

Magyar Nőorvosok Lapja 47. 540-546. 1984.

A Fővárosi Tanács XXI. kerületi Kórház-Rendelőintézet Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály,  
(főorvos: Puskás Ernő dr.) közleménye

# A méhenkívüli terhességgel kapcsolatos tapasztalataink osztályunk 10 éves anyaga alapján

PETRÓCZI ISTVÁN dr., PUSKÁS ERNŐ dr., SZAFTMÁR GYÖRGY dr.

**Összefoglalás :** A szerzők cikkükben feldolgozzák az osztályukon 10 év alatt megoperált 136 méhenkívüli terhes kórtörténetét. Betegeik anamnéziséből kiemelik, hogy 32%-nak még nem volt gyermeke. A leggyakrabban jelentkező panasz a vérzéshez társult fájdalom, görcs volt. A szerzők részletezik a diagnózis felállításához igénybevett vizsgálo eljárásokat, legmegbízhatóbbnak az intakt extrauterin graviditás felismerésére is alkalmas laparoszkópia tartják. 20 laparoszkóppal vizsgált esetünkben 3 intakt méhenkívüli terhességnek bizonyult. A szerzők méltatják a terhesség biztos kimutatására alkalmas béta hCG és terhességi béta 1 glikoprotein meghatározásokat, és ismertetik a kürtterhesség konzervatív sebészetének előnyeit.

*Kulcsszavak ; méhenkívüli terhesség, laparoszkóppal, kürtterhesség konzervatív sebészete*

A XIX. században forradalmi átalakuláson ment át a méhenkívüli terhesség kezelése. 1876-ban *Parry* és *Lea* összefoglaló munkájukban [cit. 4] 529 ectopiás terhességről számoltak be 69% halálozás mellett.

7 évvel később, 1883-ban *Birminghamban Laisson Tait* a világon elsőként méhenkívüli terhes betegét a kürt eltávolításával kívánta meggyógyítani. Az első betege meghalt, de a második — három hónappal később — meggyógyult [cit. 11], 1884-ben írt cikkében már további 6 gyógyult eset-ről számolt be.

Hazánkban *Kézmárcsuky Tivadar* professzor volt az első, aki egy 25 éves nőnél 1893. március 6-án másodlagos abdominalis terhesség miatt műtétet végzett [1].

### *Anyag és módszer*

Elemeztük osztályunkon 1971 és 1980 között méhenkívüli terhesség miatt megoperált 136 beteg kórtörténetét. Vizsgáltuk a betegek anamnézisét; panaszait, a kivizsgálás során tett megállapításokat, a műtét és a posztoperatív szak eseményeit.

### *Eredményeink*

Osztályunkon a mondott időszakban 136 méhenkívüli terhesség, valamint 16 355 abortusz és 10 351 szülés volt. A méhenkívüli terhességek az összes terhesség 0,5%-át tették ki, vagyis minden 196 terhességre jutott egy méhenkívüli terhesség. Halálozásunk nem volt.

Az életkor szerinti megoszlásból (*I. táblázat*) látható, hogy a nő egész reprodukív korszakában találkozhatunk méhenkívüli terhességgel, de a leggyakoribb 25 és 34 év közötti korban (56%), legfiatalabb 15 éves, legidősebb 47 éves.

Az előrement terhességek száma és az extrauterin graviditás közti viszonyt mutatja a *II. táblázat*. A két első oszlopot összeadva látjuk, hogy betegeink 32%-ának, vagyis minden harmadiknak a műtét időpontjában még nincs gyermeke!

Betegeink anamnézisében szereplő hasműtéteket mutatja a *III. táblázat*. Az esetek 1/3-ában hasműtét előzte meg a méhenkívüli terhességet. A leggyakoribb az appendectomia, melyet Halpins javaslata szerint etiológiai faktornak foghatunk fel, s ezt Richter vizsgálatai is megerősítik [cit. 3].

Eseteink között 10 betegnél már a második extrauterin graviditással találkozunk, így anyagunk alapján a méhenkívüli terhesség ismétlődése 7,4 százalék, mely alacsonyabb az irodalmi átlagnál (*Elser* és *mtsai* 13,5%,).

