

Ενδιαφέρουσα Περίπτωση

Ετερότοπη κύηση με αυτόματη σύλληψη

Γ. Στρατουδάκης¹,
 Ν. Ζήκος²,
 Σ. Δημητρίου¹,
 Μ. Μπέζα²,
 Α. Ντόσκορης¹

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ετερότοπη κύηση με αυτόματη σύλληψη, που ορίζεται από την ταυτόχρονη ύπαρξη ενδομήτριας και εξωμήτριας κύησης, αποτελεί σπάνια παθολογική κατάσταση. Στις γυναίκες που υποβάλλονται σε τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής η συχνότητα είναι μεγαλύτερη. Η πιθανότητα της ταυτόχρονης ύπαρξης εξωμήτριου κύησης, όταν η βεβαιότητα της ενδομητρίου κύησης έχει εξασφαλιστεί, θα πρέπει πάντα να εξετάζεται με ιδιαίτερη προσοχή. Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς με ετερότοπη κύηση με αυτόματη σύλληψη και γίνεται σύντομη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Όροι ευρητηρίου: ετερότοπη κύηση, εξωμήτριος κύηση, αυτόματη σύλληψη, διάγνωση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ετερότοπη κύηση με αυτόματη σύλληψη, που ορίζεται από την ταυτόχρονη ύπαρξη ενδομήτριας και εξωμήτριας κύησης, αποτελεί σπάνια παθολογική κατάσταση¹. Η περίπτωση της ασθενούς, που προσήλθε με εγκυμοσύνη, κοιλιακό άλγος και κολπική αιμόρροια, μας τονίζει την αναγκαιότητα της περαιτέρω διερεύνησης και της λήψης υπόψη της πιθανότητας ταυτόχρονης ύπαρξης εξωμήτριου κύησης, ακόμα και στα περιστατικά γυναικών που η βεβαιότητα της ενδομητρίου κύησης έχει εξασφαλιστεί με τη βοήθεια του μηχανήματος των υπερήχων. Στις γυναίκες που υποβάλλονται σε τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, η συχνότητα εμφάνισης ετερότοπης κύησης είναι μεγαλύτερη². Η πρόγνωση για την εγκυμονούσα και την εξέλιξη της ενδομητρίου κύησης εξαρτάται από την έγκαιρη διάγνωση της ετερότοπης κύησης και την ενημέρωση που θα πρέπει να γίνει πριν τον τερατισμό της εξωμήτριας κύησης.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ασθενής 27 ετών, με ιστορικό μίας παλίνδρομου κύησης, προσέρχεται στο ιατρείο επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας, λόγω αιμινόρροιας 6 εβδομάδων, άλγος στον αριστερό λαγόνιο βόθρο και κολπική 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 33%, αιμοσφαιρίνη 10.8g/dl και β-χοριακή γοναδοτροπίνη (βhCG) 1.549 U/ml. Στη διακολπική υπερηχογραφία, αποκαλύφθηκε η πα-

¹Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Γ.Ν. Φιλατών, Θεσπρωτίας

²Χειρουργική Κλινική Γ.Ν. Φιλατών, Θεσπρωτίας

Αλληλογραφία:
 Γ. Στρατουδάκης
 Τ.Θ. 4-374, Ατσιπόπουλο,
 Τ.Κ. 74100, Ρέθυμνο, Κρήτη
 Τηλ.: 6945691644
 E-mail: stratogeo@hotmail.com
 Κατατέθηκε: 25/1/08
 Εγκρίθηκε: 29/11/08



Εικόνα 1. Ταυτόχρονη παρουσία εξωμήτριας (1) και ενδομήτριας κύησης (2).

