

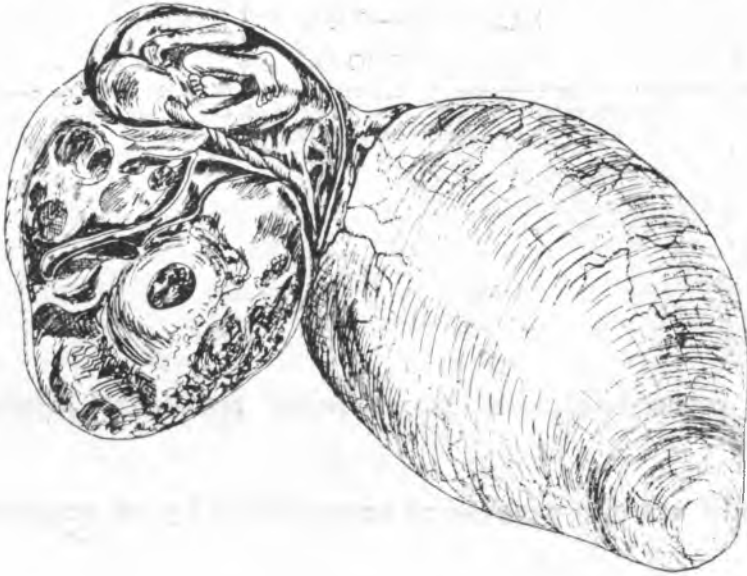
T. ZOSEL

Ciąża pozamaciczna powikłana torbielą jajnikową.

A case of ectopic pregnancy complicated by an ovarian cyst.

Pomimo rozlicznych prac na temat ciąży pozamacicznej, powikłanie to zajmuje nas jeszcze zawsze, ze względu na przyczyny jego powstania, trudności rozpoznawcze, a nadto i sposoby leczenia. Najczęstszą postacią ciąży pozamacicznej jest ciąża umiejscowiona w jajowodach. Znamy również i inne rzadsze jej rodzaje, jak ciąża brzuszna, jajnikowa, równoczesna ciąża maciczna i pozamaciczna a nawet ciąża bliźniacza w obu jajowodach równocześnie.

Przypadek, który mam zamiar opisać, cechuje się ciekawym pod względem klinicznym powikłaniem, a mianowicie obecnością równoczesną guza jajnikowego i ciąży pozamacicznej, jajowodowej, po tej samej stronie. Załączony poniżej rysunek uwidacznia najlepiej wzajemny stosunek obu tych spraw chorobowych do siebie. Preparat, uzyskany, w czasie operacji, przedstawiał torbiel jajnikową o średnicy 19 x 10 cm. Na powierzchni torbieli przebiegał spłaszczony i rozciągnięty jajowód, długości 23 cm., licząc od ujścia domacicznego. W odcinku obwodowym, odpowiadającym „pars ampullaris tubae“ jajowód rozszerzał się, tworząc guz ściśle przylegający do torbieli, krwawo na zewnątrz przeświecający o wymiarach 13x9 cm. Wewnątrz opisanego guza stwierdzono płód długości 9 cm. wraz z błonami płodowymi. Pępowina płodu wykazywała wielokrotne skręty i gubiła się w masie, złożonej ze zmienionego utkania łożyskowego oraz świeżych i starszych skrzepów krwi. Ściany guza nie były nigdzie uszkodzone, a płód nie wykazywał cech rozkładu lecz początki strupieszenia. Opisany preparat jest o tyle pouczającym, że stanowi on niecodziennie spotykany przyczynek do etiologii powstawania jajowodowej ciąży pozamacicznej.



Jak wiadomo ciąża pozamaciczna jajowodowa powstaje albo w związku z uniemożliwieniem wędrówki jaja z jajnika do macicy, albo w związku z upośledzeniem tej wędrówki i przedłużeniem czasu jej trwania przez jajowód. To uniemożliwienie lub upośledzenie wędrówki jaja bywa poza innymi najczęściej spowodowane sprawami zapalnymi, toczącymi się w jajowodzie i w jego okolicy, lub też niedorozwojem jajowodu, spotykanym przeważnie zawsze jako zjawisko towarzyszące ogólnym niedorozwojom narządów rodnych. Sprawy te upośledzają czynność migawek nabłonka jajowodu i ruchów robaczkowych, albo też, jak to ma miejsce w przypadkach niedorozwoju jajowodu, przedłużają drogę jaja od jajnika do macicy wskutek wydłużenia jajowodu.

