

PREZENTARE DE CAZ

Sarcină abdominală asimptomatică, la termen, cu rezultat satisfăcător matern și fetal: caz clinic

Mihai Surguci¹, Luminița Mihalcean^{1,2*}, Petru Nedelciuc^{1,2}, Hristiana Caproș^{1,2}

¹Catedra de obstetrică și ginecologie nr. 2, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova;

²Catedra de obstetrică și ginecologie nr. 1, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova.

Data primirii manuscrisului: 20.03.2018

Data acceptării spre publicare: 11.11.2018

Autor corespondent:

Luminița Mihalcean, dr. șt. med., conf. univ.

Catedra de obstetrică și ginecologie nr. 1

Universitatea de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, 165, Chișinău, Republica Moldova, MD-2004

e-mail: luminita.mihalcean@yahoo.com

CASE REPORT

Asymptomatic abdominal pregnancy at term with good maternal and foetal outcome: case report

Mihai Surguci¹, Luminita Mihalcean^{1,2*}, Petru Nedelciuc^{1,2}, Hristiana Capros^{1,2}

¹Chair of obstetrics and gynaecology no. 2, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova;

²Chair of obstetrics and gynaecology no. 1, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova.

Manuscript received on: 20.03.2018

Accepted for publication on: 11.11.2018

Corresponding author:

Luminita Mihalcean, PhD, assoc. prof.

Chair of obstetrics and gynaecology no. 1

Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy

165, Ștefan cel Mare si Sfânt ave., Chisinau, Republic of Moldova, MD-2004

e-mail: luminita.mihalcean@yahoo.com

Ce nu este cunoscut, deocamdată, la subiectul abordat

Sarcina abdominală asimptomatică, dusă la termen și cu făt sănătos se întâlnește extrem de rar. Există un număr limitat de cazuri publicate.

Ipoteza de cercetare

Ținând cont de raritatea sarcinii abdominale asimptomatice, la termen, cu făt sănătos, prezentăm cazul clinic propriu.

Noutatea adusă literaturii științifice din domeniu

Cazul clinic prezentat unul din rarele cazuri de sarcină abdominală, la termen, cu făt sănătos, documentat în literatura de specialitate.

What is not known yet, about the topic

Asymptomatic abdominal pregnancy at term, with healthy foetus is rarely encountered. A limited number of isolated cases are published.

Research hypothesis

Taking into account the rarity of asymptomatic abdominal pregnancy at term, with healthy foetus, we present our own clinical case.

Article's added novelty on this scientific topic

The presented clinical case one of the rarest cases of asymptomatic abdominal pregnancy at term, with healthy foetus, described in the literature.

Rezumat

Introducere. Sarcinile abdominale asimptomatice se întâlnesc extrem de rar. În literatura din străinătate sunt publicate doar un număr limitat de cazuri izolate.

Material și metode. Autorii prezintă o observație clinică proprie a unui caz rar de sarcină abdominală asimptomatică, la termen, cu făt sănătos.

Rezultate. Este prezentat cazul unei gravide de 38 de ani cu termenul sarcinii de 41 de săptămâni de gestație, cu sarcină abdominală diagnosticată în timpul laparotomiei, care a

Abstract

Introduction. Abnormal asymptomatic pregnancies are rarely encountered. In the foreign literature only a limited number of isolated cases are published.

Material and methods. The authors present their own clinical observation of a rare case of asymptomatic abdominal pregnancy in term with a healthy foetus.

Results. The case of a 38-year-old pregnant woman with a pregnancy of 41 weeks of gestation, with abdominal pregnancy diagnosed during laparotomy was presented, which

fost externată la domiciliu în stare satisfăcătoare și cu un făt sănătos.

Concluzii. Monitorizarea antenatală a sarcinii, examenele ultrasonografice la termen ar trebui să stabilească acest tip de sarcină la termeni mult mai mici. Cu toate că probabilitatea este una foarte mică, sarcina abdominală ar trebui luată în considerație în cazurile suspecte. Deseori fiind acompaniată de complicații severe, rezolvarea sarcinii abdominale reprezintă o provocare pentru practicieni.

