

# Λαπαροσκοπική αντιμετώπιση εξωμητρίου κύησης στο Γ.Ν. Φιλιατών

Γεώργιος Στρατουδάκης<sup>1</sup>,  
Νικόλαος Ζήκος<sup>2</sup>,  
Μαρία Μπέζα<sup>2</sup>,  
Χριστίνα Μπαλή<sup>2</sup>,  
Σπυρίδων Κούλας<sup>2</sup>,  
Γεώργιος Παππάς-Γώγος<sup>2</sup>,  
Αλέκος Ντόσκορης<sup>1</sup>,  
Νικόλαος Κατσαμάκης<sup>2</sup>.

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ:** Εξωμήτριος ή έκτοπη κύηση, είναι η εμφύτευση του κυήματος σε οποιαδήποτε θέση έξω από την κοιλότητα της μήτρας. Η εξωμήτριος κύηση αποτελεί μια από τις σοβαρότερες επιπλοκές της αρχόμενης κύησης. Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς με εξωμήτριο κύηση, η διάγνωση, η λαπαροσκοπική αντιμετώπιση στο Γ.Ν.Φιλιατών και γίνεται σύντομη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Λέξεις-κλειδιά: εξωμήτριος κύηση, διάγνωση, λαπαροσκόπηση.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Εξωμήτρια κύηση ορίζεται η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου εκτός της ενδομήτριας κοιλότητας, όπου το 95% αυτών λαμβάνουν χώρα στις σάλπιγγες<sup>1</sup>. Η συχνότητα της εξωμήτριας κύησης έχει αυξηθεί από 0,5% τριάντα χρόνια πριν, στο 1-2% σήμερα<sup>2</sup>. Με την εισαγωγή της διακολπικής υπερηχογραφίας, επιτεύχθηκαν θετικές απεικονιστικές ενδείξεις έκτοπης κύησης σε πρώιμο στάδιο<sup>3</sup>. Το πρώτο και σημαντικότερο βήμα, για τη διαφορική διάγνωση της έκτοπης κύησης, είναι η έγκαιρη επιβεβαίωση μιας ενδομήτριας εγκυμοσύνης. Οι λαπαροσκοπικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση των οξέων χειρουργικών προβλημάτων, όπως η εξωμήτρια κύηση, πλεονεκτούν έναντι των λαπαροτομικών στο μέγεθος της τομής, την μικρότερη νοσηλεία των ασθενών και τη δυνατότητα ελέγχου ολόκληρης της κοιλίας<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Γ.Ν.Φιλιατών, Θεσπρωτίας.

<sup>2</sup>Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Φιλιατών, Θεσπρωτίας.

Υπεύθυνος εργασίας:

Γεώργιος Στρατουδάκης

Τ.Θ. 4-374

ΑΤΣΙΠΟΠΟΥΛΟ,

74100 ΡΕΘΥΜΝΟ, ΚΡΗΤΗ.