Zaburzenie mechanizmu wędrówki jaja może być wywołane także innymi sprawami. W opisanym przypadku nie możemy mimo dokładnego badania i szczegółowego różnicowania stanowczo orzec, czy ciąża pozamaciczna powstała jako wynik nadmiernego wydłużenia jajowodu (w naszym przypadku 23 cm zamiast prawidłowo 12 cm.) i skutkiem tego przedłużeniem drogi jaja czy też w związku ze zwolnieniem tempa wędrówki jaja spowodowanym rozplaszczaniem jajowodu na powierzchni wspomnianego guza. Ze względu jednak na to, że jajo usadowiło się w rozszerzonej części jajowodu, a więc na początku wędrówki przez jajowód, przypuszczać należy, że nie przedłużenie drogi lecz upośledzenie szybkości wędrówki jaja wchodziło tutaj w grę.

Wobec powyższego rozumowania przyjąć by należało, że ostateczną przyczyną, która spowodowała w niniejszym przypadku powstanie ciąży jajowodowej, były niewątpliwie zmiany w anatomicznym wyglądzie

jajowodu, a co za tym idzie i w fizjologicznej jego sprawności. Zmiany te wywołane zostały wytworzeniem się guza w jajniku, na którym przebiegał rozplaszczony i wydłużony jajowód. W następstwie tego zapłodnione jajo nie zdążyło przedostać się na czas do macicy i w momencie, kiedy zyskało zdolność zaszczepienia się, wszczepiło się nie w śluzówkę trzonu macicy, lecz śluzówkę jajowodu. Tu też rozwijało się, wytwarzając w jajowodzie w miarę postępującego rozwoju, opisany guz obok istniejącego wcześniej guza jajnikowego. Niewspółmiernie szybki wzrost jaja płodowego, w porównaniu z powolnym rozciąganiem się ścian jajowodu, powodował powolne odrywanie się błon płodowych od ścian jajowodu i w następstwie tego wylewy krwawe do jego światła. W następstwie tego powiększała się objętość worka mieszczącego jajo płodowe, guz wzrastał.

Zwykle w podobnych warunkach przychodzi dość wcześnie do przerwania ciąży zapomocą mechanizmu poronienia jajowodowego, względnie mechanizmu pęknięcia względnie nadżarcia ścian jajowodu. W przeciwnym razie płód obumiera i ulega procesowi rozmiękania, zwapnienia lub strupieszenia. W naszym przypadku do pęknięcia jajowodu nie doszło mimo wzmożonego ciśnienia w jego świetle, spowodowanego wylewami krwawymi. Przypadki takie zdarzają się w tych razach, gdy warunki odżywienia tkanek, otaczających jajo, są wyjątkowo korzystne. Tak daleko posunięte w rozwoju cięże pozamaciczne, jak w omawianym przypadku, nie zdarzają się zbyt często, nie należą wszelako do wyjątków takich jak na przykład cięże pozamaciczne, jajowodowe, donoszone, w których czasami drogą zabiegu operacyjnego można uzyskać nawet płody żywe.

Przypadek ten zainteresował nas pozatem z punktu widzenia diagnostycznego, jeśli bowiem chodzi o leczenie to nie podlega ono w podobnych przypadkach żadnej dyskusji. We wszystkich przypadkach, w których wchodzi w grę cięża pozamaciczna lub torbiel jajnikowa, bądź wreszcie, jak w rzeczonym przypadku, połączenie obu spraw chorobowych równocześnie, konieczne jest leczenie operacyjne. Kształtuje się ono również w zależności od stosunków anatomicznych z jakimi się w danym przypadku spotykamy. Jak z załączonego rysunku wynika, operator był tu zmuszony usunąć w czasie zabiegu równocześnie guz jajnikowy i ciężę pozamaciczną.

