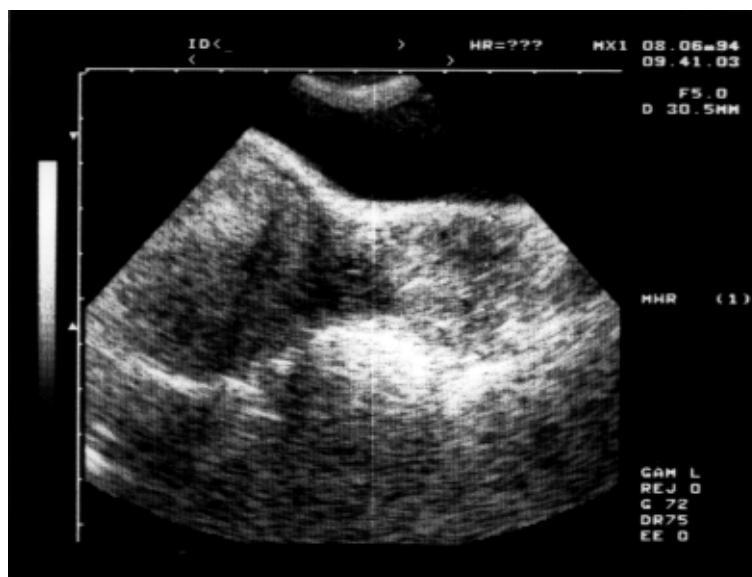


Obr. 2. Intaktné plodové vajce v ľavej tube.

možno pozorovať v dutine krvné depozitum vyplňajúce cavum a na priečnom reze maternice imitujúce gestačný vak. Tento pseudogestačný vak sa od plodového vajca líši jednoduchou kontúrou (na rozdiel od decidua capsularis et parietalis, ktoré tvorí tzv. double ring). Rozlíšenie je možné manévrom, ktorým si zobrazíme maternicu v pozdĺžnom reze. Pseudogestačný vak je v centre a kvapkovito konturuje dutinu maternice, zatiaľ čo plodové vajce je uložené asymetricky na stene dutiny maternice.

Nález v adnexových oblastiach

Najčastejšie býva nešpecifický – anizoechogénna štruktúra, obyčajne ovoidného tvaru. Tento nález považujeme za suspektný, lebo anatomickým substrátom môže byť tubárna mola. Menej častým nálezom je intaktné plodové vajce i so známami vitality (asi 10 % ektopických gravidít). Pri negatívnom náleze sa zobrazujú ovária alebo sa nezobrazuje žiadne ovárium.



Obr. 3. Tekutina v Douglasovom priestore.

Tabuľka 1. Diagnostický postup pri suspektnej extrauterinnej gravidite (Malý, 1992)

Suspektná EUG: 1. hCG – negat.
– pozit. (laparoscopia)
2. UZ – nešpecif. (laparoscopia)
– intraut.
– extraut.

Nález v Douglasovom priestore

Pri porušenej ektopickej gravidite a krvácaní do dutiny brušnej pozorujeme v Douglasovom priestore anechogénne oblasti, v ktorých sa môžu voľne vznášať črevné kľučky s peristaltikou. Tento nález voľnej tekutiny u pacientok s podozrením na ektopickú graviditu považujeme za suspektný. Voľná tekutina nemusí byť úplne anechogénna, jemný echogénny raster zodpovedá koagulám. Množstvo voľnej tekutiny väčšinou zodpovedá klinickému stavu pacientky.

Využitie color Doppleru

Veľkým prínosom je vyšetrenie transvaginálnym dopplerovským modulom s farebným zobrazením prietoku. Funkčný trofoblast s adekvátnou aktiváciou angiogenézy vykazuje v danej oblasti výrazne nízkorezistentný signál – rezistent index (RI) nižší ako 0,5. U pacientky so suspektou ektopickou graviditou sa odporúča ihneď laparoscopia, keď sa nájde týmto mera-

ním tok v nešpecifickej adnexovej oblasti s RI menším ako 0,5. Tento signál možno detegovať a súčasne sledovať prípadne jeho aktivitu. Pri poklese impedancie signálu možno prognózovať osud takto lokalizovanej gravidity, resp. sledovať efektívnosť lokálnej terapie (aplikácia metotrexátu) už po 24 h (Malý, 1992; Rozprávka, 1995; Rusňák a spol., 1995).

Diferenciálne diagnostika

Pri ultrasonografickej diferenciálnej diagnostike ektopickej gravidity sa môže vyskytnúť viac obrazov (Kováč a spol., 1995; Piironen a Punnonen, 1981; Roberts, 1982):

Cystický obraz, ktorý môžu spôsobovať (1) zápalové procesy, najmä absces, ktorý môže mať až komplexný obraz; (2) hemoragické žlté teliesko. pri krvácaní do vnútra telieska vzniká cystický obraz, ktorý po organizácii zrazeniny prechádza do solídneho obrazu.

