

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ  
ΚΑΡΑΜΠΟΣΙΚΟΥ ΜΑΡΙΑΣ**

**ΘΕΜΑ:**

**ΕΚΤΟΠΗ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΟΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ:**

**κ. ΖΕΤΑ ΚΟΥΚΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ  
ΚΑΡΑΜΠΟΣΙΚΟΥ ΜΑΡΙΑΣ**

**ΘΕΜΑ:**

**ΕΚΤΟΠΗ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΟΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ:**

**κ. ΖΕΤΑ ΚΟΥΚΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ**

## Ευχαριστίες

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε από την φοιτήτρια Καραμπόσικου Μαρία του Τμήματος Μαιευτικής του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος κατά το ακαδημαϊκό έτος 2017-2018 υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας Εφαρμογών Ζέτας Κούκου.

Θα ήθελα λοιπόν να εκφράσω τις ευχαριστίες και την ευγνωμοσύνη μου για την πολύτιμη βοήθεια, το ενδιαφέρον άλλα και τον χρόνο που διέθεσε για την διεκπεραίωση της πτυχιακής εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την μητέρα μου Ελένη, για την στήριξη της σε όλα μου τα βήματα προς την κατάκτηση και ολοκλήρωση του πτυχίου μου. Καθώς και την πολύτιμη βοήθεια της σε αυτήν μου την προσπάθεια.

# Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT.....	6
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	10
ΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΕΚΤΟΠΗ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	14
ΑΙΤΙΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΈΚΤΟΠΗ ΚΥΗΣΗ.....	14
2.1 Προηγηθείσες Σαλπινγικές Λοιμώξεις.....	14
2.2 Προηγηθείσα Σαλπινγική ή Πυελική Εγχείρηση (ανακατασκευή ή σαλπινγική συγκόλληση).....	14
2.3 Ορμονικοί Παράγοντες.....	15
2.4 Αποτυχία αντισύλληψης.....	15
2.5 Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή Και Λήψη Ωοθυλακιορρηκτικών Φαρμάκων.....	15
2.6 Συμπεριφορικοί Παράγοντες.....	16
2.7 Μη- φυσιολογικό Έμβρυο.....	16
2.8 Μεγάλη Ηλικία.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	18
ΤΥΠΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΣ ΈΚΤΟΠΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ.....	18
3.1 Τύποι έκτοπων κυήσεων.....	18
3.1.1 Παλίνδρομη έκτοπη κύηση.....	18
3.1.2 Επίμονη έκτοπη κύηση.....	18
3.1.3 Χρόνια έκτοπη κύηση.....	19
3.2 Εντοπίσεις έκτοπων κυήσεων.....	19
3.2.2 Έκτοπη τραχηλική κύηση.....	30
3.2.3 Ωοθηκική έκτοπη κύηση.....	34
3.2.4 Κοιλιακή έκτοπη κύηση.....	37
3.2.5 Διάμεση εντόπιση έκτοπης κύησης.....	42
3.2.6 Σύγχρονη συνύπαρξη ενδομήτριας και έκτοπης κύησης.....	43
3.2.7 Πολλαπλή έκτοπη κύηση.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	44
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΈΚΤΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ.....	44
4.1 Διάγνωση έκτοπης κύησης.....	44
4.2 Διαφορική διάγνωση.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	50
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΚΤΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ.....	50

5.1 Απλή παρακολούθηση.....	50
5.2 Φαρμακευτική αγωγή.....	51
5.3 Χειρουργική αντιμετώπιση.....	53
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....</b>	<b>56</b>
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ.....	56
6.1 Συναισθηματική κατάσταση της γυναίκας.....	56
6.2 Μελλοντικά.....	57
6.3 Μελλοντική κύηση.....	57
6.4 Ερωτήσεις που καλούμαστε να απαντήσουμε σαν επαγγελματίες υγείας σε γυναίκες που βιώνουν μία έκτοπη κύηση. Οι απαντήσεις της μαίας θα πρέπει να είναι ακριβής και σαφής .....	58
6.5 Ο ρόλος της μαίας.....	59
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....</b>	<b>61</b>
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>62</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>63</b>

## Περίληψη

Το κείμενο ( η πτυχιακή ) αναφέρεται σε ένα από τα πιο σημαντικά και συχνά γυναικολογικά προβλήματα, την έκτοπη κύηση. Πρόκειται για μια κατάσταση κατά την οποία η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου γίνεται έξω από τη μήτρα (εξωμήτριο) σε περιοχές όπως ο τράχηλος, οι ωοθήκες, η κοιλιακή χώρα καθώς και οι σάλπιγγες. Η συμπτωματολογία της έκτοπης κύησης παρουσιάζει ως κύρια χαρακτηριστικά την κοιλιακή αιμορραγία και το κοιλιακό άλγος.

Όσο για την αντιμετώπιση της, αυτή επιτυγχάνεται κυρίως με την φαρμακευτική ή την χειρουργική μέθοδο. Αν αντιμετωπιστεί άμεσα, δηλαδή πριν από τη ρήξη έχει αρκετά καλή πρόγνωση. Στην περίπτωση όμως που έχει γίνει η ρήξη, η κατάσταση δυσκολεύει με συνέπεια να επηρεαστεί η γονιμότητα ή ακόμα και η ζωή της γυναίκας.

Η έκτοπη κύηση αποτελεί σίγουρα μια παθολογική κατάσταση κατά την οποία η κύηση δεν μπορεί να συνεχιστεί και αν τα καταφέρει, περίπου στο 25% των περιπτώσεων – κυρίως οι κοιλιακές, οι προγνώσεις δεν είναι καλές τόσο για την μητέρα όσο και για το έμβρυο. Σκοπός λοιπόν και κατά συνέπεια ρόλος των μαιών , είναι η πληροφόρηση και η εκπαίδευση των γυναικών απέναντι στα συμπτώματα της εκτόπου κύησης με στόχο να μειωθεί η εμφάνισή της ή έστω (να αυξηθεί) η έγκαιρη διάγνωση της.

## **Abstract**

This thesis refers to one of the most important and often gynecological problems, the ectopic pregnancy. This is a condition in which the implantation of the fertilized egg is done outside the uterus in areas such as the cervix, the ovary, the abdomen and the fallopian tubes. The symptoms of ectopic pregnancy are characterized by vaginal bleeding and abdominal pain. As for its treatment, it is mainly achieved by the pharmaceutical or surgical method.

If the ectopic pregnancy treated directly, specifically before the rupture, has a good enough prognosis. But in the case of the rupture, the situation becomes difficult to affect the fertility or even the life of the woman.

The ectopic pregnancy is a pathological condition in which the pregnancy can't continue and if it does, in about 25% of cases – mainly the abdominal, the prognosis isn't good for both the mother and the fetus. Consequently, the aim and the role of the midwife is to inform and educate the women about the symptoms of ectopic pregnancy with the aim of reducing its appearance or even increasing its early diagnosis.

## Πρόλογος

Η συγγραφή της πτυχιακής αυτής εργασίας με θέμα την έκτοπη κύηση και τις σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους εκπονήθηκε στα πλαίσια των υποχρεώσεων μου για την ολοκλήρωση του κύκλου σπουδών στο Τμήμα Μαιευτικής του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης. Η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος υγείας έγινε με βάση την συχνότητα εμφάνισης του, περίπου στο 13- 27 /1000 κήσεις, τα τελευταία χρόνια. Στόχος είναι η συμβολή μου στη μείωση του προβλήματος αυτού, ως εν δυνάμει Μαία, τόσο μέσω της καθοδήγησης όσο και της συμβουλευτικής των γυναικών. Ακόμη, ελπίζω μέσω της πτυχιακής αυτής εργασίας να βοηθηθούν οι ανερχόμενοι Μαιευτές και Μαίες και παράλληλα να δοθεί η δυνατότητα σε εμένα την ίδια να βοηθήσω στην εξέλιξη της, μέσω της εκπόνησης μιας μετέπειτα Μεταπτυχιακής Εργασίας .

Πρόκειται λοιπόν, για μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή κατάσταση. Συμβαίνει όταν ένα γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτεύεται σε εξωμήτριο χώρο όπως οι σάλπιγγες, οι ωοθήκες, ο τράχηλος και η κοιλιακή χώρα. Εάν δεν διαπιστωθεί έγκαιρα μια τέτοια κύηση μπορεί να αποβεί εξαιρετικά επικίνδυνη καθώς αποτελεί αιτία θανάτου που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη.

Τα συνήθη συμπτώματα είναι το κοιλιακό άλγος και η κοιλιακή αιμόρροια. Σήμερα, η διάγνωσή της γίνεται στις περισσότερες περιπτώσεις νωρίς με τη φυσική εξέταση, τον προσδιορισμό της β' ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης στο αίμα και στα ούρα καθώς και το υπερηχογράφημα .

Για τους λόγους αυτούς λοιπόν, αξίζει να γίνει μια εκτενή αναφορά επί του θέματος συμβάλλοντας άμεσα στην μείωση της παθολογικής αυτής κατάστασης και την διατήρηση της υγείας των γυναικών αλλά και της γονιμότητάς τους .



## Εισαγωγή

Η υγεία των γυναικών είναι ένα μείζων πρόβλημα δημόσιας υγείας που συμβάλλει στους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας. Παγκόσμια οι γυναίκες φέρουν το βαρύ φορτίο της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας – ασθένειας, οι συνέπειες των οποίων, προκαλούν ένα ευρύ φάσμα ασθενειών (ψυχικών και σωματικών) καθώς και σημαντικές μακροπρόθεσμες αναπηρίες .

Μία τέτοια αιτία επιβάρυνσης του γυναικείου οργανισμού είναι και η έκτοπη κύηση, η οποία παρουσιάζει υψηλή αύξηση τα τελευταία χρόνια. Το 2017 διεξήχθη η πρώτη οικονομική και επιστημονική μελέτη, η οποία συγκέντρωσε όλες τις παγκόσμιες έρευνες που έχουν εκπονηθεί για την έκτοπη κύηση<sup>1</sup>.

Σκοπός λοιπόν της εργασίας μας είναι η διερεύνηση του θέματος αυτού, αρχικά με τον προσδιορισμό της έννοιας της έκτοπης κύησης, τα αιτία που την προκαλούν, τα είδη αυτής αλλά και την διάγνωσή τους καθώς και πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί.