Powracając jednak do ciekawych momentów diagnostycznych naszego przypadku, musimy wziąć pod uwagę przede wszystkim brak obecności krwi w wolnej jamie brzusznej. Jest to wynikiem braku uszkodzenia ścian jajowodu, otaczających jajo płodowe i znajdujące się wewnątrz nich skrzepy krwi. Uderza nas dalej obecność dwu guzów w przydatkach po jednej stronie. Guzy te, jako ściśle ze sobą złączone, nie dały się przy badaniu oddzielić, a nawet na nierozciętych preparacie, robiły wrażenie dwu lub trzykomorowego guza. Jeden z tych guzów miał

ściany gładkie i zawierał w sobie płyn jasny, -- mam na myśli opisaną torbiel — drugi robił wrażenie guza, składającego się z dwu części, przypominając w całości kształtem i wielkością serce silnego, dorosłego mężczyzny. Dolna część guza była twardą, górna umiejscowiona była czapkowato na dolnej i posiadała spistość miększą. Po przecięciu preparatu stwierdzono, że w dolnej części znajduje się łożysko oraz zorganizowane częściowo wylewy krwawe, w górnej płód. Światła górnej i dolnej części przechodziły bezpośrednio jedno w drugie. Trudności rozpoznańcze, na jakie w danym przypadku musieliśmy natrafić, wynikały nie tyle z obrazu klinicznego, ile raczej z obrazu anatomicznego, uzyskanego w czasie badania. Musiało również wystąpić krwawienie z macicy, obok innych klinicznych i biologicznych objawów ciąży, a to wskutek odklejania się częściowego doczesnej w trzonie macicy. Że takie krwawienie towarzyszyć musiało także w naszym przypadku ciąży pozamacicznej, nie ulega najmniejszej wątpliwości. Potwierdza to obraz anatomiczny przekroju guzu, spowodowanego ciążą pozamaciczną. W dolnej bowiem części, jak to już wspomniałem, można było stwierdzić oddzielanie się łożyska oraz wylewy krwawe pomiędzy otoczką jaja a ścianą jajowodu, co dowodzi częściowego przynajmniej przerwania ciąży pozamacicznej. Temu towarzyszy stale odklejanie się pewnych części doczesnej ciąży w trzonie, która wytwarza się zawsze w trzonie w wypadkach pozamacicznego wszczęcia się jaja. W następstwie zaburzeń w przebiegu ciąży pozamacicznej, a w szczególności w przypadkach obumarcia jaja, przychodzi nietylko do częściowego odklejanie się wspomnianej doczesnej, lecz czasami także do wydalenia jej w całości nazewnątrz wśród objawów krwawienia, a częstokroć i skurczów macicy. Takie odejście doczesnej w całości, o ile nie zostanie przez lekarza należycie ocenione, może doprowadzić do pomyłek rozpoznawczych, zwłaszcza, że chore same podają często w wywiadzie, że poroniły, biorąc za poronienie odejście doczesnej z macicy. Z tego względu konieczna jest odpowiednio krytyczna ocena wywiadów. Dokładne oglądanie, a w szczególności badanie drobnovidowe wydalonej doczesnej, może ułatwić, a w wielu wypadkach zdecydować o rozpoznaniu. Jeśli w strzępach wydalanych z macicy stwierdzimy obecność kosmków, to możemy przyjąć bez wahania istnienie ciąży wewnątrzmacicznej.

Na podstawie danych klinicznych, odnoszących się do naszego przypadku, byliśmy w stanie przyjąć bezwątpienia istnienie ciąży. Chodziło o to, czy mamy do czynienia z ciążą wewnątrzmaciczną, czy pozamaciczną. Za ciążą pozamaciczną przemawiała jedynie obecność guza w przydatkach, oraz brak powiększenia macicy, odpowiadającej ciąży 3 — 4 miesięcznej. Przeciwno niej przemawiał dziwny kształt guza, niespotykany w ciąży pozamacicznej oraz brak wylewu krwawego do jamy brzusznej. W odniesieniu do kształtu rzeczony guza, muszę zaznaczyć, że jest sam fakt

dwoistości, a raczej ściślej mówiąc troistości jego przy istniejącej równocześnie znacznej ruchomości — co potwierdza, brak zrostów w preparacie — musiał budzić poważne zastrzeżenia co do przyjęcia ciąży pozamacicznej.