Cuvinte cheie: sarcină abdominală, laparotomie.

Introducere

Incidența sarcinii ectopice este de aproximativ 2% din numărul total de sarcini diagnosticate, constituind 10% din cauzele de deces matern. Există o varietate largă de implantare ectopică a produsului de concepție, în 95% de cazuri embrionul implantându-se în trompa uterină [1]. Doar în 1,6-2,0% din cazuri, sarcina ectopică este abdominală. În acest caz, implantarea are loc în cavitatea peritoneală [2]. Este foarte rar ca sarcina abdominală să survină. Deosebit de rare sunt cazurile în care sarcina avansează în termene mari și se finalizează benefic pentru mamă, cu un făt viu și sănătos.

Diagnosticul sarcinii abdominale este dificil și, uneori, este stabilit tardiv, ceea ce pune în pericol viața gravidei. Semnele clinice și acuzele pacientei care pot sugera prezența sarcinii abdominale sunt durerile abdominale, mișcările fetale care provoacă dureri gravidei, tulburările gastro-intestinale, prezența anormale ale fătului, colul uterin biologic imatur, sângerările vaginale și palparea unei formațiuni de volum strict distinctă de uter [3].

În caz de sarcină abdominală, adeseori, fătul este cu anomalii de dezvoltare, iar viața mamei este pusă în pericol. Mortalitatea maternă variază între 0,5-18%, iar mortalitatea perinatală variază între 40% și 95% [4].

Articolul descrie un caz clinic al unei gravide de 38 de ani, cu sarcină abdominală de 41 de săptămâni, diagnosticată în timpul laparotomiei și menajată cu succes, lăuza fiind externată la domiciliu în stare satisfăcătoare și cu făt sănătos.

Prezentare de caz

La secția de internare a Departamentului de Obstetrică și Ginecologie s-a adresat o gravidă de 38 de ani din regiune rurală, cu termenul sarcinii de 41 de săptămâni după prima zi a ultimei menstruații și miom uterin, la recomandarea medicului de familie, pentru aprecierea conduitei ulterioare a sarcinii și modalității nașterii. La momentul adresării, pacienta nu prezenta acuze. Sarcina a decurs fără particularități. Din anamneză, a avut un avort medical la termenul de 7 săptămâni de amenoree, iar după acest avort, timp de cinci ani, a folosit ca metodă de contracepție dispozitivul intrauterin. Ulterior, timp de zece ani, s-a tratat de infertilitate. În timpul sarcinii prezente, a efectuat ultrasonografie în primul trimestru și s-a stabilit diagnosticul de miom uterin. În sarcina prezentă, a frecventat regulat medicul de familie și ginecologul, conform programului național de îngrijire antepartum a gravidei. A fumat la în-

was discharged at home in a satisfactory condition and with a healthy foetus.

Conclusions. Prenatal pregnancy monitoring, term ultrasound examinations should establish this type of pregnancy at much lower terms. Although the probability is very small, the abdominal pregnancy should be taken into account in suspicious cases. Often accompanied by severe complications, solving abdominal pregnancy is a challenge for practitioners.

Key words: abdominal pregnancy, laparotomy.

Introduction

The incidence of ectopic pregnancy is approximately 2% of the total number of diagnosed pregnancies, accounting for 10% of the causes of maternal death. There is a wide variety of ectopic implantation of the conception product. In 95% of cases, the embryo implanted into the uterine tube [1]. Only 1.6-2.0% of cases of ectopic pregnancy are abdominal. In that case, implantation takes place in the peritoneal cavity [2]. It is very rare for abdominal pregnancy to occur, and even rarer are cases where pregnancy progresses over long periods of time and finishes safe for mother and with a living and healthy foetus.

Diagnosis of abdominal pregnancy is difficult and sometimes is late, that is life threatening for pregnant women. Symptoms that may suggest the presence of abdominal pregnancy are abdominal pain, foetal movements that cause pain to gravida, gastrointestinal disorders, abnormal foetal presentation, immature biological uterine cervix, vaginal bleeding, and palpation of a volume formation that can be strictly distinct to the uterus [3].

