

**Β' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

ΕΚΤΟΠΗ ΚΥΗΣΗ



**Μεγαλομάτη Αλεξάνδρα, Μελίδη Ελένη, Μενδρινού Μαρία,
Μεταξά Βασιλική, Μυλωνά Μαρία, Υφαντής Νικόλαος**

Υπεύθυνος Καθηγητής: **Αραβαντινός Λέων**,
Λέκτορας Β' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής, Αρεταίειο Νοσοκομείο

ΑΘΗΝΑ 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.:
1. Ορισμός - Επιδημιολογία	2
2. Αιτιοπαθογένεια	3
3. Τύποι έκτοπης κύησης	5
4. Διάγνωση έκτοπης κύησης	7
5. Διαφορική διάγνωση	12
6. Εντοπίσεις έκτοπων κύησεων	13
α. Σαλπινγική	13
β. Τραχηλική	25
γ. Ωοθηκική	32
δ. Κοιλιακή	35
ε. Διάμεση	43
στ. Συνύπαρξη ενδομήτριας και έκτοπης κύησης	43
ζ. Πολλαπλή έκτοπη κύηση	43
7. Θεραπεία	44
Βιβλιογραφία	46

1) ΟΡΙΣΜΟΣ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ως έκτοπη κύηση ορίζεται η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου σε θέση διαφορετική από αυτή της κοιλότητας της μήτρας. Στις περισσότερες δε περιπτώσεις ασθενών, η έκτοπη κύηση εντοπίζεται σε θέσεις, όπως οι σάλπιγγες (στο 95% περίπου), οι ωοθήκες ή η κοιλία.

Σε ό,τι αφορά στη συχνότητα των έκτοπων κυήσεων, φαίνεται πως η παραπάνω έχει αυξηθεί δραματικά την τελευταία εικοσαετία και κυμαίνεται σε 13-27 περιπτώσεις / 1000 κυήσεις. Αυτή βέβαια η αυξημένη συχνότητα της έκτοπης κύησης οφείλεται κατά κύριο λόγο στην αλλαγή των σεξουαλικών συνηθειών και την αύξηση ενδοπυελικών φλεγμονών, ενώ σχετίζεται και με την γεωγραφική κατανομή των γυναικών, καθώς εμφανίζεται αυξημένη επίπτωση στην Ασία και την Αφρική. Επιπρόσθετα, εμφανίζεται συσχέτιση με την ηλικία των γυναικών - παρατηρείται αυξημένη επίπτωση σε γυναίκες 35-45 ετών - καθώς και με τις διαμαρτίες περί τη διάπλαση των έσω γεννητικών οργάνων.

Παρά την αυξημένη επίπτωση ωστόσο των έκτοπων κυήσεων, τα τελευταία χρόνια η μητρική θνησιμότητα από έκτοπη κύηση στην αντίστοιχη χρονική περίοδο είναι χαμηλότερη και κυμαίνεται γύρω σε 0,4 ανά 1000 περιπτώσεις έκτοπων κυήσεων. Αυτό φυσικά οφείλεται κατά κύριο λόγο στη δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης της έκτοπης κύησης σε πρωιμότερα στάδια πριν τη ρήξη, καθώς και στη βοήθεια που προσφέρει ο προσδιορισμός της β -hCG, της διενέργειας υπερηχοτομογραφήματος και της εξέλιξης της λαπαροσκοπησης.

2) ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι αλήθεια πως η γονιμοποίηση πραγματοποιείται στη λύκηθο του ωαγωγού, όπου το γονιμοποιημένο ωάριο παραμένει για εβδομήντα δύο ώρες περίπου και στο τέλος της τρίτης ημέρας διασχίζει τον ισθμό υποβοηθούμενο σε αυτή την περίπου οκτάωρη πορεία του από την κίνηση κυρίως των κροσσωτών κυττάρων. Ογδόντα περίπου ώρες μετά την ωοθηλακιορρηξία, το γονιμοποιημένο ωάριο περνά το μητρικό στόμιο της σάλπιγγας στο στάδιο της βλαστοκύστης (των 16 βλαστομεριδίων) και κατευθύνεται προς τη μητρική κοιλότητα, όπου αιωρείται για δύο με τρεις ημέρες και εν συνεχεία εμφυτεύεται στο προσφορότερο σημείο του φθαρτοποιημένου ενδομητρίου, γεγονός που συντελείται κατά την 8^η με 9^η ημέρα μετά την ωοθυλακιορρηξία. Αναστολή ή καθυστέρηση της μεταφοράς αυτής του γονιμοποιημένου ωαρίου έχει ως άμεση συνέπεια την ανάπτυξη έκτοπης κύησης.

Υπάρχουν ωστόσο αρκετοί επίκτητοι προδιαθεσιακοί παράγοντες, οι οποίοι ευνοούν την ανάπτυξη κύησης εκτός της μητρικής κοιλότητας και είναι οι παρακάτω:

1. Προηγηθείσες φλεγμονές επί των εξαρτημάτων, καθώς 50% περίπου των περιπτώσεων έκτοπης κύησης οφείλεται σε βλάβες επί του βλεννογόνου των σαλπίγγων και των κροσσών τους.
2. Προηγούμενες φλεγμονές της πυέλου, οι οποίες οδηγούν σε απόφραξη των σαλπίγγων σε ποσοστό 15%.
3. Προηγούμενες επεμβάσεις επί των σαλπίγγων, όπως η στείροποίηση, όπου ο κίνδυνος για ανάπτυξη έκτοπης κύησης εμφανίζεται μεγαλύτερος τα δύο πρώτα χρόνια από την επέμβαση. Η σαλπινγγοστομία, η πλαστική στον κώδικα (συμφυσιόλυση), η τελικοτελική αναστόμωση της σάλπιγγας όπως επίσης και η λύση περιωθηθικών και περισαλπιγγικών συμφύσεων αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης έκτοπης κύησης κατά 7-18%.
4. Καταστάσεις που προκαλούν στενώσεις των σαλπίγγων, όπως οι συγγενείς ανωμαλίες τους, τα ινομώματα, τα εκκολώματα, οι κύστεις ή οι καλοήθεις όγκοι ή η ενδομητρίωση.
5. Χρήση ενδομητρικών σπειραμάτων (IUD), τα οποία όχι μόνο δεν αποτρέπουν την ανάπτυξη έκτοπης κύησης, αλλά δύνανται να αυξήσουν τη συχνότητά της είτε εξαι-

τίας μεταβολής του φυσιολογικού περισταλισμού της σάλπιγγας είτε εξαιτίας ανιούσας φλεγμονής.

6. Αμβλώσεις.
7. Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και λήψη ωοθυλακιορρηκτικών φαρμάκων.
8. Η επί μακρό χρονικό διάστημα χρήση αντισυλληπτικών δισκίων.
9. Ορμονικοί παράγοντες - στεροειδή του φύλου.
10. Προηγούμενη έκτοπη κύηση.
11. Η οζώδης σαλπιγγίτις (salpingitis isthmica Nodosa: SIN).
12. Προηγηθείσες επεμβάσεις στην ελάσσονα πύελο, όπως η σκωληκοειδεκτομία, εξαίρεση κύστης ωοθήκης ή εκπυρήνιση ινομυωμάτων αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης έκτοπης κύησης.

3) ΤΥΠΟΙ ΕΚΤΟΠΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ

α) Παλίνδρομη έκτοπη κύηση

Μερικές φορές οι έκτοπες κυήσεις αυτοαπορροφούνται ή αποβάλλονται στην περιτοναϊκή κοιλότητα και απορροφούνται με αποτέλεσμα να μην απαιτούνται φάρμακα ή χειρουργική θεραπεία. Τα αίτια που συμβαίνει αυτό είναι άγνωστα. Η πτώση των επιπέδων της β-hCG είναι ο μόνος δείκτης ελέγχου, παρ' όλα αυτά, η ρήξη της έκτοπης κύησης μπορεί να συμβεί και με την πτώση των επιπέδων της β-hCG.

β) Επίμονη έκτοπη κύηση

Επίμονη έκτοπη κύηση συμβαίνει όταν η ασθενής έχει αντιμετωπιστεί συντηρητικά, χειρουργικά (σαλπιγγοτομία ή σαλπιγγοστομία) και παραμένουν ζωντανά στοιχεία τροφοβλαστικού ιστού. Ιστολογικά δεν έχει ανευρεθεί το έμβρυο, η εμφύτευση είναι συνήθως διάμεση και οι χοριακές λάχνες βρίσκονται μέσα στο μυϊκό τοίχωμα της σάλπιγγας ή σε άλλη θέση. Τροφοβλαστικός ιστός μπορεί επίσης να έχει εμφυτευθεί στην περιτοναϊκή κοιλότητα και να είναι υπεύθυνος για επίμονη έκτοπη κύηση.

Βασικοί υπεύθυνοι παράγοντες για την επιμονή της έκτοπης κύησης είναι ο τύπος της χειρουργικής διαδικασίας, τα αρχικά επίπεδα της β-hCG, η διάρκεια της αμηνόρροιας και το μέγεθος της έκτοπης κύησης. Σε ασθενείς με σαλπιγγοτομία παρατηρείται βραδύτερη πτώση των επιπέδων της β-hCG απ' ό,τι σε αυτές με σαλπιγγεκτομία. Η επίπτωση της επίμονης εκτόπου κύησης μετά λαπαροσκοπική σαλπιγγοστομία κυμαίνεται από 3-20%, ενώ δεν έχει επιβεβαιωθεί εάν η επίπτωση αυτή είναι ίδια ή μεγαλύτερη όταν η αρχική αντιμετώπιση γίνει λαπαροτομικά και όχι λαπαροσκοπικά. Με επίπεδα β-hCG πάνω από 1000 mIU/ml τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης επίμονης έκτοπης κύησης σε ποσοστό πάνω από 30% και 60%, όταν τα ίδια επίπεδα της β-hCG υπάρχουν και την 7^η μετεγχειρητική ημέρα. Ιδίως όταν η αμηνόρροια των γυναικών είναι μικρότερη των 7 εβδομάδων και ανακαλυφθείσα εξαρτηματική μάζα είναι μικρότερη των 2 cm σε διάμετρο, οι ασθενείς έχουν κίνδυνο για επίμονη έκτοπη κύηση.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει είτε τη χειρουργική (επανάληψη της προηγηθείσας σαλπιγγοστομίας ή καλύτερα σαλπιγγεκτομία) ή με μεθοτρεξάτη, όπως αναφέρεται παραπάνω και εφ' όσον η ασθενής είναι αιμοδυναμικά σταθερή τη χρονική

περίοδο της διάγνωσης. Η μεθοτρεξάτη είναι συνήθως θεραπεία εκλογής γιατί μπορεί με την επέμβαση να μη βρούμε το κύημα ούτε τα ενεργά τροφοβλαστικά στοιχεία.

γ) Χρόνια έκτοπη κύηση

Στην περίπτωση της χρόνιας έκτοπης κύησης έχουν παραμείνει στοιχεία χοριακού ιστού μετά την πρωταρχική χειρουργική αντιμετώπιση, τα οποία αιμορραγούν χρονίως μέσα στη σάλπιγγα, η οποία διογκώνεται και συλλέγεται αίμα στο δονυγλάσειο. Το άλγος υπάρχει σε ποσοστό 80% και η κολπική αιμόρροια στο 70% αντίστοιχα. Οι περισσότερες ασθενείς παρουσιάζουν εξαρτηματική μάζα με τα παραπάνω συμπτώματα, την ίδια στιγμή που η β -hCG είναι χαμηλή ή δεν ανιχνεύεται. Η γυναικολογική εξέταση και το υπερηχογράφημα θα βοηθήσουν στη διάγνωση, ενώ η αντιμετώπιση θα είναι χειρουργική.

4) ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΚΤΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών η εξέλιξη, που πραγματοποιήθηκε στην πρώιμη αναγνώριση της έκτοπης κύησης, οδήγησε την πλειοψηφία - ίσως και στο 80% - των περιπτώσεων έκτοπης κύησης να διαγιγνώσκονται πριν από την ρήξη. Το ίδιο συνέβη φυσικά ως επακόλουθο και με τον δείκτη θνησιμότητας, ο οποίος μειώθηκε σημαντικά. Σήμερα οι τρόποι και τα μέσα διάγνωσης, που χρησιμοποιούνται περιγράφονται παρακάτω:

1. ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Από το γυναικολογικό ιστορικό των ασθενών με έκτοπη κύηση γίνεται εμφανές πως πρόκειται για γυναίκες με εμμηνορρυσιακές διαταραχές, μακροχρόνια χρήση αντισυλληπτικών δισκίων, υπογονιμότητα ή ιστορικό προηγούμενων αποβολών ή έκτοπων κυήσεων.

Σε ό,τι αφορά την περίπτωση της άρρηκτης έκτοπης κύησης στο 50% περίπου υπάρχει η τριάδα των συμπτωμάτων: αμηνόρροια, κοιλιακό άλγος και κολπική αιμόρροια. Το άλγος ωστόσο ενδέχεται να είναι οξύ, συνεχές ή διαλείπων, δεν συνιστά όμως παθολογικό σημείο της έκτοπης κύησης.

Η κλινική εικόνα της σαλπινγικής έκτοπης κύησης διακρίνεται σε αυτή, που εμφανίζεται πριν και σε αυτή μετά την ωαγωγική έκτρωση ή τη ρήξη της σάλπιγγας. Προηγείται βέβαια ένα στάδιο και στις δύο πιο πάνω περιπτώσεις, κατά το οποίο η γυναίκα εμφανίζει όλα τα συμπτώματα μιας κατά τα άλλα φυσιολογικής ενδομητρικής εγκυμοσύνης, όπως η αμηνόρροια, η διόγκωση των μαστών και οι νευροφυτικές εκδηλώσεις. Ωστόσο εμφανίζονται πριν από την ρήξη ή την έκτρωση έντονα διάχυτα ή εντοπισμένα άλγη στο υπογάστριο, δυσφορία γαστρεντερικές διαταραχές και λιποθυμικές τάσεις. Εφόσον επέλθει η ρήξη όμως, η γυναίκα εμφανίζει οξύ διαξιφιστικό άλγος, το οποίο ενδέχεται να οδηγήσει σε απώλεια αισθήσεων, εσωτερική αιμορραγία, η οποία εκδηλώνεται με εικόνα οξείας χειρουργικής κοιλίας (καταπληξία, ωχρότητα, ταχυσφυγμία και πτώση της πίεσης). Στη συνέχεια εμφανίζεται και ελαφρά κολπική αιμόρροια εξαιτίας της απόπτωσης του φθαρτού μετά τη νέκρωση του κυήματος και έμετοι, που οφείλονται στον ερεθισμό της περιτοναϊκής κοιλότητας εξαιτίας του αιμοπεριτοναίου, το οποίο ακολουθεί τη ρήξη της σάλπιγγας ή την ωαγωγική έκτρωση. Συχνά συνυπάρχει άλγος

στην δεξιά ωμοπλάτη, που συνιστά και αυτό εκδήλωση ερεθισμού του περιτοναίου και του διαφράγματος από τον σχηματισμό του αιμοπεριτοναίου.

2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Κατά την ψηλάφηση της κοιλίας, αυτή εμφανίζει ευαισθησία με ή όχι αναπηδώσα ευαισθησία. Στην αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση την ώρα της ρήξεως δεν υπάρχουν σημαντικές πληροφορίες εκτός από την ανευρισκόμενη στο 50% των περιπτώσεων ψηλάφητη μάζα στο σύστοιχο εξάρτημα με την έκτοπη κύηση και σύγχρονη ευαισθησία αυτού, χωρίς ωστόσο να αποκλείεται αυτή η διόγκωση να αφορά σε ωχρο σωματίο και όχι σε έκτοπο κύηση. Σε περίπτωση περιωαγωγικής αιματοκήλης πιθανό είναι να ψηλαφηθεί σπογγώδης μάζα που σχηματίστηκε από το κύημα που αποβλήθηκε από το κωδωνικό στόμιο και που ανευρίσκεται στον οπίσθιο δουλγάσειο χώρο μαζί με πύγματα αίματος και περιτοναϊκό εξιδρωματικό υγρό.

