

VOLTYDSE EKSTRA-UTERINE SWANGERSKAP*

J. P. DU TOIT, M.B., CH.B. (KAAPSTAD) en J. N. DE VILLIERS, M.O. & G. (KAAPSTAD), M.R.C.O.G.

Departement Verloskunde en Ginekologie, Universiteit van Stellenbosch en Karl Bremer-Hospitaal, Bellville, Kp.

Daar is altyd iets merkwaardigs omtrent 'n voltydse ekstra-uterine swangerskap. Vir die verloskundige lê die uitdaging in die vroeë diagnose, die korrekte behandeling en die moontlikheid van 'n lewendige baba.

Voorkoms

Dit is 'n seldsame toestand. Voorkomssyfers varieer van 1 : 500 tot 1 : 15,000 gevalle.^{1,2,4,8,9} Die gemiddelde voorkoms is 1 : 3,000. Daar bestaan geen twyfel dat dit meer dikwels voorkom in oningeligte gemeenskappe waar deur onkunde en vooroordeel nie van die beskikbare obstetrisiese en ginekologiese dienste gebruik gemaak word nie, soos blyk uit die feit dat Charlewood en Culiner⁷ 52 gevalle onder die Bantoes van die Rand rapporteer oor 'n tydperk van 20 jaar. Die voorkoms aan die Karl Bremer-Hospitaal vanaf Oktober 1956 tot Augustus 1959 was 4 : 4,538, d.w.s. 1 : 1,134 gevalle.

* Lesing gelewer tydens die Derde Jaardag van die Mediese Skool van die Universiteit van Stellenbosch en die Karl Bremer-Hospitaal, Bellville, Kp., op 8 en 9 Oktober 1959.

Klassifikasie

A. Abdominale swangerskap: (1) Primêr abdominaal; en (2) Sekondêr abdominaal—(a) buis, (b) ovarium, en (c) uterus.

B. Ovariale swangerskap.

C. Voltydse swangerskap in die buis van Fallopius.

Dit is dikwels moeilik om vas te stel of die abdominale tipe primêr of sekondêr is omdat by voltyd die anatomie so verwronge is dat dit moeilik is om te bepaal waar die primêre inplanting van die bevrugte ovum was.

Die gevare aan die toestand verbonde is dat die moederlike mortaliteit hoër is as met intra-uterine swangerskap en dat die fetale mortaliteit en voorkoms van fetale abnormaliteite geweldig styg. Die fetale mortaliteit varieer van 41% tot 90%.^{1,8,9} Die voorkoms van fetale abnormaliteite in lewendiggebore babas is $\pm 38\%$.¹

Vier gevalle wat in die Departement Verloskunde en Ginekologie in die Karl Bremer-Hospitaal tot Augustus 1959 toegelaat is, word kortliks beskryf.

Geval 1

M.J., Kleurlingvrou. Gravid 2, para 1. 21 jaar oud. Die pasiënt, 'n noodgeval van Albertina af, is op 21 Desember 1956 toegelaat. Haar laaste normale stonde was in Januarie 1956. Op 2 maande swangerskap het sy 'n episode van abdominale krampe en braking ondervind. Vir die voorafgaande 8 weke het sy geen fetale bewegings meer gevoel nie, en sedert daardie tyd het sy 'n bloederige vaginale afskeiding gehad. Twee dae voor toelating is 'n onsuksesvolle mediese induksie van kraam gedoen.

Met buikondersoek was daar 'n stuitligging, die fetale dele was moeilik tasbaar en geen fetale hartklanke is gehoor nie. Met vaginale ondersoek was die serviks lank, het een vinger toegelaat, en geen fetale dele kon per vagina gevoel word nie.

Röntgenondersoek van die buik het die fetus in 'n abnormale houding getoon; daar was 'n positiewe Spaldingteken en histerosalpingogram het die diagnose van ekstra-uterine swangerskap bevestig (Afb. 1).



Afb. 1. Histerosalpingogram. Fetale skedel met positiewe Spaldingteken. Normale uterus met linker-buis kan gesien word.

Met laparotomie is 'n dooie fetus intraperitoneaal in 'n sak gevind wat vas was aan die regter-buis, ovarium en fundibulopelviëse ligament. Die plasenta en fetus is as geheel verwyder.