In case of abdominal pregnancy, the foetus is often with development abnormalities and the mother's life is endangered. Maternal mortality varies between 0.5-18% and perinatal mortality varies between 40% and 95% [4].

This article describes a clinical case of a 38-year-old pregnant woman with a 41-week abdominal pregnancy diagnosed during a successfully treated laparotomy, who had left from the hospital at home in a satisfactory condition and with healthy foetus.

Case presentation

To the Department of Obstetrics and Gynecology came a 38-year-old pregnant woman with a 41-week pregnancy term after the first day of the last menstrual period and the uterine myoma, at the recommendation of the family doctor to assess subsequent pregnancy and the way birth. At the moment of addressing, the patient did not have any complains. The current pregnancy went without any particularities. From medical history: she had had a medical abortion at 7 weeks of amenorrhea, and after that, she had used an intrauterine device as a contraceptive method for five years. Then, for ten years, she was treated for infertility. During the pregnancy, she had performed ultrasonography in the first trimester and diagnosis of the uterine myoma was established. In her current

ceputul sarcinii. Examenul ultrasonografic, efectuat la 13 și 20 de săptămâni gestaționale, arăta o evoluție fiziologică a sarcinii, fără suspiciuni pentru o implantare patologică a produsului de concepție. Gravida a adăugat pe parcursul sarcinii 19 kg. La examenul obiectiv, starea gravidei era satisfăcătoare, cu edeme pe gambe, temperatura corpului fiind de 36,7°C, puls – 78 bătăi pe minut, PA – 135/80 mmHg. Palparea după Leopold sugera prezență craniană anterioară, situs longitudinal al fătului, frecvența bătăilor cordului fetal de 146 de bătăi pe minut. Examenul vaginal a relatat un col uterin biologic nepregătit, deviat anterior.

La palpate, abdomenul era moale. Analiza generală de sânge și coagulograma erau în limitele normei. Ultrasonografia a indicat fără dificultăți tehnice un singur făt, care corespundea termenului de 39 de săptămâni de gestație, cu cordonul umbilical în jurul gâtului, prezență craniană. Placenta situată pe peretele anterior, non-previa, lichidul amniotic în volum normal. Pe peretele posterior al uterului – un nod miomatos interstițial de 52×33 mm, pe peretele uterin anterior – un nod subseros interstițial de 61×55 mm.

Având în vedere că pacienta era primipară la vârsta de 38 de ani, termenul sarcinii de 41 de săptămâni, colul uterin biologic imatur, anamneza obstetricală complicată (infertilitate timp de 10 ani) și miom uterin, s-a decis de finalizat sarcina prin operație cezariană programată.

În mod programat, a doua zi de la internare, s-a efectuat laparotomie transversală suprapubiană. După deschiderea cavității abdominale, s-a depistat sarcină abdominală localizată pe partea stângă a uterului, uterul fiind cu multipli noduli miomatoși. S-a efectuat amniotomie. Lichidul amniotic era transparent, fără miros patologic. S-a extras de piciorușe un făt viu, de gen feminin, cu greutatea de 3000 g, scor Apgar 8 puncte la prima minută de viață și 8 puncte la a cincea minută de viață. Uterul avea multipli noduli miomatoși, mărit la aproximativ 16 săptămâni. Placenta era aderată de anexele din stânga, oment, rebordul stâng al uterului și peretele bazinului. Instrumental dificil, s-a efectuat detașarea placentei și sacului amniotic de organele adiacente, s-au pensat și înlăturat anexele din stânga, cu dificultăți tehnice. A fost efectuată rezecția parțială a omentului și suturarea lui. Având în vedere uterul cu multipli noduli miomatoși și aderarea placentei de rebordul uterin stâng și, deoarece, după detașarea placentei loja placentară sângera, s-a luat decizia de a efectua histerectomie subtotală, cu anexele din stânga (Figura 1). Cavitatea abdominală s-a drenat cu două tuburi de dren. Hemoragia totală în timpul intervenției chirurgicale a fost de 1200 ml.