Σε αυτό το σημείο λοιπόν αξίζει να γίνει μια ιστορική αναδρομή σχετικά με την αντιμετώπιση της έκτοπης κύησης και το πώς αυτή έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια.

Πιο αναλυτικά , η αντιμετώπιση της έκτοπης κύησης ήταν πάντοτε χειρουργική (σαλπινγεκτομή ή σαλπινγοτομία ) είτε με λαπαροσκόπηση είτε με λαπαροτομία . Με την ευρύτερη χρήση του υπερηχογραφήματος ,σήμερα είναι δυνατή μια πρόωμη διάγνωση και μάλιστα σε πολλές περιπτώσεις πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων . Έχουν χρησιμοποιηθεί επίσης μη χειρουργικές θεραπευτικές προσεγγίσεις όπως η απλή, συντηρητική παρακολούθηση μέσω ελέγχου των επιπέδων της χοριακής γοναδοτροπίνης αλλά και την έγχυση της μεθοτρεξάτης . Γεγονός που παρουσιάζει τα πλεονεκτήματα των μεθόδων αυτών σχετικά με την αποφυγή δυνητικά τοξικών φαρμάκων.

Μάλιστα μέσω της πρόωμης διάγνωσης έγινε εμφανές ότι η αυτόματη απόρριψη των σαλπινγικών κυήσεων κυρίως, είναι συχνότερη απ' όσο θεωρείτο παλαιότερα . Η ανακάλυψη αυτή οδήγησε με τη σειρά της σε μια λιγότερο επεμβατική αντιμετώπιση, στηριζόμενη στη

---

<sup>1</sup> Brüggmann D, Kollascheck J, Quarcoo D, et al. Ectopic pregnancy: exploration of its global research architecture using density-equalising mapping and socioeconomic benchmarks *BMJ Open* 2017;018394.

θεωρία ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό σαλπινγικών κήσεων θα αντιμετωπιστεί χωρίς θεραπεία.

Δυστυχώς όμως δεν είναι όλες οι ασθενείς κατάλληλες για αυτού του είδους τη θεραπεία ή πολλές απλώς δεν το επιθυμούν. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να υπάρχουν τα κατάλληλα κριτήρια και η σωστή πληροφόρηση.

Πάντως, ο υπερηχογραφικός έλεγχος σε συνδυασμό με την επαναλαμβανόμενη μέτρηση της β-hCG είναι απαραίτητες εξετάσεις για μια επιτυχημένη θεραπεία της ασθενούς .

Μέσα λοιπόν από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκε για την υπάρχουσα πτυχιακή εργασία, προσπαθήσαμε να αναλύσουμε την έκτοπη κύηση δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στα εξής σημεία :

- Ορίσαμε την έκτοπη κύηση και την εμφάνισή της
- Διατυπώσαμε τα αίτια της εμφάνισής της
- Αναφερθήκαμε στην τυπολογία και τον εντοπισμό των έκτοπων κήσεων
- Μιλήσαμε για την διάγνωση της
- Τονίστηκαν οι τρόποι θεραπείας της
- Παρατέθηκε ο ρόλος της μαίας
- Καταλήξαμε στο γενικό συμπέρασμα

Αντικειμενικός στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασία είναι να βοηθήσει κι άλλους φοιτητές καθώς και επαγγελματίες που ασχολούνται με την υγεία των γυναικών σε όλους τους χώρους παροχής φροντίδας και να αποτελέσει ένα σημαντικό εργαλείο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### Ορίζοντας την έκτοπη κύηση και η εμφάνιση της

Όπως έχει αποδειχθεί, η ένωση των γαμετών και ο σχηματισμός του ζυγώτη αποτελούν την γονιμοποίηση. Στην συνέχεια, ακολουθεί η εμφύτευση, η οποία προκύπτει από την ένωση της τροφοβλάστης με το ενδομήτριο. Για να μπορέσει να γίνει κατανοητή η έννοια της έκτοπης κύησης είναι απαραίτητο αρχικά να εξηγήσουμε την επίτευξη της φυσιολογικής γονιμοποίησης και της εμφύτευσης.

Το πρώτο στάδιο της γονιμοποίησης επιτυγχάνεται όταν τα σπερματοζωάρια κινούνται δια μέσου του ακτινωτού στεφάνου, δηλαδή του πρώτου (κυτταρικού) φραγμού προστασίας του ωοκυττάρου, όπου μόνο τα ενεργοποιημένα σπερματοζωάρια κατορθώνουν να τον διαπεράσουν. Η διέλευση αυτών, οφείλεται στην συνδυασμένη δράση των ενζύμων που απελευθερώνονται κατά την ακροσωμιακή αντίδραση του σπερματοζωαρίου και εκείνων που προέρχονται από το βλεννογόνο της σάλπιγγας.

Το δεύτερο στάδιο της γονιμοποίησης είναι η διέλευση του αρσενικού γαμέτη μέσω της διαφανούς ζώνης που αποτελεί και τον δεύτερο (ακυτταρικό) φραγμό προστασίας του ωοκυττάρου.

Στο τρίτο στάδιο ένα σπερματοζωάριο διαπερνά την μεμβράνη του ωοκυττάρου, ενώ παράλληλα χάνει την δική του. Ουσιαστικά γίνεται η συνένωση των κυτταρικών μεμβρανών των δύο γαμετών που λαμβάνει χώρα σε καθορισμένες θέσεις του σπερματοζωαρίου με την βοήθεια ουσιών, όπως η φιμπρονεκτίνη.

Στο τέταρτο και τελευταίο στάδιο της γονιμοποίησης συναντάμε την είσοδο ολόκληρου του σπερματοζωαρίου στο εσωτερικό του θηλυκού γαμέτη όπου εκεί ο αρσενικός γαμέτης εγκαταλείπει την κυτταρική του μεμβράνη στην επιφάνεια του ωοκυττάρου.

Για να μπορέσει να επιτευχθεί μια ομαλή εμφύτευση εμβρύου και να εξελιχθεί μια φυσιολογική κύηση θα πρέπει να υπάρχει η κατάλληλη ορμονική προετοιμασία της μήτρας, η εκκριτική δραστηριότητα του ενδομητρίου καθώς και η μείωση της ανοσολογικής αντίδρασης απόρριψης του εμβρύου.

Σε περίπτωση τυχόν δυσμενών τοπικών συνθηκών της μήτρας όπως, την ύπαρξη ινομυωμάτων, ελαττώνεται σημαντικά η πιθανότητα επιτυχούς εμφύτευσης. Κατά την διαδικασία αυτή λοιπόν, πραγματοποιούνται δομικές και λειτουργικές αλλαγές στην κυτταροπλασματική μεμβράνη του γονιμοποιημένου ωαρίου. Το στάδιο όπου η βλαστοκύστη εμφυτεύεται στο ενδομήτριο ποικίλλει ανάλογα με το είδος.

Αρχικά, η βλαστοκύστη έχει την δυνατότητα να μετακινείται στην ενδομήτρια κοιλότητα με ευκολία, εφόσον δεν υπάρχει κυτταρική επαφή τροφοβλάστης και ενδομητρίου επιθηλίου. Στη συνέχεια, η βλαστοκύστη, αφού απογυμνωθεί από την διάφανη ζώνη λόγω μητρικών και εμβρυϊκών πρωτεάσεων λαμβάνει συγκεκριμένη θέση μέσα στην ενδομητρική κοιλότητα. Πρώτα, εφαρμόζεται στο επιθήλιο της μήτρας και έπειτα προσκολλάται μεταξύ των μεμβρανών των κυττάρων της τροφοβλάστης και των κυττάρων του ενδομητρίου δημιουργώντας έτσι μια στέρεα δομή. Η παραπάνω διαδικασία λοιπόν, επιτυγχάνεται με την αλληλοδιείσδυση μεταξύ των κυτταρικών μεμβρανών της τροφοβλάστης και των μικρολαχνών του ενδομητρίου κατοχυρώνοντας έτσι και την οριστική εγκατάσταση της βλαστοκύστης στο ενδομήτριο.

#### **Προϋποθέσεις μιας επιτυχούς εμφύτευσης:**

- Συγχρονισμός της εξέλιξης του προεμφυτευτικού εμβρύου σε βλαστοκύστη και της τροποποίησης μιας περιοχής του ενδομητρίου κατάλληλης για εμφύτευση .
- Ορμονική προετοιμασία της μήτρας και η εκκριτική δραστηριότητα του ενδομητρίου
- Αυξημένη αιμάτωση και αγγειογένεση της περιοχής .
- Διείσδυση των κυττάρων της τροφοβλάστης στο ενδοθήλιο του ενδομητρίου.
- Τοπική μείωση των ανοσολογικών μηχανισμών.

#### **Ορισμός**

Ως έκτοπη κύηση ορίζεται η εμφύτευση της βλαστοκύστης σε σημείο διαφορετικό από το ενδομήτριο της μήτρας<sup>2</sup>.

Οι ανατομικές θέσεις της έκτοπης κύησης είναι η σάλπιγγα (ωαγωγός), η ωοθήκη, ο τράχηλος και η κοιλιακή κοιλότητα. Στην πλειοψηφία τους (97%) οι έκτοπες κύσεις εντοπίζονται στη σάλπιγγα<sup>3</sup>. Σύμφωνα με τους Sivalingam et al., η έκτοπος κύηση αποτελεί την κυρία αιτία θανάτου στην Αγγλία, στις εγκυμοσύνες πρώτου τριμήνου.

Σε ποσοστό 3% εντοπίζονται στον τράχηλο, σε ποσοστό 1,5% στην κοιλιακή (περιτοναϊκή) κοιλότητα και σε ποσοστό 0,5% στην ωοθήκη

Από το σύνολο των σαλπγγικών έκτοπων κυήσεων, το 55% εντοπίζονται στη λήκυθο ή το μεγαλύτερο τμήμα του ωαγωγού. Η επόμενη συχνότερη θέση είναι ο ισθμός ή το στενό τμήμα του ωαγωγού που συνδέει το διάμεσο τμήμα του με την λήκυθο. Το 3% των σαλπγγικών κυήσεων εντοπίζονται στο ενδιάμεσο τμήμα, που είναι το μυϊκό τμήμα του ωαγωγού που γειτνιάζει με την κοιλότητα της μήτρας. Σπάνια η σαλπγγική κύηση εντοπίζεται στον κώδωνα, το μακρύτερο άκρο της σάλπιγγας. Η διάρκεια και η έκβαση της σαλπγγικής έκτοπης κύησης επηρεάζονται από την εντόπισή της στον ωαγωγό.