Pomijając już zagadnienie diagnostyczne w danym wypadku, pozwolę sobie zwrócić uwagę na inne ciekawsze momenty naszego preparatu. Uderzał nas tu wygląd pępowiny płodu. Była ona skrzycona jak postronek. Przy tak skrzyconej pępowinie dopływ krwi z łożyska do płodu był napewno niemożliwy i to pociągnęło za sobą nieuchronnie śmierć płodu. Mogła jednakże zaistnieć i inna przyczyna obumarcia płodu. Wiemy bowiem, jak to na innym miejscu zaznaczyłem, że w przeważającej liczbie przypadków ciąży pozamacicznej, przychodzi we wczesnych okresach do jej przerwania, a tym samym i do obumarcia płodu. Wiemy dalej, że jest to wynikiem nie tylko fizjologicznej nieudolności tkanek w których zaszczepiło się jajo, ale przede wszystkim niekorzystnych warunków anatomicznych, w jakich znalazło się ono w związku z zaszczepieniem poza macicą. W tym oświetleniu przedwczesna śmierć płodu jest zazwyczaj nie przyczyną lecz następstwem przerwania ciąży pozamacicznej. Jajowód, którego budowa nie sprzyja rozwojowi jaja wskutek braku warunków do wytworzenia należytej doczesnej (w śluzówce jajowodu zjawia się wprawdzie odczyn doczesny lecz w niedostatecznym stopniu) nie ma także możliwości stworzenia odpowiednich warunków krążenia, a przez to i odżywiania płodu. Nie posiada on również dostatecznych warunków dla odpowiedniego przerostu ścian, celem umożliwienia należytego rozwoju ciąży w nim zaszczepionej. Dzieje się to tylko w wyjątkowych przypadkach. W następstwie tego przechodzi z zasady do przerwania ciąży pozamacicznej już w pierwszych jej tygodniach lub miesiącach zapomocą jednego z powszechnie znanych mechanizmów, a tem samem do obumarcia płodu.

Wnioskując z wyglądu opisanego preparatu, w którym widzimy wylewy krwawe częściowo świeże, częściowo już starsze, umiejscowione pomiędzy ścianą jaja, a ścianą otoczki, obejmującej worek płodowy, zresztą zniekształcony i uciśnięty przy skrzepy krwi i częściowo odklejone łożysko, możemy przyjąć, że śmierć płodu w tym przypadku mogła nastąpić nie tylko z powodu skrzytu pępowiny w jej długiej osi, ale także wskutek częściowego odklejenia łożyska i pozbawienia płodu w ten sposób możliwości czerpania ciał odżywczych z ustroju matki. O ile trudno rozstrzygnąć, jaka była w tym przypadku ostateczna przyczyna śmierci samego płodu, to nie ulega wątpliwości, że jajo zostało zniszczone wskutek wylewów krwawych pomiędzy otoczkę guza, a błony płodowe jaja. Te wylewy z otwartych naczyń krwionośnych, niszczą bowiem jak wiadomo utkanie jaja płodowego. Niszczą je tym łatwiej, im wcześniejsza jest ciąża, a więc im utkanie jaja jest delikatniejsze, a w zależności od swojej rozległości niszczą jego utkanie w mniejszym lub więk-

szym stopniu. Los zaś samego płodu pozostaje w ścisłym związku z tym, na jak znacznej przestrzeni przez wylewającą się krew zostanie jajo, względnie łożysko, odklejone od podłoża.

