

СПОНТАНО ИНТРААБДОМЕНСКО КРВАРЕЊЕ У БЛИЗНАЧКОЈ ТРУДНОЋИ – ПРИКАЗ БОЛЕСНИЦЕ

Милица БЕРИСАВАЦ¹, Радмила СПАРИЋ¹, Мирослава ПЕРВУЛОВ¹,
Љубица АРСЕНИЈЕВИЋ², Светлана СПРЕМОВИЋ-РАЂЕНОВИЋ¹,
Светлана ВРЗИЋ-ПЕТРОНИЈЕВИЋ¹, Небојша МАРКОВИЋ¹, Србољуб МИЛИЋЕВИЋ¹

¹Институт за гинекологију и акушерство, Клинички центар Србије, Београд;

²Институт за анестезију и реанимацију, Клинички центар Србије, Београд

КРАТАК САДРЖАЈ

Увод Спонтана руптура крвних судова материце и јајника је редак узрок хематоперитонеума у трудноћи, али може довести до морбидитета и морталитета мајке и плода. Етиопатогенеза овог стања још није довољно јасна. Правовремено постављање дијагнозе је тешко, али изузетно значајно. Симптоми су неспецифични и дијагноза се најчешће поставља приликом лапаротомије.

Приказ болесника Приказана је болесница са спонтаним хематоперитонеумом у трећем тромесечју близаначке трудноће. Диференцијалнодијагностички су размотрени руптура материце и абрупција постељице. Због тешког општег стања труднице, одлучено је да се уради лапаротомија, када је откривена руптура венских варикозитета задњег зида материце. Порођај је изведен царским резом. Опоравак после операције протекао је без компликација.

Закључак Клиничка слика спонтане руптуре крвних судова материце и јајника је неспецифична, те су клинички и сонографски преглед често недовољни за постављање дијагнозе. Када се утврди спонтани хематоперитонеум у трудноћи, индикована је хитна лапаротомија. После царског реза неопходно је хируршки успоставити хемостазу. Уколико није постигнута зрелост фетуса, поједини аутори предлажу наставак трудноће, али се мора имати у виду опасност од поновног крварења. Процена сигурности овог поступка захтева даље истраживање. У трудноћи је важно имати у виду могућност руптуре крвних судова при сваком болу у трбуху и хипотензији непознатог узрока.

Кључне речи: венски варикозитети; крварење; руптура; трудноћа; хематоперитонеум

УВОД

Крварење је најчешћи узрок морталитета и морбидитета труднице, како у развијеним, тако и у земљама у развоју [1]. Најчешћи узроци антепарталног крварења су предњачећа постељица, превремено одлубливање нормално усађене постељице и руптура материце. Ређи узроци су: ваза превија, плацента перкрета, патолошке промене гениталних органа, траума, крварење из гастроинтестиналних органа и руптура анеуризме крвног суда [1, 2].

Нека од поменутих стања доводе до спонтаног хематоперитонеума, што може имати катастрофалне последице. Спонтани хематоперитонеум је постојање крви у перитонеумској дупљи које није изазвано претходном траумом [3]. Први приказ овог стања објављен је 1904. године [4]. Узроци његовог настанка могу бити хепатични, спленични, гинеколошки, васкуларни и коагулациони [3]. Гинеколошки узроци обухватају ектопичну трудноћу, плаценту перкрету, руптуру цисте јајника, тумора гинеколошких органа, материце и крвних судова материце и јајника.