Με τη ρήξη της σάλπιγγας και την επακόλουθη εσωτερική αιμορραγία η ασθενής εκδηλώνει σημεία καταπληξίας με ταχυσφυγμία, πτώση της αρτηριακής πίεσης, απουσία εντερικών ήχων, αναπηδώσα ευαισθησία και διάταση της κοιλίας.

3. ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ β - hCG

Η ποσοτική μέτρηση της β - hCG θεωρείται καθοριστικής σημασίας για τη διάγνωση της έκτοπης κύησης. Τιμές β - hCG διαπιστωμένες με ραδιοανοσολογικές μεθόδους στο αίμα πάνω από 25 mIU/ml θετικοποιούν τη διάγνωση της έκτοπης κύησης. Σε φυσιολογική ενδομητρική εγκυμοσύνη τα επίπεδα της β - hCG αυξάνουν ανάλογα με την ηλικία κύησης κατά τις πρώτες έξι εβδομάδες αυτής και αργότερα, καθόσον η β - hCG αυξάνεται σταδιακά και εμφανίζει σταθερό χρόνο αναδιπλασιασμού ίσο με 48 ώρες. Σε ό,τι αφορά την έκτοπη κύηση ο χρόνος διπλασιασμού της β - hCG ξεπερνά τις 48 ώρες και αγγίζει ως και τις επτά ημέρες. Επιπρόσθετα, ενώ στην πλήρη έκτρωση η πτώση της β - hCG εκδηλώνεται μέσα στο πρώτο 48ωρο στο 50% των περιπτώσεων, στην έκτοπο κύηση η συγκέντρωση της β - hCG αυξάνεται ή εμφανίζει πλατώ. Παρά το γεγονός ωστόσο του ότι η θετικοποιείται οκτώ ημέρες μετά την γονιμοποίηση, ο ενδομητρικός αμνιακός σάκος δεν δύναται να αναγνωριστεί υπερηχογραφικά προτού παρέλθουν είκοσι οκτώ ημέρες από τη σύλληψη ή έξι εβδομάδες αμηνόρροιας. Αυτό το χρονικό διάστημα από τις οκτώ ως τις είκοσι οκτώ ημέρες ονομάζεται το παράθυρο των είκοσι

ημερών (Daus και συνεργάτες, 1989). Κατά τη διάρκεια αυτού του χρονικού διαστήματος η γυναίκα μπορεί να αποβάλει, να συνεχίσει κανονικά την εγκυμοσύνη της αναπτύσσοντας φυσιολογικό αμνιακό σάκο ή να εμφανίσει ενδείξεις έκτοπης κύησης. Σε αυτό το διάστημα χωρίς ευρήματα υπερηχογραφικά, μετρούμε ποσοτικά επαναληπτικά την β -hCG, καθώς εύρεση τιμών άνω των 2000 mIU/ml οδηγεί σε επανάληψη του υπερηχογραφήματος. Ακόμη και με μη ανεύρεση ενδομήτριου σάκου στο κολπικό υπερηχογράφημα σε γυναίκα με τιμές β -hCG άνω των 2000 mIU/ml, αυτή θα πρέπει να θεωρείται ότι φέρει έκτοπο κύηση και να αντιμετωπίζεται αναλόγως. Επιπρόσθετα η ανεύρεση καρδιακών παλμών στο σύστοιχο με την έκτοπη κύηση εξάρτημα, υπαρκτή στο 15% περίπου των περιπτώσεων, καθιστά σίγουρη τη διάγνωση της έκτοπης κύησης, ενώ αν αυτή η μάζα που εντοπίζεται στο εξάρτημα ξεπερνά τα 3,5-4,0 cm, η γυναίκα θα πρέπει να αντιμετωπίζεται χειρουργικά.

4. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗΣ

Είναι γεγονός πως οι γυναίκες με έκτοπη κύηση εμφανίζονται με χαμηλότερα επίπεδα προγεστερόνης από ότι οι έχουσες φυσιολογική ενδομήτρια εγκυμοσύνη, στις οποίες ανευρίσκονται τιμές προγεστερόνης άνω των 25 mg/ml σε αντίθεση με το 1,5% των γυναικών με έκτοπη κύηση που εκδηλώνουν τέτοιες τιμές και παρουσιάζουν και καρδιακούς εμβρυϊκούς παλμούς.

5. ΔΙΑΚΟΛΠΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΙΛΙΑΚΗ ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ / DOPPLER ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Παρά το γεγονός ότι η διακολπική υπερηχογραφία ανιχνεύει την κύηση κατά μία εβδομάδα νωρίτερα, η διακοιλιακή είναι εξίσου απαραίτητη, καθώς απεικονίζει όργανα της κοιλίας και της πυέλου, στοιχεία καθοριστικά για την αναγνώριση μαζών στα εξαρτήματα, αιμοπεριτοναίου ή παρουσίας ελεύθερου περιτοναϊκού υγρού. Εφόσον δεν ανευρίσκεται ενδομήτρια κύηση υπερηχοτομογραφικά και η τιμή της β -hCG δεν υπερβαίνει τις 6500 mIU/ml τότε η ενδομήτρια κύηση είναι μικρή για την ηλικία κύησης, Είναι παθολογική, υπάρχει πρόσφατη αποβολή ή έκτοπη κύηση. Τέλος η DOPPLER υπερηχοτομογραφία προσφέρεται και αυτή για την διάγνωση της έκτοπης κύησης και έχει ήδη χρησιμοποιηθεί στη διάγνωση της τραχηλικής κύησης και του ελέγχου της

μετά την θεραπεία με μεθοτρεξάτη, ωστόσο η συσκευή είναι ακριβή και η ερμηνεία του αρκετά πολύπλοκη.

6. ΑΠΟΞΕΣΗ ΜΗΤΡΑΣ

Η διαφοροδιάγνωση της παλίνδρομου ενδομήτριας κύησης από την έκτοπη καθίσταται δύσκολη πολλές φορές στις πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης με την απόξεση μήτρας. Ο Stovall και συνεργάτες (1992) συνέστησαν απόξεση μήτρας για την παραπάνω διαφοροδιάγνωση, όταν η συγκέντρωση προγεστερόνης είναι κάτω από 5 mg/ml, τα επίπεδα της β- hCG αυξάνονται πέραν του φυσιολογικού αλλά όχι πάνω από 2000 mIU/ml και δεν ανευρίσκεται ενδομήτρια κύηση με το διακολπικό υπερηχογράφημα. Αν αναγνωριστεί έμβρυο ή πλακούντας, τότε η διάγνωση είναι εμφανής. Εάν δεν διαγνωστεί κάτι, τότε η έκτοπη κύηση θεωρείται πιθανή και απαιτείται περαιτέρω έλεγχος με ποσοτικό προσδιορισμό της β- hCG και υπερηχοτομογραφικό έλεγχο.

Σε κάθε περίπτωση διενέργειας απόξεσης, το υλικό θα πρέπει να αποστέλεται προς ταχεία βιοψία για τη διαπίστωση λαχνών ή μη σε αυτό ή εικόνας Arias- Stella, δηλαδή εντοπισμένης υπερπλασίας των αδένων του ενδομητρίου και υπερέκκρισης αυτών. Το παραπάνω ωστόσο εύρημα δεν είναι ειδικό για την έκτοπη κύηση, καθώς ανευρίσκεται και σε φυσιολογική ενδομήτρια κύηση.

7. ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η λαπαροσκόπηση συνιστά την μέθοδο εκλογής για τη διάγνωση της έκτοπης κύησης, καθώς παρουσιάζει τα εξής πλεονεκτήματα:

- A.** Βέβαιη διάγνωση στις περισσότερες περιπτώσεις (μόνο ένα ποσοστό 3-4% ενδέχεται να διαφύγει της διάγνωσης).
- B.** Μπορεί να αφαιρεθεί η έκτοπη μάζα στον ίδιο χρόνο, ενώ
- Γ.** μπορούν να εγχυθούν χημειοθεραπευτικοί παράγοντες μέσα στην έκτοπη μάζα.
- Δ.** Αποφεύγονται οι επιπλοκές της γενικής αναισθησίας και της κοιλιακής επέμβασης.

Σε ό,τι αφορά τα λαπαροσκοπικά χαρακτηριστικά ευρήματα στην έκτοπη κύηση, αυτά είναι η διόγκωση της σύστοιχης σάλπιγγας, η αλλοίωση της αρχιτεκτονικής της μαζί με την εμφάνιση ωχρόφαιης χροιάς της, ενώ σε ρήξη της θα προβάλλουν αιματοπύγματα και ενεργώς αιμορραγούντα αγγεία. Εάν η έκτοπη κύηση εντοπίζεται σε άλλο

μέρος εκτός της σάλπιγγας, τότε ενδέχεται να εμφανίζεται ανώμαλη διόγκωση προσκολλημένη στην ωοθήκη ή στο περιτόναιο.

8. ΛΑΠΑΡΟΤΟΜΙΑ

Η λαπαροτομία διενεργείται, όταν η ασθενής είναι αιμοδυναμικά ασταθής ή δεν δύναται να πραγματοποιηθεί λαπαροσκόπηση. Η λαπαροτομία δεν θα πρέπει επίσης να καθυστερεί κατά τη διάρκεια που διενεργείται λαπαροσκόπηση σε ασθενή με εμφανή κοιλιακή αιμορραγία που απαιτεί άμεση ριζική θεραπεία.

5) ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σημαντικά διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα διαμορφώνονται στην οξεία χειρουργική κοιλία, η οποία προκύπτει μετά από ρήξη της σάλπιγγας ή στη διάρκεια της ωαγωγικής έκτρωσης. Κυρίως όμως η διαφορική διάγνωση θα έπρεπε να εστιάζεται στη διάκριση της έκτοπης κύησης από την επαπειλούμενη ή την αναπόφευκτη αποβολή, την πυελοπεριτονίτιδα, την οξεία σαλπιγγίτιδα, την περιστροφή κύστης ωοθήκης ή τη νέκρωση ινομυώματος μήτρας. Πιο σπάνια θα πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί η έκτοπη κύηση από τη ρήξη εγκυμονούντος υπολειπόμενου κέρατος δίκερης μήτρας, τη ρήξη ωχραιματώματος ή ενδομητριοειδούς κύστης ωοθήκης.

6) ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ ΕΚΤΟΠΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ

α) ΣΑΛΠΙΓΓΙΚΗ ΕΚΤΟΠΗ ΚΥΗΣΗ

της
95-



Οι σάλπιγγες αποτελούν την πιο συχνή εντόπιση έκτοπης κύησης σε ποσοστό που κυμαίνεται από 98 %.

Εντόπιση & Αιτιολογία

Η εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε σημείο της σάλπιγγας αλλά συχνότερα συμβαίνει στη λήκυθο (75%) και τον ισθμό (15%) και σπανιότερα στο κωδωνικό άκρο (3-5%) ή στο ενδιάμεσο τμήμα της σάλπιγγας, που διαπερνάει το τοίχωμα της μήτρας (2-3%).

Η εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου στη σάλπιγγα εξηγείται είτε από επιβράδυνση της συλλήψεως του ωαρίου μετά την ωοθυλακιορρηξία από το κωδωνικό τμήμα της σάλπιγγας, είτε από παρεμπόδιση ή επιβράδυνση της μεταναστεύσεώς του προς τη μητρική κοιλότητα.

Εξέλιξη

Η εξέλιξη της κύησης εξαρτάται κατά πολύ από την εντόπισή της.

Εάν το κύημα βρίσκεται στη λήκυθο ή στον ισθμό της σάλπιγγας, τότε η τροφοβλαστική κυτταρολυτική δραστηριότητα οδηγεί σε νέκρωση του τοιχώματος και ρήξη της σάλπιγγας μαζί με τα αγγεία της περιοχής, που έχει ως αποτέλεσμα μεγάλη εσωτερική αιμορραγία παράλληλα με τη διακοπή της εγκυμοσύνης.

Εάν η εμφύτευση του ωαρίου έχει γίνει στον κώδωνα, η τροφοβλαστική κυτταρολυτική δραστηριότητα οδηγεί σε αποκόλληση του κυήματος από το βλεννογόνο της σάλπιγγας και αποβολή προς το Δουγλάσειο χώρο (ωαγωγική έκτρωση), όπου προκαλεί μια αντιδραστική περιτοναϊκή παραγωγή υγρού.

Εάν τέλος, η εγκατάσταση του κήματος γίνει στο ενδιάμεσο ή ενδοτοιχικό τμήμα της σάλπιγγας, η εξέλιξη οδηγεί πάλι στη ρήξη αλλά χρονικά πιο καθυστερημένα, ενώ η αιμορραγία είναι πολύ μεγαλύτερη.

Παράγοντες κινδύνου

Επιβαρυντικοί παράγοντες για την ανάπτυξη εκτόπου κήσεως είναι οι ακόλουθοι:

1. Οι προηγηθείσες φλεγμονές και επεμβάσεις επί των σαλπίγγων

Το 50% των εκτόπων κήσεων οφείλεται σε βλάβες του βλεννογόνου των σαλπίγγων και των κροσσών αυτών. Συγκεκριμένα: α) Η στειροποίηση: ο κίνδυνος για κύηση ή έκτοπο κύηση είναι μεγαλύτερος τα δυο πρώτα χρόνια από την επέμβαση, με οποιαδήποτε μέθοδο και εάν έχει γίνει αυτή (ηλεκτροκαυτηρίαση, απολίνωση, χρήση δακτυλίων Yoon ή Clips, Hulka ή Laser) και το ποσοστό ανέρχεται και για τις δυο περιπτώσεις στο 3 - 15 %. β) Η σαλπινγοστομία (νεοστόμιο στη σάλπιγγα). γ) Η πλαστική στον κώδωνα (λύση συμφύσεων). δ) η αναστόμωση της σάλπιγγας (τελικοτελική) και ε) Η λύση περισαλπιγγικών και περιωθηθικών συμφύσεων. Επιπλέον, καταστάσεις που προκαλούν στενώσεις των σαλπίγγων, όπως συγγενείς ανωμαλίες αυτών, εκκολπώματα, καλοήθεις όγκοι ή κύστες, ινομώματα μήτρας πλησίον της εμφυτεύσεως των σαλπίγγων, ενδομητρίωση, περισαλπιγγικές συμφύσεις καθώς και ειδικές καταστάσεις ως η οζώδης σαλπινγίτιδα (Salpingitis Isthmica Nodosa: SIN).

2. Οι προηγηθείσες φλεγμονές και επεμβάσεις της πυέλου:

Οι προηγούμενες φλεγμονές της πυέλου έχουν ως αποτέλεσμα απόφραξη των σαλπίγγων σε ποσοστό 15 %, μετά δεύτερο ή τρίτο επεισόδιο όμως το ποσοστό ανέρχεται στο 35% και η περίπτωση της εκτόπου κήσης είναι μία ανά εικοσιπέντε ενδομήτριες κήσεις. Τα χλαμύδια είναι ένας σπουδαίος επιβαρυντικός παράγοντας για την εμφάνιση πυελικής φλεγμονής, την επακόλουθη βλάβη των σαλπίγγων και την εμφάνιση εκτόπου κήσης. Οι προηγηθείσες επεμβάσεις στην ελάσσονα πυέλο (σκωληκοειδεκτομία, εξαίρεση κύστεως ωοθήκης, εκπυρήνιση ινομυωμάτων μήτρας ή προηγηθείσα έκτοπη κύηση), οι προκλητές εκτρώσεις και το ιστορικό στειρότητας αυξάνουν το σχετικό κίνδυνο εμφανίσεως εκτόπου κήσης.

3. Προηγηθείσα έκτοπος κύηση.

4. Προηγούμενη χρήση διαιθυλστιλβεστρόλης (DES).

