

АБДОМЕНСКА ТРУДНОЋА С ПЛАЦЕНТОМ НА СЛЕЗИНИ ОСТАВЉЕНОМ *IN SITU* КОЈА ЈЕ ДОВЕЛА ДО СУПФРЕНИЧНОГ АПСЦЕСА

Радоје ЧОЛОВИЋ¹, Никица ГРУБОР¹, Наташа ЧОЛОВИЋ², Љиљана ИВИЋ¹

1. Институт за болести дигестивног система Клиничког центра Србије, Београд; 2. Институт за хематологију Клиничког центра Србије, Београд

КРАТАК САДРЖАЈ: Трудноћа у абдомену јавља се једном на око 3000 трудноћа. Најчешће се завршава абортусом и хитном хируршком интервенцијом. Иако је, захваљујући ултрасонографији и компјутеризованој томографији, дијагнозу могуће поставити и пре операције, она се обично поставља током хитне лапаротомije. Пошто одстрањење плаценте у тим случајевима може бити скопчано с одстрањивањем делова или целих органа и с тежим кривављењем, које је тешко зауставити, међу гинекологима нема сагласности да ли је одстрањење плаценте неопходно. Приказана је жена, стара 21 годину, код које је током хитне операције, због абдоменске трудноће, плацента с инсерцијом на слезини била остављена *in situ*. У постоперационом току развио се супфренични апсцес који није могао бити саниран без реоперације, током које је уз плаценту морала бити одстрањена и слезина. Десет година после операције болесница је без икаквих симптома.

Кључне речи: трудноћа абдоменска, плацента, слезина, супфренични апсцес. (СРП АРХ ЦЕЛОК ЛЕК).

УВОД

Ектопијска трудноћа се јавља у мање од 1 посто свих трудноћа [1]. Најчешће је реч о тубарној, оваријумској, а најређе о цервиксној или абдоменској трудноћи. Абдоменска трудноћа се јавља једном на 3000 трудноћа [2]. Она се најчешће завршава знацима акутног абдомена и обично се дијагностикује током ургентне лапаротомije. Опасне последице абдоменске трудноће за мајку и плод што се тиче морбидитета везане су за саму хируршку интервенцију која је примењена, и затим, нарочито, зависе и од тога да ли је и када одстрањена плацента или је остављена у нади да ће бити спонтано ресорбована [3].

Приказ болеснице

Болесница, 21 годину стара, примљена је у нашу болницу због високих температура тела и с дијагнозом супфреничног апсцеса с леве стране. Болесница је месец дана пре пријема у болницу оперисана у ратној болници у бившој Републици Српској Крајини под сликом акутног обољења трбуха. Током операције нађено је да је била у питању трудноћа у абдомену. Хирург је уклонио плод, а пупчану врпцу пресекао и подвезао, јер се није усудио да уклања постељицу која је „била негде у левом супфренијуму”. Постооперациони ток је био нормалан, осим што се на дрен из левог супфренијума цедио гној који је јако заударао. Операциона рана од медијалне лапаротомije је зарасла.

У време пријема у нашу болницу болесница је била фебрилна, с гнојном фистулом под левим ребарним луком. Остали налази су били нормални. Осим леукоцитозе (до $14 \times 10^9/L$) и убрзане седиментације крви (64 mm/h), остали лабораторијски налази су били у границама нормалних опсега. Леви синус плеуре био је лако засенчен. Налаз ултрасонографијом указивао је на густу супфреничну колекцију, али снимак није тада начињен.

Болесница је релапаротомисана 31. X 1991. године кроз леву супкосталну лапаротомiju. У левом супфренијуму нађено је нешто густог гноја који је веома заударао. Нешто увећана слезина стапала се с модром туморондном масом.