ΤΗΛ: 6945691644, 2664020120

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ασθενής 25 ετών, με ιστορικό μιας παλίνδρομου κύησης, προσέρχεται στο ιατρείο επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας, λόγω αμηνόρροιας 6 εβδομάδων, άλγος στον αριστερό λαγόνιο βόθρο και κοιλιακή αιμόρροια. Στη γυναικολογική εξέταση επιβεβαιώθηκε η παρουσία αιμόρροιας από το τραχηλικό στόμιο της μήτρας και η ψηλάφηση της μήτρας ήταν συμβατή με κύηση 6 εβδομάδων. Στον εργαστηριακό έλεγχο είχε αιματοκρίτη 29%, αιμοσφαιρίνη 9.8 g/dl και β-χοριακή γοναδοτροπίνη (βhCG) 8.549 U/ml. Στη διακοιλιακή υπερηχογραφία αποκαλύφθηκε η απουσία ενδομητρίου σάκου, που να αντιστοιχούσε σε κύηση 6 εβδομάδων, φθαρτοειδή αντίδραση του ενδομητρίου και η ελάχιστη παρουσία υγρού στο δουλγάσειο χώρο. Λόγω της παρουσίας υγρού στο δουλγάσειο χώρο κρίθηκε απαραίτητη η επιμελής εξέταση του χώρου των εξαρτημάτων, η οποία αποκάλυψε την παρουσία σάκου κύησης, πιθανόν στην αριστερή σάλπιγγα, που αντιστοιχούσε σε 6 εβδομάδες με λεκιθικό ασκό και θετική καρδιακή λειτουργία (Εικόνα 1). Η διάγνωση της εξωμητρίου κύησης τέθηκε και η ασθενής ενημερώθηκε. Στη λαπαροσκόπηση που υποβλήθηκε άμεσα, επιβεβαιώθηκε η παρουσία αιμοπεριτόναιου και αριστεράς εξωμήτριου ληκυθικής σαλπινγικής κύησης και πραγματοποιήθηκε αριστερή σαλπινγεκτομή και σχολαστική έκπλυση και καθαρισμός της περιτοναϊκής κοιλότητας (Εικόνα 2). Η ασθενής δεν κρίθηκε αναγκαίο να μεταγγιστεί. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν καλή και η ασθενής εξήλθε της κλινικής εντός 48 ωρών και βhCG 890 U/ml.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Εξωμήτρια ή έκτοπη κύηση ορίζεται η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου εκτός της ενδομήτριας κοιλότητας. Το 95% των εξωμήτριων κυήσεων λαμβάνουν χώρα στις σάλπιγγες. Η κύηση εντοπίζεται συχνότερα στο ληκυθικό τμήμα (47-70% των περιπτώσεων) και πιο σπάνια στον ισθμό (14-21%) ή στον κώδωνα (5%)<sup>5</sup>. Κυήσεις στον ενδιάμεσο χώρο, όπως στον κροσσό, συμβαίνουν μόνο στο 1-2% των περιπτώσεων. Εξωμήτριες ωθητικές ή κοιλιακές κυήσεις είναι πολύ σπάνιες<sup>6</sup>. Η διάθεση σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων αύξησε το ποσοστό έγκαιρης διάγνωσης της εξωμήτριας κύησης<sup>7</sup>. Ο κίνδυνος εμφάνισης εξωμήτριας κύησης σχετίζεται με τις σαλπινγικές λοιμώξεις και την ηλικία. Μέχρι την ηλικία των 20 ετών το ποσοστό είναι 0,4%, από 20-30 περίπου 0,7% και από 30-40 φθάνει το 1,3-2% (8). Η πιο συχνή αιτία σαλπινγικής εγκυμοσύνης είναι προηγηθείσα σαλπινγίτιδα, κυρίως υποτροπιάζουσες μορφές της νόσου. Ανιούσα παθογόνα, όπως χλαμύδια, σταφυλόκοκκος ή γονόκοκκος (πιο σπάνια στη φυματίωση), είναι πιθανόν να προκαλέσουν υποκλινικές λοιμώξεις, που βλάπτουν το σαλπινγικό βλεννογόνο. Ο σαλπινγικός βλεννογόνο μπορεί να

καταστραφεί, προκαλώντας έτσι από εξασθένηση μέχρι παύση της κινητικότητας και της μεταφοράς των ωοκυττάρων. Σπάνιες συγγενείς ανωμαλίες στο εγγύς τμήμα της σάλπιγγας, όπως υποτυπώδης ή υπερβολικά επιμήκης σάλπιγγες, ενδεχόμενα να σχετίζονται με έκτοπη κύηση. Ενδοαυτικοί πολύποδες μπορούν να επηρεάσουν την κινητικότητα της σάλπιγγας με συνέπεια την αύξηση του κινδύνου έκτοπης εγκυμοσύνης. Εστίες ενδομητρίωσης μπορούν να καταστρέψουν ή να αναστείλουν τη λειτουργία και την κινητικότητα του σαλπινγικού επιθηλίου και έτσι να προκαλέσουν σαλπινγική κύηση. Δευτερογενής αμηνόρροια, κοιλιακή αιμορραγία ή σταγονοειδής αιμόρροια και κοιλιακός πόνος θα πρέπει να κινήσουν υποψίες για έκτοπη κύηση. Λεπτομερής λήψη μαιευτικού και γυναικολογικού ιστορικού, συμπεριλαμβανομένου ασθενειών και επεμβάσεων, προηγούμενες εγκυμοσύνες και τοκετοί, είναι υποχρεωτική. Προηγούμενες φλεγμονές των εξαρτημάτων ή της μήτρας και βεβαίως προηγούμενες σαλπινγικές κυήσεις αυξάνουν τις υποψίες. Είναι σημαντικό να διερευνηθεί και να καθοριστεί με ακρίβεια η αιτία ενός άλγους στη περιοχή του υπογαστρίου. Ακόμη και οι άρρηκτες ή αδιατάρακτες σαλπινγικές κυήσεις μπορούν να προκαλέσουν περιτοναϊκό άλγος λόγω της διάτασης του σαλπινγικού τοιχώματος. Παρόλα αυτά το άλγος μπορεί να οφείλεται και σε ρήξη. Αν έχει ήδη προκληθεί αιμορραγία στην κοιλιακή κοιλότητα, μπορεί να οδηγήσει σε περιτονίτιδα και σε συμπτώματα οξείας κοιλίας. Αυτό συμβαίνει πιο συχνά σε σαλπινγικές κυήσεις με εμφύτευση στη μεσοσάλπιγγα, καθώς η παροχή αίματος είναι πλουσιότερη και έτσι αιμορραγία μετά από ρήξη σ' αυτή την περιοχή είναι συνήθως ιδιαίτερα σοβαρή. Η διάτρηση μπορεί να προκληθεί αυτόματα, αλλά καμιά φορά προκαλείται και από μια αδέξια κλινική εξέταση. Σημαντικές αλλαγές έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία 30 χρόνια στην αντιμετώπιση της έκτοπης κύησης<sup>2</sup>. Ο μόνος τρόπος για να σωθεί η μητέρα ήταν η λαπαροτομία και η μέθοδος που κατά κύριο λόγο εφαρμοζόταν ήταν η σαλπινγεκτομή. Από τη δεκαετία του '60 άρχισαν να πραγματοποιούνται οι πρώτες προσπάθειες σαλπινγοτομής και σαλπινγοστομίας, με σκοπό τη διατήρηση της σαλπινγικής λειτουργίας. Και στις δύο επεμβάσεις, γίνεται διατομή, συνήθως επιμήκης, του τοιχώματος της σάλπιγγας και έκθλιψη του κυήματος. Στη σαλπινγοτομή το τραύμα επανασυρράπτεται με λεπτά απορροφήσιμα ράμματα, ενώ στη σαλπινγοστομία αφήνεται να επουλωθεί μόνο του<sup>9</sup>.