Όσον αφορά, την συχνότητα της έκτοπης κύησης έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια και κυμαίνεται σε 13-27 περιπτώσεις ανά 1000 κύσεις. Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στην αλλαγή των σεξουαλικών συνηθειών και των ενδοπυελικών φλεγμονών. Μάλιστα φαίνεται να έχει μεγάλη συσχέτιση με την γεωγραφική κατανομή των γυναικών κυρίως, της Ασίας και της Αφρικής. Επιπρόσθετα, η ηλικία των γυναικών 35-45 ετών συνδέεται άμεσα με την αύξηση αυτή.

Παρά την αυξημένη συχνότητα των περιπτώσεων έκτοπης κύησης, η μητρική θνησιμότητα είναι χαμηλότερη και ανέρχεται σε 0,4 ανά 1000 έκτοπες κύσεις σε σύγκριση με παλαιότερες στατιστικές που ήταν 3,6 ανά 1000.

<sup>2</sup> Σταματόπουλος Π. Εξωμήτρια ή Έκτοπη κύηση. [http://www.med.auth.gr/depts/amg/docs/Stamatopoulos\\_-\\_Eksomitria\\_Egkumosuni.pdf](http://www.med.auth.gr/depts/amg/docs/Stamatopoulos_-_Eksomitria_Egkumosuni.pdf)

<sup>3</sup> Μεγαλομάτη, Α., Μελίδη, Ε., Μενδρινού, Μ., Μεταξά, Β., Μυλωνά, Μ., Υφαντής, Ν. (2006). Έκτοπη κύηση. Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική. Αρεταίειο Νοσοκομείο - Πανεπιστήμιο Αθηνών. <https://eclass.teiwm.gr/modules/document/file.php/MAIA155/%CE%95%CE%9A%CE%A4%CE%9F%CE%A0%CE%97%20%CE%9A%CE%A5%CE%97%CE%A3%CE%97.pdf>

Το γεγονός αυτό οφείλεται στη έγκαιρη διάγνωση της έκτοπης κύησης σε πρώιμα στάδια, πριν από την ρήξη, με την σημερινή βοήθεια του προσδιορισμού της χοριακής γοναδοτροπίνης (β-hCG), του υπερηχογραφήματος και της λαπαροσκοπείας<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Ankum, W. M. (2000). Diagnosing suspected ectopic pregnancy: HCG monitoring and transvaginal ultrasound lead the way. *BMJ: British Medical Journal*, 321(7271), 1235-1236.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### Αιτίες που σχετίζονται με την Έκτοπη κύηση

Ως γνωστόν, στις περισσότερες περιπτώσεις όταν σε κάποιο σημείο της διαδρομής της σάλπιγγας συμβεί αναστολή της πορείας του γονιμοποιημένου ωαρίου και κατ' επέκταση η επί τόπου εγκατάστασή του, δημιουργείται έκτοπη κύηση. Η ωοθηκική, η κοιλιακή και η τραχηλική κύηση αποτελούν πιο σπάνιες μορφές της έκτοπης κύησης οι οποίες διαφέρουν από την παραπάνω διατύπωση<sup>5</sup>. Επομένως οι κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες της έκτοπης κύησης σχετίζονται με την αναστολή της πορείας του γονιμοποιημένου ωαρίου. Στους παράγοντες αυτούς υπάγονται<sup>6</sup>:

#### 2.1 Προηγηθείσες Σαλπινγικές Λοιμώξεις

Προηγηθείσες πυελικές λοιμώξεις όπως χλαμύδια, γονόρροια, επιλόχεια ενδομητρίτιδα και μετεκτρωτική λοίμωξη οι οποίες μπορούν να προδιαθέσουν μια γυναίκα σε σαλπινγική λοίμωξη (CDC,2007 ACOG,2008) οδηγώντας σε απόφραξη των σαλπίγγων σε ποσοστό 15%. Οι τρέχουσες υποθέσεις σχετικά με τους κινδύνους των μεταγενέστερων κυήσεων βασίζονται σε αναδρομικές μελέτες περιπτώσεων (Walters et al., 1988, Chrysostomou et al., 1992, Odland et al., 1993, Van et al., 2004, Low et al, 2006, Bjartling et al., 2007, Machadoet et al., 2007 και Bakken, 2008). Κύρια αιτία αποτελεί η πολλαπλή εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων.

#### 2.2 Προηγηθείσα Σαλπινγική ή Πυελική Εγχείρηση (ανακατασκευή ή σαλπινγική συγκόλληση)

Σε περίπτωση μιας επέμβασης, που δεν αποτραπεί η είσοδος αίματος εντός των σαλπίγγων μπορούν να προκύψουν σαλπινγικές συμφύσεις από τον ερεθισμό του βλεννογόνου. Συνεπώς οι προηγηθείσες σαλπινγικές και πυελικές επεμβάσεις μπορεί να προκαλέσουν σαλπινγικές κυήσεις. Μεγάλη πιθανότητα μπορεί να υπάρξει σε επέμβαση των ωαγωγών (π.χ. απολίνωση ή ηλεκτροκαυτηρίαση). Στους ιατρογενείς παράγοντες υπάγονται επίσης οι αμβλώσεις, το ιστορικό στειρότητας, προηγούμενες πλαστικές εγχειρήσεις των σαλπίγγων, προηγούμενη αντιμετώπιση

<sup>5</sup> Abdulkareem, Talal & Eidan, Sajeda. (2017). Ectopic Pregnancy: Diagnosis, Prevention and Management. 10.5772/intechopen.71999.

<sup>6</sup> Tay, J. I., Moore, J., & Walker, J. J. (2000). Ectopic pregnancy. *Western Journal of Medicine*, 173(2), 131-134.

έκτοπης κύησης με διατήρηση της σάλπιγγας, χειρουργικές επεμβάσεις σε γειτονικές με τις σάλπιγγες περιοχές (όπως σκωληκοειδεκτομή, αφαίρεση κύστης ή καλοήθους όγκου της ωοθήκης και εκπυρήνιση ινομυωμάτων) και τέλος, κάποιες τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

### **2.3 Ορμονικοί Παράγοντες**

Τα διαταραγμένα επίπεδα οιστρογόνων και προγεστερόνης ή τα ακατάλληλα επίπεδα προσταγλανδινών, ωκυτοκίνης ή κατεχολαμινών, μπορούν να επηρεάσουν την φυσιολογική κινητικότητα του γονιμοποιημένου ωαρίου εντός των σαλπίγγων.

### **2.4 Αποτυχία αντισύλληψης**

Τα ενδομήτρια σπειράματα (IUCD) και mini pill καθώς και η χρήση υποκατάστατων προγεστερόνης έχουν υψηλή αποτελεσματικότητα στην αποτροπή των κυήσεων, συμπεριλαμβανομένων και των έκτοπων. Ωστόσο, αν μια γυναίκα καταστεί έγκυος παρά την τοποθέτηση ενδομήτριου σπειράματος, ο κίνδυνός έκτοπης κύησης αυξάνεται. Η αιτία είναι άγνωστη αλλά μπορεί να σχετίζεται με διαταραγμένη σαλπιγγική κινητικότητα ή σαλπιγγική λοίμωξη, με τη μεταβολή του φυσιολογικού περισταλτισμού της σάλπιγγας καθώς και την ανιούσα φλεγμονή. Πιο δικαιολογημένα, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι ενδομήτριες αντισυλληπτικές συσκευές είναι πιο αποτελεσματικές στο να εμποδίσουν την εμφύτευση στη μήτρα απ' ό τι την σαλπιγγική και την ωοθηκική εμφύτευση. Αληθές είναι και το γεγονός ότι τα IUCD είναι υπεύθυνα για την μείωση του αριθμού των κροσσωτών κυττάρων στη σάλπιγγα εμποδίζοντας την μεταφορά του ωαρίου.

Δεν φαίνεται να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος έκτοπης κύησης με την χρήση αντισυλληπτικών χαπιών που περιέχουν μόνο προγεστερόνη. Εντούτοις, κάθε κύηση που προκύπτει από αποτυχία της αντισύλληψης έχει περισσότερες πιθανότητες να είναι έκτοπη (Hatcher & συν, 2007). Αν χρησιμοποιηθεί το χάπι της «επόμενης ημέρας» (morning-after pill) και αποτύχει, ο κίνδυνος έκτοπης κύησης αυξάνεται διότι το χάπι περιέχει υψηλά επίπεδα οιστρογόνων τα οποία επηρεάζουν την σαλπιγγική κινητικότητα. Το 60% των κυήσεων μετά από απολίνωση σαλπίγγων είναι έκτοπες.



## **2.5 Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή Και Λήψη Ωοθυλακιορρηκτικών Φαρμάκων**

Τα διεγερτικά φάρμακα των ωοθηκών όπως π.χ. η ανθρώπινη εμμηνοπαυσιακή γοναδοτροπίνη και η κιτρική κλομιφαίνη, σχετίζονται με την αυξημένη επίπτωση έκτοπης κύησης.

Τα φάρμακα αυτά μεταβάλλουν τα επίπεδα οιστρογόνων και προγεστερόνης στον οργανισμό της γυναίκας, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την σαλπγγική κινητικότητα .

Επίσης, ένα μεγάλο ποσοστό κυήσεων (μεταξύ 2% και 10%) που προέρχονται από τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής συμβαίνουν στη σάλπιγγα κυρίως όσον αφορά τη εξωσωματική γονιμοποίηση και το έμβρυο μεταφοράς In Vitro Fertilisation -IVF<sup>7</sup> .