I. táblázat  
Életkor szerint megoszlás

15—19 éves	3	2,2%
20—24 éves	28	20,6%
25—29 éves	37	27,3%
30—34 éves	39	28,7%
35—39 éves	23	16,9%
40—44 éves	5	3,6%
45—49 éves	1	0,7%

Terhességi anamnézis

Nem volt még terhes	Csak vetélt (nem szült)	Csak szült (nem. vetélt)	Szült is, vetélt is
25=18,4%	19=14%	25=18,4%	67=49,2%

III táblázat

Előrement hasműtét

Nem volt	92
Appendectomia	27
Salpingectomia (másik oldali extra miatt)	9
Appendectomia + b. o. salpingectomia (extra miatt)	1
Adnexectomia (másik oldali cysta ov. miatt)	4
Lépruptura	1
Laparoszkópia (sterilitás miatt)	1
Cholecystectomia	1

összesen műtött 44 beteg = 32,4%

Anyagunkban nem fordult elő intrauterin eszköz melletti méhenkívüli terhesség, de egyes szerzők (pl. *Hal-lat*), kürtgyulladás fenntartó hatással magyarázott összefüggést találtak az intrauterin eszköz és a méhenkívüli terhesség gyakoribb előfordulása között.

A panaszok kezdete után a 136 esetből 68 (50 %) már az első két nap kórházba jutott, a panaszok hevességétől és a betegek tűrőképességétől függően, a másik 50% csak késve jut orvoshoz.

Adataink szerint (*V. táblázat*) az esetek 40%-ában a méhenkívüli terhesség vérzés melletti tompább-erősebb alhasi görcsök képében jelentkezik. de gyakori az alhasi görcsök (13%), illetve az alhasi görcsök+ ájulásérzés megjelenési forma is.

II. táblázat

## IV.. táblázat

Milyen panasszal került kórházba?

Vérzéskimaradás	1	0,7%
vérzéskimaradás+fájdalom (alhasi görcsök)	5	3,7%
Vérzéskimaradás utáni kávé- aljszerű vérzés	5	3,7%
Vérzéskimaradás utáni kávé- aljszerű vérzés.fájdalom	8	5,9%
Vérzés*	5	3,7%
Vérzés*+fájdalom	55	40,3%
Vérzés+fájdalom+láz	7	5,2%
Vérzés*+fájdalom+ájulásérzés	10	7,7%
Fájdalom (alhasi görcsök)	17	12,5%
Fájdalom+ájulásérzés	23	16,9%

\* a mensmenstruáció várt ideje utáni héten jelentkező, pecsételő jellegű vérzés, mely rendszeres vérzésbe megy át.

A kivizsgálás során talált leleteket foglalja össze az V. táblázat. A felvételi tapintási leletet tapintható érzékeny adnextumor és/vagy ledomborított Douglas esetén ítéltük pozitívnak. Közismert, hogy a betegek egy részénél adataink szerint 10 %-nál

a méhenkívüli terhességre figyelmeztető tapintási elváltozás felvételkor még nem észlelhető (csak később alakul ki), és a beteg későbbi, ismételt vizsgálatánál merül fel a méhenkívüli terhesség gyanúja. *Ortner* és *mtsai* közleményében még magasabb, 23%-os a negatív felvételi leletek aránya.

A méhenkívüli terhesség kivizsgálásánál rutin vizsgálat a terhességi reakció. Ettől csak az első nap operált rapid lefolyású esetekben tekintettünk el, illetve ha a tünetszegény extrauterin graviditás helyett más elváltozás (pl. ovárium cysta) miatt végeztünk műtet, s a laparotomia során derült ki a valós diagnózis. Összesen 50 betegnél történt terhességi reakció, ebből 70 %, lett pozitív, 30% negatív. Ez a találati arány sajnos sokat levon a reakció nyújtotta segítség értékéből. A mienkéhez hasonló 73 százalékos megbízhatóságról számolnak be *Elser* és *mtsai* is. *Ortner* és munkacsoportja még rosszabb, 50 százalékos pozitívítást talált méhen kívüli eseteiknél.

