

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ**ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΚΥΗΣΗ
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΤΟ Ν. ΑΙΤΩΛ/ΝΙΑΣ
ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ****Χ. Α. Παπαδημητρίου****ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Παρουσιάζεται περιστατικό εγκύου 9 εβδομάδων με τραχηλική κύηση που διαγνώστηκε και αντιμετωπίστηκε στο Ν. Αιτωλοακαρνανίας και το οποίο, παρά τις εναλλακτικές μεθόδους αντιμετώπισης, κατέληξε σε υστερεκτομή. Στην αντιμετώπιση αυτών των σπάνιων περιστατικών σημαντική είναι η ύπαρξη οργανωμένου χειρουργικού team και μονάδας αιμοδοσίας.

Όροι ευρετηρίου: τραχηλική κύηση, αιμορραγία, υστερεκτομή

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Περιστατικό: Αναφέρεται περίπτωση εγκύου 30 ετών δευτερότοκου (προηγηθείσα καισαρική τομή), με ελεύθερο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, η οποία προσήλθε στο ιατρείο στις αρχές του τρίτου μήνα της κύησης (9 εβδομάδων). Ο πρώτος τοκετός είχε πραγματοποιηθεί με καισαρική τομή, λόγω δυσαναλογίας. Η δεύτερη κύηση είχε επιβεβαιωθεί απεικονιστικά με υπερηχογραφικό έλεγχο στο Νοσοκομείο Αγρινίου, όπου κατέφυγε μετά από συνεχή (και με ποσοτικές αυξομειώσεις) κολπική αιμόρροια. Συστήθηκε, όπως αναφέρει η ασθενής, κατάκλιση και τακτικός έλεγχος. Στον εργαστηριακό έλεγχο που υποβλήθηκε, πέραν της διαπιστούμενης κύησης 9 εβδομάδων με υπαρκτή καρδιακή λειτουργία και πρόσφυση του πλακούντα στο ύψος του ισθμού της μήτρας, ο αιματοκρίτης ήταν καλός (HCT = 37), όσο και οι λοιπές βιοχημικές εξετάσεις. Επιμένουσας της κολπικής αιμόρροιας, η ασθενής προσήλθε για υπερηχογραφικό έλεγχο στη Μαιευτική και Γυναικολογική Διάγνωση, όπου διαπιστώθηκε, πέρα από τα ήδη υπάρχοντα κλινικά συμπτώματα (κολπική αιμόρροια, ήπιο κοιλιακό άλγος, ελαφρά ωχρότητα προσώπου), απουσία καρδιακής λειτουργίας και πρόπτωση του πλακουντιακού σάκου κάτω από το νοητό επίπεδο του ισθμού της μήτρας.

Στη γυναικολογική εξέταση που ακολούθησε, χαρακτηριστική ήταν η όψη αλλά και η υφή του τραχηλικού σωλήνα - επρόκειτο για τράχηλο σαν να είχε διαστολή με κηρία Hegar (τουλάχιστον μέχρι το Νούμερο 12) - χαίνων, μαλακής υφής, που αιμορραγούσε. Επίσης, στην προσεκτική επισκόπηση του τραχηλικού αυλού διαπιστώθηκε προπίπτον και μελανής όψεως μόρφωμα διαμέτρου (περίπου) D´ 25 * 26 mm, κινητό στη σύλληψή του με λαβίδα (χειρουργική).

Έγινε εργαστηριακός έλεγχος, όπου διαπιστώθηκε Αιματοκρίτης HCT= 33 και φυσιολογικοί οι υπόλοιποι βιοχημικοί παράμετροι: PLT = 215.000/m, Ινωδογόνο = 0,20gr/100ml, Χρόνος προθρομβίνης = < 2 δευτερόλεπτα διαφορά, Χρόνος ροής = < 5mm, Χρόνος πήξεως = < 10min, Ινωδογόνο πλάσματος = 0.30 gr, Κάλιο ορού = 0.45 /100ml, Νάτριο ορού = 139 / ml/lit, Ουρία - 45mg/ml, Κρεατινίνη = 1.1 mg / 100ml. Η αρτηριακή πίεση ήταν 12/8 mmHg. Εκ νέου, κολπικό υπερηχογράφημα ανέδειξε παλίνδρομο κύηση εντός του τραχηλικού αυλού καθώς και διατεταμένο τράχηλο D=22 *25mm.