## **2.6 Συμπεριφορικοί Παράγοντες**

Το κάπνισμα από τη μητέρα κατά την περίοδο της σύλληψης αποτελεί ανεξάρτητο και δόσοεξαρτώμενο παράγοντα κινδύνου για έκτοπη κύηση. Τα αποτελέσματα μετά ανάλυσης (Waylen et al., 2009)<sup>8</sup> έδειξαν ότι το κάπνισμα αυξάνει το κίνδυνο έκτοπης κύησης. Το ερώτημα γιατί συμβαίνει αυτό δεν έχει ακόμα απαντηθεί, υπάρχουν όμως ενδείξεις ότι ο φαλλοπιανός σωλήνας αποτελεί στόχο για το κάπνισμα.

Παρεχόμενες συσχετίσεις ανάμεσα στο κάπνισμα και την έκτοπη κύηση αποτελούν η εξασθενημένη σαλπγγική κινητικότητα, η μειωμένη κροσσωτή δράση και η ανώμαλη βλαστοκυστική εμφύτευση που ενδεχομένως σχετίζονται με τα μειωμένα επίπεδα οιστρογόνου όσων γυναικών καπνίζουν.

## **2.7 Μη- φυσιολογικό Έμβρυο**

Στο παρελθόν έχει γίνει πολλή συζήτηση, ως προς το μη-φυσιολογικό έμβρυο το οποίο απ' ότι φαίνεται είναι πιο πιθανό να εμφυτευτεί στη σάλπιγγα σε σχέση με ένα φυσιολογικό. Έχει αποδειχτεί βάση εξετάσεων πως η χρωματοσωμική σύσταση έκτοπων εμβρύων διαφέρει με αυτή των φυσιολογικών. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη συχνότητα χρωματοσωμικών ανωμαλιών των έκτοπων απ' ότι των ενδομήτριων εμβρύων με βάση την ηλικία κύησης. Τέλος, έχουν ενοχοποιηθεί ανωμαλίες του ζυγώτη που περιλαμβάνουν τις χρωμοσωμικές ανωμαλίες,

<sup>7</sup> Strandell, Annika et al. Risk factors for ectopic pregnancy in assisted reproduction. Fertility and Sterility, Volume 71, Issue 2, 282 - 286

<sup>8</sup> Waylen AL, Metwally M, Jones GL, Wilkinson AJ, Ledger WL. Effects of cigarette smoking upon clinical outcomes of assisted reproduction: a meta-analysis, Hum Reprod Update, 2009, vol. 15 (pg. 31-44)

μακροσκοπικές ανωμαλίες και ανωμαλίες του νευρικού σωλήνα. Υποστηρίζεται ότι αυτοί οι ανώμαλοι ζυγώτες είναι πιθανότερο να καταλήξουν σε ανώμαλη ή έκτοπη εμφύτευση .

## **2.8 Μεγάλη Ηλικία**

Η ηλικία αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου και η μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται μεταξύ 25 και 34 ετών. Γυναίκες 35 έως 44 ετών φαίνεται να έχουν τριπλάσια πιθανότητα έκτοπης κύησης σε σύγκριση με εκείνες ηλικίας 15 έως 24 ετών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### Τυπολογία και Εντοπισμός Έκτοπων Κυήσεων

#### 3.1 Τύποι έκτοπων κυήσεων

##### 3.1.1 Παλίνδρομη έκτοπη κύηση

Συχνά οι έκτοπες κυήσεις είτε αποβάλλονται είτε αυτοαπορροφούνται στην περιτοναϊκή κοιλότητα με συνέπεια να μην είναι απαραίτητη η χορήγηση φαρμάκων ή η χειρουργική αντιμετώπιση

##### 3.1.2 Επίμονη έκτοπη κύηση

Συνήθως όταν αναφερόμαστε σε επίμονη έκτοπη κύηση πρόκειται για συντηρητική ή χειρουργική αντιμετώπιση με αποτέλεσμα να παραμένουν ζωντανά τα ευρήματα τροφοβλαστικού ιστού. Πολλές φορές δεν εντοπίζεται η ιστολογική δομή εμβρύου, η εμφύτευση είναι διάμεση και οι χοριακές λάχνες είναι τοποθετημένες μέσα στο μυϊκό τοίχωμα της σάλπιγγας. Ένας ακόμη λόγος που είναι πιθανό να αναπτύσσεται επίμονη έκτοπη κύηση είναι η εμφύτευση τροφοβλαστικού ιστού στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες αποτελούν το είδος της χειρουργικής επέμβασης, τα αρχικά επίπεδα της β- hCG, η διάρκεια της αμηνόρροιας καθώς και το μέγεθος της έκτοπης κύησης<sup>9</sup>.

Ειδικότερα, οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε σαλπιγγοτομία φάνηκε πως τα επίπεδα της β – hCG παρουσίασαν μεγαλύτερη και πιο αργή πτώση σε σύγκριση με εκείνες που υποβλήθηκαν σε σαλπιγγοστομία. Σε γυναίκες που χρησιμοποιήθηκε λαπαροσκοπική σαλπιγγοστομία η επίπτωση κυμαίνονταν από 3 -20% . Σε δεύτερο χρόνο, όταν τα επίπεδα της β – hCG ήταν υψηλότερα των 1000Miu /ml την δεύτερη μετεγχειρητική μέρα ο κίνδυνος ανάπτυξης έκτοπης κύησης ήταν άνω των 30% έχοντας σαν δεδομένο τα σταθερά επίπεδα της β – hCG και την 7<sup>η</sup>

<sup>9</sup> Zhang, Y., Chen, J., Lu, W., Li, B., Du, G., & Wan, X. (2017). Clinical characteristics of persistent ectopic pregnancy after salpingostomy and influence on ongoing pregnancy. *The journal of obstetrics and gynaecology research*, 43(3), 564-570.

μετεγχειρητική ημέρα. Μάλιστα σε γυναίκες με αμηνόρροια άνω των 7 εβδομάδων και παρουσία μάζας στα εξαρτήματα, οι ασθενείς είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο επίμονης έκτοπης κύησης.

Όσον αφορά την θεραπευτική προσέγγιση, αυτή περιλαμβάνει την χειρουργική αντιμετώπιση και την θεραπεία με μεθοτρεξάτη η οποία χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπου είναι δύσκολη η εντόπιση του κυήματος ή κάποιου τροφοβλαστικού στοιχείου.

### **3.1.3 Χρόνια έκτοπη κύηση**

Στην περίπτωση της χρόνιας έκτοπης κύησης υπάρχουν στοιχεία χοριακού ιστού μετά από χειρουργική προσέγγιση τα οποία αιμορραγούν μέσα στην σάλπιγγα με συνέπεια την διόγκωσή της και τη συλλογή αίματος στο δουλάσειο. Κύρια συμπτώματα αποτελούν το πυελικό άλγος κατά 80% των περιπτώσεων και η κολπική αιμόρροια κατά 70% . Τα ευρήματα παρουσιάζουν συνήθως μια εξαρτηματική μάζα με την  $\beta$  – hCG να είναι αρκετά χαμηλή ή να μην ανιχνεύεται. Όσο για την διάγνωση επιτυγχάνεται μέσω γυναικολογικής εξέτασης, υπερηχογραφήματος και η αντιμετώπιση που ακολουθεί είναι χειρουργική.

## **3.2 Εντοπίσεις έκτοπων κυήσεων**

### **3.2.1 Σαλπγγική Έκτοπη Κύηση**

#### **Εντόπιση και αιτιολογία**

Η σάλπιγγα αποτελεί την συχνότερη εντόπιση της έκτοπης κύησης με ποσοστό άνω του 95% του συνόλου των έκτοπων κυήσεων. Στο 80% των σαλπγγικών κυήσεων, η εγκατάσταση της έκτοπης κύησης γίνεται στη λήκυθο. Δεύτερη σε συχνότητα θέση εμφύτευσης με ποσοστό 15-30 % είναι ο ισθμός και το ενδοτοιχικό τμήμα της σάλπιγγας, δηλαδή το τμήμα της εισόδου της σάλπιγγας μέσα στο τοίχωμα της μήτρας.

Η αιτία της σαλπγγικής έκτοπης κύησης παραμένει ανεπαρκώς καθορισμένη, σύμφωνα με βιβλιογραφική έρευνα των Shaw κ.α.<sup>10</sup>, η εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου οφείλεται είτε στην παρεμπόδιση ή την επιβράδυνση της μετανάστευσής του προς την ενδομητρική

---

<sup>10</sup> J.L.V. Shaw, S.K. Dey, H.O.D. Critchley, A.W. Horne; Current knowledge of the aetiology of human tubal ectopic pregnancy, *Human Reproduction Update*, Volume 16, Issue 4, 1 July 2010, Pages 432-444.

κοιλότητα είτε από την επιβράδυνση της συλλήψεως του ωαρίου μετά την ωοθυλακιορρηξία από το κωδωνικό τμήμα της σάλπιγγας.

## **Εξέλιξη**

### **α) Σαλπινγική ρήξη**

Η εξέλιξη, η συμπτωματολογία και η διάρκεια επιβίωσης της έκτοπης σαλπινγικής κύησης εξαρτάται κυρίως από τη θέση εντόπισής της. Επίσης σύμφωνα Capmas et.al η δραστηριότητα της είναι ο βασικός παράγοντας για την επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας<sup>11</sup>.

Το πιο σύνηθες είναι η εγκατάσταση του κηήματος να γίνεται στη λήκυθο ή στον ισθμό, όπου η τροφοβλαστική δράση θα οδηγήσει τελικά σε ρήξη της σάλπιγγας.

Η ρήξη αυτή οφείλεται σε εγκατάσταση της έκτοπης κύησης στον ισθμό και στη συνέχεια στη λήκυθο. Σε περίπτωση εμφύτευσης του γονιμοποιημένου ωαρίου στο ενδοτοιχικό τμήμα της σάλπιγγας, η ρήξη γίνεται ακόμα πιο αργά.

Άσχετα λοιπόν, από την εντόπιση της εμφύτευσης, έχουμε μεγάλη εσωτερική αιμορραγία λόγω ρήξης των τοπικών αγγείων και κολπική αιμόρροια. Σε περίπτωση που έχουμε εμφύτευση στον κώδωνα η ενζυμική – κυτταρολυτική δράση της τροφοβλάστης μπορεί να οδηγήσει σε μερική αποκόλληση του κηήματος από την σάλπιγγα με μικρή αιμορραγία και να προχωρήσει σε πλήρη αποκόλληση και νέκρωση του κηήματος εφόσον διακόπτεται η αιμάτωση του.