A Douglas punkció a legrégebben ismert és nagy biztonságú segítség (96 %-os pozitívítás). Hátránya, hogy az intakt extrauterin graviditást nem mutatja ki, tehát negatívítás esetén nem megbízható. (Ilyen esetben viszont a terhességi HCG teszt pozitívítása segítséget jelenthet a diagnosztika felállításában.)

## V. táblázat

## Vizsgálatok eredményei

	Vizsgálatok száma	Ebből pozitív	Ebből negatív
Tapintási lelet (felvételnél)	136	122=90%	14=10%
Terhességi reakció	50	35=70%	15=30%
Douglas punkció	103	99=96%	4=4%
Abrázio	29	23=79%	6=21%
Laparoszkópia	20	20=100%	0

Abráziót a 10 év alatt 29 betegnél végeztünk, méhenkívüli terhesség mellett. 23 alkalommal (79%), volt segítségünkre eredményével a kórisme alátámasztásában. 22 esetben deciduát, 1 esetben a panaszok progressziója mellett intrauterin terhességet kaptunk vissza leletként, mely utóbbi a későbbiekben szimultán terhességnek bizonyult.

A szövettani vizsgálat eredményeit a VI. táblázat részletezi. Kolos és mtsai szintén 10 éves eredményeiket foglalták össze, az általuk végzett 95 abrázióból azonban csak 49 (51%) adott pozitív eredményt. Zsolnai és Lapis, a decidua klinikai jelentőségéről írott közleményükben, az általuk vizsgált 10 éves időszakban 62,8%-ban találtak deciduát méhenkívüli terhességgel kezelt betegeiknél.

Legmegbízhatóbb vizsgálati eljárásnak osztályunkon az elmúlt 4 évben bevezetett laparoszkópia bizonyult. 100%-ban biztos volt, és segítségével találtunk 3 intakt méhenkívüli terhességet. Ortner és mtsai is ideális eljárásnak tartják a laparoszkópiát,

#### VI. táblázat

##### Abráziók szövettani eredménye

Decidua	22
Intrauterin terhesség (szimultán)	1
Endometritis chr.	1
Szabálytalan secretio	3
Proliferáció	1
Hyperplasia	1

#### VII.-táblázat

##### Milyen műtét történt?

Salpingectomia	100
Salpingectomia+ ovariumresectio	5
Salpingectomia + sterilisatio	6
Kétoldali salpingectomia (hydrosalpinx)	5
Resectio tubae	2
Adnexeotomia	15
Salpingectomia v. adnexectomia+méh teljes v. részleges eltávolítása	3

hasonló véleményen vannak Kolos és munkatársai is. Hughes a rupturált extrauterin graviditások számának csökkenését a laparoszkópos vizsgálatok kiterjesztésével hozza összefüggésbe, Bukovsky és mtsai az intakt méhenkívüli terhességek felismerése érdekében minden gyanú esetben laparoszkópiát végeznek, ez a kórismézési módszer szignifikánsan fokozta a méhkürt terhesség konzervatív kezelésére alkalmas intakt kürtterhességek arányát.

Betegeinknél 50% -ban bejövételű után azonnal, vagy a második napon megtörtént a műtét, míg másik felénél a kivizsgálás elhúzódott, a kórkép tisztázása hosszabb megfigyelést igényelt.

Ez az arány a laparoszkópiás vizsgálatok bevezetése óta javult. A kórisme felállítása után megoperáltuk betegeinket. A műtétek megoszlás az alábbi volt (VII. táblázat).

Az esetek 73%-ában egyszerű salpingectomiát végeztünk, de ha lehetőség nyílt rá., a méh vagy az ovarium ok kísérő elváltozásait is megoldottuk. Ha módunk nyílt, salpingectomia helyett a kürt reszekcióját végeztük a fertilitás minél kisebb mérvű csökkentése érdekében.

A műtétek során eltávolított preparátum kórszövettani feldolgozása az alábbi kórisméket mutatta (VIII táblázat),

A feldolgozott méhenkívüli terhességek közül 73 (53,7 %) volt jobb és 62 (46,3% ) bal oldali elhelyezkedésű.

A műtét során vagy közvetlen műtét után a betegek 30 % -a kapott vért. (IX táblázat).