5. *Χρήση ενδομητρικών σπειραμάτων (Intrauterine device: IUD), τα οποία αποτρέπουν την εμφύτευση όχι όμως και τη γονιμοποίηση. Έτσι, ενώ το IUD προφυλάσσει τη φέρουσα από ενδομητρική εγκυμοσύνη, δεν αποτρέπει την έκτοπη κύηση αλλά μπορεί και να αυξήσει τη συχνότητά της είτε λόγω αλλαγής του φυσιολογικού περισταλτισμού της σάλπιγγας, είτε λόγω ανιούσας φλεγμονής.*
6. *Ιστορικό υπογονιμότητας - Εξωσωματική γονιμοποίηση - Λήψη ωοθυλακιορρηκτικών φαρμάκων.*
7. *Ορμονικοί παράγοντες (ιδιαίτερα ευθύνονται τα στεροειδή του φύλου).*
8. *Η επί μακρό χρονικό διάστημα λήψη αντισυλληπτικών.*
9. *Πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι.*
10. *Κάπνισμα.*

Διάγνωση

Κλινική εικόνα

Χαρακτηριστική είναι στο 50% των περιπτώσεων η τριάδα των συμπτωμάτων: κοιλιακός πόνος, αμηνόρροια και κολπική αιμόρροια (επί ερρηγμένης σάλπιγγας η τριάδα αυτή των συμπτωμάτων είναι σχεδόν πάντα παρούσα).

Πόνος: Είναι πάντοτε παρών σε άλλοτε άλλο βαθμό αλλά δεν αποτελεί παθογνωμονικό σημείο της εκτόπου κύσεως. Μπορεί να είναι είτε οξύς ή ως κράμπα, είτε συνεχής ή διακοπτόμενος. Με τη ρήξη της σάλπιγγας η ασθενής αναφέρει έναν απότομο διαξιφιστικό πόνο, ο οποίος γρήγορα υποχωρεί σε ένταση και σιγά - σιγά εξαφανίζεται, μετά ορισμένο χρονικό διάστημα όμως επανεμφανίζεται στην κοιλιά και τη δεξιά ωμοπλάτη (ερεθισμός του περιτοναίου και του διαφράγματος, από τη δημιουργία του αιμοπεριτοναίου).

Αμηνόρροια - Κολπική Αιμόρροια: Η αμηνόρροια παρουσιάζεται στα 3/4 των γυναικών με έκτοπο κύηση, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό αναφέρει κολπική αιμόρροια που ενίοτε εκλαμβάνεται σαν αληθής έμμηνος ρύση.

Φυσική εξέταση

Ψηλάφηση κοιλίας

Η κοιλία μπορεί να είναι ευαίσθητη με ή χωρίς αναπηδώσα ευαισθησία. Με τη ρήξη όμως της σάλπιγγας και την εσωτερική αιμορραγία, η ασθενής αναπτύσσει φαινόμενα

καταπληξίας, ταχυσφυγμία, ωχρότητα, μεγάλη πτώση της αρτηριακής πίεσης, ελάττωση και εξέλιξη των εντερικών ήχων, εμέτους και διάταση της κοιλίας (εικόνα οξείας χειρουργικής κοιλίας). Στα πιο πάνω προστίθεται και ελαφρά αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα που οφείλεται στην απόπτωση του φθαρτού μετά τη νέκρωση του κύηματος και δε σχετίζεται με την αιμορραγία που δημιουργείται στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση

Κατά την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση με την ψηλάφηση των εξαρτημάτων στο 20 - 50 % των περιπτώσεων ανευρίσκεται ψηλαφητή μάζα στο σύστοιχο εξάρτημα και ευαισθησία αυτού. Το μέγεθος ποικίλλει μεταξύ 5-15 cm με σύσταση μαλακή και ελαστική και σχεδόν πάντα εντοπίζεται όπισθεν ή παραπλεύρως της μήτρας. Στην περίπτωση της περιωαγωγικής αιματοκήλης είναι δυνατόν να ψηλαφίσει κανείς μια σπογγώδη μάζα που σχηματίζει το κύημα που αποβλήθηκε από το κωδωνικό στόμιο και βρίσκεται στον οπίσθιο δουλγασσείο χώρο με πύγματα αίματος και περιτοναϊκό εξιδρωματικό υγρό. Στο 25 % περίπου των περιπτώσεων η μήτρα είναι διογκωμένη κατά το 1^ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης γιατί με τη φθαρτοειδή μετατροπή του ενδομητρικού βλεννογόνου μεγεθύνεται έστω και αν το κύημα δεν έχει εγκατασταθεί μέσα στην ενδομητρική κοιλότητα. Η μήτρα μπορεί να είναι παρεκτοπισμένη ιδίως στην περίπτωση που ο πρόσθιος σύνδεσμος είναι πλήρης αίματος.

Η κλινική διάγνωση στις οξείες καταστάσεις δεν παρουσιάζει πολύ μεγάλες δυσκολίες, διότι η ύπαρξη μεγάλης εσωτερικής αιμορραγίας είναι φανερή. Αντίθετα, πολλές διαγνωστικές αμφιβολίες παρουσιάζονται σε υποξείες ή άτυπες μορφές. Στις περιπτώσεις αυτές, καθώς και σε εκείνες που η διάγνωση της έκτοπης κύησης πρέπει να είναι έγκαιρα, σημαντική βοήθεια προσφέρουν διάφορες εργαστηριακές ή παρακλινικές εξετάσεις.

Εργαστηριακός έλεγχος

Η μέτρηση της αιμοσφαιρίνης, του αιματοκρίτη και του αριθμού των λευκοκυττάρων καθώς και των επιπέδων της χοριακής γοναδοτροπίνης και της προγεστερόνης, είναι χρήσιμη στην εργαστηριακή διερεύνηση της εκτόπου κύησης.

Γενική εξέταση αίματος

Η προοδευτική πτώση του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης υποδηλώνει την πιθανότητα εκτόπου κύησης που παρουσιάζει εσωτερική αιμορραγία.

Ο βαθμός λευκοκυττάρωσης ποικίλλει σημαντικά σε περίπτωση ερρηγμένης σάλπιγγας. Σε ποσοστό 50% ο αριθμός λευκοκυττάρων είναι φυσιολογικός, αλλά είναι δυνατόν να παρατηρηθεί και αύξηση του αριθμού τους έως 30000/μL.

Ποσοτική μέτρηση β-hCG

Η ανίχνευση της χοριακής γοναδοτροπίνης στα ούρα ή καλύτερα ο ραδιο-ανοσολογικός ποσοτικός προσδιορισμός της β υπομονάδος της (β-hCG) στο αίμα, προσφέρει σημαντική βοήθεια στην έγκαιρη διάγνωση της εκτόπου κύησης. Ο χρόνος διπλασιασμού της β-hCG στην έκτοπο κύηση διαφοροποιείται σε σχέση με την ενδομήτρια και το χρονικό διάστημα είναι πέρα των 48 ωρών, έως και τις 7 ημέρες. Επίσης, σε μια τέλεια έκτρωση η πτώση των επιπέδων της είναι πάνω από 50% εντός 48 ωρών, ενώ στην έκτοπο κύηση, τα επίπεδά της θα ανυψωθούν ή θα κάνουν πλατώ. Με την κατ' επανάληψη μέτρηση των επιπέδων της β-hCG παίρνουμε πληροφορίες για τη θέση εντοπισμού της κύησης, εκεί που το υπερηχογράφημα είναι άνευ ευρημάτων (πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης). Μια φυσιολογική ανύψωση των επιπέδων της πάνω από 2000 mIU/ml συνηγορεί για την επανάληψη του υπερηχογραφήματος. Ανώμαλη ανύψωση των επιπέδων της >2000 mIU/ml δείχνει γενικά μη βιώσιμη κύηση. Ωστόσο εάν τα επίπεδα της β-hCG είναι υψηλότερα από 2000 mIU/ml και δεν αναγνωρίζεται δια του κολπικού υπερηχογραφήματος ενδομήτριος σάκκος, αυτή η ασθενής πρέπει να θεωρείται ότι έχει έκτοπο κύηση και να αντιμετωπίζεται ανάλογα.

Ποσοτική μέτρηση προγεστερόνης

Γενικά η στάθμη της προγεστερόνης σε ασθενείς με έκτοπο κύηση είναι χαμηλότερη από εκείνες με φυσιολογική ενδομήτρια εγκυμοσύνη. Κατά προσέγγιση, 70% των ασθενών με βιώσιμη ενδομήτρια κύηση έχει επίπεδα προγεστερόνης στον ορό μεγαλύτερα από 25 ng/ml, ενώ μόνο ένα 1,5% των ασθενών με έκτοπο κύηση έχουν παρόμοια επίπεδα (στις περιπτώσεις αυτές υπάρχουν και καρδιακοί παλμοί του εμβρύου).

Ειδικότερα, τιμή μεγαλύτερη των 25 ng/ml αποκλείει την έκτοπο κύηση με ευαισθησία 97,5% (Lipscomb and co-workers, 1999a; Pisarska and colleagues, 1998;

Stoval and associates, 1992). Επίσης, τιμές μικρότερες από 5ng/ml υποδηλώνουν ότι το έμβρυο είναι νεκρό, αλλά δεν καθορίζουν την εντόπισή του. Τιμές μεταξύ 5-25 ng/ml - οι πλέον συνήθεις - δεν επιτρέπουν αξιόπιστα συμπεράσματα (McCord and colleagues, 1996). Σύμφωνα με τους DeCherney και συν. (1996) 10% των γυναικών με ενδομήτρια κύηση έχουν επίπεδα προγεστερόνης ορού μικρότερα των 25 ng/ml. Οι Hahlin και συν. (1990) αναφέρουν ότι δεν παρατηρούνται σε ενδομήτρια κύηση επίπεδα προγεστερόνης μικρότερα των 10 ng/ml, ενώ 88% των εκτόπων κυήσεων και 83% των αυτομάτων αποβολών χαρακτηρίζονται από χαμηλότερες τιμές προγεστερόνης.

Υπερηχογράφημα

Η ανάπτυξη της υπερηχογραφίας βοηθάει στην πρόωμη διάγνωση της κύησης (ενδομήτριας και έκτοπης). Η πλήρης υπερηχογραφική μελέτη περιλαμβάνει τη διακοιλιακή, διακολπική εξέταση καθώς και το έγχρωμο παλμικό Doppler υπερηχογράφημα.

Διακοιλιακό υπερηχογράφημα:

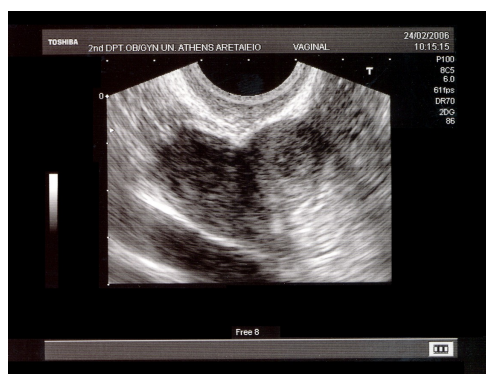
Όλες οι ζώσες ενδομήτριες εγκυμοσύνες μετά την 4^η - 6^η εβδομάδα (Batzler and co-workers, 1983) μπορούν να απεικονιστούν με διακοιλιακό υπερηχογράφημα όταν τα επίπεδα β-hCG είναι άνω των 6500 mIU/ml. Όταν η ενδομήτρια κύηση δεν απεικονίζεται και η hCG είναι κατώτερη από τις παραπάνω τιμές, τότε θα συμβαίνουν τα εξής: α) Η ενδομήτρια κύηση είναι μικρή σε ηλικία, β) Θα υπάρχει παθολογική ενδομήτρια κύηση, γ) πρόσφατη αποβολή, και δ) Έκτοπη κύηση (Coleman & co, 1985).

Δια της διακοιλιακής υπερηχογραφίας έχουμε απεικόνιση των οργάνων της πυέλου και κοιλιακής κοιλότητας που είναι απαραίτητα για την συνολική εκτίμηση και αξιολόγηση εξαρτηματικών μαζών, ελεύθερου περιτοναϊκού υγρού και παρουσία αιμοπεριτοναίου. Συμβάλλει στη διαφοροδιάγνωση της έκτοπης κύησης από κύστη ωχρού σωματίου, υδροσάλπιγγα, συμφύσεις, ενδομητρίωμα, κύστη ωοθήκης ή ινομύωμα. Ωστόσο, η εύρεση υπερηχογραφικά εμβρυϊκών καρδιακών παλμών εκτός της μητρικής κοιλότητας θέτει την οριστική διάγνωση εκτόπου κυήσεως.

Διακολπικό υπερηχογράφημα:

Η διακολπική εξέταση υπερέχει της διακοιλιακής και η εγκυμοσύνη μπορεί να αναγνωριστεί νωρίτερα κατά μια εβδομάδα, σε σχέση με την διακοιλιακή οδό (ο σάκκος

της εγκυμοσύνης απεικονίζεται την 4^η εβδομάδα) όταν τα επίπεδα της β-hCG είναι άνω των 1500 mIU/ml. Σύμφωνα με την μελέτη των Barnhart & co (1994), μια κενή μήτρα σε συνδυασμό με συγκέντρωση β-hCG ≥ 1500 mIU/ml είναι 100% διαγνωστική εκτόπου κύησης. Σύμφωνα με τους Cacciatore & co (1990) το διακολπικό υπερηχογράφημα μπορεί να θέσει την διάγνωση της εκτόπου κύησης σε ποσοστό μεγαλύτερο του 90% των περιπτώσεων. Ωστόσο, σύμφωνα με τους ερευνητές, η διάγνωση της εκτόπου κύησης μπορεί να είναι δύσκολη όταν η σαλπιγγική μάζα είναι μικρή ή καλυπτόμενη από έντερο. Η ευαισθησία και η ειδικότητα του διακολπικού υπερηχογραφήματος είναι 96% και 99% αντίστοιχα επί παρουσίας ελεύθερου περιτοναϊκού υγρού (Sadek and Schiatz, 1995). Τα αντίστοιχα ποσοστά διαμορφώνονται σε 81% και 99 % όταν απεικονίζεται σαλπιγγική μάζα. Σε περιπτώσεις αμφίβολης διάγνωσης, ο τακτικός υπερηχογραφικός έλεγχος σε συνδυασμό με την κατ' επανάληψη μέτρηση των επιπέδων β-hCG συμβάλλει στη διάγνωση της εκτόπου κύησης (Tay & co, 2000).

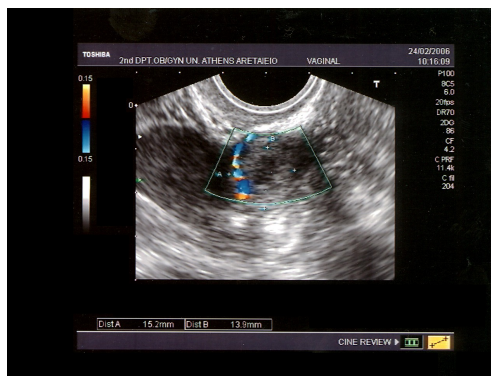


Εικ. 1: Διακολπικό U/S σαλπιγγικής κύησης

Έγχρωμο παλμικό Doppler υπερηχογράφημα:

Η χρήση του Doppler υπερηχογραφήματος συμβάλλει σημαντικά στη διάγνωση τόσο της ζώσας ενδομήτριας, της παλίνδρομης όσο και της έκτοπης κύησης (Emerson & co, 1992; Pellerito & co, 1992). Η διαγνωστική ευαισθησία της μεθόδου κυμαίνεται από 71% έως 87% για την έκτοπο, 24% έως 59% στην παλίνδρομη ενδομήτρια και 90% έως 99% για την φυσιολογική ενδομήτρια κύηση. Με την μέθοδο αυτή, η χαρακτηριστική εμφάνιση «δακτυλίου φωτιάς» (“ring of fire”), που οφείλεται στην πλακουντιακή κυκλοφορία, εκτός της μητρικής κοιλότητας κατευθύνει στη διάγνωση της εκτόπου

κυήσεως. Ωστόσο, η χρήση του Doppler υπερηχογραφήματος είναι περιορισμένη λόγω του υψηλού οικονομικού κόστους.