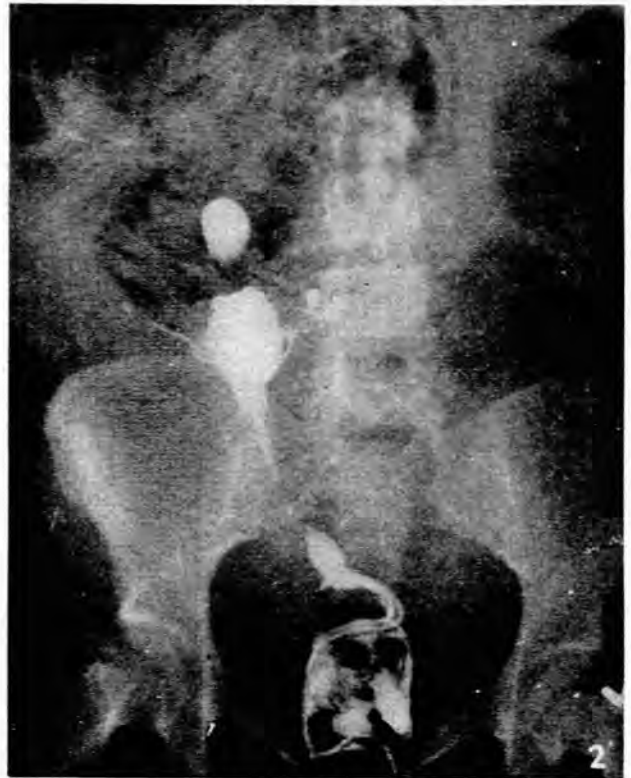
Die post-operatiewe verloop van die pasiënt was sonder enige komplikasies en sy is op die 12e post-operatiewe dag ontslaan.

Geval 2

J.L., Kleurlingvrou. Gravid 2, para 1. 21 jaar oud. Die pasiënt is toegelaat as 'n noodgeval van Van Rhynsdorp af op 19 Augustus 1958, op 34 weke tyd. Met haar vorige swangerskap is 'n keisersnee gedoen, maar sy het nie geweet wat die indikasie daarvoor was nie. In haar huidige swangerskap het sy op 3 maande tyd akute abdominale pyne ondervind wat na 'n week opgeklaar het, maar gevolg is deur 'n bloederige vaginale afskeiding wat 'n paar maande lank geduur het. Sedert 2 weke voor toelating het sy aanhoudende onderbuikpyn gegaard met hoë koors en braking, gehad. Drie dae voor toelating het sy begin etter dreineer deur 'n sinus in die ou keisersnit-litteken en per vagina.

Met buikondersoek was daar 'n sinus waardeur etter gedreineer het. 'n Massa kon in die regter bobuik gevoel word en daar was spierspanning. Geen fetale dele was tasbaar nie en geen fetale hartklanke kon gehoor word nie. Met vaginale ondersoek was sy baie teer en etter het deur die eksterne os van die serviks gedreineer.

Röntgenondersoek het 'n vae massa met fetale dele daarin in die regterbuik getoon en met kleurstof is aangedui dat die abdominale fistel en die serviks aaneenlopend is en verbind is aan die massa met die fetale dele daarin (Afb. 2).



Afb. 2. Kleurstof deur eksterne os ingespuut toon dat abdominale sinus, sak met fetus, en serviks aaneenlopend is.

Nadat die pasiënt se koors normaal was, is 'n laparotomie gedoen. 'n Sak gevul met etter en 'n gemassereerde fetus is in die peritoneale holte gevind. Die fetus en 'n gedeelte van die sak is stuk vir stuk verwyder. Die plasenta is nie verwyder nie. 'n Dreineringsbuis is ingelaat.

Die post-operatiewe verloop was sonder voorval en die pasiënt is op die 22ste dag na die operasie ontslaan.



Afb. 3. Edeem van vulva.

Geval 3

T.B., Kleurlingvrou. Gravida 2, para 1. 30 jaar oud. Die pasiënt is as 'n noodgeval toegelaat van Clanwilliam af op 6 April 1959, met die geskiedenis dat sy met bedrus behandel is vir ernstige pre-eklamptiese toksemie oor die afgelope maand, sonder enige verbetering. Die datum van haar laaste normale stonde was onbekend. Sy het geen ander klagtes gehad nie. Met ondersoek was die bloeddruk 170/110 mm. Hg. Daar was geweldige edeem van die bene en buikwand, en veral van die vulva (Afb. 3). Met ondersoek van die urine was dit solied met eiwit, en urine-uitskeiding was minder as 30 c.c. per uur.

Buikondersoek: 38 weke swanger met 'n skuinsligging. Die fetale dele was moeilik tasbaar en die fetale hartklanke duidelik en gereeld. 'n Vaginale ondersoek is nie gedoen nie weens die noodsaaklikheid van 'n keisersnee vir dreigende eklampsie en oligurie.

Met operasie is 'n voltydse ekstra-uterine swangerskap gevind (Afb. 4). 'n Lewendige fetus is uit 'n sak verwyder—gewig 7 pd.