#### Műteti kórszövettani kórismék

Tubaris abortus	94	69,3%
Ruptura tubae	35	25,7%
Tubeoovarialis graviditás	1	0,7%
Intramuralis graviditas	1	0,7%
Szimultán terhesség	1	0,7%
Intakt kürtterhesség	4	2,9%

Nem	800 ml v. kevesebb	1200 ml	1600 ml	1600 ml felett (max. 2400 ml)
96=70,5%	27=19,9%	9=6,6 %	2=1,5%	2=1,5%

### Megbeszélés

A méhenkívüli terhességről köztudott: hogy a legváltozatosabb tüneteket okozhatja, és rendkívül nehéz eldifferenciálni más kórképektől, melyek közül csak a méhenbelüli terhességet, a fenyegető vetélést, a függelékgyulladás, a metrorrhágiát és a Richter által 1962-ben leírt fájdalmas kora-terhességi syndromát említjük. Utóbbi terhesek 1%-ánál fordul elő. E spontán vagy hormonkezelésre rendeződő elváltozás erős, rupturált extrauterin graviditáshoz hasonló fájdalmakkal jár, s vizsgálatnál, a megnagyobbodott terhes uterus mellett cysticus nyomásérzékeny adnexumot lehet tapintani. A méhenkívüli terhesség kizárása ilyen esetben, hosszabb időt igényel [cit. 3].

A fentiekén túlmenően mindenkor gondolni kell a, társszakták kórképeire is. Sokszor a betegek körzeti orvoshoz, vagy más szakterületen dolgozó kollégához fordulnak panaszaikkal, így minden orvosnak eszébe kell hogy jusson, hogy az előtte álló beteg méhenkívüli terhességben is szenvedhet! A méhenkívüli terhesség kórismézésében elkülönítésében más kórképektől az általunk használt vizsgáló eljárások közül csak a laparoszkópia bizonyult tévedhetetlennek.

Mivel osztályunkon nincs ultrahang készülék, így az ultrahang-

vizsgálat diagnosztikai hasznáról nincs saját tapasztalatunk. Thurzó és mtsai szerint : bár értékes segítséget nyújt, de nem tévedhetetlen, s önmagában nem döntheti el a beteg további kezelését.

Az extrauterin graviditás diagnosztikájában és terápiájában a száz évvel ezelőttihez hasonló forradalmi átalakulás megy napjainkban végbe.

Említettük az általánosan használt terhességi reakció megbízhatatlanságát. Sajnos gyakori mind az ál-negatív, mind az ál-pozitív eredmény.

Az utóbbi években megtalálták az ellenszert : a hCG béta láncának (béta subunit) kimutatására alkalmas radioimmun és radioreceptor-assay eljárásokat dolgoztak ki, melyek tévedhetetlenül jelzik a terhességet. (A terhesség helyét már más módszerekkel kell eldönteni.)

1980-ban Seppällä és mtsai a radioimmun-assay gyors, már 2 óra alatt eredményt adó változatát ismer-tették. Hasonlóan biztosan jelzi a terhességet a terhességi béta 1 glikoprotein enzimimmun-assay útján történő kimutatása, utóbbi módszer előnye, hogy nem igényel izotóp labort és a szükséges kettek hosszasan tárolhatók [14].

A terhességi béta 1 glikoprotein már az inplantáció után 10—20 nappal ki-mutatható a terhesek szérumából.

A korai, biztos diagnózis az alapfeltétele a kürt terhesség forradalmian új, a fertilitást csak kevéssé, vagy

egyáltalán nem csökkentő új sebészeti kezelésnek, a konzervatív sebészetnek. Ezen sokat ígérő eljárás lényege, hogy a terhes kürtöt nem távolítják el, még csak nem is rezekálják, hanem a kürtöt az inaktív petezsák felett felmetszik, a petezsákot szívással eltávolítják, majd a sebet 5/0-ás nylon fonállal zárják. A műtét után naponta végeznek hydrotubatiót, egy hydrocortisont, ampicillint és prometazint tartalmazó oldattal, egészen a beteg távozásáig.

A műtét során az adhéziók oldásán kívül szükség esetén salpingoplasztikát is végeznek, ha úgy ítélik – a nem műtött oldalon is. Az eljárás eredményeként betegek 70%-ánál intrauterin terhesség követi a műtétet, 55%, élveszületéssel.