Пошто су желудац и лијенална флексура колоне безбедно одвојени, слезина и описана промена (тј. плацента) на слезини су одстрањени и успостављена је задовољавајућа хемостаза. Гранулационо ткиво с дијафрагме је искиретисано. После вишеструке лаваже левог супфренијума физиолошким раствором и растворима антисептичког средства, простор је дрениран. Постооперациони ток је био без компликација, операциона рана је зарасла *per primam*. У даљем току, скоро 10 година после операције, болесница је без тегоба.

Опис препарата

Макроскопски налаз. Препарат се састојао од ткива, укупне масе 300 грама (Слика 1 А и В), делимично обавијеног беличастом задебљалом капсулом, преко мрког сунђерастог ткива, које је одговарало ткиву слезине. Део тих узорака садржавао је, на површини, депресије грануло-вилозног изгледа преко чврстог беличастог споја, који је импоновао као фиброзна капсула.

Хистопатолошки налаз. Остаци хијалинизованих и калцификованих чупица плаценте налазе се уроњени у коагулуму и гнојни ексудат изнад гранулационог, надаље колагеног ткива, дуж површине делова слезине који су лишени нормалне капсуле. Део плаценте налази се и преко екстралијеналног ткива, измењеног на исти начин, које садржи англобисане лимфне нодусе и организованим тромбима оклудисане гране артерија и вена, вероватно у подручју хилуса слезине.

Патохистолошка дијагноза. *Graviditas extrauterina – abdominalis. Insertio placentaе lienalis. „Polypus” placentariјus hyalinisatum calcificatus. Abscessus subacutus perisplenica.* (Проф. др Дојчин Дојчинов, патолог).

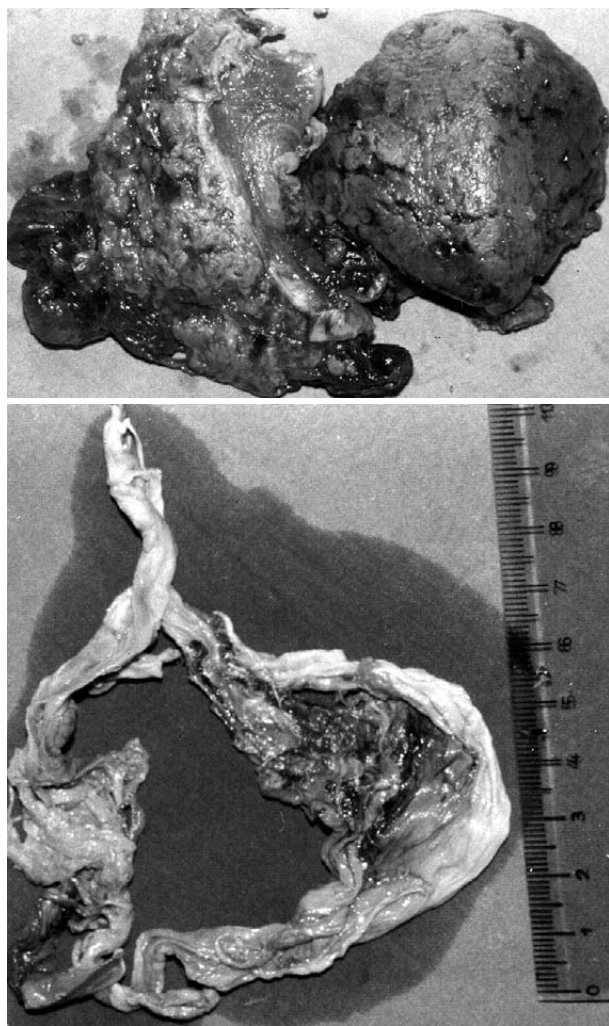
ДИСКУСИЈА

Захваљујући ултрасонографији и компјутеризованој томографији, дијагностика трудноће у трбуху данас је неупоредиво лакша, уколико се преглед болеснице обави брижљиво [2, 14, 13, 3]. Стога, хитна лапаротомија данас, због акутног бола и кривављења у абдо-

мену, не би требало да буде најчешћи начин дијагностике ове врсте ектопијске трудноће, што је још увек чест случај [3].