Nou-născutul a fost complet examinat de către pediatru și a fost diagnosticat sănătos, fără anomalii congenitale sau malformații.

După operație, pacienta a fost transferată în Secția de Anestezie și Terapie intensivă, unde a urmat tratament antibacterian, repleție volemică, analgezie, transfuzie de concentrat eritrocitar 2 unități și de corecție a deficitului factorilor de coagulare cu o doză de plasmă proaspăt congelată. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații, cu ameliorare în dinamică, febră nu a făcut. S-a transferat în Secția de Lăuzie la a

pregnancy, she regularly attended the family doctor and gynaecologist, according to the national pregnancy antepartum care program. He smoked at the beginning of pregnancy. The ultrasound examination performed at 13 and 20 gestational weeks showed a physiological evolution of the pregnancy, without suspicion of a pathological implantation of the conception product. She had added 19 kg during pregnancy. At the objective examination, pregnancy status was satisfactory, swelling on calves, body temperature 36.7°C, pulse rate 78 beats per minute, AP – 135/80 mmHg. Leopold manoeuvres suggested anterior cephalic presentation, longitudinal lying of the foetus. Foetal hearth rate of 146 beats per minute. Pelvic examination revealed the anterior deviation of the immature cervix.

Palpation revealed a non-tender abdomen. General blood analysis and coagulation were within the limits of the norm. The sonogram had shown with difficulties a single live foetus at 39 weeks, umbilical cord around the neck, cephalic presentation, anterior, non-*praevia* placenta, and normal volume of amniotic fluid. On the posterior wall of the uterus – an interstitial node 52×33 mm, on the anterior wall – a subserous interstitial node 61×55 mm.

Since the patient was primiparum at the age of 38, the pregnancy term of 41 weeks, the immature biological uterine cervix, the complicated obstetric anamnesis (infertility 10 years), and the uterine myoma, was decided to finish this pregnancy by scheduled caesarean section.

On the second day of admission, a suprapubic transversal laparotomy was performed. After the opening of the abdominal cavity, was finding an abdominal pregnancy, localized on the left side of the uterus. The uterus – with multiple fibroids nodules. Amniotomy was performed. Amniotic fluid was transparent, with no pathological odour. A live female foetus, weighing 3000 g was delivered through foot traction. Apgar score 8 points on the first minute of life and 8 points on the fifth minute of life. The uterus had multiple myomatic nodules, enlarged at about 16 weeks. The placenta was joined by left-hand annexes, omentum, left umbilicus and basin wall. The instrumental detachment of the placenta and the amniotic sac from the adjacent organs were very difficult. As a result, left annexes with technical difficulties were twisted and removed. The partial resection of the omentum and its suturing was performed. Considering the uterus with multiple myoma nodules, adherence of the placenta to the left uterine rebord, and because after the placental detachment the placental lobe bleeds, it was decided to perform subtotal hysterectomy with the left annexes (Figure 1). The abdominal cavity was drained with two drain tubes. Total bleeding during surgery was 1200 ml.

The new-born was thoroughly screened by the neonatology staff and found to be healthy with no congenital anomalies or deformities.

After the surgery, the patient was transferred to the Intensive Care Unit, where was performed an antibacterial and analgesic treatment. Also, fluid replacement and two packs of RBC was administered. The correction of coagulation fac-



Fig. 1 Uter de dimensiuni normale și placenta implantată pe un segment de intestine și cornul uterin drept.
Fig. 1 Normal sized uterus and placenta implanted on segment of bowel and right uterine cornus.

doua zi postoperatorie, în stare satisfăcătoare. S-a externat la domiciliu împreună cu copilul în stare satisfăcătoare la a 6-a zi postoperatorie.

La examenul histologic al placentei, s-a constatat edem, hipertrofia miofibrilelor, hemoragii perivasculare, interstițial – limfocite discrete, sectoare de fibroleiomiom, hipervascularizarea vaselor, hemoragii intervillozitate.