ρουσία ενδομήτρου σάκου, που αντιστοιχούσε σε κύηση 5⁺⁴ εβδομάδων με εμβρυϊκά στοιχεία, χωρίς καρδιακή λειτουργία, φυσιολογική φθαρτοειδή αντίδραση του ενδομητρίου, καθώς και η ελάχιστη παρουσία υγρού στο δονυγλάσιο χώρο. Λόγω της παρουσίας υγρού στο δονυγλάσιο χώρο, κρίθηκε απαραίτητη η επιμελής εξέταση του χώρου των εξαρτημάτων, η οποία αποκάλυψε την παρουσία δεύτερου σάκου κύησης, πιθανόν στην αριστερή σάλπιγγα, που αντιστοιχούσε σε 5 εβδομάδες με λεκιθικό ασκό και χωρίς άλλα εμβρυϊκά στοιχεία (Εικόνα 1). Η διάγνωση της ετερότοπης κύησης τέθηκε και η ασθενής ενημερώθηκε. Στη λαπαροσκόπηση που υποβλήθηκε άμεσα, επιβεβαιώθηκε η παρουσία αριστεράς εξωμήτρου ληκυθικής σαλπγγικής κύησης και πραγματοποιήθηκε αριστερή σαλπγγεκτομή και σχολαστική έκπλυση και καθαρισμός της περιτοναϊκής κοιλότητας. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν καλή και η ασθενής εξήλθε της κλινικής με θετική καρδιακή λειτουργία της ενδομήτριας κύησης και βhCG 4.300 U/ml. Τέσσερις ημέρες αργότερα, η ασθενής επανήλθε πάλι με κολπική αιμόρροια, παλινδρόμηση της ενδομήτριας κύησης και βhCG 2.750 U/ml. Υποβλήθηκε σε θεραπευτική απόξεση και εξήλθε της κλινικής.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κοιλιακός πόνος, μόρφωμα εξαρτήματος, περιτοναϊκός ερεθισμός και μήτρα μεγαλύτερη του φυσιολογικού αποτελούν τα σημαντικότερα κλινικά ευρήματα που μπορεί να θέσουν την υπόνοια ύπαρξης ετερότοπης κύησης. Συμπληρωματικά διαγνωστικά κριτήρια μίας επικείμενης ή πρώιμης ετερότοπης κύησης είναι η ανεύρεση δύο ωχρών σωματίων στη λαπαροσκόπηση ή

λαπαροτομία, το αιμοπεριτόναιο, ο οξύς διαξιφιστικός πόνος στη διάρκεια τεχνητής έκτρωσης και η παραμονή μίας μήτρας μεγαλύτερης του φυσιολογικού με αιμινόρροια μετά την αφαίρεση της εξωμήτρου κύησης³. Η διάγνωση ήταν εμφανής στο περιστατικό που παρουσιάζεται, αφού απεικονίστηκαν ταυτόχρονα και οι δυο εμβρυϊκοί σάκοι. Με την ευρεία χρήση των τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, η συχνότητα της ετερότοπης κύησης πιθανότατα θα αυξηθεί περισσότερο, με αποτέλεσμα πάντα να πρέπει να αποκλείεται η διάγνωση της και να μην υπάρχουν αμφιβολίες για την καλύτερη αντιμετώπιση των περιστατικών αυτών. Η λαπαροτομία και η λαπαροσκόπηση αποτελούν τις τεχνικές χειρουργικής αντιμετώπισης της ετερότοπης κύησης. Η ορθή και αντικειμενική επιλογή των περιστατικών που θα διαγνωστούν και παράλληλα θα αντιμετωπιστούν λαπαροσκοπικά και η αυξανόμενη εμπειρία στην τεχνική έχει ήδη αρχίσει να υπερτερεί της λαπαροτομίας⁴. Αντικρουόμενη παραμένει η χρήση του διοξειδίου του άνθρακα που χορηγείται για τη δημιουργία πνευμοπεριτοναίου, αφού σε μελέτη βρέθηκε ότι μπορεί να προκαλέσει εμβρυϊκή υπερχαπνία, οξέωση, αυξημένη εμβρυϊκή αρτηριακή πίεση και ταχυκαρδία⁵. Όμως, σε άλλη μελέτη που σύγκρινε τις μεθόδους λαπαροτομίας και λαπαροσκόπησης στην ετερότοπη κύηση, δεν βρέθηκε να υπάρχει διαφορά στο τρόπο τοκετού, στη διάρκεια της κύησης, στην ενδομήτρια ανάπτυξη, στις εμβρυϊκές ανωμαλίες και στο περιγεννητικό αποτέλεσμα⁶. Αναφέρεται ότι η έγκαιρη χειρουργική επέμβαση της ετερότοπης κύησης, με αφαίρεση της εξωμήτρου κύησης, μπορεί να επιτρέψει στο 70% των ενδομήτριων κύησεων να συνεχιστούν και να ολοκληρωθούν⁷. Έχουν περιγραφεί και περιπτώσεις αντιμετώπισης ετερότοπης κύησης με ένεση χλωριούχου καλίου στον εμβρυϊκό σάκο της εξωμήτρου κύησης⁸.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Συμπερασματικά, η ετερότοπη κύηση θα πρέπει πάντα να αποκλειστεί σε ασθενείς με κοιλιακό πόνο, μόρφωμα εξαρτήματος, αιμοπεριτόναιο, αύξηση της βhCG μετά από τεχνητή έκτρωση και χρήση τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ακόμα και όταν η βεβαιότητα της ενδομήτρου κύησης έχει εξασφαλιστεί.