### **β) Αποβολή χωρίς σαλπινγική ρήξη**

Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό σαλπινγικών κηήσεων αποβάλλονται αυτόματα κατά την διάρκεια του πρώτου σταδίου κύησης. Το γεγονός αυτό οφείλεται σε πυκνή και κροσσωτή εμφύτευση όπου δεν υπάρχει αρκετός ιστός ούτως ώστε να επιτραπεί μια επαρκής πλακουντογένεση. Ως επακόλουθο, υπάρχει ενδοτοιχωματική και ενδοαυλική αιμορραγία και στη συνέχεια ακολουθεί

---

<sup>11</sup> Capmas., Bouyer., J., Fernadez., H. (2014). Treatment of ectopic pregnancies in 2014: new answers to some old questions. Fertility and Sterility. Volume 101, Issue 3, Pages: 615-620. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.01.029>

εμβρυϊκός θάνατος. Αξιοσημείωτο είναι, επίσης, πως οι αιμοστατικοί μηχανισμοί που υπάρχουν στη μήτρα απουσιάζουν στην σάλπιγγα με συνέπεια μικρού βαθμού αιμορραγία από διαβρωμένα αγγεία να προκαλέσει προβλήματα στη μητέρα.

### **γ) Παράγοντες κινδύνου**

Οι επιβαρυντικοί παράγοντες για την ανάπτυξη έκτοπης κύησης είναι οι ακόλουθοι:

**i) Οι προηγηθείσες φλεγμονές, ανωμαλίες και επεμβάσεις των σαλπίγγων:** Οι εκ γενετής ανωμαλίες του σωλήνα ενοχοποιούνται για τις έκτοπες σαλπιγγικές κυήσεις. Αυτές περιλαμβάνουν κυστίδια (49%), στενώσεις σαλπίγγων, καλοήθεις όγκοι ή κύστες, ινομυώματα μήτρας πλησίον της εμφυτεύσεως των σαλπίγγων, ενδομητρίωση, περισαλπιγγικές συμφύσεις, εκκολπώματα, βοηθητικά στόμια, υποπλασία και εστιακή απλασία. Το 50% των κυήσεων αυτών οφείλεται σε βλάβες του βλεννογόνου των σαλπίγγων και των κροσσών.

Πιο αναλυτικά, η στειροποίηση με ποσοστό 10-15% είναι υπεύθυνη για τις κυήσεις αυτές.

Το ποσοστό των κυήσεων ποικίλει ανάλογα με τον τύπο της διαδικασίας που χρησιμοποιήθηκε: 4% μετά από clipping, 19% μετά από περίδεση, 43-51% μετά από λαπαροσκοπική διαθερμία και 60% μετά από εφαρμογή σαλπιγγικών δακτυλίων. Ο κίνδυνος αυτός είναι μεγαλύτερος τα δύο πρώτα χρόνια μετά την επέμβαση. Η σαλπιγγοστομία, η πλαστική στον κώδωνα, η αναστόμωση της σάλπιγγας, η λύση περισαλπιγγικών και περιωθηθικών συμφύσεων είναι μερικοί ακόμα από τους παράγοντες που προκαλούν την ανάπτυξη έκτοπης κύησης .

**ii) Οι προηγηθείσες φλεγμονές και επεμβάσεις της πυέλου:** Οι προαναφερθείσες φλεγμονές της πυέλου έχουν ως αποτέλεσμα την απόφραξη των σαλπίγγων σε ποσοστό 15% και καθώς η ύπαρξη αυτών επαναλαμβάνεται το ποσοστό ανέρχεται στο 35%. Τα χλαμύδια αποτελούν επίσης ένα σπουδαίο επιβαρυντικό παράγοντα για την εμφάνιση πυελικής φλεγμονής με συνέπεια την βλάβη των σαλπίγγων και την εμφάνιση έκτοπου κύησης. Οι προηγηθείσες επεμβάσεις στην ελάσσονα πυέλο (σκωληκοειδεκτομία), εξαίρεση κύστεως ωοθήκης, εκπυρήνιση ινομυωμάτων μήτρας ή προηγηθείσα έκτοπη κύηση), οι αμβλώσεις και το ιστορικό στειρότητας αυξάνουν κατά πολύ τον κίνδυνο εμφάνισης έκτοπης κύησης .

**iii) Προηγηθείς έκτοπη κύηση**

**iv) Προηγούμενη χρήση διαιθυλοστιλβεστρόλη (DES)**

**v) Χρήση ενδομήτριων σπειραμάτων (IUD)**

**vi) Ιστορικό υπογονιμότητας, εξωσωματική γονιμοποίηση, λήψη ωοθυλακιορρηκτικών φαρμάκων**

**vii) Ορμονικοί παράγοντες**

**viii) Η επί μακρό χρονικό διάστημα λήψη αντισυλληπτικών**

**ix) Πολλαπλοί σεξουαλικοί σύντροφοι**

**x) Κάπνισμα**

**xi) Ηλικία μητέρας**

Οι ποικίλοι παράγοντες κινδύνου της έκτοπης κύησης παρουσιάζουν υψηλό βαθμό συσχέτισης. Λόγου χάριν, το κάπνισμα συσχετίζεται με την σεξουαλική ασυδοσία και συνεπώς με μεγαλύτερο κίνδυνο έκθεσης σε μεταδοτικούς λοιμώδεις παράγοντες. Ο κίνδυνος υποτροπής ανέρχεται περίπου στο 10% και αυξάνεται σε γυναίκες με προηγούμενη αποβολή ή γυναίκες με βλάβη των φαλλοπιανών πόρων.

**δ) Κλινική εικόνα**

Περίπου το 50% των γυναικών παρουσιάζει τα τρία βασικά συμπτώματα : πυελικός ή κοιλιακός πόνος, αμηνόρροια και κολπική αιμόρροια<sup>12</sup>.

Πόνος : είναι το συνηθέστερο σύμπτωμα 95%. Μπορεί να είναι είτε οξύς ή ως κράμπα, είτε συνεχής ή διακοπτόμενος. Η κλινική εικόνα αλλάζει με την ρήξη της σάλπιγγας όπου η ασθενής αναφέρει έναν απότομο διαξιφιστικό πόνο ο οποίος υποχωρεί γρήγορα σε ένταση και στη συνέχεια εξαφανίζεται έως ότου περάσει ένα ορισμένο χρονικό διάστημα όπου επανεμφανίζεται στη κοιλία και την δεξιά ωμοπλάτη.

---

<sup>12</sup> Lozeau, AM, Potter, B. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. **Am Fam Physician**2005; 72: 1707-1714.

Αμηνόρροια - κολπική αιμόρροια : Το 60 με 80% των γυναικών προσέρχονται για αμηνόρροια και κολπική αιμόρροια συνήθως σταγονοειδή. Όταν συμβεί ρήξη του εξαρτήματος η επακόλουθη απώλεια αίματος οδηγεί την ασθενή σε υποθερμία και shock και πλέον έχουμε να κάνουμε με οξεία κοιλία όπου ο κίνδυνος για τη ζωή της ασθενούς είναι άμεσος.

### **ε) Διάγνωση**

#### **i) Φυσική εξέταση – ψηλάφηση κοιλίας**

Η κοιλία εμφανίζεται με έντονη ευαισθησία. Με την ρήξη της σάλπιγγας και εσωτερική αιμορραγία η ασθενής παρουσιάζει σημεία καταπληξίας, ταχυσφυγμία, ωχρότητα, υπόταση, ελάττωση και εξέλιξη των εντερικών ήχων, εμέτους και διάταση κοιλίας. Πολύ συχνά εμφανίζεται ελαφρά αιμορραγία που οφείλεται στην απόπτωση που φθαρτού μετά την νέκρωση του κυήματος.

#### **ii) Αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση**

Η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση την ώρα της ρήξεως προσφέρει ελάχιστες πληροφορίες καθώς η μικρή διόγκωση της σάλπιγγας που μπορεί να ήταν ψηλαφητή προηγουμένως, τώρα εξαφανίζεται και τα μόνα ευρήματα που παραμένουν είναι μία ελαφριά ευαισθησία στο εξάρτημα και μυϊκή αντίσταση των κοιλιακών τοιχωμάτων ως αποτέλεσμα του περιτοναϊκού ερεθισμού. Η μήτρα είναι μεγαλύτερη από το φυσιολογικό λόγω διόγκωσης. Είναι δυνατόν να ψηλαφήσει κανείς μια σπογγώδη μάζα που σχηματίζει το κύημα όταν βρίσκεται στον οπίσθιο Δουγλάσειο χώρο με πήγματα αίματος και περιτοναϊκό υγρό.

Η κλινική διάγνωση στις οξείες καταστάσεις δεν παρουσιάζει δυσκολία λόγω ύπαρξης μεγάλης εσωτερικής αιμορραγίας. Σε αντίθεση με τις υποξείες ή άτυπες μορφές που παρουσιάζουν διαγνωστικές αμφιβολίες. Στις περιπτώσεις που η διάγνωση γίνει έγκαιρα η βοήθεια που προσφέρουν οι διάφορες εργαστηριακές ή παρακλινικές εξετάσεις είναι σημαντική .

#### **iii) Εργαστηριακός έλεγχος**



Για την εργαστηριακή διερεύνηση της έκτοπου κύησης χρήσιμη είναι η μέτρηση της αιμοσφαιρίνης, του αιματοκρίτη, του αριθμού των λευκοκυττάρων καθώς και των επιπέδων της χοριακής γοναδοτροπίνης και της προγεστερόνης.

### **Γενική εξέταση αίματος**

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

Ο βαθμός λευκοκυττάρωσης ποικίλοι σε περίπτωση ρήξης της σάλπιγγας. Σε ποσοστό 50% ο αριθμός λευκοκυττάρων είναι φυσιολογικός αλλά είναι πιθανό να παρατηρηθεί και αύξηση του αριθμού τους έως 30000/μL.

### **Ανίχνευση της χοριακής γοναδοτροπίνης στο αίμα και στα ούρα**

Η ποιοτική ανίχνευση της β- υποομάδας της ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης (human chorionic gonadotropin /β-hCG ) στα ούρα (το γνωστό τεστ κύησης) δηλώνει την παρουσία κύησης. Με το τεστ αυτό λοιπόν, μπορεί να διαπιστωθεί η κύηση σε μόλις 14 ημέρες μετά την γονιμοποίηση. Στην περίπτωση που έχουμε την ύπαρξη έκτοπης κύησης, η δοκιμασία κύησης θα δώσει θετικά αποτελέσματα με το ποσοστό να φτάνει το 100%.