Discuții

În pofida avansării medicinei contemporane, sarcina ectopică rămâne una dintre cauzele principale de deces matern și la începutul secolului XXI. Incidența acestei complicații a sarcinii depinde de disponibilitatea tratamentului precoce în sarcină, de frecvența acestei nozologii în populație, de folosirea tehnicilor de reproducere asistată și, nu în ultimul rând, de gradul de suspiciune al celor ce urmăresc evoluția sarcinii [5]. Aproape toate sarcinile abdominale apar ca urmare a rupturii precoce de trompă sau a avortului tubar. Sarcina abdominală se întâlnește, totuși, foarte rar în practica medicală, iar în cazul nostru, aceasta a avansat până la 41 de săptămâni, cu un făt viu, fără anomalii congenitale.

Conform datelor literaturii, placenta, după ce a penetrat peretele oviductului, se menține atașată prin implant de seroasa din vecinătate. În același timp, fătul continuă să crească în cavitatea peritoneală. În cazul clinic descris de noi, placenta era aderată de anexele din stânga, oment, rebordul stâng al uterului și peretele bazinului. Aceasta ne permite să concluzionăm că sarcina, inițial, s-a implantat în trompa stânga, care, ulterior, a suferit o ruptură precoce.

În pofida faptului că gravida s-a aflat sub supravegherea medicului de familie pe parcursul sarcinii și a efectuat 3 ultrasunografii, nu a fost posibil de identificat prezența abdominală a sarcinii în perioada antenatală. Acest fapt s-a constatat doar în timpul laparotomiei. Și mai derutant a fost faptul, că gravida pe toată durata sarcinii a fost asimptomatică, iar simptomele

tors deficit made with a dose of freshly frozen plasma. The post-surgical period went uncomplicated, with improvement in dynamics. The patient did not develop fever. Patient was transferred to the General Care Department on the second day in satisfactory condition. She left hospital with the child in a good condition on the 6th postsurgical day.

Histological examination of placenta revealed oedema, myofibril hypertrophy, perivascular haemorrhage, discrete interstitial lymphocytes infiltrates, small areas of fibro leiomyoma, vascular hyper vascularization and intervillary haemorrhage.

Discussion

Despite the developing of contemporary medicine, ectopic pregnancy remains one of the main causes of maternal death at the beginning of 21st century. The incidence of this complication of pregnancy depends on the availability of early treatment in pregnancy, the frequency of this nosology in the population, the use of assisted reproductive techniques and, last but not least, the degree of suspicion of those who follow the evolution of pregnancy [5]. Almost all abdominal gestations occur as a result of early fallopian tubes rupture or tubal abortion. However, abdominal pregnancy is rarely encountered in medical practice, and in that case, it has advanced up to 41 weeks with a living foetus without congenital abnormalities.

According to literature data, placenta after penetrating the oviduct wall, it is kept attached by the adjacent serum by implantation. At the same time, the foetus continues to grow in the peritoneal cavity. In the clinical case that was described, the placenta was adhered to the left uterine side, left annexes, omentum and basin wall. This allows us to conclude that the initial load was implanted in the left fallopian tube, which subsequently suffered an early rupture.

Despite the fact that the pregnant woman was under the supervision of the family doctor during pregnancy and performed 3 ultrasounds, it was not possible to identify the pre-

de sarcină abdominală nu au fost specifice. Chiar și în cele mai clasice cazuri de sarcină abdominală, cu un examen ultrasonografic corect interpretat, pot exista erori de diagnostic, care au fost descrise în literatură [6].

Examenul radiologic poate confirma o suspiciune de sarcină abdominală prin introducerea ecoghidată a unei substanțe opace în uter. Fătul se vizualizează, însă, el se plasează înafara cavității uterine. Tehnica dată, însă, este periculoasă dacă fătul se află în uter. O altă metodă de confirmare a sarcinii abdominale suspectate la ultrasonografie este rezonanța magnetică nucleară, care pare a fi cea mai sigură tehnică de confirmare a acestui diagnostic. În cazul nostru, sarcina abdominală nu s-a suspectat la ecografie, de aceea nu s-au considerat necesare alte metode de investigații.