Εικ. 2: Έγχρωμο παλμικό Doppler σαλπγγικής κύησης

Απόξεση μήτρας

Η απόξεση της μήτρας έχει θέση στη διαφοροδιάγνωση της εκτόπου κυήσεως από την παλίνδρομη ενδομήτρια κύηση τις πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Σύμφωνα με τους Stovall & co (1992) η αναρροφητική απόξεση γίνεται για την διαφοροδιάγνωση μη ζώσας ενδομήτριας κύησης από την έκτοπο, όταν τα επίπεδα της β-hCG μικρότερα των 2000 mIU/ml, τα επίπεδα προγεστερόνης είναι μικρότερα των 5 ng/ml και το διακολπικό υπερηχογράφημα παρέχει ασαφή ευρήματα. Το υλικό της απόξεσης πρέπει οπωσδήποτε να σταλεί για ταχεία βιοψία ώστε να διαπιστωθεί η παρουσία λαχνών ή μη εντός αυτού ή η αναγνώριση της εικόνας Arias-Stella (αντίδραση του ενδομητρίου επί κυήσεως). Η εικόνα αυτή χαρακτηρίζεται από εντοπισμένη υπερπλασία των αδένων του ενδομητρίου και υπερέκκριση αυτών. Τα αδενικά κύτταρα είναι διογκωμένα και ο πυρήνας τους είναι υπερχρωματικός, όπως στις κακοήθειες. Το παραπάνω εύρημα είναι μη ειδικό και απαντά και σε ασθενείς με ενδομήτρια κύηση.

Παρακέντηση Δουγλασείου

Η παρακέντηση του Δουγλασείου μετά την επιτέλεση του διακολπικού υπερηχογραφήματος και τη μέτρηση της β-hCG σπανίως έχει ένδειξη. Παρά το γεγονός ότι 70% έως 90% των ασθενών με έκτοπο κύηση έχουν άλλοτε άλλου βαθμού αιμοπεριτόναιο, που φαίνεται στην παρακέντηση, μόνο ένα 50% των περιπτώσεων έχουν ερρηγμένη

σάλπιγγα. Επίσης σε ένα 20% των ασθενών με έκτοπο κύηση δεν απορροφάται αίμα, είτε λόγω μη ύπαρξής του, είτε λόγω δημιουργίας αιματοπηγμάτων.

Λαπαροσκόπηση

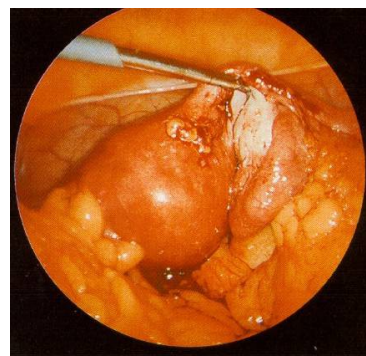
Η λαπαροσκόπηση είναι η άριστη μέθοδος για την διάγνωση της εκτόπου κύησης. Τα λαπαροσκοπικά χαρακτηριστικά της είναι η διόγκωση της σάλπιγγας, η αλλοίωση της αρχιτεκτονικής αυτής, η διαφοροποίηση της χροιάς της (ωχρόφαιη χροιά) και σε ρήξη αυτής, η προβολή των στοιχείων της κύησης με αιματοπήγματα και πιθανώς ορατά αγγεία που αιμορραγούν. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου περιλαμβάνουν:

- Οριστική διάγνωση στην πλειονότητα των περιπτώσεων
- Ενδεδειγμένο τρόπο για αφαίρεση της έκτοπης μάζας
- Άμεση οδό έγχυσης φαρμακευτικών ουσιών στην έκτοπο μάζα

Ωστόσο, η πλήρης απεικόνιση της πυέλου μπορεί να μην είναι εφικτή σε περιπτώσεις πυελικής φλεγμονής ή ενεργού αιμορραγίας ενώ η διάγνωση της άρρηκτης σαλπιγγικής κύησης να είναι δύσκολη ακόμα και αν η σάλπιγγα απεικονίζεται πλήρως.

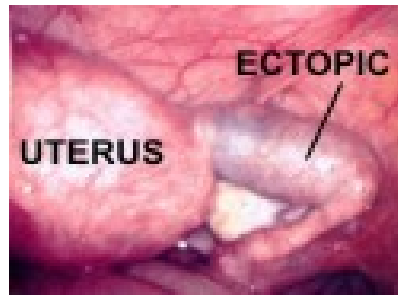
Πάντως, πρέπει να αναφερθεί ότι αν η διάγνωση της εκτόπου κύησης γίνει χωρίς την λαπαροσκόπηση, προκύπτουν μερικά πλεονεκτήματα:

- Αποφεύγονται οι επιπλοκές από την αναισθησία, τα φάρμακα και την επέμβαση.
- Συντηρητική φαρμακευτική θεραπεία με μεθοτρεξάτη (πολλές έκτοπες κύσεις συμβαίνουν σε ιστολογικά φυσιολογικές σάλπιγγες και η απόφαση θεραπείας χωρίς χειρουργική επέμβαση απαλλάσσει τις ασθενείς από το χειρουργικό τραύμα και την επακόλουθη πιθανή υπογονιμότητα).



Λαπαροτομία

Αν και η χειρουργική λαπαροσκόπηση έχει υποκαταστήσει σήμερα τη λαπαροτομία σε πολλές περιπτώσεις εκτόπου κύησης σε αιμοδυναμικά ασταθείς ασθενείς ή όταν η λαπαροσκόπηση δεν είναι εφικτή, έχει ένδειξη η λαπαροτομία. Ασθενείς με αιμοδυναμική αστάθεια (θετικό το τεστ της διαφοράς της πίεσης από την ύπτια στην όρθια θέση) πρέπει να υποβάλλονται αμέσως σε χειρουργική διάγνωση και αντιμετώπιση.



Διαφορική διάγνωση

Η οξεία χειρουργική κοιλία, η οποία βασικά δημιουργείται στην περίπτωση της ρήξεως της σάλπιγγας και σπανιότερα στη διάρκεια της ωαγωγικής έκτρωσης, δημιουργεί αρκετά διαγνωστικά προβλήματα. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει από:

- Απειλούμενη ή αναπόφευκτη αποβολή
- Οξεία σαλπιγγίτιδα
- Ρήξη ωχρού σωματίου
- Πυελοπεριτονίτιδα
- Οξεία σκωληκοειδίτιδα
- Περιστροφή κύστεως ωοθήκης
- Οξεία νέκρωση ινομυώματος μήτρας
- Ρήξη ωχραιματώματος
- Ρήξη ενδομητριοειδούς κύστεως ωοθήκης
- Ρήξη εγκυμονούντος υπολειπόμενου κέρατος δίκερης μήτρας

Ο συνδυασμός του ιστορικού, της φυσικής εξέτασης, η κατά σειρά μετρήσεις της β-hCG, η προγεστερόνη ορού, ο υπερηχογραφικός έλεγχος, η λαπαροσκόπηση και πιθανώς η απόξεση συμβάλλουν καθοριστικά στη διαφορική διάγνωση της εκτόπου κύστεως.

Θεραπεία

Η θεραπεία της σαλπιγγικής έκτοπης κύησης μπορεί να γίνει είτε φαρμακευτικά είτε επεμβατικά. Η επιλογή εξαρτάται κυρίως από την κλινική κατάσταση των ασθενών και την εντόπιση της εκτόπου κύστεως.

A. Η χειρουργική αντιμετώπιση της εκτόπου κήσεως είναι η πλέον διαδεδομένη μέθοδος. Στο παρελθόν η σαλπινγικοωθηκεκτομία, η σαλπινγεκτομία ή η σαλπινγοτομία ήταν οι συνηθέστερες επεμβάσεις αντιμετώπισης της σαλπινγικής εκτόπου κήσεως. Σήμερα η χειρουργική προσπέλαση γίνεται κυρίως με λαπαροσκόπηση ή με λαπαροτομία. Η λαπαροσκοπική αντιμετώπιση είναι η μέθοδος εκλογής όταν η ασθενής είναι αιμοδυναμικά σταθερή, η έκτοπος κύηση δεν είναι μεγάλης εβδομάδας και το αιμοπεριτόναιο είναι περιορισμένο. Αντίθετα, όταν η ασθενής είναι αιμοδυναμικά ασταθής ή το μέγεθος της εκτόπου υπερβαίνει σε διάμετρο τα 3,5 - 4,0 cm ή υπάρχει μεγάλο αιμοπεριτόναιο με πήγματα, θέση έχει η λαπαροτομία. Τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής αντιμετώπισης της εκτόπου κήσεως σε σύγκριση με αυτήν της λαπαροτομίας είναι ο βραχύτερος χρόνος νοσηλείας, η ταχύτερη μετεγχειρητική ανάρρωση, η μικρότερη απώλεια αίματος κατά τη διάρκεια της εγχείρησης και οι λιγότερες συμφύσεις.

B. Φαρμακευτική θεραπεία της έκτοπης κύησης γίνεται συνήθως με την χορήγηση της μεθοτρεξάτης. Λιγότερα συχνά χορηγούνται το χλωριούχο κάλιο, τα υπέρτονα σακχαρούχα διαλύματα, η αντιπρογεστερόνη (mifepristone), οι προσταγλαδίνες (PGE₂, PGF_{2a}) και τα αντι-hCG αντισώματα. Τα φάρμακα αυτά χορηγούνται μόνα ή σε συνδυασμό και η έγχυσή τους γίνεται μέσα στη σάλπιγγα, με τη βοήθεια του λαπαροσκοπίου ή του διακολπικού υπερηχογράφου. Τα πλεονεκτήματά τους είναι ότι γίνεται συνήθως μόνο μια έγχυση και αποφεύγεται η συστηματική χορήγηση αυτών. Η μεθοτρεξάτη χορηγείται ενδομυϊκά σε δόση 1 mg/kg/ημέρα αφού προηγουμένως ελεγχθούν οι λειτουργίες των ζωτικών οργάνων της ασθενούς και η στάθμη της β-hCG. Ένας άλλος τρόπος χορήγησης της μεθοτρεξάτης είναι αυτός της μιας δόσης όπου χορηγούνται ενδομυϊκά 50 mg/m². Η θεραπεία της μιας δόσης είναι οικονομική, την αποδέχονται οι ασθενείς διότι απαιτεί λιγότερη παρακολούθηση, οι επιπλοκές είναι ασυνήθιστες, τα αποτελέσματα της θεραπείας είναι ικανοποιητικά (96,7%), η διαβατότητα των σαλπίγγων ανέρχεται στο 90% των περιπτώσεων, οι ενδομήτριες κύσεις στο 78% και η υποτροπή της εκτόπου στο 10%. Οι περισσότερες επιπλοκές συμβαίνουν με την ενδοφλέβια χορήγηση της μεθοτρεξάτης. Με την ενδομυϊκή χορήγηση αυτής η περίπτωση των επιπλοκών είναι μικρότερη του 1% και η αποτυχία της μεθόδου είναι συγκρίσιμη με αυτή της λαπαροσκοπικής χειρουργικής αντιμετώπισης. Η ασθενής παίρνει οδηγίες να μην μείνει έγκυος λίγους μήνες μετά τη θεραπεία (τρεις μήνες και άνω) και να

χρησιμοποιήσει κάποια αντισυλληπτική μέθοδο. Γενικά η μεθοτρεξάτη θα χορηγηθεί στις εξής περιπτώσεις: 1) όταν μετά μια σαλπινγοτομία ή σαλπινγοστομία τα επίπεδα της β -hCG είναι υψηλότερα από τα αναμενόμενα (παραμονή ενεργού τροφοβλαστικού ιστού), 2) όταν διαπιστωθεί άνοδος των επιπέδων της β -hCG ή πλάτωση αυτής μετά την εκκενωτική αναρρόφηση της μήτρας, 3) όταν δεν ανιχνευθεί ενδομητρικός σάκκος στο διακολπικό υπερηχογράφημα, υπάρχει υγρό στο Δουγλάσειο και τα επίπεδα της β -hCG είναι μικρότερα από 2000 mIU/ml, η δε εξαρτηματική μάζα είναι μικρότερη ή ίση από 3,5 cm σε διάμετρο. Τέλος δε θα πρέπει να παραβλέπεται και η δυνατότητα συντηρητικής αντιμετώπισης της εκτόπου κυήσεως στο αρχικό της βέβαια στάδιο. Έτσι μετά από λεπτομερή πληροφόρηση της ασθενούς για τους τυχόν κινδύνους εσωτερικής αιμορραγίας και τη γραπτή συγκατάθεσή της, η συντηρητική αντιμετώπιση συνίσταται στην απλή παρακολούθηση, οπότε ένα ποσοστό επιλεγμένων περιπτώσεων δε χρειάζεται καμιά επέμβαση. Τα ποσοστά διαβατότητας της σάλπιγγας με αυτή τη συντηρητική αγωγή είναι παρόμοια με εκείνα της συντηρητικής λαπαροσκοπικής ή ανοικτής χειρουργικής αντιμετώπισης.

β) ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΕΚΤΟΠΗ ΚΥΗΣΗ

Η εμφύτευση του εμβρύου εντός του τραχηλικού αυλού συνιστά μία σπάνια εντόπιση έκτοπης κύησης που αφορά περίπου το 0,15% των έκτοπων κύησεων, αλλά μόλις το 1:1000 με 1:50000 των κύησεων συνολικά.

Τα τελευταία 15 χρόνια παρουσιάζει αυξητική τάση εξαιτίας κυρίως της εισαγωγής των τεχνικών της υποβοηθούμενης γονιμοποίησης, αλλά και εξαιτίας της αυξημένης συχνότητας των χειρουργικών επεμβάσεων στην περιοχή της πυέλου, που προδιαθέτουν στην ανάπτυξη συμφύσεων.



Πιο συγκεκριμένα, τα αίτια που μελετούνται ως τα πιθανότερα είναι τα εξής:

- Εξωσωματική γονιμοποίηση (In Vitro Fertilization- Embryo Transfer)
- Πολυτοκία
- Ανεπάρκεια έσω τραχηλικού στομίου
- Ανώμαλος τόνος μυομητρίου
- Καθυστερημένη ανάπτυξη πρωτεολυτικών ενζύμων βλαστοκύστης
- Ηλικία μητέρας <17 ή 35- 45 ετών
- Ινομιώματα μήτρας
- Χειρουργικές επεμβάσεις πυέλου
- Προηγούμενη Καισαρική τομή
- Πυελικές λοιμώξεις
- Προηγούμενες εκτρώσεις - αποξέσεις μήτρας

- Σύνδρομο Asherman
- Λήψη Διαιθυλοστιλβεστρόλης από τη μητέρα της εγκύου, κατά τη διάρκεια της κύησης, λόγω συγγενών ανωμαλιών των έσω γεννητικών οργάνων της γυναίκας.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Προηγηθείσα εξωσωματική γονιμοποίηση, καισαρική τομή, χειρουργική επέμβαση στην περιοχή της πυέλου, και γενικά ό,τι συνδυάζεται με τα υπό μελέτη αίτια της πρόκλησης τραχηλικής κύησης, θα πρέπει να μας βάλει σε υποψία, αν και δεν είναι καθοριστικά. Ακόμα, μια προηγηθείσα έκτοπη κύηση αυξάνει πολύ τον κίνδυνο εμφάνισης μιας δεύτερης, στην ίδια ή σε διαφορετική εντόπιση.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝΑ

Η γυναίκα με τραχηλική έκτοπη κύηση παρουσιάζει στην αρχή όλα τα τυπικά συμπτώματα μιας φυσιολογικής εγκυμοσύνης: Καθυστέρηση της περιόδου, διόγκωση των μαστών και νευροφυτικές εκδηλώσεις όπως ναυτία και έμετο. Αντίθετα με τις άλλες εξωμήτριες εντοπίσεις, στην τραχηλική, οι γυναίκες στην πλειοψηφία τους δεν παρουσιάζουν. Μερικές φορές αναφέρουν διάχυτους ή εντοπισμένους πόνους στο υπογάστριο συχνά με τη μορφή κράμπας. Το στοιχείο όμως που θα τις οδηγήσει άμεσα στο γυναικολόγο είναι η κολπική αιμορραγία που μπορεί να είναι κατακλυσμιαία και να απειλήσει τη ζωή τους, καθώς η αναπτυσσόμενη έκτοπη τροφοβλάστη διαβρώνει τα αγγεία των γύρω ιστών, που είναι δυνατόν να αιμορραγήσουν αυτόματα ή μετά από τραυματισμό κατά τη διάρκεια σεξουαλικής επαφής.