Zazwyczaj wskutek czynników mechanicznych, takich jak wzmożenie ciśnienia na otoczkę obejmującą jajo, jej fizycznej nieodporności i nadmiernego jej rozciągnięcia, lub takich jak działanie proteolityczne trofoblastu, przychodzi już wcześniej do pęknięcia ścian worka, otaczającego rozwijające się jajo i do wylewania się krwi nie tylko do wewnątrz tego worka, lecz i poza jego ściany. Bardzo często przyczyny te sumują się. Nie zawsze jednak przychodzi do pęknięcia ścian otaczających jajo płodowe. Wytrzymałość ich może być tak znaczna, że może nie przyjść do przerwania ich i w wyjątkowych przypadkach, może nawet dojść do donoszenia ciąży jajowodowej. Dzieje się to najczęściej wtedy, kiedy ciąża jajowodowa rozwija się śródblaszkowo, w tkance między dwiema ściankami więzu szerokiego. Nie są jednakże wyłączone również inne możliwości utrzymania ciąży pozamacicznej, rozwijającej się i wśród innych warunków anatomicznych przynajmniej do pewnych miesięcy ciąży. Dowodem tego jest chociażby opisany powyżej preparat, w którym otoczka jaja utrzymała się w całości, a odżywianie jaja było — przynajmniej do pewnego czasu — zapewnione przez rozwój naczyń o wielkim stosunkowo przekroju, przebiegających w ścianie otoczki, jak to widać na przeciętym preparacie, a umiejscowionych w zewnętrznych częściach otoczki guza.

Ciekawym bezsprzecznie jest także los płodu w ciąży pozamacicznej. Jak już wspomniałem wielokrotnie, płód w ciąży jajowodowej obumiera już bardzo wcześnie i o ile ciąża nie trwa dłużej jak 2 miesiące, ulega rozpuczeniu i wessaniu. W związku z tym nie możemy w preparatach, uzyskanych operacyjnie w przypadkach ciąży jajowodowej wykryć częstokroć żadnych śladów istnienia płodu. Rzecz jasna, tylko w przypadkach tych, w których płód obumarł już na pewien okres czasu przed wykonaniem zabiegu operacyjnego. W dalej posuniętych miesiącach ciąży jajowodowej, o ile błony płodowe nie uległy pęknięciu, uderza przede wszystkim niewielka pojemność worka płodowego, częstokroć spłaszczonego i zawierającego małą ilość wód płodowych. Wyraźnie uwidacznia się to w naszym preparacie. Z powodu tego zjawiska, płód rozwijający się w jajowodzie ma przestrzenne warunki rozwoju niekorzystne i w następstwie tego nie leży swobodnie w worku płodowym, lecz jest aż do ostatecznych granic zgnieciony. W naszym przypadku dostrzegamy już zaczątek tego ułożenia płodu w stosunkowo bardzo małym odcinku jaja płodowego oraz skąpą przestrzeń dla wód płodowych. Wskutek tego też przychodzi często u płodów do bardzo znacznych zniekształceń.

Powracając jeszcze do niezwykłych i niecodziennie spotykanych momentów, odnoszących się do naszego przypadku, wspomnieć należy

o tym, że powikłanie ciąży jajowodowej guzami jajnika i na odwrót, było już opisywane. Wiele autorów odmawia znaczenia przyczynowego guzom jajnikowym w powstawaniu ciąży pozamacicznej. Niektórzy zaznaczają zaś, że z pośród różnych guzów narządów rodnych, również i torbiele jajnikowe mogą przyczynić się do powstawania ciąży pozamacicznej. Moim zdaniem nie można uogólniać tego rodzaju przypadków z punktu widzenia przyczynowości ciąży pozamacicznej, ale należy rozważać każdy przypadek z osobna. Biorąc pod uwagę anatomiczne stosunki w poszczególnych przypadkach, należy w jednych uznać guzy narządów rodnych za przyczynę powstawania ciąży pozamacicznej, w drugich będą one ponad wszelką wątpliwość bez znaczenia dla tejże sprawy. Z anatomicznych stosunków naszego preparatu wynika napewno, że przyczynową rolę w powstawaniu tej ciąży jajowodowej odegrał znajdujący się dość okazałych rozmiarów guz jajnika.