Palparea abdominală preoperatorie a fost și ea eronat interpretată, deoarece gravida a adăugat exagerat în greutate pe parcursul sarcinii. Respectiv, dificil a fost de diferențiat părțile fetale de uterul propriu-zis, iar situsul fetal era longitudinal, în prezență cefalică.

În cazul nostru, deoarece pacienta era primipară la vârsta de 38 de ani, termenul sarcinii de 41 de săptămâni, colul uterin biologic imatur, anamneza obstetricală complicată (infertilitate timp de 10 ani) și miom uterin, s-a decis rezolvarea cazului prin operație cezariană programată.

Tratamentul chirurgical al sarcinii abdominale la termen este unica opțiune, dar poate provoca hemoragii masive. Hemoragia masivă este consecința pierderii de sânge prin vasele deschise, hipertrofiate, care nu se închid după înlăturarea placentei. Unii autori, pentru micșorarea riscului hemoragiei, propun lăsarea pe loc a placentei, involuția ei fiind monitorizată prin ecografie și dozarea concentrațiilor hormonilor placentari, în special a β -HCG [7, 8]. Folosirea metotrexatului cu scop de grăbire a involuției placentei este controversată, deoarece sunt păreri că acesta poate provoca distrucția accelerată a placentei, cu acumularea masivă de țesut necrotic, cu risc sporit de infectare și formare a abscesului abdominal.

În cazul clinic descris, în timpul intervenției chirurgicale, placenta și sacul amniotic s-au detașat dificil de pe anexele din stânga, oment, rebordul stâng al uterului și peretele bazinului, uterul fiind cu multipli noduli miomatoși. Deoarece loja placentară sângera, intraoperator s-a luat decizia de efectuat anexectomie pe stânga, cu histerectomie subtotală și rezecția parțială a omentului și suturarea lui.

Concluzii

Acest caz clinic atipic de sarcină abdominală asimptomatică, la termen, diagnosticată în timpul laparotomiei, în pofida monitorizării antenatale de rutină, demonstrează un gol semnificativ în diagnostic. Diagnosticul sarcinii abdominale este dificil, însă monitorizarea strictă a stării gravidei, cu identificarea semnelor și simptomelor caracteristice, împreună cu examenul ultrasonografic și testarea β -HCG, ar putea fi relevante. Clinicienii și imagiștii ar trebui mereu să țină cont de această posibilitate în timpul examinării de rutină a pacientelor.

Sarcina abdominală este frecvent asociată cu hemoragii

de sarcină abdominală în timpul perioadei antenatale. Acest lucru a fost observat doar în timpul laparotomiei. Chiar mai confuz a fost faptul că pacienta în timpul sarcinii nu prezenta simptome specifice de sarcină abdominală. În cele mai clasice cazuri de sarcină abdominală cu un examen ultrasonografic corect interpretat, pot exista erori de diagnostic descrise în literatură [6].

Examenul radiologic poate confirma o suspiciune de sarcină abdominală prin introducerea unei substanțe opace în uter. Fătul este vizualizat, dar este plasat înafara cavității uterine. Tehnica este periculoasă dacă fătul este în uter. O altă metodă de confirmare a sarcinii abdominale suspectate la ultrasonografie este rezonanța magnetică nucleară (MRI), și pare să fie cea mai sigură tehnică de confirmare a acestui diagnostic. În cazul nostru, sarcina abdominală nu a fost suspectată la ultrasonografie, de aceea nu s-au considerat necesare alte metode de investigații.

Palparea abdominală preoperatorie a fost și ea eronat interpretată, deoarece gravida a adăugat exagerat în greutate pe parcursul sarcinii și a fost dificil de diferențiat părțile fetale de uterul propriu-zis, iar situsul fetal era longitudinal în prezență cefalică.

În cazul nostru, deoarece pacienta era primipară la vârsta de 38 de ani, termenul sarcinii de 41 de săptămâni, colul uterin biologic imatur, anamneza obstetricală complicată (infertilitate 10 ani), și miom uterin, s-a decis rezolvarea cazului prin operație cezariană programată.