Спонтана руптура венских судова материце и јајника у трудноћи и порођају је веома ретка и до 2001. године у литератури је објављено укупно 120 случајева [5]. Иако је њена етиологија непозната, претпоставља се да може настати као последица изненадног повећања притиска у варикозним, хипертрофичним и дистендираним венским судовима [5]. Узрок повећања венског притиска може бити напрезање мишића при кашљу, дефекацији, коитусу, подизању терега или напињању у другом порођајном добу. Као могући узроци наводе се и запаљењски процеси и адхезије у пределу крвних судова изазване ендометриозом [6]. Најређи узрок су, према подацима из литературе, артериовенске малформације и фистуле [7]. Клинички симптоми у трудноћи су бол у трбуху, стање шока и фетусни дистрес [3, 5, 7]. Крварење је најчешће интраабдоменско, али је могуће и ретроперитонеумско. С обзиром на реткост овог поремећаја, дијагноза се обично поставља приликом лапаротомије [6]. Ултразвук је користан у доказивању постојања крви у трбушној дупљи, као и искључивању других стања на која се обично посумња, као што су превремено одлубливање нормално усађене постељице и руптура материце. Спонтани хематоперитонеум најчешће настаје током трудноће (61%), а ређе током порођаја (18%) и у пуерперијуму (21%) [5, 8]. Диференцијална дијагноза подразумева превремено одлубливање нормално усађене постељице, руптуру материце, руптуру слезине или јетре, руптуре артеријских анеуризми, абдоменску трудноћу, акутни апендицитис и интестиналну опструкцију [6]. Објављене студије указују на то да смртност мајке може бити и до 49% [9]. Данас је стопа смртности труднице са спонтаним хематоперитонеумом значајно нижа (4%) захваљујући напретку реанимационих и хируршких техника, док је стопа перинаталне смртности и даље веома висока (31%) [5, 8].

ПРИКАЗ БОЛЕСНИЦЕ

Прворотка стара 26 година примљена је у Институт за гинекологију и акушерство Клиничког центра Србије у Београду у 35. недељи близаначке трудноће компликоване хипертензијом, која је дијагностикована седам дана пре пријема у болницу. Трудноћа је настала поступком микрофертилизације. Сонографским прегледом је утврђена нормална анатомија оба фетуса, уз видљиву интраамнионску преграду, адекватну количину плодове воде и нормално усађене постељице на предњем и задњем зиду материце. Вредности артеријског крвног притиска су биле оптималне уз примењену антихипертензивну терапију. Пет дана после пријема болесница се жалила на дифузне болове у трбуху, али је акушерски налаз остао непромењен. Након тридесетоминутне опсервације на одељењу, трудница је пребачена у породилиште.

У породилишту је дошло до погоршања стања свести, смањења артеријског систолног притиска до 60 *mm Hg* уз немерљив дијастолни притисак и тахикардију од 120 откуцаја у минути. Одмах су обезбеђене три периферне венске линије и започета је надокнада волумена кристалоидним и колоидним растворима. На налазу крвне слике забележене су смањене вредности хематокрита (21,2%) и хемоглобина (35 *g/l*), које су с осталим клиничким параметрима указивале на стање шока. Кардиотокографским испитивањем је утврђена фетусна брадикардија. Због тешког општег стања болеснице и угрожености фетуса, одлучено је да се ураде хитна експлоративна лапаротомија и царски рез. Обезбеђене су централна венска линија у доњу шупљу вену и додатна венска линија кроз спољашњу југуларну вену и настављена реанимација крвљу и компонентама крви.

Током операције је уочен хематоперитонеум уз изразито бледило материце, интактног мишићног слоја. Порекло крварења није било могуће одредити. Близанци су рођени царским резом: први је био тежак 2.400 грама (Апгар скор 1), а други 2.100 грама (Апгар скор 3). Тиму лекара који је изводио операцију придружио се и хирург, који је прегледао јетру, слезину, желудац и црева и искључио крварење из ових органа. Поновним испитивањем материце после сутуре Дорфлеровог (*Dörfler*) реза уочено је крварење из руптурираног субпериметријалног варикозно измењеног венског суда на предњем зиду материце, у висини припоја леве округле материчне везе. Постављени су хемостатски шавови. Венски варикозитети сличних особености уочени су и на задњем зиду материце, али без активног крварења. Због смањеног тонуса материце, примењен је простагландин *E2*, чиме су постигнути тонус и хемостаза. Опоравак после операције је компликован анемијом, тромбцитопенијом и коагулопатијом, које су кориговане симптоматском и супституционом терапијом. Болесница је пуштена кући деветог дана од операције заједно са децом. Хистолошким прегледом постељице искључени су превремено одлубливање нормално усађене постељице и плацента перкрета.