Kończąc omawianie naszego ciekawego przypadku, chciałbym jeszcze kilka słów wspomnieć o znaczeniu nakłucia jamy trzewnej przez tylne sklepienie pochwy w rozpoznaniu ciąży pozamacicznej i w odniesieniu do naszego przypadku. O odczynach biologicznych, jako temacie powszechnie znanym i wielokrotnie omawianym oraz o ich wartości rozpoznawczej w przypadkach ciąży nie będę szerzej wspominał. Nieco inaczej przedstawia się sprawa z nakłuciem jamy trzewnej przez tylne sklepienie pochwy. Ta metoda rozpoznawcza nie jest bowiem przez wszystkich uznawana, nie mówiąc już o stronie technicznej zabiegu, która jest rozmaita. W naszym przypadku nie miałoby nakłucie tylnego sklepienia większego znaczenia rozpoznawczego. W związku bowiem z tym, że otoczką obejmująca jajo płodowe nie była uszkodzona, krew nie mogła wylać się poza jej obręb do wolnej jamy brzusznej, a co za tym idzie i do zatoki prośtniczo-macicznej. Wynik więc nakłucia byłby ujemny. Nie wydostanoby ani płynnej krwi, którą spotykamy w świeżych pęknięciach, ani też krwi zmienionej ze skrzepami, którą spotykamy dopiero w pewien czas po pęknięciu ciąży pozamacicznej. Wynik bowiem nakłucia w poszczególnych wypadkach ciąży pozamacicznej bywa różny. Pozostaje to w ścisłej zależności od klinicznego stadium i anatomicznych stosunków ciąży pozamacicznej. Wydobyte naprzykład krwi zmienionej, pomieszanej ze skrzepami, pozwala na rozpoznanie starego wylewu krwawego do zatoki prośtniczo-macicznej, co wobec istniejących innych objawów klinicznych i biologicznych, pozwoli na rozpoznanie ciąży pozamacicznej przed jakimś czasem już pękniętej. Wydobyte zaś krwi płynnej, zupełnie świeżej i niezmienionej przemawia za istnieniem świeżo powstałego pęknięcia ciąży pozamacicznej, a w razie zaobserwowania innych objawów umożliwia postawienie uzasadnionego rozpoznania. W przypadkach ciąży jajowodowej wydarzyć się może także, że nie wydostaniemy krwi wogóle w czasie nakłucia przez tylne sklepienie.

Przyczyna tego może tkwić, pominiawszy błędy teczniczne, najczęściej w tym, że otoczka jaja nie pękła i krew nie wydostała się poza jej obręb. Przykładem tego jest nasz przypadek.

Omawiany przypadek ciąży pozamacicznej powikłany guzem jajnika zasługuje na uwagę nie tyle z powodu rzadkości takiego współlistnienia, ile interesuje on klinicystę z punktu widzenia trudności rozpoznawczych, których może się stać powodem. Zdajemy sobie bowiem doskonale sprawę z tego, że żaden z objawów klinicznych, znamienny dla naszego przypadku, nie umożliwił właściwego rozpoznania. Przypadek ten jest przykładem tego rodzaju powikłań, na którego rozpoznanie kliniczne składa się nie tylko zespół objawów chorobowych, opisywanych w podręcznikach położnictwa, lecz i pewien zapas przygotowania teoretycznego — ujęty w ramy logicznych dociekań za przyczyną i skutkiem. Również z punktu widzenia naukowego przypadek omawiany jest niezmiernie pouczającym, stanowi on bowiem w pewnym stopniu przyczynek do potwierdzenia naszych zapatrywań na powstawanie ciąży pozamacicznej. Przy krytycznym zaś zanalizowaniu obrazu anatomicznego preparatu pozwala na wyjaśnienie różnych momentów, odgrywających rolę tak w powstawaniu, w przebiegu, jako też i w rozpoznawaniu ciąży jajowodowej.

S U M M A R Y

An interesting case is reported of tubal pregnancy complicated by an ovarian cyst on the same side.

A distended tube was found on the surface of the cyst. This fact made possible the implantation of the egg in the lumen of the tube.

The etiology of ectopic pregnancy in general is discussed. Causes of fetal death and conditions under which it may occur are considered in detail.