Tratamentul chirurgical al sarcinii abdominale la termen este unica opțiune, dar poate provoca hemoragii masive. Hemoragia masivă este consecința pierderii de sânge prin vasele deschise, hipertrofiate, care nu se închid după înlăturarea placentei. Unii autori, pentru micșorarea riscului hemoragiei, propun lăsarea pe loc a placentei, involuția ei fiind monitorizată prin ecografie și dozarea concentrațiilor hormonilor placentari, în special a β -HCG [7, 8]. Folosirea metotrexatului cu scop de grăbire a involuției placentei este controversată, deoarece sunt păreri că acesta poate provoca distrucția accelerată a placentei, cu acumularea masivă de țesut necrotic, cu risc sporit de infectare și formare a abscesului abdominal.

În cazul clinic descris, în timpul intervenției chirurgicale, placenta și sacul amniotic s-au detașat dificil de pe anexele din stânga, oment, rebordul stâng al uterului și peretele bazinului, uterul fiind cu multipli noduli miomatoși. Deoarece loja placentară sângera, intraoperator s-a luat decizia de efectuat anexectomie pe stânga, cu histerectomie subtotală și rezecția parțială a omentului și suturarea lui.

Concluzii

Acest caz clinic atipic de sarcină abdominală asimptomatică, la termen, diagnosticată în timpul laparotomiei, în pofida monitorizării antenatale de rutină, demonstrează un gol semnificativ în diagnostic. Diagnosticul sarcinii abdominale este dificil, însă monitorizarea strictă a stării gravidei, cu identificarea semnelor și simptomelor caracteristice, împreună cu examenul ultrasonografic și testarea β -HCG, ar putea fi relevante. Clinicienii și radiologii trebuie să țină cont de această posibilitate în timpul examinării de rutină a pacientelor.

severe, infecții, abcese, aderențe, ocluzii intestinale etc., de aceea, conduita sarcinii abdominale la termen avansat reprezintă o adevărată provocare chiar și pentru cei mai experimentați practicieni.

Declarația de conflict de interese

Nimic de declarat.

Contribuția autorilor

Toți autorii au participat în mod egal la elaborarea și scrierea acestui manuscris. Versiunea finală a fost citită și aprobată de toți autorii.

Referințe / references

1. Cunningham F, Gant N., Leveno K. *et al.* Ectopic Pregnancy (pp. 899-902). In: Williams Obstetrics. McGraw-Hill Editions, 2001.
2. Badria L., Amarin Z., Jaradat A., Zahawi H., Gharaibeh A., Zobi A. Full-term viable abdominal pregnancy: a case report and review. *Arch. Gynecol. Obstet.*, 2003; 268 (4): 340-2.
3. Jianping Z., Fen L., Qiu S. Full-term abdominal pregnancy. A case report and review of the literature. *Gynecol. Obstet. Invest.*, 2008; 65 (2): 139-141.
4. Stevens C. Malformations and deformations in abdominal pregnancy. *Am. J. Med. Genet.*, 1993; 47 (8): 1189-1195.
5. Zhang J., Li F., Sheng Q. Full-term abdominal pregnancy: a case report and review of the literature. *Gynecol. Obstet. Invest.*, 2008; 65 (2): 139-41.
6. White R. Advanced abdominal pregnancy – a review of 23 cases. *Ir. J. Med. Sci.*, 1989; 158 (4): 77-8.
7. Amritha B., Sumangali T., Priya B., Deepak S., Rai S. A rare case of term viable secondary abdominal pregnancy following rupture of a rudimentary horn. A case report. *J. Med. Case Reports*, 2009; 3: 38.
8. Varma R., Mascarenhas L., James D. Successful outcome of advanced abdominal pregnancy with exclusive omental insertion. *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 2003; 21 (2): 192-4.

always bear this possibility in mind during routine patient evaluation.

Abdominal pregnancy is commonly associated with severe bleeding, infections, abscesses, adhesions, intestinal occlusions etc., therefore, advanced abdominal pregnancy is a real challenge even for the most experienced practitioners.

Declaration of conflicting interests

Nothing to declare.

Authors' contribution

All authors participated equally in the elaboration and writing of the manuscript. The final version of the manuscript has been read and approved by all authors.