Ακολούθησε καρδιολογική εξέταση, η οποία δεν ανέδειξε κανένα πρόβλημα. Αποφασίστηκε θεραπευτική διακοπή της κύησης. Υπό τη συνήθως χορηγούμενη αναισθησιολογική μέθη στις θεραπευτικές διακοπές κυήσεων, επιχειρήθηκε να αφαιρεθεί από το χαίνων και διεσταλμένο τραχηλικό στόμιο (τουλάχιστον D=12gam) με θυριδωτή λαβίδα το προπίπτον και παλίνδρομο κύημα. Αποκολλήθηκε χωρίς δυσκολία (προφανώς λόγω της φλεγμονώδους σαθρότητας της περιοχής πρόσφυσης). Ακολούθησε μεγάλη - κατακλιση - κατακλιση - αιμορραγία. Οι όποιες προσπάθειες στο λίγο διαθέσιμο χρόνο, τόσο για σύλληψη των παραμητρίων, όσο και για τοποθέτηση ραμμάτων στην περιοχή που πιθανότατα αιμορραγεί, για να επιτύχουμε διακοπή της αιμορραγίας, απέβησαν άκαρπες. Διενεργήθηκε άμεσα (έναρξη εντός 5 λεπτών) χειρουργική επέμβαση (ολική υστερεκτομή

άνευ εξαρτημάτων). Χαρακτηριστικά, στη χειρουργική επέμβαση, θα ήθελα να αναφέρω την απουσία έσω και ελάχιστης ποσότητας αίματος στην κοιλιακή χώρα, όπως και την ελάχιστη απώλεια αίματος κατά τη διάρκεια των χειρουργικών χειρισμών.

Η αρτηριακή πίεση διατηρήθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα 10,5/6,5mmHg. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης χορηγήθηκαν (διάρκεια 45 λεπτά) 2 Ringers 1.000cc, 1 φυσιολογικός ορός 1.000cc και 4 φιάλες αίματος (ομάδα αίματος Rh 0+). Η ανάνηψη καθώς και η μετεγχειρητική πορεία διενεργήθηκαν χωρίς προβλήματα. Σημαντική και καθοριστική συμβολή στην επιτυχή κατάληξη αυτού του μαιευτικού επείγοντος περιστατικού ήταν η έγκαιρη - κατά τη διάρκεια του χειρουργείου - ανεύρεση και χορήγηση μονάδων αίματος για τη σταθεροποίηση της ασθενούς.

Επίσης, θα χαρακτηρίζα σημαντική τη χειρουργική ετοιμότητα όλης της χειρουργικής ομάδας για την αντιμετώπιση ενός τέτοιου περιστατικού. Μετά από νοσηλεία πέντε ημερών η ασθενής εξήλθε της κλινικής με τις ανάλογες οδηγίες.

Η ιστολογική εξέταση της μήτρας ανέδειξε μήτρα ακέραια, με τμήμα του πρόσθιου τραχηλικού τοιχώματος (κάτωθεν του ισθμού) σαθρό και φλεγμονώδες.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η τραχηλική κύηση χαρακτηρίζεται από την εμφύτευση της βλαστοκύστης στον ενδοτραχήλο. Πρόκειται για σπάνια εντόπιση έκτοπης κύησης, που δεν ξεπερνάει το 1% ή 1:2.5000 έως 1:30.000 των έκτοπων κυήσεων. Οφείλεται σε υπερπολυτοκία ενδοτραχήλου, ο κίνδυνος όμως κατακλυσμαίας αιμορραγίας είναι μεγάλος και αντιμετωπίζεται είτε με ενδοτραχηλικό επιπωματισμό (ενίοτε και με καθετήρα Foley) με τοπική ένεση προσταγλανδίνης, με τοποθέτηση στην 3η και 9η ώρα ψηλά στον τραχήλο δύο ραμμάτων για απολίνωση των κατιόντων κλάδων των μητριάων αγγείων και όταν όλα αυτά αποτύχουν απαιτείται λαπαροτομία και ολική υστερεκτομή χωρίς τα εξαρτήματα.