Komplexný obraz, ktorý môžu spôsobovať (1) naliehajúce črevné kľučky – na priečnom reze sa môže medzi maternicu a vaječník vsúvať echogénne ložisko (spôsobené plynom v rektosigmoideu). Dlhšie trvajúce vyšetrenie odhalí charakter ložiska; (2) ohraničené hematómy; (3) dermoidné cysty – sú prevážne solídne s echogénnymi vnútornými ložiskami; (4) gestačný vak; (5) cysty žltého telieska; (6) hematokéla alebo hydrosalpinx s hematokélou.

Prstencovitý útvar – okrem ektopickej gravidity ho môže spôsobiť aj tuboovariálny absces alebo absces apendixu.

Negatívny nález v Douglasovom priestore, v adnexových oblastiach a v maternici nevylučuje intaktnú ektopickú gra-

viditu. USG vyšetrenie by malo predchádzať akejkoľvek intervenčnej metóde. V opačnom prípade je validita vyšetrenia malá, lebo možno detegovať len arteficiálne vzniknutý nález (Malý, 1992).

Záver

Na základe uvedených skutočností považujeme dnes USG metódu za jeden z článkov diagnostického procesu, ale nie za ultimatívny diagnostický nástroj, akoby sme si to želali pri podozrení na extrauterinnu graviditu.

Literatúra

1. **Dejmek M., Jiroušek J., Jirkalová V.:** Spolehlivost klinického, hormonálneho a ultrazvukového vyšetření v diagnostice extrauterinnej gravidity. Čs. gynekol., 50, 1985, č. 9, s. 645—650.
2. **Hopp H., Schhaar P., Entezami M., Ebert A., Hundermark S., Vollert W., Weitzel H.:** Diagnostische Sicherheit der Vaginalsonographie bei ektopter Gravidität. Geburtsh. u. Frauenheilk., 55, 1995, s. 666—670.

3. Kleskeň P.: Ultrazvuková diagnostika v gynekológii a pôrodnictve. Zborník Ultrazvuková diagnostika v medicíne. Dom techniky ČSVTS, Bratislava 1982, s. 130.

4. Kováč A. a spol.: Abdominálna ultrasonografia. Vydavateľstvo Osveta, Martin 1995, s. 231—233.

5. Malý Z.: Úvod do ultrazvukovej diagnostiky v porodnictví a gynekológii. Postgraduate medical service, 1992, s. 52—54.

6. Piironen O., Punnonen R.: The use of ultrasonography in the diagnosis of the ectopic pregnancy. Clin. Radiology, 32, 1981, s. 331—335.

7. Roberts S.K.: Sonography of ectopic pregnancy: A review. Med. Ultrasound, 6, 1982, č. 5, s. 71—76.

8. Rozprávka P.: Farebná dopplerovská sonografia v pôrodnictve a gynekológii. Prakt. Gynek., 2, 1995, č. 2, s. 81—84.

9. Rusňák I., Štencl J., Slezák I., Kleskeň P.: Farebné zobrazenie prietoku. Gynekol. pôrod., 2, 1995, č. 2, s. 55—61.

Do redakcie došlo 25.6.1997.

INFORMÁCIE

PRESENTATION OF THE SOLVAY PHARMACEUTICALS MENOPAUSE PRIZE



Cenu založila Spoločnosť Solvay Pharmaceuticals v spolupráci s EAGO (European Association of Gynaecologists and Obstetricians). Jej cieľom je podnietiť mladých vedeckých pracovníkov študovať problémy spojené s obdobím menopauzy.

Obrázok: Odovzdávanie Ceny the Solvay Pharmaceuticals Menopause Prize (zľava doprava: prof. Raffaete Nappi — prezident EAGO, prof. Ulf Ulmsten — predseda vedeckého výboru EAGO, dr. Tomi Mikkola — držiteľ Prvej ceny Solvay Pharmaceuticals Menopause Prize, jún 1997. Držiteľ pochádza z Fínska a pracuje na Gynekologicko-pôrodníckej klinike Univerzity v Helsinkách. Cenu dostal za publikáciu *Estrogen induced prostacyclin increase may help preventing heart disease* vypracovanej na vysokej vedeckej úrovni. Cenu mu odovzdali na 12. kongrese EAGO v Doublíne 25.—28. júna 1997).

Cenu dotuje approx. USD 14.000.-

Naši mladí ženský lekári, ktorí vedecky pracujú a publikujú, môžu využiť možnosť a uchádzať sa o Cenu Solvay Pharmaceuticals Menopause Prize.

Želáme Vám úspechy

Redakcia Praktickej gynekológie

PS: Kontakt — Anja Auer/Gea Dreteler

Solvay Pharmaceuticals, (31) 294 477 469/477 330

SOLVAY DUPHAR B.V. P.O.Box 900, 1380 DA Weesp, C.J. van Houtenlaan 36, 1381 CP Weesp, The Netherlands.