Summary

Stratoudakis G, Zikos N, Dimitriou S, Mpeza M, Ntoskoris A.

Heterotopic pregnancy with spontaneous conception
Helen Obstet Gynecol 21(1): ???-???, 2009

Heterotopic pregnancy with spontaneous conception, defined as the simultaneous development of an extrauterine along with an intrauterine pregnancy, is a rare

event. Women treated with assisted reproductive techniques have resulted in an increased incidence of heterotopic pregnancy. The possibility of a coexistent ectopic pregnancy, even when we are sure about of the intrauterine pregnancy, must always be kept in consideration. We present a case of a spontaneously-developed heterotopic pregnancy with a brief review of the literature.

Key words: *heterotopic pregnancy, ectopic pregnancy, spontaneous conception, diagnosis.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Clayton HB, Schieve LA, Peterson HB, Jamieson DJ, Reynolds MA, Wright VC. A comparison of heterotopic and intrauterine-only pregnancy outcomes after assisted reproductive technologies in the United States from 1999 to 2002. *Fertil Steril* 2007; 87: 303-309.
2. Soriano D, Shrim A, Seidman DS, Goldenberg M, Mashiach S, Oelsner G. Diagnosis and treatment of heterotopic pregnancy compared with ectopic pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002; 9: 352-358.
3. Suleyman EA, Ilknur C, Samet T, Cem I. Laparoscopic management of a spontaneous 12th week heterotopic tubal pregnancy: a case report. *Gynecol Surg* 2005; 2: 319-321.
4. Louis-Sylvestre C, Morice P, Chapron C, Dubuisson JB. The role of laparoscopy in the diagnosis and management of heterotopic pregnancies. *Hum Reprod* 1997; 12: 1098-1099.
5. Barnard JM, Chaffin D, Droste S, Tierney A, Phernetton T. Fetal response to carbon dioxide pneumoperitoneum in the pregnant ewe. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 669-674.
6. Fatum M, Rojansky N. Laparoscopic surgery during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2001; 56: 50-59.
7. Wang PH, Chao HT, Tseng JY, Yang TS, Chang SP, Yuan CC, Ng HT. Laparoscopic surgery for heterotopic pregnancies: a case report and a brief review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 80: 267-271.
8. Fernandez H, Helaidier C, Doumère S, Fournet P, Olivenes F, Frydman R. Nonsurgical treatment of heterotopic pregnancy: a report of six cases. *Fertil Steril* 1993; 60: 428-432.