Βασική διαφοροποίηση της έκτοπης κύησης σε σχέση με την ενδομήτρια είναι ο χρόνος διπλασιασμού της β-hCG όπου το χρονικό διάστημα είναι πέρα των 48 ωρών και φτάνει μέχρι τις 7 ημέρες<sup>13</sup>.

Σε φυσιολογική κύηση, αναμένεται ταχεία άνοδος των τιμών της β-hCG σε διαδοχικές μετρήσεις και μάλιστα διπλασιασμός των τομών κάθε 2 ημέρες. Με βάση την έρευνα των Kohn, κ.ά.<sup>14</sup> οι σταθερές τιμές ή η πτώση των τιμών υποδηλώνει ότι η κύηση έχει σταματήσει να αναπτύσσεται.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ενώ τα 2/3 των έκτοπων κύησης έχουν ανώμαλη αύξηση των τιμών της β-hCG στο υπόλοιπο 1/3 παρατηρείται φυσιολογικός ρυθμός αύξησης. Για τον λόγο αυτό θα

<sup>13</sup> Senapati, S., & Barnhart, K. T. (2013). Biomarkers for Ectopic Pregnancy and Pregnancy of Unknown Location. *Fertility and Sterility*, 99(4), 1107-1116. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.11.038>

<sup>14</sup> Kohn, M. A., Kerr, K., Malkevich, D., O'Neil, N., Kerr, M. J. and Kaplan, B. C. (2003), Beta-Human Chorionic Gonadotropin Levels and the Likelihood of Ectopic Pregnancy in Emergency Department Patients with Abdominal Pain or Vaginal Bleeding. *Academic Emergency Medicine*, 10: 119-126.

πρέπει να γίνεται κατ' επανάληψη μέτρηση των επιπέδων της β-hCG για να μπορέσουμε να πάρουμε πληροφορίες για την θέση εντοπισμού της κύησης γεγονός που το υπερηχογράφημα αδυνατεί να δείξει.

Έτσι λοιπόν, μια φυσιολογική αύξηση των επιπέδων της β-hCG δηλαδή άνω των 2000 mIU/ml συνηγορεί σε επανάληψη του υπερηχογραφήματος. Αν πάλι διαπιστωθεί ανώμαλη ανύψωση των επιπέδων της > 2000 mIU/ml πρόκειται για μη βιώσιμη κύηση.

Έκτοπος κύηση θεωρείται μόνο στην περίπτωση που τα επίπεδα της β-hCG είναι υψηλότερα από 2000 mIU/ml και δεν διαγράφεται ενδομήτριος σάκος στον κοιλικό υπέρηχο<sup>15</sup>.

### **Μέτρηση προγεστερόνης ορού**

Η μέτρηση της προγεστερόνης του ορού χρησιμοποιείται ως μέθοδος ελέγχου της έκτοπης κύησης διότι οι συγκεντρώσεις της προγεστερόνης σε μια έκτοπη κύηση είναι μικρότερες από εκείνες της φυσιολογικής κύησης.

Έτσι λοιπόν, τιμή μεγαλύτερη των 25 ng/ml αποκλείει την έκτοπο κύησης κατά 97%. Επίπεδα προγεστερόνης κάτω από 5 ng/ml συνηγορούν ισχυρά για μη βιώσιμη κύηση, ενδομήτριο ή έκτοπη. Τιμές μεταξύ 5 -25 ng/ml δεν επιτρέπουν αξιόπιστα συμπεράσματα. Σε ενδομήτριες κυήσεις τα επίπεδα προγεστερόνης ορού είναι μικρότερα των 25 ng/ml.

Αντίθετα, σε ποσοστό 88% των έκτοπων κυήσεων τα επίπεδα προγεστερόνης ορού είναι μικρότερα των 10 ng/ml<sup>16</sup>.

### **ν) Υπερηχογράφημα**

Ένας άλλος τρόπος έγκαιρης διάγνωσης της έκτοπης κύησης είναι το υπερηχογράφημα της μήτρας και των εξαρτημάτων. Ένας πλήρης υπερηχογραφικός έλεγχος περιλαμβάνει την διακοιλιακή, διακολπική εξέταση και το έγχρωμο παλμικό Doppler υπερηχογράφημα.

---

<sup>15</sup> Medical treatment of ectopic pregnancy: a committee opinion Fertility and Sterility, Volume 100, Issue 3, 638 - 644.

<sup>16</sup> Murray, H., Baakdah, H., Bardell, T., & Tulandi, T. (2005). Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 173(8), 905-912.

**Διακοιλιακό υπερηχογράφημα:** Ο διακοιλιακός υπέρηχος χρησιμοποιείται ήδη από την 4<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης, όταν τα επίπεδα της β-hCG είναι άνω των 6500 mIU/ml για να διαπιστωθούν οι ζώντες ενδομήτριες κύσεις. Σε περίπτωση που η ενδομήτρια κύηση δεν απεικονίζεται και τα επίπεδα των τιμών της hCG είναι κάτω από το όριο τότε έχουμε: α) ενδομήτρια κύηση με μικρή ηλικία κύησης, β) ενδομήτρια παθολογική κύηση, γ) πρόσφατη αποβολή και δ) έκτοπη κύηση.

Ο διακοιλιακός υπερηχογραφικός έλεγχος συμβάλει στην διαφοροδιάγνωση της έκτοπου κύησης από κύστη ωχρού σωματίου, υδросάλλπιγγα, συμφύσεις, ενδομητρίωμα, κύστη ωοθήκης ή ινομύωμα. Με την εύρεση εμβρυικών καρδιακών παλμών εκτός της μητρικής κοιλότητας ορίζεται η οριστική διάγνωση της έκτοπου κύησης.

**Διακολπικό υπερηχογράφημα:** Το διακολπικό υπερηχογράφημα υπερέχει του διακοιλιακού και η εγκυμοσύνη μπορεί να αναγνωριστεί μια εβδομάδα νωρίτερα όταν τα επίπεδα της β-hCG είναι άνω των 1500 mIU/ml. Η μη ανεύρεση ενδομήτριου σάκου κύησης σε χρονική στιγμή που αυτός αναμένεται να βρεθεί, αποτελεί ένα πολύ σημαντικό στοιχείο για έκτοπη κύηση, σε συνδυασμό μάλιστα με συγκέντρωση της β-hCG > από 1500 mIU/ml. Ωστόσο δυσκολία διάγνωσης της έκτοπης κύησης μπορεί να υπάρξει όταν η σαλπιγγική μάζα είναι μικρή ή καλύπτεται από το έντερο. Σε περίπτωση αμφιβολίας της διακολπικής υπερηχογραφικής εκτίμησης συνίσταται ο τακτικός υπερηχογραφικός έλεγχος σε συνδυασμό με τη κατ' επανάληψη μέτρηση της χοριακής γοναδοτροπίνης<sup>17</sup>.

**Έγχρωμο παλμικό Doppler υπερηχογράφημα:** Η χρήση του Doppler υπερηχογραφήματος συμβάλει σημαντικά στη διάγνωση της έκτοπου κύησης, με την διαγνωστική ευαισθησία της μεθόδου αυτής να κυμαίνεται από 71 -87 % .

Όταν εμφανίζεται η χαρακτηριστική «δακτύλιος φωτιάς», που οφείλεται στην πλακουντιακή κυκλοφορία εκτός της μητρικής κοιλότητας πρόκειται για 100% διάγνωση έκτοπου κύησης.

#### **vi) Απόξεση της ενδομητρικής κοιλότητας**

<sup>17</sup> Emma Kirk, Aris T. Papageorghiou, George Condous, Linda Tan, Shabana Bora, Tom Bourne; The diagnostic effectiveness of an initial transvaginal scan in detecting ectopic pregnancy, *Human Reproduction*, Volume 22, Issue 11, 1 November 2007, Pages 2824-2828

Η απόξεση της ενδομητρικής κοιλότητας είναι εφικτό να βοηθήσει στον αποκλεισμό ή στην διαπίστωση της ενδομητρικής κύησης. Η απόξεση πρέπει να πραγματοποιείται μόνο όταν οι τιμές των ορμονών του ορού δείχνουν μη βιώσιμη κύηση, όταν δηλαδή τα επίπεδα της προγεστερόνης είναι  $< 5 \text{ ng/mL}$  ή όταν τα επίπεδα της  $\beta\text{-hCG}$  πέφτουν ή παραμένουν σταθερά. Στην περίπτωση που η ιστολογική εξέταση δείξει φθαρτό χωρίς λάχνες πρόκειται για παρουσία έκτοπης κύησης.

#### **vii) Παρακέντηση του Δουγλάσειου**

Η παρακέντηση του Δουγλάσειου αποτελεί μια ακόμη διαγνωστική μέθοδο της έκτοπου κύησης. Έτσι, η ανεύρεση αιμοπεριτοναίου μπορεί να υποδηλώνει την παρουσία έκτοπης κύησης μετά της ρήξη. Η παρουσία αυτή όμως μπορεί να οφείλεται και σε ρήξη της κύστης του ωχρού σωματίου. Θεωρείται λοιπόν πως η μέθοδος αυτή δεν αποδίδει υψηλά διαγνωστικά και θεραπευτικά αποτελέσματα καθώς έως και 60 % άρρηκτων έκτοπων κυήσεων έχουν θετική δουγλασιοκέντηση.

#### **viii) Λαπαροσκόπηση**

Θεωρείται πως σε περίπτωση που υπάρχει θετικό τεστ κύησης με κλινικά σημεία έκτοπης κύησης και άδεια μήτρα στο κοιλικό υπερηχογράφημα θα πρέπει να γίνεται διαγνωστική λαπαροσκόπηση. Πρόκειται για μια μέθοδο που διαπιστώνει με άμεση όραση την έκτοπη κύηση. 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.