Код абдоменске трудноће старије од четири месеца фетус знатно брже добија у тежини, плодова кеса је много чвршће срасла са суседним органима, а мрежа крвних судова у пределу постелице постаје много богатија, што условљава да операција може бити веома опасна. Трудноћа у абдомену се по правилу завршава абортусом у првим месецима трудноће, што захтева неопходну, обично хитну лапаротомију, поготово ако се за дијагнозу абдоменске трудноће раније није знало. Најбоље је да се операција изведе раније. Но, дешава се да жена не пристаје на операцију у нади да би фетус могао бити спасен. Тада се препоручује хоспитализација да би се сачекало погодно време за операцију. Најпогоднијим временом сматра се тридесет шеста недеља трудноће. Операцију мора да ради искусан оператор због могућих компликација, а нарочито крвављења. Обично је најбоље и најсигурније да се подвезе пупчана врпца што је могуће ближе постелици и остави *in situ*. На тај начин се избегава крвављење које може бити смртоносно. Дренажа може да траје више недеља док се постелица не ресорбује [4, 5]. Ипак, међу гинеколозима нема сагласности да ли током операције, уз одстрањење плода, треба обавезно одстранити и плаценту. Анализујући документацију о 12 абдоменских трудноћа, Фостер и Мур (Moore) [8], 1967. године, zaloжили су се (уз ретке изузетке) за промртну операцију. Због немогућности да се лигирају крвни судови који плаценту снабдевају крвљу они су препоручили да у већини случајева плаценту треба оставити *in situ*, а само кад се без икакве сумње хемостаза може безбедно успоставити, плаценту треба одстранити. Ипак, и у њиховој групи болесница показало се да је опоравак био спорији и да је било више компликација када је плацента остављена *in situ* [8]. У прилог остављању плаценте на извесан начин говоре и прикази Магвина (Maguin) и сарадника [12], 1967, и Бекера (Becker) и Виксмана (Wicksman), 1976. године [9]. Меки (Mekki) и сарадници [3] су, 1998, анализовали 14 случајева абдоменске трудноће код којих су 10 плацента одстранили, а код четири жена је плацента остављена *in situ*. У њиховој групи болесница показало се да код жена, код којих је плацента била остављена, није било потребе ни за трансфузијом крви нити за одстрањењем других органа, као и да је укупни боравак у болници био краћи. Они су закључили да, без обзира на старост трудноће, ексцизија плаценте може бити узрок крвављења, те да остављање плаценте *in situ* резултира мањим морбидитетом, краћим трајањем операције, краћим боравком у болници и мањим трошковима лечења.

Ипак, остављање плаценте није без ризика. Тако су Бабић и сарадници [7], 1983. године, приказали болесницу код које је шест година после операције била неопходна реоперација због апсцеса, који је изгледа настао услед некрозе нересорбоване плаценте. Код наше болеснице формирање апсцеса настало је практично у раном постоперационом току, а апсцес



СЛИКА 1. Одстрањени препарат који се састоји од слезине и на њој инсерцисане плаценте (A и B).

FIGURE 1. Resected specimen containing the spleen and placenta inserted in it (A and B).

није могао бити саниран без реоперације, током које је уз плаценту морала бити одстрањена и слезина, на којој је плацента била инсерцисана.

Болесницу, којој се плацента остави *in situ*, треба даље надгледати. Ангиографија је раније била једини метод праћења [11]. Данас је, поред ангиографије, могуће праћење и ултрасонографијом, што олакшава могућност планирања евентуалне реоперације [9, 10].