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Στην αμφίχειρη εξέταση ο τράχηλος ψηλαφάται μαλακός, διογκωμένος και επώδυνος, ενώ η μήτρα υπολείπεται σε μέγεθος ως προς την ηλικία κύησης. Από την κολποσκόπηση η χροιά του βλεννογόνου φαίνεται κυανοϊώδης και το έξω στόμιο του τραχήλου είναι ανοιχτό, ενώ οι γυναικολογικοί χειρισμοί μπορούν να προκαλέσουν αιμορραγία.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Οι τιμές της β-HCG είναι χαμηλότερες σε σχέση με τις αντίστοιχες σε φυσιολογική ενδομήτριο κύηση της ίδιας ηλικίας, κυμαίνονται όμως σε ευρύ φάσμα που αλληλεπικαλύπτεται με τις φυσιολογικές.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος είναι η εξέταση που θα δώσει τη διάγνωση της τραχηλικής κύησης. Το διακολπικό υπερηχοτομογράφημα υπερέχει σαφώς από το διακοιλιακό και τα γενικά χαρακτηριστικά που αναμένουμε να δούμε είναι τα εξής:

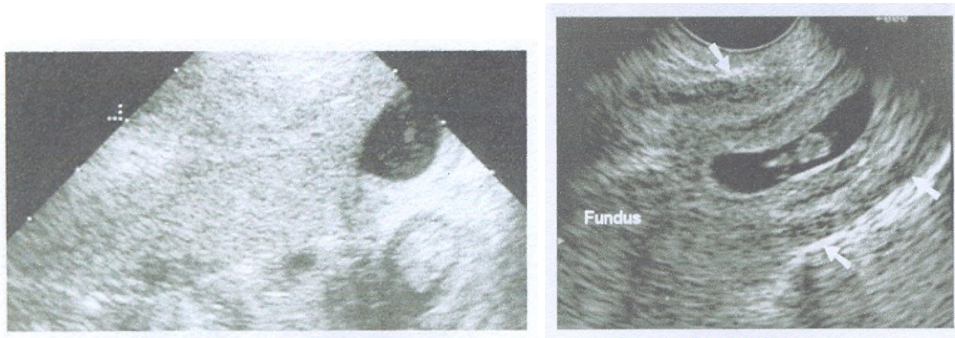
1. Παρουσία του εμβρυϊκού σάκου ή του πλακούντα εντός του τραχηλικού σωλήνα
2. Διογκωμένος τράχηλος που δίνει στη μήτρα χαρακτηριστική εικόνα κλειψύδρας
3. Κλειστό έσω τραχηλικό στόμιο
4. Απουσία στοιχείων κύησης ενδομητρίως

Ο Raskin, το 1978, επεσήμανε ότι το σώμα της μήτρας ανευρίσκεται διογκωμένο κατά την έκτοπο κύηση, λόγω του οιστρογονικού ερεθισμού, ενώ ο Rubin, το 1983, εισήγαγε τέσσερα πιο συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια σε ό,τι αφορά στην υπερηχοτομογραφική εικόνα:

1. Εκβολή των τραχηλικών αδένων απέναντι από την επιφάνεια επαφής του πλακούντα.
2. Στενή επαφή του πλακούντα με τον τράχηλο.
3. Θέση του πλακούντα κάτω από την είσοδο των μητριάων αγγείων ή κάτω από την περιτοναϊκή μοίρα των προσθιοπίσθιων μητριάων επιφανειών.
4. Απουσία εμβρυϊκών στοιχείων εντός του σώματος της μήτρας.

Οι Timor και Tritsch, το 1993 προσέθεσαν δύο ακόμη χαρακτηριστικά κριτήρια:

- Ο πλακούντας και ο εμβρυϊκός σάκος να εντοπίζονται κάτω από το έσω τραχηλικό στόμιο και
- Ο τράχηλος να είναι διογκωμένος και διασταλμένος.



Η διάγνωση επιβεβαιώνεται όταν αναδειχθεί καρδιακή λειτουργία του εμβρύου. Σε αντίθετη περίπτωση προκύπτει το θέμα της διαφορικής διάγνωσης της έκτοπα εμφυτευμένης κύησης από τον εμβρυϊκό σάκο ατελούς αυτόματης αποβολής που εντοπίζεται εντός του τραχήλου.

Πάνω σε αυτό το θέμα, ο Jurkovic, το 1996, εισήγαγε δύο ακόμη απεικονιστικά κριτήρια:

- Όταν ο ενδοκολπικός ηχοβολέας ασκήσει ήπια πίεση προς τον τράχηλο, ο εμβρυϊκός σάκος που προέρχεται από αποβολή γλιστράει πίσω, προς την κοιλότητα της μήτρας. Αντίθετα, το εμφυτευμένο κύημα δεν μετατοπίζεται.
- Με τη χρήση του έγχρωμου Doppler είναι ορατή η περιτροφοβλαστική αιματική ροή του εμφυτευμένου κυήματος, αλλά όχι του αποβληθέντος, γιατί έχει αποσπαστεί από το τροφοφόρο αγγείο.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Εκτός από την ατελή αυτόματη αποβολή θα πρέπει να αποκλειστούν μερικές ακόμα καταστάσεις:

- Τροφοβλαστικός όγκος της κύησης
- Προδρομικός πλακούντας ή χαμηλή πρόσφυση αυτού
- Καρκίνος του τραχήλου
- Τεχθέν υποβλεννογόνιο ινομύωμα

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η τραχηλική έκτοπη κύηση διαγιγνώσκεται συνήθως πιο νωρίς από τις άλλες έκτοπες εντοπίσεις, διότι η αιμορραγία είναι εξωτερική και η θέα της κινητοποιεί τη γυν

ναίκα. Η ιατρική επέμβαση επιβάλλεται, διαφορετικά η θνητότητα εξ αιτίας της αιμορραγίας ξεπερνά το 60%.

Παλαιότερα, όλες οι γυναίκες με τραχηλική κύηση αντιμετωπίζονταν με εκκενωτική απόξεση του τραχήλου. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα ανεξέλεγκτη αιμορραγία, που οδηγούσε αναπόφευκτα σε ολική υστερεκτομία. Η δυνατότητα τεκνοποίησης χανόταν, ιδίως σε γυναίκες που είχαν ήδη επιβαρημένο γυναικολογικό ιστορικό.

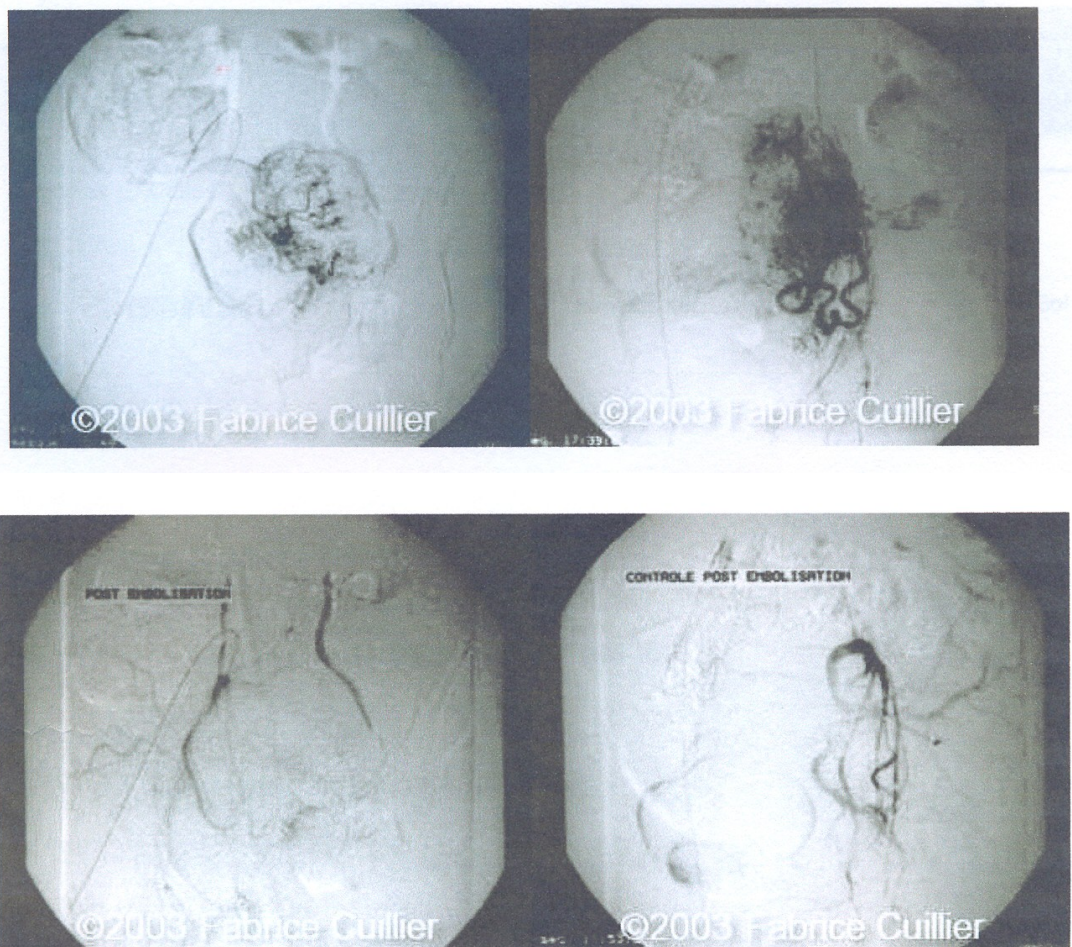
Σήμερα η τραχηλική απόξεση χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλες τεχνικές αιμόστασης. Και σε αυτή την περίπτωση όμως, το ένα πέμπτο περίπου των γυναικών καταλήγει σε ολική υστερεκτομία, η οποία έχει ένδειξη σε τραχηλικές κυήσεις δεύτερου ή τρίτου τριμήνου, καθώς και σε κάποιες γυναίκες που δεν επιθυμούν να διατηρήσουν τη γονιμότητά τους, προκειμένου να μην εκτεθούν στους κινδύνους μιας επείγουσας υστερεκτομίας.

Συμπληρωματικά με την απόξεση εφαρμόζεται τραχηλικός και κοιλιακός επιπωματισμός με τη χρήση ταμπόν, ή καθετήρα τύπου Foley που φέρει μπαλόνι των 30ml. Αφού τοποθετηθεί στο εσωτερικό του τραχηλικού αυλού, γεμίζει με ως και 100ml.

Μια άλλη μέθοδος που έχει χρησιμοποιηθεί για την αιμόσταση είναι η τοποθέτηση δύο ραμμάτων ψηλά στον τράχηλο, όπως γίνεται στην περίδεση, κατά την τρίτη και την ενάτη ώρα.

Καλύτερη αποτελεσματικότητα και μικρότερους κινδύνους για τη γυναίκα έχουν οι μέθοδοι, οι οποίες έχουν σκοπό να διακόψουν την αιματική ροή του τραχήλου με απολίνωση των κατιόντων κλάδων των μητριάων αγγείων ή των τραχηλικών αγγείων διακολπικά.

Πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα έχει δώσει και η μέθοδος του αγγειογραφικού εμβολισμού των κατιόντων κλάδων των μητριάων αγγείων. Τα επίπεδα της β-HCG πέφτουν ταχέως, (εντός 2-3 ημερών) και γι' αυτό η μέθοδος ενδείκνυται για περιπτώσεις που δεν είναι εύκολη η μετέπειτα ιατρική παρακολούθηση των γυναικών.



Εικ. 3 & 4: Πριν και μετά τον αγγειογραφικό εμβολισμό της δεξιάς και αριστερής μητριαίας αρτηρίας

Έχει ακόμα χρησιμοποιηθεί ο κρυοκαυτηριασμός και η ηλεκτροπηξία των αιμορραγούντων αγγείων.

Η τεχνική της απευθείας έγχυσης χημειοθεραπευτικής ουσίας εντός του αμνιακού σάκου είναι αυτή που κερδίζει συνεχώς έδαφος λόγω των υψηλών ποσοστών επιτυχίας. Η έγχυση γίνεται διακολπικά, κάτω από υπερηχοτομογραφική καθοδήγηση. Τα καλύτερα αποτελέσματα έχει δώσει η Μεθοτρεξάτη, που είναι ένα φάρμακο που ανακόπτει τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και χορηγείται εξίσου στην αντιμετώπιση του χοριοκαρκινώματος. Η ποσότητα που εφαρμόζεται συνήθως είναι 50ml εφάπαξ ή αν κριθεί αναγκαίο χορηγείται και μια δεύτερη, επαναληπτική δόση. Αυτό συμβαίνει όταν τα επίπεδα της β-HCG δεν μειώνονται ή κάνουν πλατώ. Η μεθοτρεξάτη ενδείκνυται για μικρής ηλικίας κυήσεις, το αργότερο 12-13 εβδομάδων. Μπορεί να εμφανίσει παρενέρ-

γειες όπως ναυτία, έμετο, γαστρεντερικές διαταραχές και πιο σπάνια στοματικά έλκη και στοματίτιδα.

Η μέθοδος απαιτεί παρακολούθηση, με μέτρηση των επιπέδων της β-HCG για τουλάχιστον 3 μήνες, ώσπου αυτά να μηδενιστούν, ενώ σε δεύτερο χρόνο ενδεχομένως να χρειαστεί και τραχηλική απόξεση.

Άλλες ουσίες που έχουν χρησιμοποιηθεί για ενδοαμνιακή έγχυση είναι το KCl, οι Προσταγλανδίνες PGE2, PGF2a, τα υπέρτονα διαλύματα γλυκόζης, η Μιφεπριστόνη καθώς και συνδυασμοί των παραπάνω.

Τέλος μπορεί να δοθεί συστηματική θεραπεία με Μεθοτρεξάτη ενδομυϊκά, σε δόση περί το 1mg ανά kg σωματικού βάρους, σε αυτή την περίπτωση όμως οι παρενέργειες είναι συχνότερες.

Με τη χρήση των πιο πάνω τεχνικών διαφυλάσσεται η μήτρα και άρα η ικανότητα της γυναίκας για τεκνοποίηση, ακόμα και με φυσιολογικό τοκετό, εφόσον ο τράχηλος δεν υφίσταται μόνιμες αλλοιώσεις.

γ) ΩΟΘΗΚΙΚΗ ΕΚΤΟΠΗ ΚΥΗΣΗ

Ορισμός - Επιδημιολογία

Η ωοθηκική έκτοπη κύηση συνιστά μια κατάσταση, στην οποία το έκτοπο κύημα εμφυτεύεται εντός της φλοιώδους μοίρας της ωοθήκης.

Η εντοπισμένη στην ωοθήκη είναι ο πλέον συνήθης τύπος μη σαλπιγγικής έκτοπης κύησης και αντιπροσωπεύει το 0,5-1% του συνόλου των εκτόπων κυήσεων. Η συχνότητα της κυμαίνεται από 1/40.000-1/7.000 κυήσεις.