Όμως ακόμα και η λαπαροσκόπηση έχει κίνδυνο 2-5 % λανθασμένης διάγνωσης διότι μια μόλις ερχόμενη σαλπιγγική κύηση μπορεί να μην διατείνει αρκετά τη σάλπιγγα ώστε να μπορεί να διαγνωστεί λαπαροσκοπικά. Σύμφωνα με περίπτωση μελέτης η λαπαροσκοπική αντιμετώπιση

της έκτοπης κύησης έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική εναλλακτική λύση συγκριτικά με την συμβατική διαχείριση της λαπαροτομίας<sup>18</sup>.

### **ix) Λαπαροτομία**

Πρόκειται για μία διαγνωστική μέθοδο η οποία έχει υποκατασταθεί κατά ένα μεγάλο ποσοστό από τη χειρουργική λαπαροσκόπηση.

Παρόλα αυτά αρκετά χρήσιμη είναι η συμβολή της στην αντιμετώπιση ασθενών με αιμοδυναμική αστάθεια ( υπόταση σε ύπτια από την όρθια θέση ) όπου θα πρέπει να υποβάλλονται αμέσως σε χειρουργική διάγνωση και αντιμετώπιση.

### **ζ) Διαφορική διάγνωση**

Η οξεία χειρουργική κοιλία η οποία βασικά δημιουργείται στην περίπτωση της ρήξεως της σάλπιγγας και σπανιότερα στην 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 ενδομητριωσικής κύστεως – ωοθήκης
- Ρήξη εγκυμονούντος υπολειπόμενου κέρατος δίκερης μήτρας

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

---

<sup>18</sup> Ikechebelu JI, et al. (2017). Laparoscopic Salpingectomy for Ruptured Tubal Ectopic Pregnancy: A Case Report. Ann Med Health Sci Res. 7: 203-205

## **η) Θεραπεία**

Η έκτοπη σαλπιγγική κύηση μπορεί να αντιμετωπιστεί είτε φαρμακευτικά είτε επεμβατικά ανάλογα τις υπάρχουσες συνθήκες.

**i) Η Χειρουργική Αντιμετώπιση** αποτελεί μία από τις πλέον διαδεδομένες μεθόδους αντιμετώπισης. Ειδικότερα, η λαπαροσκόπηση προσφέρει ταχύτερη μετεγχειρητική αποκατάσταση και μικρότερο χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο σε σχέση με την λαπαροτομία.

Μπορεί να γίνει διατήρηση της σάλπιγγας με την διάνοιξη αυτής σε επιμήκη διατομή με μονοπολική διαθερμία, αφαίρεση του κήματος και αιμόσταση.

Ακόμη, η σαλπιγγεκτομή είναι η αφαίρεση ολόκληρης της σάλπιγγας και αυτή πρέπει να γίνεται στις περιπτώσεις εκείνες όπου μετά την επέμβαση θα παρέμενε πολύ μικρό ή καθόλου υγιές τμήμα της σάλπιγγας. Στην λαπαροτομία πρέπει να αποφεύγεται γιατί ελλοχεύει ο κίνδυνος παραμονής τροφοβλαστικού ιστού όπως και αυξημένες πιθανότητες επανεμφάνισης έκτοπης κύησης.

Έτσι λοιπόν, μετά την αντιμετώπιση της έκτοπης κύησης, γίνεται προσεκτική έκπλυση της περιτοναϊκής κοιλότητας απ' το αίμα. Με τον τρόπο αυτό, ελαχιστοποιούνται οι πιθανότητες άμεσων μετεγχειρητικών επιπλοκών και η απώτερη δημιουργία συμφύσεων .

**ii) Η Φαρμακευτική Αντιμετώπιση** έχει καθιερωθεί εδώ και αρκετά χρόνια για την αντιμετώπιση της έκτοπης κύησης, η οποία γίνεται συνήθως με μεθοτρεξάτη<sup>19</sup>. Σπανιότερα, χρησιμοποιούνται το χλωριούχο κάλιο, τα υπέρτονα σακχαρούχα διαλύματα, η αντιπρογεστερόνη, οι προστανγλαδίνες και τα αντί-hCG αντισώματα. Η χορήγηση αυτών μπορεί να γίνει είτε το καθένα ξεχωριστά είτε σε συνδυασμό και η έγχυση τους γίνεται μέσα στην σάλπιγγα με την βοήθεια του λαπαροσκοπίου ή του διακολπικού υπερηχογράφου. Τα πλεονεκτήματα αυτών, είναι η περιστασιακή χρήση τους καθώς και η μοναδική έγχυσή τους .

---

<sup>19</sup> Tang, A., Baartz, D. and Khoo, S. K. (2006), A medical management of interstitial ectopic pregnancy: A 5-year clinical study. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 46: 107-111.

Η μεθοτρεξάτη από την άλλη χορηγείται ενδομυϊκά σε δόση είτε 1mg/kg/ ημέρα είτε 50mg/m<sup>2</sup>. Συστήνεται κυρίως σε περιπτώσεις όπου η έκτοπη κύηση έχει μέγεθος μικρότερο από 2cm σε σχετικά χαμηλές τιμές της β-hCG και σε αιμοδυναμικά σταθερή ασθενή.

**Πλεονεκτήματα χορήγησης μεθοτρεξάτης:** δεν γίνεται χειρουργική επέμβαση, στο 80% των περιπτώσεων διαπιστώνεται διαβατότητα της σάλπιγγας και μπορεί αργότερα να επιτευχθεί κύηση στο 80% και μάλιστα ενδομήτρια .

**Μειονεκτήματα χορήγησης μεθοτρεξάτη:** χρειάζεται αρκετός χρόνος παρακολούθησης που μπορεί να φτάσει τις 12 εβδομάδες, υπάρχει πιθανότητα εκδήλωσης τοξικότητας και παρουσία έντονου πόνου κατά την διάρκεια της θεραπείας που οφείλεται κυρίως στην σαλπιγγική έκτρωση.

Γενικώς, η μεθοτρεξάτη χορηγείται στις εξής περιπτώσεις: 1) όταν μετά από μία σαλπιγγοτομία ή σαλπιγγοστομία τα επίπεδα της β-hCG είναι υψηλότερα από τα αναμενόμενα, 2) όταν έχει διαπιστωθεί άνοδος των επιπέδων της γοναδοτροπίνης μετά την αναρρόφηση της μήτρας και 3) όταν δεν ανιχνευτεί ενδομήτριος σάκος στο διακολπικό υπερηχογράφημα, υπάρχει υγρό στο δουλγάσειο και τα επίπεδα της β-hCG είναι μικρότερα από 2000mIU/mL.

Σε όλες τις περιπτώσεις, οι ασθενείς πρέπει να έχουν ενημερωθεί πλήρως σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη της θεραπείας καθώς και να απέχουν από ελεύθερη συνουσία στη διάρκεια της θεραπείας .

### **3.2.2 Έκτοπη τραχηλική κύηση**

Η έκτοπη τραχηλική κύηση αποτελεί μία από τις πιο σπάνιες περιπτώσεις. Σε μια φυσιολογική σύλληψη, αναφέρεται σε ποσοστό 0,15% των έκτοπων κυήσεων. Συνδέεται με υψηλό δείκτη νοσηρότητας και θνησιμότητας<sup>20</sup>.

Σε αυτή λοιπόν την περίπτωση η πορεία του γονιμοποιημένου ωαρίου διαμέσου της σάλπιγγας είναι κανονική όπως και η είσοδος στην ενδομητρική κοιλότητα. Για κάποιο λόγο όμως, η τελική εγκατάσταση της βλαστοκύστης γίνεται στον ενδοτράχηλο και η ανάπτυξή της τον διαβρώνει και τον διογκώνει.

<sup>20</sup> Singh, S. (2013). Diagnosis and management of cervical ectopic pregnancy. Journal of Human Reproductive Sciences, 6(4), 273–276.

### **α) Πιθανά αίτια:**

- ❖ Εξωσωματική γονιμοποίηση, πιθανώς εξαιτίας ασυνήθιστα χαμηλής τοποθέτησης του εμβρύου μέσα στον ενδοτραχηλικό σωλήνα
- ❖ Πολυτοκία
- ❖ Ανεπάρκεια έσω τραχηλικού στομίου
- ❖ Ανώμαλος τόνος μυομητρίου
- ❖ Καθυστερημένη ανάπτυξη πρωτεολυτικών ενζύμων βλαστοκύστης
- ❖ Ηλικία μητέρας κάτω των 17 ή 35-45 ετών
- ❖ Ινομώματα μήτρας
- ❖ Χειρουργικές επεμβάσεις πυέλου
- ❖ Προηγηθείσα καισαρική τομή
- ❖ Πυελικές λοιμώξεις
- ❖ Προηγηθείσες αμβλώσεις – αποξέσεις μήτρας
- ❖ Σύνδρομο Asherman
- ❖ Λήψη διαιθυλοστιλβεστρόλη από τη μήτρα της εγκύου, κατά τη διάρκεια της κύησης, λόγω συγγενών ανωμαλιών των έσω γεννητικών οργάνων της γυναίκας
- ❖ Ασυνήθιστα γρήγορη μεταφορά γονιμοποιημένου ωαρίου η οποία έχει ως αποτέλεσμα το γονιμοποιημένο ωάριο να φτάσει στον ενδοτραχηλικό σωλήνα πριν φτάσει σε ένα στάδιο ανάπτυξης συμβατό με εμφύτευση.
- ❖ Προηγηθείσα τραχηλική κύηση
- ❖ Ενδομητρικές συμφύσεις

### **β) Ιστορικό**

Η συχνότητα της τραχηλικής κύησης δεκαπλασιάζεται σε κυήσεις μετά από τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, καισαρική τομή, χειρουργικές επεμβάσεις στην πύελο καθώς και μια προηγηθείσα έκτοπη κύηση. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στο ιστορικό της κάθε ασθενούς ξεχωριστά.

### **γ) Διάγνωση**



### **i. Κλινική εικόνα**

Όπως όλες οι κύσεις έτσι και η έκτοπη τραχηλική κύηση παρουσιάζει όλα τα τυπικά συμπτώματα μια φυσιολογικής εγκυμοσύνης: καθυστέρηση εμμήνου ρήσεως, διόγκωση μαστών και νευροφυτικές εκδηλώσεις όπως ναυτία και έμετο. Σε αντίθεση με άλλες έκτοπες κύσεις στην τραχηλική οι γυναίκες στην πλειοψηφία τους δεν πονούν.