A méhen kívüli terhesség gyakorisága azonban az általános 0,5–1%-ról 10% körüli értékre növekszik [2, 12].

Ha a cikk elején elmondottakra gondolunk, hogy a betegek 1/3-ának még nincs gyermeke, s szülni szeretne, úgy hiszem nem kell az eljárás hasznát bizonygatni.

## Irodalom

1. Bäcker J.: Kimutatás a Kézmárszky tanár igazgatása alatt álló egyetemi I. Szülő- és Nőbeteg Klinika 1893. évi működéséről. *Orv. Hetil.* 38, 446 (1894). — 2. Bukovsky, I., Langer, R., Herman, A., Caspi, E.: Conservative Surgery for Tubal Pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 53, 709 (1979). — 3. El-ser, H., Leis, D., Eierman, W., Albrich, W., Lindenauer, N., Spindler, E.: Anamnese und Befunde bei 501 Frauen mit der Aufnahmediagnose Extrauterin-gravidität. *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 41, 556 (1981). — 4. Hallat, J. G.: Repeat ectopic pregnancy. A study of 123 conservative cases. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 122, 520 (1975). — 5. Hallat, J. G.: Ectopic pregnancy associated with the intrauterine device: A study of seventy cases. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 125, 754 (1976). — 6. Hughes, G. J.: The early diagnosis of ectopic pregnancy. *Br. J. Surg.* 85, 789 (1979). — 7. Kelly, M. T., Santos-Ramos, R., Duenhaelter, J. H.: The Value of Sonography in Suspected Ectopic Pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 53, 703 (1979). — 8. Keresztes L., Doffek J.: Extrauterin graviditás osztályunk 5 éves anyagában. *Magy. Nőorv. L.* 40, 68 (1977). — 9. Kolos. Á., Varjasy K., Sándor T.: Tíz év méhenkívüli terhességeinek tanulságai. *Magy. Nőorv. L.* 35, 88 (1975). — 10. Maklad, N. F., Wright, C. H.: Gray Scale Ultrasonography in the Diagnosis of Ectopic Pregnancy. *Radiology* 126, 221 (1978). — 11. Orther, A., Zech, H., Thöni, A., Dapunt, O.: Zur Frage der Diagnose der ektopischen Schwangerschaft. *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 42, 367 (1982). — 12. Rosenblum, J. M., Dowling, R. W., Barnes, A. C.: Treatment of tubal pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 80, 274 (1980). — 13. Sepp, I., Ranta, T., Tontti, K., Stenman, U. H., Chard, T.: Use of a rapid hCG-beta-subunit radio-immunoassay in acute gynecological emergencies. *Lancet*, 1; 165 (1980). — 14. Tatra, C. T. S., Polak, S., Nasr, F.: SP<sub>1</sub> und beta-HCG bei Verdacht auf ektopische Gravidität. *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 41, 359 (1981). — 15.: Thurzó L., Geller J.: Az ultrahang-vizsgálat lehetőségei és korlátai. méhenkívüli terhességben. *Orv. Hetil.* 122, 221.7 (1981). — 16. Zsolnai B., Lapis K. Adatok a méhnyálkahártya decidualis átalakulásának klinikai jelentőségéhez. *Magy. Nőorv. L.* 23, 95 (1960).
- P e t r ó c z i , I. Puskás E., Szathmáry, Gy.: Experiences with ectopic pregnancies during a 10 year period in our Department.
- The authors summarize the history of 136 women, who underwent operation because of ectopic pregnancies during a ten year period. They emphasize, that 32 percent of the women have not had previous successful deliveries. The most frequent complaints were haemorrhage and pain in the lower part of the abdomen (in about 40 percent of all cases). The authors point out the examinations necessary for the diagnosis. Laparoscopy is considered the most precise method, by which even intact extrauterine gravidity can be recognized. Three out of twenty cases examined by laparoscopy proved to be intact extrauterine gravidity. Authors discuss the results of beta-HCG and beta-1-glycoprotein measurements as the exact methods of pregnancy verification, and the benefit of the conservative surgery of the Fallopian tube.