Η λαπαροσκόπηση χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στην αντιμετώπιση της σαλπινγικής κύησης το 1973<sup>10</sup>. Μετά από επιμήκη διατομή της σάλπιγγας στην αντιμεσεντερική πλευρά του τοιχώματος με ψαλίδι ή με laser, ακολουθεί έκθλιψη και αναρρόφηση του κυήματος. Ωστόσο, το ενδεχόμενο επακόλουθης σαλπινγικής κύησης είναι υψηλό, καθώς το γεγονός από μόνο του και οι χειρισμοί που ακολουθούν, προκαλούν αιμορραγίες και τραυματισμούς στο σαλπινγικό βλεννογόνο υμένα<sup>11</sup>.

Επιπλέον οι προχωρημένες κυήσεις, δεν περιορίζονται στον αυλό, αλλά αναπτύσσονται στην ενδοσάλπιγγα και στον ορογόνο χιτώνα, καθιστώντας δύσκολη την πλήρη εκκένωση από τα προϊόντα της κύησης και καθιστώντας απαραίτητη τη διενέργεια σαλπιγγεκτομής.

## SUMMARY

### Laparoscopic Management of Ectopic Pregnancy in G.H. Filiales

**G. Stratoudakis, N. Zikos, M. Mpeza, X. Mpali, S. Koulas, G. Pappas-Gogos, A. Ntoskoris, N. Katsamakís**

Ectopic pregnancy is a complication of pregnancy in which the fertilized ovum is implanted in any tissue other than the uterine wall. The most common complication is rupture with internal bleeding that leads to shock. Death from rupture is rare in women who have access to modern medical facilities. We present a case of an ectopic pregnancy, the diagnosis, the laparoscopic treatment with a brief review of the literature.

**Key words:** ectopic pregnancy, diagnosis, laparoscopy.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Lemus JF. Ectopic pregnancy: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2000; 12(5):369-75
2. Shalev E, Ben-Shlomo I. Treatment of ectopic pregnancy. *N Engl J Med.* 2001; 344(5):384-5
3. Ankum WM. Diagnosing suspected ectopic pregnancy. Hcg monitoring and transvaginal ultrasound lead the way. *BMJ.* 2000; 321(7271):1235-6
4. Ahmad G, Watson AJ, Metwally M. Laparoscopy or laparotomy for distal tubal surgery? A meta-analysis. *Hum Fert* 2007; 10(1):43-7
5. Sowter MC, Farquhar CM. Ectopic pregnancy: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2004; 16(4):289-93
6. Condous G, Okaro E, Bourne T. Pregnancies of unknown location: diagnostic dilemmas and management. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2005; 17(6):568-73
7. Gabrielli S, Marconi R, Ceccarini M, Valeri B, De Iaco P, Pilu G, Rizzo N. Transvaginal and three-dimensional ultrasound diagnosis of twin tubal pregnancy. *Prenat Diagn* 2006; 26(1):91-3
8. Farquhar CM. Ectopic pregnancy. *Lancet* 2005; 366(9485):583-91
9. Taylor RC, Berkowitz J, McComb PF. Role of laparoscopic salpingostomy in the treatment of hydrosalpinx. *Fertil Steril.* 2001; 75(3):594-600
10. Shapiro HI, Adler DH. Excision of an ectopic pregnancy through the laparoscope. *Am J Obstet Gynecol* 1973; 117(2):290-291
11. Mettler L, Sodhi B, Schollmeyer T, Mangeshkar P. Ectopic pregnancy treatment by laparoscopy, a short glimpse. *Minim Invasive Ther Allied Technol* 2006; 15(5):305-10