Το 1978 ο Spiegelberg διατύπωσε ορισμένα κριτήρια σύμφωνα με τα οποία για να διαγνωσθεί μια έκτοπη κύηση ως ωοθηκική θα πρέπει:

- α)** η προσβεβλημένη σάλπιγγα να είναι άθικτη
- β)** ο εμβρυϊκός σάκος να καταλαμβάνει τη θέση της ωοθήκης
- γ)** η ωοθήκη να συνδέεται με τη μήτρα δια του ωοθηκικού συνδέσμου
- δ)** στο τοίχωμα του σάκου να εντοπίζεται ωοθηκικός ιστός

Οι Bobrow και Winkelstein, το 1956, ανέφεραν 154 περιπτώσεις που πληρούσαν αυτά τα κριτήρια. Ο Hallat, το 1982, περιέγραψε 25 περιπτώσεις πρωτοπαθούς ωοθηκικής κύησης, ενώ ο Grimes με τους συνεργάτες του, το 1983, επισήμαναν 24 ακόμη.

Ταξινόμηση

Διακρίνεται σε: α) πρωτοπαθή, όταν η γονιμοποίηση και η εμφύτευση του ωαρίου γίνουν εξαρχής στην ωοθήκη και β) δευτεροπαθή, όταν μετά την ωαγωγική έκτρωση η βλαστοκύστη εγκατασταθεί στην ωοθήκη.

Μπορεί επιπλέον μια ωοθηκική κύηση να αποτελεί μέρος μιας ετερότοπης, να συνυπάρχει δηλαδή με μια ενδομήτρια, ή μιας πολύδυμης.

Επιβαρυντικοί παράγοντες

Σε αντίθεση με την σαλπιγγική, ο μόνος επιβαρυντικός παράγοντας, που φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με την ωοθηκική εντόπιση του κήματος, είναι η ταυτόχρονη χρήση ενδομήτριων σπειραμάτων (IUD).

Ως γνωστόν η δράση των ενδομήτριων σπειραμάτων συνίσταται, στην κινητοποίηση των λευκών αιμοσφαιρίων, ως αντίδραση στην παρουσία ξένου σώματος στην μήτρα και στην άθροιση τους γύρω από το σπείραμα. Η αντίδραση αυτή έχει ως αποτέλε-

σμα τη δημιουργία εχθρικού περιβάλλοντος στην εγκατάσταση και ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου. Άλλοι μηχανισμοί, που πιθανότατα εμπλέκονται στη λειτουργία των σπειραμάτων είναι η αύξηση των προσταγλανδινών τοπικά στο ενδομήτριο, η αυξημένη κινητικότητα που παρατηρείται στις σάλπιγγες, η παρεμπόδιση της βλαστοκύστης, λόγω παρεμβολής του σπειράματος μεταξύ αυτής και του ενδομητρίου ή οι ενζυμικές διαταραχές στη λειτουργία του ενδομητρίου που δρουν ως σπερματοκτόνα.

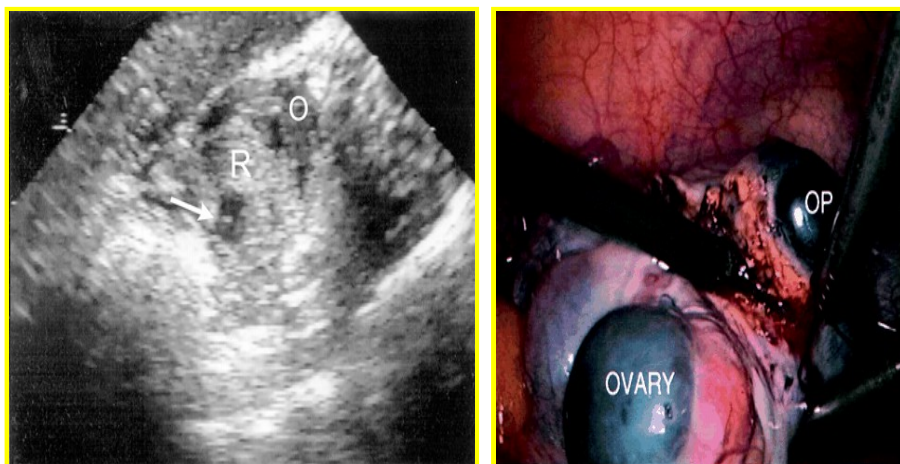
Κλινική συμπτωματολογία

Η κλινική εικόνα της ωοθηκικής κύησης είναι παρόμοια με αυτή της σαλπιγγικής, δηλαδή, κοιλιακός πόνος, αμηνόρροια και κοιλική αιμόρροια ποικίλου βαθμού και συχνότητας εμφάνισης του καθ' ενός από την κλασσική τριάδα συμπτωμάτων. Βέβαια σε αρκετές περιπτώσεις προεξάρχει ο κοιλιακός πόνος.

Αν και ο ωοθηκικός ιστός μπορεί να προσαρμοστεί ευκολότερα σε συνθήκες εξελισσόμενης κύησης απ' ότι ο σαλπιγγικός, η αυτόματη διακοπή της κύησης από το 1^ο ακόμη τρίμηνο είναι συχνή. Εν τούτοις, στο παρελθόν, υπήρξαν αναφορές, ελάχιστες βέβαια, περιπτώσεων ωοθηκικών κυήσεων που ήρθαν σε πέρας επιτυχώς με βιώσιμα έμβρυα.

Διάγνωση

Σήμερα, η αυξανόμενη χρήση του υπερηχογραφήματος και κυρίως του διακολπικού, έχει συμβάλλει σημαντικά στην πρόωρη διάγνωση και αντιμετώπιση της ωοθηκικής έκτοπης κύησης, χωρίς ωστόσο να υπερνικά τα δύσκολα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα που έπονται μιας τέτοιας πάθησης.



Όταν λοιπόν, μετά από ένα λεπτομερή κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο, όπως προαναφέρθηκε, προκύψουν ενδείξεις έκτοπου κήσεως το μόνο ίσως, που θα μας κατευθύνει προς την ωθηκική εντόπιση, είναι το διακολπικό υπερηχογράφημα. Πιο συγκεκριμένα, τα υπερηχογραφικά ευρήματα τα συμβατά προς μια τέτοια διάγνωση, από το 1^ο τρίμηνο, είναι η απεικόνιση των εμβρυϊκών δομών σε μία κοιλότητα αμνιακού ασκού στην ωθήκη. Αυτό απεικονίζεται ως κύστη με ένα ευρύ ηχογενές εξωτερικό δαχτυλίδι, μεγαλύτερης ηχογένειας από αυτή της ωθήκης με μια εσωτερική ηχοδιαυγαστική περιοχή, άλλοτε με αισθητούς εμβρυϊκούς καρδιακούς παλμούς και άλλοτε όχι.

Πολλές φορές όμως, ακόμα και το υπερηχογράφημα δεν είναι διαγνωστικό και στις περιπτώσεις που κρίνεται αναγκαία η άμεση χειρουργική παρέμβαση, ο γυναικολόγος έρχεται αντιμέτωπος με μια κύστη, οπότε η βιοψία της κύστης είναι αυτή που μπορεί να δώσει την απάντηση.

Διαφορική διάγνωση

Η διάγνωση της ωθηκικής κήσης δεν είναι εύκολη και σε ποσοστό 75% είναι λανθασμένη. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι γιατί πολλές φορές συγχέεται με κύστη ωχρού σωματίου, αιμορραγικές και άλλες κύστεις ωθηκικής ή ακόμη πιο σπάνια, με σαλπγγική έκτοπη κήση. Κάποιες φορές γίνεται ψευδής θετική διάγνωση ωθηκικής κήσης σε περιπτώσεις ασθενών που λόγω πυελικών συμφύσεων, οι σάλπιγγες βρίσκονται καθηλωμένες στις ωθήκες και δεν είναι ευκρινώς ορατή η εντόπιση του εμβρυϊκού σάκου. Ακόμα περισσότερα είναι τα περιστατικά που οι ασθενείς έρχονται καθυστερημένα στο γιατρό με εικόνα οξείας κοιλίας μετά από ρήξη του έκτοπου κήματος.

Αντιμετώπιση

Η αντιμετώπιση της ωθηκικής κήσης είναι χειρουργική αρχικά και σε περίπτωση που οι ασθενείς επιθυμούν μια μελλοντική εγκυμοσύνη η διατήρηση του ωθηκικού ιστού είναι ο πρωταρχικός μας στόχος. Επομένως, οι προτιμητέες θεραπευτικές τεχνικές είναι η σφηνοειδής ωθηκεκτομή ή η ωθηκική κυστεκτομή, οι οποίες συνήθως εκτελούνται με λαπαροτομία. Υπάρχουν ωστόσο και αναφορές, σύμφωνα με τις οποίες έχει χρησιμοποιηθεί και συντηρητική αγωγή με έγχυση μεθοτρεξάτης ή προσταγλανδινών με καλά αποτελέσματα.

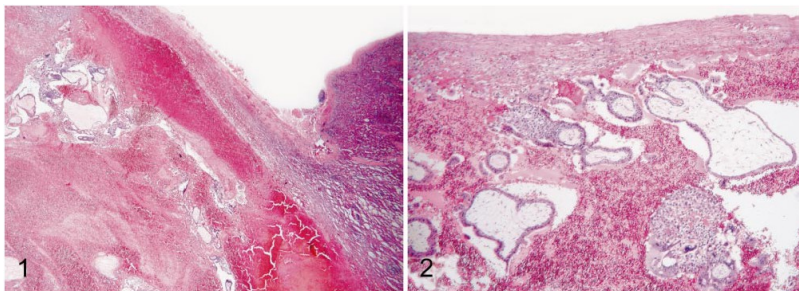
δ) ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΕΚΤΟΠΗ ΚΥΗΣΗ

Οι κοιλιακές κύησεις κατατάσσονται σε πρωτοπαθείς και σε δευτεροπαθείς. Σχεδόν όλες οι περιπτώσεις κοιλιακής κύησης ακολουθούν πρόωρη διάβρωση ή έκτρωση μιας σαλπινγικής εγκυμοσύνης μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Η πρωτοπαθής περιτοναϊκή εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου είναι πολύ σπάνια και έξι καλά τεκμηριωμένες περιπτώσεις έχουν αναφερθεί.

Τα κριτήρια κατά Studdiford για τη διάγνωση της πρωτοπαθούς κοιλιακής κύησης είναι:

1. Ύπαρξη φυσιολογικών σαλπίγγων και ωθηκών χωρίς στοιχεία πρόσφατης ή παρελθούσας χειρουργικής επέμβασης.
2. Κανένα στοιχείο μητροπλακουντικού συριγγίου.
3. Η ύπαρξη κύησης που συνδέεται αποκλειστικά με την περιτοναϊκή επιφάνεια και η οποία εντοπίζεται αρκετά νωρίς ώστε να αποκλείει την πιθανότητα δευτεροπαθούς εμφυτεύσεως μετά από πρωτοπαθή εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στην σάλπιγγα.

Οι δευτεροπαθείς κοιλιακές κύησεις είναι σαφώς οι πιο συχνές και προκύπτουν από σαλπινγική έκτρωση ή ρήξη, ή λιγότερο συχνά, μετά από ρήξη μήτρας με επακόλουθη εμφύτευση εντός της κοιλιακής κοιλότητας. Με παρόμοιο μηχανισμό εμφανίζεται και η πρόωρη σπληνική εγκυμοσύνη που είναι λιγότερο συνηθισμένη περίπτωση της έκτοπης εγκυμοσύνης. Αναφέρεται μια περίπτωση σπληνικής εγκυμοσύνης που αφορά μια 29χρονη γυναίκα που παρουσιάζεται με οξεία κοιλία και αιμοπεριτόναιο. Η αναγνώριση αυτής της σπάνιας περίπτωσης κυοφορίας είναι κριτικής σημασίας, λόγω του ρίσκου θανάτου και θα έπρεπε να θεωρείται σαν μια διαφορετική διάγνωση της οξείας κοιλίας στη γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας.



Εικόνα 5

Εικόνα 6

Εικόνα 5: Υποκαψικό σπληνικό οζίδιο που αναδεικνύει υπέρ πλήρες σπληνικό παρέγχυμα, με εξεσημασμένη υποκαψική αιμορραγία, και ανώριμη αμνιακή λάχνη.

Εικόνα 6: Υποκαψική αμνιακή λάχνη και τροφοβλαστικός ιστός που εισβάλλει στο σπληνικό παρέγχυμα.

Η συχνότητα της κοιλιακής κύησης ποικίλει από 1:372 έως 1:9714 γεννήσεις ζώων τέκνων. Στο νοσοκομείο του Parkland, όπου η έκτοπη εγκυμοσύνη είναι συνηθισμένη, η αναπτυγμένη κοιλιακή εγκυμοσύνη είναι σπάνια και καταμετράται σε ίσως 1 στις 25000 γεννήσεις. Η κοιλιακή κύηση συνδέεται με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα, με τον κίνδυνο θανάτου να είναι επτά με οχτώ φορές μεγαλύτερος απ' ό τι σε σαλπιγγική έκτοπη κύηση και 90 φορές μεγαλύτερος απ' ό τι στην ενδομήτρια κύηση.

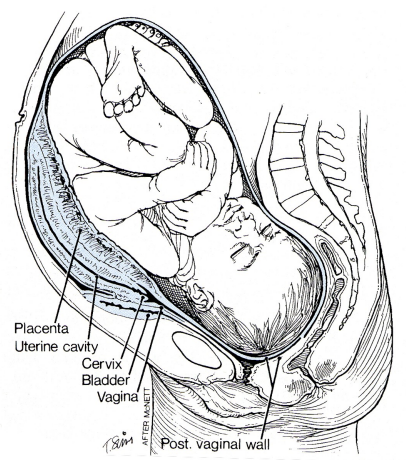
Υπάρχουν διάσπαρτες αναφορές κοιλιακών κύσεων που ολοκληρώθηκαν. Αναφέρουμε μια σπάνια περίπτωση κοιλιακής εγκυμοσύνης που ήρθε εις πέρας επιτυχώς σε νοσοκομείο της Σιγκαπούρης το Σεπτέμβριο του 2000 και είναι η πρώτη τεκμηριωμένη περίπτωση στην τοπική βιβλιογραφία σε περίπου 30 χρόνια. Αυτό που την κάνει ακόμη πιο ιδιαίτερη είναι πως παρότι η περίπτωση αυτή συνδέεται με υψηλή θνησιμότητα, μητέρα και μωρό επέζησαν της δοκιμασίας. Μεταγενέστερα, η μητέρα γέννησε ένα δεύτερο παιδί, 2 χρόνια αργότερα, με χαμηλή εγκάρσια καισαρική τομή.

Όταν μια κοιλιακή κύηση ολοκληρώνεται, η περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι υψηλές, συνήθως ως αποτέλεσμα παρεμπόδισης της ανάπτυξης και συγγενών ανωμαλιών όπως η εμβρυϊκή υποπλασία των πνευμόνων, οι παραμορφώσεις εξαιτίας πιέσεων και η ασυμμετρία προσώπου και άκρων. Η συχνότητα των συγγενών ανωμαλιών κυμαίνεται 20-40%.



Εικόνα 7: Νεογέννητο με κρανιακή απλασία 7 cm

Τυπικά ο αναπτυσσόμενος πλακούντας, αφού διαπεράσει το ωαγωγικό τοίχωμα, διατηρεί την σαλπγγική πρόσφυση αλλά σταδιακά την καταπατά και εμφυτεύεται στον γειτονικό ορογόνο. Ωστόσο, το έμβρυο συνεχίζει να αναπτύσσεται μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Συνήθως, ο πλακούντας βρίσκεται στη γενική περιοχή του ωαγωγού και στην πρόσθια όψη του πλατέως συνδέσμου και της μήτρας. Σε μερικές περιπτώσεις μια πρόωρη καισαρική τομή θα προκαλέσει διάβρωση νωρίς στην εγκυμοσύνη και θα δώσει ώθηση σε μια εγκυμοσύνη κάτω από την κυστεοουρητική περιτοναϊκή αναδίπλωση.