ДИСКУСИЈА

Пролазни напади хипотензије услед аортокавалне компресије и епидуралне анестезије нису ретки током порођаја. Ипак, када се јаве хипотензија или нетипични бол током трудноће и порођаја, мора се имати на уму могућност – мада ретка – спонтане руптуре крвних судова материце и јајника. Иако стање труднице сугерише на могућу руптуру материце, превремено одлубливање нормално усађене постељице, те на многа акутна хируршка обољења у трудноћи, најбитније је препознати неопходност хитне лапаротомије. Одлагање хируршке интервенције може бити погубно како по мајку, тако и по плод. Код приказане болеснице пре операције се посумњало на превремено одлубливање нормално усађене постељице или прснуће материце, али је правовремена хируршка интервенција обезбедила повољан перинатални исход.

Највероватнији узрок руптуре венских судова код приказане труднице је прерастезање материце и зидова крвних судова током напредовања трудноће, додатно потенцирано близаначком трудноћом. Према подацима из литературе, код око 50% испитаница с препарталним руптурама вена није било могуће препознати чиниоце ризика за повећање венског притиска [9]. То говори у прилог претпоставци да је примарни узрочни фактор код приказане труднице прерастезање материце у близаначкој трудноћи. Мада је у питању пацијенткиња претходно лечена због инфертилитета, током операције није потврђена ендометриоза као могући додатни чинилац, иако је она, према наводима из литературе, чест налаз у оваквим случајевима [8]. Децидуализација ендометриотичних огњишта под утицајем високих концентрација прогестерона у трудноћи је највероватнији патоанатомски супстрат. Имајући у виду да је спонтана руптура венских судова материце веома ретка, а близаначка трудноћа све чешћа, посебно с напретком техника асистираних фертилизације, могуће је да постоје и неки други, засад непрепознати, васкуларни узроци који изазивају настанак ове компликације.

Смртност трудница (тзв. матернални морталитет), која је до 1950. године била до 50%, значајно је смањена и у последњим објављеним радовима је до 4% [10, 11]. Томе, свакако, доприноси значајан напредак области хирургије и фармакологије, а посебно реанимације. Реанимација оваквих пацијенткиња пре и током хируршког рада до успостављања коначне хируршке хемостазе је веома значајна у смањењу могућих компликација које би угрозиле живот мајке и детета.

Третман избора је хитна хируршка интервенција, која се примењује како би се успоставила хемостаза, а укључује и порођај царским резом [5]. Постоје прикази болесница код којих је трудноћа настављена после успостављања хемостазе а порођај завршен вагиналним путем, али и прикази случајева поновног крварења после операције [7, 12]. Иако је пожељно успоставити хемостазу и наставити трудноћу пацијенткиња код којих није достигнута вијабилност фетуса, често је неоп-

ходно урадити царски рез да би се открило место крварења и успоставила хемостаза. Могућност рецидива крварења доводи у питање оправданост одлагања порођаја ако се имају у виду познати ризици по живот мајке и плода [8]. Подаци из литературе не указују на оправданост остављања интактне трудноће код незрелости фетуса за ванматерични живот. Процена сигурности овог поступка, стога, захтева даља истраживања. У литератури су такође описане труднице код којих није било могуће препознати узрок интраабдоменског крварења пре царског реза, што се догодило и код наше испитанице [7].

Неопходно је имати у виду могућност спонтане руптуре крвних судова кад год се јаве бол у трбуху и хипотензија непознатог узрока у трудноћи.