ЛИТЕРАТУРА

- Herbst A, Ulfelder H. Gynecology. In: Schwartz S, McGraw et al. (Eds). Principles of Surgery. Second ed. McGraw Hill, New York 1974;1606.
- Ali V, Saldana LR, Balat IY, Katragadda R. Pitfalls in sonographic diagnosis of abdominal pregnancy. South Med J 1981;74(4):477-9.
- Mekki Y, Gilles JM, Mendez L, O' Sullivan MJ. Abdominal pregnancy: to remove or not to remove the placenta. Prim Care Update Ob Gyns 1998;5:192.
- Greenbill JP. Opstetricija. Prevod 12. izdanja. Medicinska knjiga, Beograd 1963;415.
- Parsos L. Ženski reproduktivni sistem. U: Davies L Christophers (Ur.). Hirurgija. Prevod 8. am. izdanja. Medicinska knjiga, Beograd 1973;930-2.
- Ludwick RW. Abdominal pregnancy: emphasis on management of the placenta. Rocky Mt Med J 1972;69:47-8.

ABDOMINAL PREGNANCY WITH PLACENTA INSERTED IN THE SPLEEN LEFT IN SITU CAUSING SUBPHRENIC ABSCESS

R. CHOLOVITSH¹, N. GRUBOR¹, N. CHOLOVITSH², LJ. IVITSH¹

1. Institute of Digestive Diseases, Clinical Centre of Serbia, Belgrade; 2. Institute of Haematology, Clinical Centre of Serbia, Belgrade

Abdominal pregnancy appears once in 3000 pregnancies. It usually terminates with abortion and urgent surgery. Thanks to ultrasonography and computed tomography the diagnosis is possible before surgery. Most frequently the diagnosis has been established during emergency laparotomy. Gynaecologists are not in agreement wheather removal of placenta is mandatory or not, as it may include removal of parts or entire organs or may be followed with serious bleeding difficult to control. We present a 21-year old woman in whom during an urgent laparotomy performed for abdominal pregnancy placenta inserted in the spleen was left in situ. Postoperatively the patient developed subphrenic abscess which could not be solved without reoperation during which

both the placenta and the spleen were removed. Ten years after surgery she is symptom-free.

Key words: Abdominal pregnancy, placenta, spleen, subphrenic abscess. (SRP ARH CELOK LEK).

RADOJE ČOLOVIĆ

Institut za bolesti digestivnog sistema

Klinički centar Srbije

11000 Beograd, Koste Todorovića 6

Tel.: 011/361-0-715, lok 133

7. Babić D, Čolić G, Mrđen D. Komplikacije posle operacije abdominalne trudnoće zbog zaostale placente. Jugosl Ginekol Obstetr 1983;23:93-4.
8. Foster HW, Moore DT. Abdominal pregnancy. Report of 12 cases. Obstet Gynecol 1967;30:249-52.
9. Becker DI, Wicksman RS. Retained abdominal placenta followed by angiography and ultrasound. Radiology 1976;119:207-8.
10. Belfar HL, Kurtz AB, Wapner RJ. Long-term follow-up after removal of an abdominal pregnancy: ultrasound evaluation of the involving placenta. J Ultrasound Med 1986;5:521-3.
11. Eisenman JL, Markowitz J, Thompson WB Jr. Pelvic angiography in retained placenta of abdominal pregnancy. Report of a case. Obstet Gynecol 1966;28:637-40.
12. Maguin P, Villiers H, Felmau D, Theoleyre J. Abdominal pregnancy. Intervention. Placenta left in situ. Persistence of an important estrogenic secretion. Gynecol Obstet (Paris) 1967;66:117-20.

13. Stanley JH, Horger EO 3rd, Pagan CJ, Andriale JG, Fleischer AC. Sonographic findings in abdominal pregnancy. Am J Roentgenol 1986;147:1043-6.
14. Rahatzar M, Adamson DA, Henderson S. Computed tomography and ultrasound of retained placenta from abdominal pregnancy. J Comput Assist Tomogr 1983;7:730-1.

Публикацију овог чланка помогло је Министарство за науку, технологију и развој Владе Републике Србије финансирањем пројекта бр. 1701.

Рукопис је достављен Уредништву 21. VIII 2001. године