Εικόνα 8: Κοιλιακή εγκυμοσύνη στο τέλος. Ο πλακούντας είναι εμφυτευμένος στο πρόσθιο τοίχωμα της μήτρας και του πλατέως συνδέσμου. Η διατεταμένη, επιπεδωμένη μήτρα βρίσκεται ακριβώς κάτω από το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Ο τράχηλος και ο κόλπος εκτοπίζονται πίσω και έξω από την κεφαλή του εμβρύου μέσα στον αμνιακό σάκο.

Τα περιστατικά της κοιλιακής εγκυμοσύνης αυξάνονται ύστερα από γαμετική ενδοσαλπγγική μεταφορά, τεχνητή γονιμοποίηση και έκτρωση. Η ενδομητρίωση, η φυμάτιωση και οι ενδομητριακές τομές μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε μια κοιλιακή εγκυμοσύνη.

ΕΜΒΡΥΪΚΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η εμβρυϊκή σωτηρία σε μια κοιλιακή εγκυμοσύνη είναι εξαιρετικά επισφαλής και στη μεγάλη τους πλειοψηφία τα έμβρυα θνήσκουν. Επιπλέον, οι εμβρυϊκές δυσπλασίες

φτάνουν το 20%. Οι πιο συνηθισμένες ανωμαλίες είναι οι προσωπικές και κρανιακές ανωμαλίες καθώς και οι δυσμορφίες των αρθρώσεων. Οι πιο συνηθισμένες δυσπλασίες αφορούν στην έλλειψη άκρων καθώς και δυσπλασίες του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η έλλειψη αμνιακού υγρού που περιβάλλει το έμβρυο σχετίζεται αλλά όχι πάντα άμεσα με την εμβρυϊκή πνευμονική υποπλασία.

Κάποιοι κλινικοί αναμένουν βιωσιμότητα του εμβρύου με ενδονοσοκομειακούς χειρισμούς αν η εγκυμοσύνη διαγνωσθεί μετά τις 24 εβδομάδες. Τέτοιοι χειρισμοί όμως εμπεριέχουν τον κίνδυνο για ξαφνική, απειλητική για τη ζωή, ενδοκοιλιακή αιμορραγία. Εξαιτίας αυτού του κινδύνου προκαλείται συνήθως διακοπή της κύησης με τη διάγνωση. Στις περιπτώσεις όπου το αμνιακό υγρό είναι λίγο ή απουσιάζει και στις περιπτώσεις που η κύηση είναι μικρότερη των 24 εβδομάδων, η συντηρητική αγωγή σπάνια προτείνεται επειδή η εμβρυϊκή βιωσιμότητα είναι εξαιρετικά μικρή.

Αν το έμβρυο καταλήξει αφού έχει φθάσει σε αρκετά μεγάλο μέγεθος μπορεί να προκληθεί διαπύηση και αποτιτάνωση. Τελικά, η αποστηματική κοιλότητα ρύγνεται και αν η γυναίκα δεν πεθάνει από περιτονίτιδα ή σηψαιμία, τα εμβρυϊκά τμήματα αποβάλλονται μέσα από το κοιλιακό τοίχωμα ή συνηθέστερα μέσα στο έντερο ή την ουροδόχο κύστη.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ποικίλλει και εξαρτάται από την ηλικία του κύηματος. Τόσο στο πρώτο όσο και νωρίς κατά το δεύτερο τρίμηνο, τα συμπτώματα μπορεί να είναι ίδια με αυτά της σαλπινγικής έκτοπης κύησης. Σε προχωρημένη κοιλιακή κύηση, η κλινική εικόνα ποικίλλει περισσότερο. Η ασθενής μπορεί να παραπονιέται για επώδυνες κινήσεις του εμβρύου, κινήσεις του εμβρύου ψηλά στην κοιλιακή χώρα, ή απότομη παύση των κινήσεων αυτών. Η φυσική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει επίμονες παθολογικές εμβρυικές θέσεις, ευαισθησία της κοιλιακής χώρας, έναν παρεκτοπισμένο τράχηλο μήτρας, «εύκολη» ψηλάφηση της μήτρας ξεχωριστά από το κύημα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ναυτία, εμετός, μετεωρισμός, δυσκοιλιότητα, διάρροια και κοιλιακός πόνος μπορεί να είναι παρόντες σε διαφορετικό βαθμό. Οι πολύτοκες μπορεί να αναφέρουν ότι η

εγκυμοσύνη «δεν βαίνει καλώς». Αργότερα, κατά την εγκυμοσύνη οι εμβρυϊκές κινήσεις μπορεί να προκαλέσουν πόνο.

Ανώμαλες εμβρυϊκές θέσεις μπορούν εύκολα να ψηλαφηθούν, αλλά η ευκολία ψηλάφησης των εμβρυϊκών τμημάτων δεν αποτελεί αληθές σημείο. Τα εμβρυϊκά τμήματα μερικές φορές ψηλαφώνται πολύ κοντά στα δάχτυλα του εξεταστή ακόμα και σε φυσιολογικές εγκυμοσύνες ειδικά σε αδύνατες, πολύτοκες γυναίκες. Οι κοιλιακές μαλάξεις δεν διαγείρουν «τη μάζα» να συσταλεί όπως σχεδόν πάντα συμβαίνει σε αναπτυγμένη ενδομητρική εγκυμοσύνη.

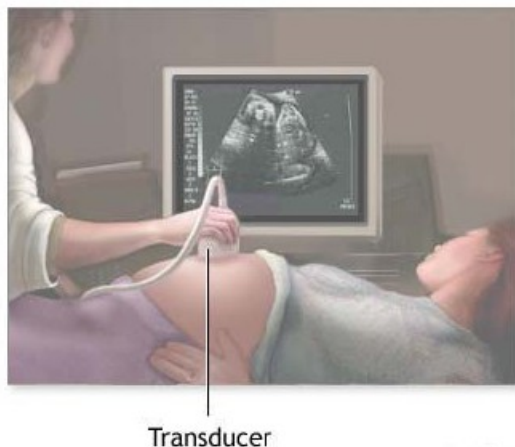
- **Εργαστηριακές εξετάσεις**

Μια ανεξήγητη αναιμία νωρίς κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να συνοδεύει την αρχική σαλπιγγική διάβρωση ή έκτρωση. Όλες οι άλλες εργαστηριακές εξετάσεις, ακόμα και αυτές που αντικατοπτρίζουν την καλή πορεία του εμβρύου είναι φυσιολογικές, μέχρι τη θανάτωση του εμβρύου. Απ' την άλλη μεριά μια ανεξήγητη αύξηση των επιπέδων της α-φετοπρωτεΐνης, οι τιμές της ήταν φυσιολογικές στο αμνιακό υγρό. Η εξέταση Doppler επίσης δείχνει φυσιολογικά αποτελέσματα.

- **Έγχυση ωκυτοκίνης**

Αποτελεί χρήσιμη βοήθεια στη διάγνωση της κοιλιακής εγκυμοσύνης. Η υποψία της διάγνωσης μπορεί να τεθεί όταν δεν εμφανίζονται συσπάσεις της μήτρας μετά από έγχυση ωκυτοκίνης. Η απουσία μητρικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια έγχυσης ωκυτοκίνης συμβαίνει όταν η άδεια μήτρα βρίσκεται μπροστά από το έμβρυο. Εάν η μήτρα βρίσκεται πίσω μπορεί να προκληθεί απάντηση στην ωκυτοκίνη και πιθανόν να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση ενδομητρικής εγκυμοσύνης.

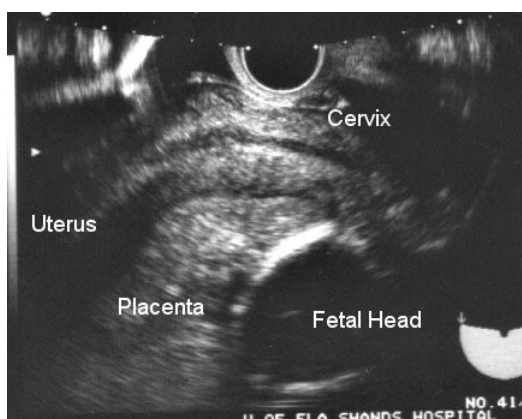
- **Υπερηχογράφημα**



Τα υπερηχογραφικά ευρήματα μιας κοιλιακής εγκυμοσύνης δεν επιτρέπουν να γίνουν με βεβαιότητα τις περισσότερες φορές την εξαγωγή διάγνωσης. Ωστόσο, σε περιπτώσεις ύπαρξης υποψίας, αυτά τα ευρήματα μπορεί να είναι διαγνωστικά. Για παράδειγμα αν η κεφαλή του εμβρύου φαίνεται να κείται ακριβώς δίπλα από τη μητρική ουροδόχο κύστη χωρίς να προβάλλει μητρικός ιστός, συγκεκριμένη διάγνωση μπορεί να στοιχειοθετηθεί. Ακόμα, όμως, και στις ιδανικές περιπτώσεις, μια υπερηχογραφική διάγνωση κοιλιακής κύησης μπορεί να διαφύγει στις μισές των περιπτώσεων.

Υπερηχογραφικά κριτήρια υποδηλωτικά κοιλιακής έκτοπης κύησης συνιστούν τα εξής:

1. Οπτική εικόνα του εμβρύου χωριστά από τη μήτρα.
2. Αποτυχία σχηματισμού καθαρής εικόνας του μητρικού τοιχώματος ανάμεσα στο έμβρυο και την ουροδόχο κύστη.
3. Κοντινή προσέγγιση των εμβρυϊκών τμημάτων στο μητρικό κοιλιακό τοίχωμα.
4. Έκκεντρη θέση (σχέση του εμβρύου με τη μήτρα) ή ανώμαλη εμβρυϊκή συμπεριφορά (σχέση των εμβρυϊκών τμημάτων μεταξύ τους) και οπτική εικόνα εξωμητρικού πλακουντιακού ιστού.



Το συμπέρασμα είναι ότι το υπερηχογράφημα δεν αποτελεί μια ειδική διαγνωστική διαδικασία για την κοιλιακή εγκυμοσύνη.

• Μαγνητική τομογραφία

Αυτή η τεχνική χρησιμοποιείται για να επιβεβαιώσει την κοιλιακή εγκυμοσύνη ακολουθώντας μια ύποπτη υπερηχογραφική εξέταση. Είναι πολύ ακριβής και συγκεκριμένη. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις μια κοιλιακή εγκυμοσύνη έχει λανθασμένα διαγνωσθεί ως πλακουντιακή προβολή, και μια ενδομητρική εγκυμοσύνη με εκφυλισμένες δομές έχει λανθασμένα διαγνωσθεί ως κοιλιακή εγκυμοσύνη.



- **Υπολογιστική τομογραφία**

Είναι ανώτερη από την μαγνητική απεικόνιση αλλά η χρήση της είναι περιορισμένη εξαιτίας της έκθεσης του εμβρύου σε ακτινοβολία. Σε περιπτώσεις εμβρυϊκού θανάτου, η υπολογιστική τομογραφία μπορεί να είναι διαγνωστική και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική θεραπεία της κοιλιακής κύησης μπορεί να προκαλέσει τεράστια αιμορραγία και γι' αυτό είναι απαραίτητο να υπάρχει επάρκεια άμεσα διαθέσιμου αίματος. Προεγχειρητικά, δυο ενδοφλέβια συστήματα έγχυσης, καθένα από τα οποία ικανό να μεταφέρει μεγάλες ποσότητες υγρών με γρήγορο ρυθμό πρέπει να έχουν εξασφαλιστεί. Επιπλέον πρέπει να υπάρχουν τεχνικά μέσα παρακολούθησης της επάρκειας της κυκλοφορίας καθώς και, αν το επιτρέπει ο χρόνος, μηχανική εντερική προετοιμασία.

Η μαζική αιμορραγία που συχνά σχετίζεται με τη χειρουργική για κοιλιακή κύηση σχετίζεται με την έλλειψη στένωσης των υπερτροφικών ανοιχτών αγγείων μετά τον πλακουντιακό διαχωρισμό. Ακόμα και αν το έμβρυο είναι νεκρό για αρκετές εβδομάδες, η αιμορραγία μπορεί να είναι τεράστια.

- **Χειρισμός του πλακούντα**

Επειδή η μετακίνηση του πλακούντα πάντα ενέχει τον κίνδυνο της αιμορραγίας, τα αιμοφόρα αγγεία που τροφοδοτούν τον πλακούντα πρέπει να απολινωθούν πριν τη μετακίνησή του. Η τμηματική αποκόλληση μπορεί να συμβεί αυτόματα ή πιο συχνά κατά τη διάρκεια εγχείρησης, κατά την οποία επιχειρείται να προσδιορισθεί το ακριβές σημείο προσκόλλησης του πλακούντα. Είναι καλύτερα να αποφεύγεται η άσκοπη εξερεύνηση των γύρω οργάνων. Γενικά, το κύημα πρέπει να απομακρυνθεί, ο λώρος να διατηρηθεί κοντά στον πλακούντα και η κοιλία να κλείσει.

Δυστυχώς, αν αφεθεί μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα ο πλακούντας συνήθως προκαλεί μόλυνση, αποστήματα, συμφύσεις, εντερική απόφραξη. Αναστρέψιμη μητρική υδρονέφρωση μπορεί επίσης να αναπτυχθεί. Έχει περιγραφεί επίμονη προεκλαμψία για 99 μέρες μέχρι την αφαίρεση του πλακούντα. Η γυναίκα είχε φυσιολογική πίεση πριν την εγκυμοσύνη και πάλι μετά την αφαίρεση του πλακούντα. Παρόλες τις επιπλοκές της άφεσης του πλακούντα που συνήθως οδηγούν σε επόμενη λαπαροτομία, μπορεί να είναι λιγότερο βαριές από την αιμορραγία που έχει ως αποτέλεσμα κάποιες φορές, η αφαίρεση του πλακούντα κατά την αρχική εγχείρηση.

Εάν ο πλακούντας παραμείνει, η υποστροφή του μπορεί να ελέγχεται με τη συνεχή χρήση υπερηχογραφήματος και την συνεχή παρακολούθηση των επιπέδων hCG. Στις πιθανές επιπλοκές της άφεσης του πλακούντα στη θέση του περιλαμβάνονται ο ειλός, ο σχηματισμός συριγγίων ή η σήψη όσο προχωρεί η αποσύνθεση του ιστού. Η θεραπεία με μεθοτρεξάτη φαίνεται να αντενδείκνται, εξαιτίας του μεγάλου αριθμού επιπλοκών που έχουν αναφερθεί, συμπεριλαμβανομένης της σήψης και του θανάτου, που πιστεύεται ότι είναι αποτέλεσμα ταχείας ιστικής νέκρωσης.

• Αρτηριακός εμβολισμός

Ο αρτηριακός καθετηριασμός και η πυελική αγγειογραφία, ακολουθούνται από εμβολισμό συγκεκριμένων αιμορραγουσών θέσεων. Αυτή η τεχνική έχει αποβεί σωτήρια σε περιπτώσεις μαζικής πυελικής αιμορραγίας. Άλλοι επιστήμονες προτείνουν ο αρτηριακός καθετηριασμός να συνοδεύεται από μετέπειτα χειρουργική επέμβαση.

• Μητρική πρόγνωση

Η μητρική θνητότητα είναι σημαντικά αυξημένη συγκριτικά με τη φυσιολογική εγκυμοσύνη. Με τον κατάλληλο προεγχειρητικό σχεδιασμό, ωστόσο, η μητρική θνητό-

τητα έχει μειωθεί από τιμές που προσέγγιζαν το 20% σε λιγότερο από 5% τα τελευταία 20 χρόνια.

ε) ΔΙΑΜΕΣΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΕΚΤΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η διάμεση εντόπιση συνιστά το 1-2% των περιπτώσεων έκτοπης κύησης και μάλιστα αν δεν διαγνωσθεί έγκαιρα- καθώς οι γυναίκες προσέρχονται πολύ συχνά καθυστερημένα στον ιατρό- οδηγεί σε ρήξη της μήτρας. Η κλασική της αντιμετώπιση γίνεται με λαπαροτομία και αφαίρεση του κέρατος της μήτρας, αν και τα τελευταία χρόνια έχουν αναφερθεί περιπτώσεις έκτοπων διάμεσων κυήσεων, οι οποίες αντιμετωπίστηκαν με λαπαροσκόπηση.

στ) ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΤΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η επίπτωση περιπτώσεων συνύπαρξης ενδομήτριας και έκτοπης κύησης είναι 1/100 έως 1/30.000 κυήσεις και είναι πιο συχνή στις περιπτώσεις των γυναικών με προκλητή ωοθυλακιορρηξία. Η διάγνωση βασίζεται στην κλινική εικόνα και το υπερηχογράφημα, ενώ η κατ' επανάληψη μέτρηση της β-hCG δεν μας βοηθάει, διότι η ενδομήτρια κύηση διαφοροποιεί κατά πολύ τα επίπεδα της β-hCG.

Η θεραπεία είναι χειρουργική, ενώ η ενδομήτρια κύηση συνεχίζεται κανονικά. Πιθανώς να αποδώσει το KCI με διακολπική ή διαλαπαροσκοπική έγχυση στον αμνιακό σάκο της έκτοπης κύησης με καλά αποτελέσματα.

ζ) ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΕΚΤΟΠΗ ΚΥΗΣΗ

Οι πολλαπλές έκτοπες (δίδυμες ή περισσότερες) κυήσεις συμβαίνουν λιγότερο συχνά από τις περιπτώσεις συνύπαρξης ενδομήτριας και έκτοπης κύησης. Μέχρι σήμερα έχουν αναφερθεί πάνω από 350 δίδυμες έκτοπες κυήσεις διαφορετικής εντόπισης. Συνήθως παρουσιάζονται σε ασθενείς, στις οποίες είχε γίνει μερική σαλπινγεκτομία ή εξωσωματική γονιμοποίηση. Η αντιμετώπιση είναι και εδώ χειρουργική.

7) ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της έκτοπης κύησης είναι κυρίως χειρουργική, χωρίς να παραβλέπεται και η δυνατότητα συντηρητικής αντιμετώπισης όπου αυτή είναι δυνατή. Στις μέρες μας, οι διαγνωστικές δυνατότητες που μας παρέχονται από το διακολπικό υπερηχογράφημα και την ανά τακτά χρονικά διαστήματα μέτρηση της β -hCG επιτρέπουν τη συντηρητική ή φαρμακευτική αντιμετώπιση της έκτοπης κύησης στο αρχικό της στάδιο πριν βέβαια την ωαγωγική έκτρωση ή τη ρήξη της σάλπιγγας.

Μετά από τη λεπτομερή πληροφόρηση της ασθενούς για τους κινδύνους εσωτερικής αιμορραγίας και τη γραπτή συγκατάθεσή της, η συντηρητική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την απλή παρακολούθηση σε ένα ποσοστό επιλεγμένων περιπτώσεων που δεν χρειάζεται καμία χειρουργική επέμβαση. Από 318 περιπτώσεις έκτοπης εγκυμοσύνης, ο Ylostalo και συν., επέλεξαν 83 με τιμές β -hCG κάτω από 1000 mIU/ml, για συντηρητική αντιμετώπιση. Αυτόματη εξαφάνιση της έκτοπης κύησης επιτεύχθηκε σε 57 περιπτώσεις, ενώ στις υπόλοιπες 26 έγινε λαπαροσκοπική αντιμετώπιση. Τα ποσοστά διαβατότητας της σάλπιγγας με τη συντηρητική αγωγή υπήρξαν παρόμοια με εκείνα της συντηρητικής λαπαροσκοπικής ή ανοιχτής χειρουργικής αντιμετώπισης.

Εκτός της παρακολούθησης, τα τελευταία χρόνια σε επιλεγμένες περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε και φαρμακευτική αγωγή με μεθοτρεξάτη είτε ενδομυϊκά είτε με διακολπική έγχυση μέσα στη σάλπιγγα και υπό υπερηχογραφικό έλεγχο. Τελευταία τεχνική εφαρμόστηκε επιτυχώς σε 19 από τις 25 ασθενείς με τιμές β -hCG πάνω από 12.000 mIU/ml. Αυτές οι ασθενείς είχαν ωστόσο το πλεονέκτημα της μη χειρουργικής αντιμετώπισης, μειονεκτούσαν όμως ως προς το χρονικό διάστημα της παρακολούθησης, αφού χρειάστηκε σχεδόν τρίμηνο διάστημα υπερηχογραφικών ελέγχων και μετρήσεων των τιμών της β -hCG μέχρι να μηδενιστούν. Πρόσφατα οι Paulson και συν. χρησιμοποίησαν λαπαροσκοπικά την τοπική έγχυση προσταγλανδίνης ($\text{PGF}_{2\alpha}$) κάτω από τον ορογόνο της έκτοπης κύησης και μέσα στο ωχρό σωματίο της κύησης με πολύ καλά αποτελέσματα.

Γενικότερα, θα πρέπει να αναφερθεί πως η χειρουργική αντιμετώπιση ενδείκνυται:

α) Σε περιπτώσεις αποτυχίας ή μη ένδειξης συντηρητικής ή φαρμακευτικής αντιμετώπισης και

β) Σε περιπτώσεις προχωρημένης έκτοπης κύησης ή σε ωαγωγική έκτρωση ή ρήξη σάλπιγγας.

Η χειρουργική προσπέλαση σήμερα γίνεται κυρίως με λαπαροσκόπηση ή λαπαροτομία. Σε περιπτώσεις οξείας χειρουργικής κοιλίας από ρήξη έκτοπης κύησης προτιμάται η λαπαροτομία, ιδίως όταν η ασθενής είναι αιμοδυναμικά ασταθής από μεγάλη αιμορραγία. Στις περιπτώσεις αυτές εξαιρείται η σάλπιγγα, χρειάζεται όμως ιδιαίτερη προσοχή στη διατήρηση της αιμάτωσης της ωοθήκης. Εκτός της εξαίρεσης της σάλπιγγας, δύνανται να γίνουν και συντηρητικότερες επεμβάσεις, όπου επιτρέπεται.

Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις που επιβάλλεται χειρουργική αντιμετώπιση είναι προτιμότερο η προσπέλαση να γίνεται λαπαροσκοπικά, καθώς πλεονεκτεί της λαπαροτομίας στο ότι απαιτεί λιγότερο χρόνο παραμονής στην κλινική, αποφεύγεται η δημιουργία συμφύσεων και η μετεγχειρητική αποκατάσταση είναι ταχύτερη.

Σήμερα, τελικά, με τη σημαντική βοήθεια που προσφέρει η σύγχρονη διαγνωστική δυνατότητα για την έκτοπη κύηση, είναι αλήθεια πως έχουμε μικρότερη μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα, καθώς και μικρότερο ποσοστό μετεγχειρητικής υπογονιμότητας. Σίγουρο, πάντως, είναι πως η έκτοπη κύηση συμβολίζει τον βέβαιο θάνατο του εμβρύου, απειλή για τη ζωή της γυναίκας και υπογονιμότητα, που συνήθως ξεπερνά το 40%.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Κρεατσάς Γ., Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική 1998
- 2) Williams, Obstetrics, 21st Edition
- 3) Μιχαλάς Σ.Π., Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία 2000
- 4) **Novak's Gynecology:** Έκτρωση και Έκτοπη Κύηση
- 5) Doyle M.B., De Cherney A.H., Diamond M.P.: Epidemiology and etiology of Ectopic Pregnancy. Obstet, Gynecol. Clinics of North Am. 18: 1-17, 1991.
- 6) Ankum WW, Mol BWJ, Van der Veen F, Bossuyt PMM: Risk factors for ectopic pregnancy: A meta-analysis. Fertil Steril 65:1093, 1996
- 7) Stoval T., Ling F.: Ectopic pregnancy: diagnostic and therapeutic algorithms minimizing surgical intervention. J Reprod Med 1993, 38:807
- 8) Stoval T., Ling F., Andersen R., Buster J.: Improved sensitivity and specificity of a single measurement of serum progesterone over serial quantitative beta-human chorionic gonadotrophin in screening for ectopic pregnancy. Hum Reprod, 1992, 7: 723
- 9) Cacciatore B, Stenman UH, Ylöstalo P: Diagnosis of ectopic pregnancy by vaginal ultrasonography in combination with a discriminatory serum hCG level of 1000 IU/l (IRP). Br J Obstet Gynaecol 97:904, 1990
- 10) Emerson DS, Cartier MS, Altieri LA, Felker RE, Smith WC, Stovall TG, Gray LA: Diagnostic efficacy of endovaginal color Doppler flow imaging in an ectopic pregnancy screening program. Radiology 183:412, 1992
- 11) Pisarska MD, Carson SA, Buster JE: Ectopic pregnancy. Lancet 351:1115, 1998
- 12) DeCherney AH: Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 3-1996. N Engl J Med 334:255, 1996
- 13) Coleman BG, Baron RL, Arger PH, Arenson RL, Axel L, Mayer DP, Costello P: Ectopic embryo detection using real-time sonography. J Clin Ultrasound 13:545, 1985
- 14) Pellerito JS, Taylor KJW, Quedens-Case C, Hammers LW, Scoutt LM, Ramos IM, Meyer WR: Ectopic pregnancy: Evaluation with endovaginal color flow imaging. Radiology 183:407, 1992

- 15) Sadek AL, Schiotz HA: Transvaginal sonography in the management of ectopic pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 74:293, 1995
- 16) Rottem S., Thaler I., Levron J., Peretz B., Itskovitz J., Brandes J.: Criteria for transvaginal sonographic diagnosis of ectopic pregnancy. *J Clin Ultrasound*, 1990, 18:274
- 17) American College of Obstetricians and Gynecologists: Medical management of tubal pregnancy: A meta-analysis. *Fertil Steril* 65:1093, 1996
- 18) Lipscomd GH, Stovall TG, Ling FW: Nonsurgical treatment of ectopic pregnancy. *N Engl J Med* 343:1325, 2000
- 19) Morlock RJ, Lafata JE, Eisenstein D: Cost-effectiveness of single-dose methotrexate compared with laparoscopic treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 95:407, 2000
- 20) Yalcikaya TM, Brown SE, Mertz HL, Thomas DW, DePond RT, Heywood ER: A comparison of 25 mg/m² vs 50 mg/m² dose of methotrexate (MTX) for the treatment of ectopic pregnancy. *J Soc Gynecol Investig* 7:179A, 2000
- 21) Surrey E. Surrey M. : Correlation between salpingoscopic and laparoscopic staging in the assessment of the distal fallopian tube. *Fertil Steril* 1996,65: 267.
- 22) Tay JI, Moore J, Walker JJ: Ectopic pregnancy. *BMJ* 320:916, 2000
- 23) Moon HS, Choi YJ, Park YH, Kim SG: New simple endoscopic operations for interstitial pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 182:114, 2000
- 24) Royal college of Obstetricians and Gynaecologists 2000 The management of tubal pregnancies. RCOG Press, London
- 25) Chudleigh T., Thilaganathan B., *Obstetric Ultrasound problems of early pregnancy - ectopic pregnancy*
- 26) Cuillier F., *Cervical Pregnancy* 2003
- 27) European Society of Human Reproduction and Embryology, *Cervical Ectopic Twin Pregnancy*, Vol.16, No 3, 584-586, 2001
- 28) Leeman L.M., MD, MPH, Wendland C.L., *Cervical Ectopic Pregnancy* 2009
- 29) **American College of Obstetrician and Gynecologist:** the ultrasound appearance of ovarian ectopic pregnancies, *obstetrics&gynecologists*.2005;1005:42-45

- 30) **European Society of Human Reproduction and Embryology:** Laparoscopic therapy of an intact primary ovarian pregnancy with ovarian hyperstimulation syndrome:case report,Human Reproduction,Vol.15,No9,2037-2040.Sept.2000.
- 31) Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. Abdominal Pregnancy in the United States : Frequency and maternal mortality.
- 32) Rahman MS, Al-Suleiman SA, Rahman J, Al-Sibai MH.Advanced abdominal pregnancy observations in 10 cases.
- 33) Stanley JH, Horger EO III, Fagan CJ, Andriole G, Fleisher AC. Sonographic Findings in abdominal pregnancy.
- 34) Harris MB, Angtuaco T, Frozer CN, Mattison DR. Diagnosis of a viable abdominal pregnancy of magnetic resonance imaging.
- 35) Martin JN Jr, Ridgway LE III, Connors JJ, Sessums JK Martin RW, Morrison JC. Angiographic arterial embolization and computed tomography-directed drainage for the management of hemorthage and infection with abdominal pregnancy.
Thomas and co-workers, 1991
Atrash and co-workers,1987
Marcus and colleagues, 1999
Ferland and associates, 1991
Durukan and co-workers,1990
Dubinsky and colleagues, 1994
Cartwright and associates, 1986
Costa and associates, 1991
Jackson and colleagues, 1993
Akhan and colleagues, 1990
Wagner and Burchardt, 1995
Kerr and associates, 1993
Bergstrom and colleagues, 1998
Weiss and Stone, 1994
- 36) Lozeau AM, Potter B. Piagnosis and management of ectopic pregnancy, 2005 Nov
- 37) Kelof AN, Fuller B., Hammon M. Splenic pregnancy: a case report of a literature, 2004 Nov

- 38) Fernandez H, Gervaise A. Ectopic pregnancies after infertility treatment: modern diagnosis and therapeutic strategy, 2004 Nov-Dec
- 39) Dialani V, Levined. Ectopic pregnancy: a review 2004 Sep
- 40) Moore C, Promes SB. Ultrasound in pregnancy 2004, Aug
- 41) Beddock R, Neapels P, Gondry J. Diagnosis and current concepts of management of advanced abdominal pregnancy, 2004 Jan
- 42) Challoner K, Incerpi M. Nontraumatic abdominal surgical emergencies in the pregnant patient, 2003 Nov
- 43) Riethmaller D., Courtois L, Maillet R, School JP Ectopic pregnancy management: cervical and abdominal pregnancies, 2003 Nov
- 44) Della – Giustina D, Denny M, Ectopic pregnancy , 2003 Aug
- 45) Foggi U, Giovane A, Diagnostic laparotomy in non traumatic abdominal emergencies, 2003 Feb
- 46) Pricop M, Tomosoiu C, Feudean M, Gafencu C, Musca S, Statineanu S, Danil C. Abdominal pregnancy. Case report, review of the literature, 2000 Apr – Jun
- 47) Cappell MS, Friedel D, Abdominal pain during pregnancy, 2003 Mar
- 48) Oragiz G, Cossom M, Surgical treatment of ectopic pregnancy, 2003 Nov
- 49) Ectopic Pregnancy: Modern Diagnosis and Treatment Review by Scott J. Roseff, MD, FACOG - St Barnabas Medical Center, Livingston, NJ, March 14, 2002.
- 50) Presumed Diagnosis of Ectopic pregnancy. Obstet. Gynecol - Sept. 2002 - Kurt Barnhart, Ingrid Katz, Any Hummel.
- 51) Diagnosis of ectopic pregnancy: endometrial biopsy or diagnostic hysteroscopy. J. Gynecol Obstet. Biol. Reprod. (Paris), Sept. 2003 - A. Gervaise, R. de Tayrac.
- 52) Diagnosis and management of ectopic pregnancy - Lozeau AM, Potter B, Am. Fam. Physician, 2005 Nov 1; 72 (9): 1707-14.
- 53) Ectopic pregnancy: contribution of paraclinical investigations, U/S excluded Monnier - Barbarino P. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod (Paris) 2003, Nov; 32 (7 suppl.): S 39-53.