ЛИТЕРАТУРА

- Hofmeyr JG, Mohlala BKF. Hypovolaemic shock. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2001; 15(4):645-62.
- Ngeh N, Bhide A. Antepartum haemorrhage. *Curr Obstet Gynaecol* 2006; 16:79-83.
- Lucey BC, Varghese JC, Soto JA. Spontaneous hemoperitoneum: Causes and significance. *Curr Probl Diagn Radiol* 2005; 34:182-95.
- Cole M, Elton C, Bosio P, Waugh JJ. Spontaneous rupture of utero-ovarian vessels in labour – a rare case of obstetric haemoperitoneum. *J Obstet Gynaecol* 2005; 25(3):301-3.
- Vellekoop J, de Leeuw P, Neijenhuis PA. Spontaneous rupture of a utero-ovarian vein during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:241-2.
- Renuka T, Dhaliwal LK, Gupta I. Hemorrhage from ruptured utero-ovarian veins during pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 1998; 60:167-8.
- Choochun T, Pinjaroen S, Getpook C. Spontaneous intra-abdominal bleeding during pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2006; 89(7):10044-6.
- Aziz U, Kulkarni A, Lazic D, Cullimore JE. Spontaneous rupture of the uterine vessels in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004; 103:1089-91.
- Hodgkinson CP, Christiansen RS. Hemorrhage from ruptured utero-ovarian veins during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1950; 59:1112-6.
- Kalaichandran S. Spontaneous haemoperitoneum in labour from ruptured utero-ovarian vessels. *J R Soc Med* 1991; 84:372-3.
- Garg M, Hudeyin S, Aquilina J. Silent, massive haemoperitoneum during labour secondary to a spontaneous rupture of a utero-ovarian vessel. *J Obstet Gynaecol* 2003; 23(2):208-9.
- Roger N, Chitrit Y, Souhaid A, Rezig K, Sain-Leger S. Intraoperative hemorrhage from rupture of uterine varicose vein during pregnancy: case report and review of the literature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005; 34(5):497-500.

SPONTANEOUS INTRA-ABDOMINAL BLEEDING IN TWIN PREGNANCY – CASE REPORT

Milica BERISAVAC¹, Radmila SPARIĆ¹, Miroslava PERVULOV¹, Ljubica ARSENIJEVIĆ²,
Svetlana SPREMOVIĆ-RADJENOVIĆ¹, Svetlana VRZIĆ-PETRONIJEVIĆ¹,
Nebojša MARKOVIĆ¹, Srboljub MILIĆEVIĆ¹

¹Institute for Gynaecology and Obstetrics, Clinical Centre of Serbia, Belgrade;

²Institute for Anesthesia and Reanimation, Clinical Centre of Serbia, Belgrade

INTRODUCTION Spontaneous rupture of utero-ovarian vessels is a rare cause of haemoperitoneum in pregnancy, leading to significant maternal and foetal morbidity and mortality. Aetiopathogenesis of this condition is still unclear. Establishing clinical diagnosis of this condition is difficult, but very important. Clinical symptoms are nonspecific, and the diagnosis is usually made at laparotomy.

CASE OUTLINE We report a case of spontaneous haematoperitoneum in the third trimester of twin pregnancy. Differential diagnosis included uterine rupture and placental abruption. Due to the deteriorated condition of the patient, it was decided to perform laparotomy which established the diagnosis of ruptured venous varices on the posterior uterine wall. Delivery was performed by caesarean section. The post-operative period was uneventful.

CONCLUSION The clinical presentation of spontaneous rupture of utero-ovarian blood vessels is not specific and clinical examination and ultrasonographic scanning may be insufficient for diagnosis. Once the diagnosis of spontaneous haematoperitoneum in pregnancy is established, emergency

laparotomy is indicated. Following caesarean delivery, it is necessary to establish surgical haemostasis. There are some authors who suggest leaving the pregnancy intact in cases when the foetus is not viable, although one must have in mind the possibility of recurrent bleeding. The safety of this procedure requires further investigation. It is necessary to have in mind the possibility of blood vessel rupture in all cases of abdominal pain and hypotension of unknown origin during pregnancy.

Key words: venous varices; bleeding; rupture; pregnancy; haematoperitoneum

Milica BERISAVAC
Institut za ginekologiju i akušerstvo
Klinički centar Srbije
Višegradska 26, 11000 Beograd
Tel.: 011 361 5596
Faks: 011 361 5603
E-mail: berisavacjelena@yahoo.com