Afb. 4. Laparotomie. Effens vergrote uterus met ekstra-uterine sak met fetus daarin sigbaar.

11 oz. Ons was genoodsaak om die plasenta te verwyder aangesien gedeeltelike loslating gepaard met bloeding plaasgevind het. Die plasenta was in die regter-breë-ligament en in die proses van verwydering van die plasenta is die regter-ureter beseer en herstel. 'n Dreineringsbuis is ingelaat.

Post-operatief het die pasiënt 17 dae lank 'n swaaiende koors gehad. Die politiebuisie is op die 14e dag uit die regter-ureter verwyder. Voor ontslag het 'n binnearse piëlogram getoon dat die regter-nier goed funksioneer. Op die 28ste dag na operasie is die moeder en baba ontslaan. Daar was geen fetale abnormaliteite nie.

Geval 4

J.S., Kleurlingvrou. Primigravida. 24 jaar oud. Die pasiënt is toegelaat as 'n noodgeval op 36 weke swangerskap met 'n geskiedenis van abdominale pyn en pynlike fetale bewegings gedurende die voorafgaande 4 maande.

Met buikondersoek was daar 'n dwarsligging. Die fetale dele was baie prominent en die fetale hart duidelik hoorbaar.

Met vaginale ondersoek was die serviks hard, toe, opgetrek en het 'n ekstra-uterine swangerskap aangedui. Röntgenondersoek en histerosalpingogram was ook suggestief van ekstra-uterine swangerskap.

Laparotomie is gedoen en 'n lewende, vroulike fetus is intra-peritoneaal buitekant die sak gevind. Die fetus, wat 3 pd. 6 oz. geweg het, is verwyder. Die plasenta is as geheel verwyder (Afb. 5).



Afb. 5. Effens vergrote uterus. Plasenta in peritoneale holte voordat dit verwyder is.

Die post-operatiewe verloop van die pasiënt was sonder enige voorval.

Die baba het bilaterale klompvoete gehad, sowel as 'n sternomastoidede tumor aan die linkerkant. Die baba is later in 'n goeie toestand ontslaan.

DIAGNOSE

Dit is van die uiterste belang om so ver as moontlik die diagnose pre-operatief te maak. Soms is dit egter 'n baie moeilike probleem.

Die belangrikste punt in die diagnose is miskien om altyd die moontlikheid van 'n ekstra-uterine swangerskap in gedagte te hou. Die pre-operatiewe diagnose word in $\pm 50\%$ van gevalle gemaak.

Punte van Belang in die Diagnose**Die Geskiedenis**

1. Daar is dikwels 'n vorige geskiedenis van onvrugbaarheid of van vorige miskraam gevolg deur bekkensepsis. In hierdie reeks was dit nie die geval nie.

2. Episodes van laer abdominale pyn en/of vaginale bloeding gedurende die vroeë maande van swangerskap, soms gepaard met braking en floutes.

3. Vae en/of erger abdominale pyn gedurende die laaste maande van swangerskap en pynlike fetale bewegings.

4. Oortyd.

5. Voortydse fetale dood.

Met Ondersoek

1. Abnormale liggings, waarvan dwars- of skuinsligging die algemeenste voorkom. Ook die feit dat die fetus hoog op in die buikholte lê mag van belang wees.

2. Fetale dele wat baie maklik tasbaar is en baie harde fetale hartklanke mag van hulp wees.

3. 'n Serviks wat hard en toe is en nie opgeneem is nie en 'n serviks wat heeltemal verplaas is, is in die meeste gevalle die belangrikste diagnostiese bevinding.

4. In sommige gevalle kan die uterus, of altans 'n kleiner massa, abdominaal of vaginaal apart van die fetus gevoel word.

Spesiale Ondersoekes wat van Waarde is

1. *Röntgenfoto's van buik.* Dit is soms 'n sterk aanduiding, maar nie altyd van waarde nie. Punte waarvoor opgelet kan word, is: (a) Abnormale ligging—abnormale houding, bv. ledemate in posisies van ekstensie wat nie moontlik is binne 'n uterus nie; (b) afwesigheid van uterine skaduwee; en (c) soms gooi die nie-swanger uterus 'n baie duidelike skaduwee.

2. *Histerosalpingogram.* Mits dit versigtig gedoen word kan dit nie veel skade aanrig met 'n intra-uterine swangerskap nie. Dit kan in 'n groot persentasie van gevalle die diagnose beklink deur 'n klein uterus apart van die fetus te toon.

3. *Inspuiting met pitosien* om te sien of die uterus om die massa saamtrek, kan ook van waarde wees.