Η πρόγνωση είναι καλή υπό προϋποθέσεις. Λόγω του κινδύνου κατακλυσμαίας αιμορραγίας, η αντιμετώπιση του περιστατικού πρέπει να γίνεται σε οργανωμένο Μαιευτικό και Γυναικολογικό Χειρουργείο με μονάδα αιμοδοσίας καθώς και μονάδα εντατικής θεραπείας. Επειδή όμως όλα αυτά δεν μπορούν να υπάρχουν σε όλη την ελληνική επικράτεια και επειδή κάποιος από εμάς μπορεί να κληθούμε να αντιμετωπίσουμε τέτοια περιστατικά, θα ήθελα να αναφέρω ότι σημαντική είναι η άμεση λήψη κρίσιμων αποφάσεων (ολική υστερεκτομή ή όχι) σε μία νέα γυναίκα.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στη γυναικολογική ομάδα του Ιπποκράτειου Ιδρύματος Αργινίου: κ. Επαμ. Τάνταρο γυναικολόγο, κ. Διαμαντόπουλο γυναικολόγο, κ. Ζωγράφου αναισθησιολόγο, στο νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και στη μονάδα αιμοδοσίας του νοσοκομείου Αργινίου.

SUMMARY

Appearance of a case, 9 weeks cervical pregnancy, diagnosed and confronted with, in the province of Etoloakarnania, where, despite the alternatine methods effacing the situation, the end result was a hysterectomy. Facing this rare case, the existence of an organized surgical team and hemotranfusion unit played a significant role.

Key words: cervix sorcina, haemorrhage (blinding), hysterectomy.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Γ. Κρεατσάς. Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική, σελ. 318, εκδ. Πασχαλίδη.
2. Σ. Μιχαλάς. Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία, σελ. 211, εκδ. Παρισιάνου.
3. Doyle M.B., Decherney A.H., Diamond M.P. Epidemiology and etiology of Ectopic Pregnancy. *Obstet. Gynecol. Clinics of North Am.* 18.1-17, 1991.
4. Wenstrom L., Bengtsson LPH., Mardh P.A. Incidence, trends and risk of ectopic pregnancy in a population of women. *Br. Med.J.* 282.15.1981.
5. Michalas S., Creatsas G., Fakas G., Kaskarelis D. Ectopic Pregnancy. Outcome of 152 cases. *Int. Surgery* 65. 355-358, 1980.
6. Michalas S., Minaretzis D., Tsiounou Ch., Kiosses E., Maos G., Aravantinos D. Pelvic surgery. Reproductive factors and risk of ectopic pregnancy. A case-control study. *Int. J. Gynecol. Obstet* 38. 101-105, 1992.
7. De Tourris H., Henrion R., Delecour M. *Gynecologie et Obstetrique. Masson Ed. 6^e Edition, Paris Milan, Barcelone. Page 173-183. 1994.*
8. Σ. Μιχαλάς, Α. Αραβαντινός, Α. Κασκαρέλη. Τελειόμνος εξωμήτριος κοιλιακή κύησης μετά ζώντος νεογνού. *Αρχεία Μαιευτ. και Γυναικ.* 22. 79-84, 1978.
9. Σ. Μιχαλάς, Α. Κεραμόπουλος, Ε. Κουμαντάκης, Α. Κασκαρέλης. Τραχηλική κύησης. *Αρχεία Μαιευτ. και Γυναικ.* 22. 67-72, 1978.
10. Yioatalo P., Cacciatore B., Sjooberg J., Kaariainen M., Tenhunen A., Stenman U-H. Expectant Management of Ectopic Pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 80. 345-348, 1992.

11. Stovall T.G., Ling F.W., Single - Dose Methotrexate. An expanded clinical Trial *Am. J. Obstet. Gynecol.* 168. 1759-1765, 1993.
12. Atri M., Bret P.M., Tulandi T., Senterman M.K. Ectopic Pregnancy. *Radiology* 185. 749-753, 1992.
13. Paulson G., Kvint S., Labecker B-M., Lofstrand T., Lind-blom Bo. Laparoscopic prostaglandin injection in ectopic pregnancy. Success rates according to endocrine activity. *Fertility sterility* 63. 473-477, 1995.
14. Messogitis S., Daskalakis G., Antsaklis A., Papantoniou N., Papageorgiou J., Michalas S. Local Application of Puncturing Technique. *Gynecol and Obstet invest* 45. 154-158, 1998.

«Ο ταπεινός ιατρός αναζητά πάντα τη γνώση και τη σοφία, ο υπερόπτης νομίζει ότι τη βρήκε».

Leon Sperolf

Καθηγητής γυναικολογικής ενδοκρινολογίας U.S.A.