BEHANDELING

Die fetus kan te enige tyd sterf, maar hoe nader aan voltyd hoe hoër is die mortaliteit.¹ Om hierdie rede is dit belangrik om sodra die diagnose gemaak word, 'n laparotomie te doen. Soms kan daar 'n bietjie gewag word as die fetus nog baie voortyd is, maar dit mag slegte gevolge hê.

Voordat laparotomie gedoen word, moet gesorg word dat genoeg bloed beskikbaar is en dat die pasiënt se hemoglobien hoog genoeg is. Nadat die fetus verwyder is moet besluit word of die plasenta verwyder moet word of nie. Dit ly geen twyfel dat die pasiënt post-operatief beter vaar as die plasenta geheel en al verwyder word nie, maar die prosedure kan in sommige gevalle baie gevaarlik wees, veral as onbeheerbare bloeding volg.^{1,7} Soms word 'n mens gedwing om die plasenta te verwyder omdat dit na verwydering van die fetus gedeeltelike loslating ondergaan met gevolglike bloeding.⁷

Indien besluit word om die plasenta te verwyder, moet dit alleenlik gedoen word nadat die bloedtoevoer trapsgewyse afgebind is.¹ As dit nie gedoen word nie kan onkontroleerbare bloeding volg.

Wanneer die plasenta baie vasgegroeï is, is dit beter om dit daar te laat nadat die naelstring kort en goed afgebind is. Die plasenta word dan langamerhand geheel en al geabsorbeer. Dit is egter 'n lang proses en die pasiënt het 'n langer post-operatiewe verloop wat meer geneig is tot

komplikasies—veral infeksie en intestinale obstruksie. Marsupialisasie van die plasenta en dreinerings van die buik word nie aanbeveel nie.¹ As die plasenta heg vasgegroeï het aan 'n groot gedeelte van die uterus, is die chirurg soms genoodsaak om 'n totale histerekтомie te doen. Dit is gelukkig baie selde noodsaaklik.

OPSOMMING

1. Vier gevalle van voltydse ekstra-uterine swangerskap waarvan die presenterende simptome in al 4 gevalle verskillend was, word beskryf.

Die presenterende simptome was: Geval 1, postmaturiteit met fetale dood; Geval 2, septiese sinus in die abdominale wand en etterige vaginale afskeiding; Geval 3, ernstige pre-eclamptiese toksemie; en Geval 4, vae abdominale pyn oor 'n tydperk van 4 maande gepaard met pynlike fetale bewegings.

2. In 3 gevalle is die plasenta verwyder en in 1 geval is dit attergelaat. Twee babas leef en al 4 moeders het herstel. Een van die lewende babas toon geringe fetale abnormaliteit.

3. 'n Kort oorsig van die voorkoms, prognose, diagnose en behandeling van ekstra-uterine swangerskap word gegee.

SUMMARY

1. Four cases of full-term extra-uterine pregnancy with different presenting symptoms in all 4 cases are described.

The presenting symptoms were: Case 1, postmaturity with foetal death; Case 2, septic sinus in the abdominal wall and purulent vaginal discharge; Case 3, serious pre-eclamptic toxæmia; and Case 4, vague abdominal pain over a period of 4 months coupled with painful foetal movements.

2. The placenta was removed in 3 cases and left *in situ* in one. Two babies are alive and the 4 mothers all recovered.

3. A brief review of the incidence, prognosis, diagnosis and treatment of extra-uterine pregnancy is given.

Ons dank aan dr. R. L. M. Kotzé, Mediese Superintendent, Karl Bremer-Hospitaal, Bellville, Kaap vir toestemming tot publikasie van hierdie gevalle, en aan mnr. R. Ellis, Kliniese Fotograaf van die Karl Bremer-Hospitaal.

VERWYSINGS

1. de Villiers, J. N. (1954): *S. Afr. Med. J.*, 28, 254.
2. Stromme, W. B., Reed, S. C. en Haywa, E. W. (1959): *Obstet. and Gynec.* 13, 109.
3. Staaf, J. L., Holzapfel, J. H. en Newkirk, E. M. (1958): *Ohio St. Med. J.*, 54, 493.
4. Lange, P. (1958): *Acta obstet. gynaec. scand.*, 37, 62.
5. Marcus, R. B., Planas, M. V. en Silverberg, S. O. (1958): *J. Amer. Med. Wom. Assoc.*, 13, 187.
6. Giffin, W. D. (1955): *J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp.*, 62, 560.
7. Charlewood, G. P. en Culiner, A. (1955): *Ibid.*, 62, 555.
8. Crawford, J. D. en Ward, J. V. (1957): *Obstet. and Gynec.* 10, 549.
9. Zupan, F. P., Quilligan, E. J. en Rosenblum, J. M. (1957): *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 74, 259.
10. Hibbard, C. T. (1957): *Ibid.*, 74, 543.