Μερικές φορές αναφέρουν διάχυτους ή εντοπισμένους πόνους στο υπογάστριο συχνά με την μορφή κράμπας. Το κύριο χαρακτηριστικό της στοιχείο είναι η κολπική αιμορραγία που μπορεί να αποβεί απειλούμενη για τη ζωή τους και θα πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα .

### **ii. Γυναικολογική εξέταση**

Κατά την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση ο τράχηλος ψηλαφητέ μαλακός, διογκωμένος και διαβρωμένος εξαιτίας της εγκατάστασης της τροφοβλάστης σε αυτόν και επώδυνος, ενώ η μήτρα υπολείπεται σε μέγεθος ως προς την ηλικία κύησης. Υπάρχει έντονη αγγειοβρίθεια και εύθρυπτη εμφάνιση της περιοχής με ανοιχτό το έξω στόμιο του τραχήλου.

### **iii. Εργαστηριακά ευρήματα**

Οι τιμές της β-hCG είναι χαμηλότερες σε σχέση με τις αντίστοιχες σε φυσιολογική ενδομήτριο κύηση της ίδιας ηλικίας .

### **iv. Απεικονιστικός έλεγχος**

Σύμφωνα με τους Kao et.al. στο υπερηχογράφημα φαίνεται σάκος κύησης στον ενδοτράχηλο και ενδομητρική κοιλότητα χωρίς εμβρυϊκά στοιχεία. Η υπερηχογραφική εικόνα της μήτρας μπορεί να θυμίζει κλειψύδρα<sup>21</sup>.

Σε σπάνιες περιπτώσεις η τραχηλική κύηση αν δεν γίνει έγκαιρα αντιληπτή μπορεί να καταλήξει σε ρήξη τραχήλου. Αναλυτικά, στο διακολλικό υπερηχογράφημα μπορούμε να διακρίνουμε τα εξής χαρακτηριστικά :

---

<sup>21</sup> Kao, LY, Scheinfeld., MY., Chernyak., V., Rozenblit., AM., Oh., S. and Dym, RJ. (2014). Beyond Ultrasound: CT and MRI of ectopic pregnancy. American Journal of Roentgenology. 202: 904-911. 10.2214/AJR.13.10644

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

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί η προσφορά του Rubin ο οποίος το 1983 εισήγαγε τέσσερα πιο συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια όσον αφορά την υπερηχογραφική εικόνα:

- ✚ Οι τραχηλικές κρύπτες πρέπει να βρίσκονται σε στενή προσέγγιση με τον πλακουντικό ιστό
- ✚ Πρέπει να υπάρχει στενή προσκόλληση μεταξύ του πλακούντα και του τραχήλου
- ✚ Ολόκληρος ο πλακούντας πρέπει να βρίσκεται κάτω από την είσοδο των μητριάων αγγείων ή κάτω από την περιτοναϊκή μοίρα των προσθοπίσθιων μητριάων επιφανειών.
- ✚ Απουσία εμβρυϊκού ιστού στη μητρική κοιλότητα

Οι Timor και Tritsch το 1993 εισήγαγαν ακόμη δύο κριτήρια :

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

#### **δ) Διαφορική διάγνωση**

Τα κλινικά ευρήματα της έκτοπης κύησης πρέπει να διαφοροποιηθούν από άλλες καταστάσεις, γυναικολογικής ή άλλης φύσης. Πρέπει δηλαδή να αποκλειστούν μερικές ακόμη περιπτώσεις οι οποίες περιλαμβάνουν: τυχόν τροφοβλαστικό όγκο, προδρομικό πλακούντα ή χαμηλή πρόσφυση, καρκίνος τραχήλου και τέλος υποβλεννογόνιο ινομύωμα.

Σε όλες τις προηγούμενες περιπτώσεις η τελική διάγνωση θα γίνει από την κλινική εικόνα, το ιστορικό και τις παρακλινικές εξετάσεις .

#### **ε) Αντιμετώπιση**

Η έκτοπη τραχηλική κύηση χρίζει άμεσης αντιμετώπισης λόγω της αιμορραγίας που ευαισθητοποιεί και κινητοποιεί τη γυναίκα με συνέπεια να έχουμε μείωση της θνησιμότητας αλλά και καλύτερη αποκατάσταση.

Ειδικότερα, η απόξεση του τραχήλου αποτελεί μία μέθοδο αντιμετώπισης η οποία όμως παρουσιάζει μεγάλο κίνδυνο κατακλυσμαίας αιμορραγίας που ίσως πολύ δύσκολα μπορεί να αναχαιτιστεί.

Ακόμη, συμπληρωματικά με την απόξεση χρησιμοποιείται και ο τραχηλικός και κοιλικός επιπωματισμός με τη χρήση ταμπόν ή καθετήρα Foley που φέρει μπαλόνι 30 ml και τοποθετείται στο εσωτερικό του τραχηλικού αυλού, όπου γεμίζει έως και 100 ml.

Σε κάποιες περιπτώσεις, επιχειρείται και η απολίνωση των κατιόντων κλάδων των μητριάων αγγείων με τοποθέτηση ψηλά στον τράχηλο δύο ραμμάτων στην 3<sup>η</sup> και στην 9<sup>η</sup> ώρα.

Σε περίπτωση αποτυχίας των παραπάνω, απαιτείται λαπαροτομία και ολική υστερεκτομία χωρίς τα εξαρτήματα. Σημαντική είναι και η χρήση του κρυοκαυτηριασμού και της ηλεκτροπληξίας των αιμορραγικών αγγείων.

Επιπρόσθετα, η μεθοτρεξάτη χρησιμοποιείται με επιτυχία είτε απευθείας εντός του σάκου κύησης είτε χορηγούμενη συστηματικά.

Η ποσότητα που χρησιμοποιείται είναι 50 ml εφάπαξ. Μια διαφορετική προσέγγιση προτείνεται από τους Kung et.al., 2004), ένας συνδυασμός υποβοηθούμενης από λαπαροσκόπηση της μήτρας που ακολουθείται από υστεροσκόπηση του ενδοτράχηλου, ώστε να απομακρυνθεί η έκτοπη κύηση και να διατηρηθεί η γονιμότητα.

Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στο ότι κύριο μέλημα στην αντιμετώπιση της έκτοπης κύησης είναι και η διατήρηση της ικανότητας της τεκνοποίησης (Mutji et al.,2015) πέρα από την θεραπεία ειδικά όταν πρόκειται για άτεκνες μητέρες και γενικά γυναίκες σε νεαρή ηλικία.

### **3.2.3 Ωοθηκική έκτοπη κύηση**

#### **3.2.3.1 Ορισμός – Επιδημιολογία**

Αποτελεί την δεύτερη σε συχνότητα εντοπίσεως έκτοπη κύηση με ποσοστό 0,5 -1 % του συνόλου των έκτοπων κυήσεων ή με άλλα λόγια 1 περίπτωση ανά 7.000 – 20.000 τοκετούς. Πρόκειται για μία κατάσταση κατά την οποία το έκτοπο κύημα εμφυτεύεται εντός της φλοιώδους μοίρας της ωοθήκης .

Για να μπορέσει λοιπόν να γίνει ένας διαχωρισμός της έκτοπης ωοθηκικής κύησης το 1978 ο Spiegelberg διατύπωσε τα εξής κριτήρια :

- i. Η σάλπιγγα στην πλευρά που έχει προσβληθεί πρέπει να είναι μορφολογικά ευκρινώς διαχωρισμένη από την ωοθήκη και χωρίς κανένα στοιχείο σαλπινγκικής κύησης.
- ii. Ο κυοφορικός σάκος πρέπει να καταλαμβάνει τη φυσιολογική θέση της ωοθήκης.
- iii. Ο εμβρυϊκός σάκος πρέπει να συνδέεται με τη μήτρα μέσω ωοθηκικού συνδέσμου.
- iv. Ο ωοθηκικός ιστός πρέπει να αποδεικνύεται ιστολογικά στο τοίχωμα του κυοφορικού σάκου .

#### **3.2.3.2 Ταξινόμηση**

Η έκτοπη ωοθηκική κύηση διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: την πρωτοπαθή όπου το ωάριο γονιμοποιείται ενώ βρίσκεται ακόμα στο ωοθυλάκιο ή όταν ένα γονιμοποιημένο ωάριο, έξω από τη σάλπιγγα εμφυτευθεί στην ωοθήκη.

Και την δευτεροπαθή που προκύπτει όταν γίνεται στην σάλπιγγα και το έμβρυο παλινδρομεί για να εμφυτευθεί στην ωοθήκη. Μπορεί επίσης, μια δευτεροπαθής ωοθηκική κύηση να προκληθεί λόγω σαλπινγκικής ρήξης ,γεγονός αρκετά σπάνιο.

Επιπλέον, είναι πιθανό μια ωοθηκική κύηση να αποτελεί μέρος μιας ετερότροπης, όπου συνυπάρχει δηλαδή μια ενδομήτρια ή πολύδυμη με την έκτοπο .

### **3.2.3.3 Αίτια – επιβαρυντικοί παράγοντες**

Ως αίτιο – επιβαρυντικός παράγοντας φαίνεται πως λειτουργούν τα ενδομήτρια σπειράματα (IUD) αφού από το σύνολο των έκτοπων κύησης σε γυναίκες με σπείραμα ποσοστό 15- 30% αφορούσε ωοθηκική έκτοπη κύηση<sup>22</sup>.

Τα ενδομήτρια σπειράματα λοιπόν, συνίσταται στην κινητοποίηση των λευκών αιμοσφαιρίων ως αντίδραση στην παρουσία ξένου σώματος στην μικρή κοιλότητα και στη συλλογή τους γύρω από το σπείραμα. Η αντίδραση αυτή έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός εχθρικού προς εγκατάσταση περιβάλλοντος και ανάπτυξης του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Πολύ πιθανή 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.

Ταυτόχρονα οι ενζυμικές διαταραχές στην λειτουργία του ενδομητρίου να εμπλέκονται στη λειτουργία των σπειραμάτων δρώντας ως σπερματοκτόνα .

### **3.2.3.4 Κλινική εικόνα**

Η κλινική εικόνα της ωοθηκικής κύησης προσομοιάζει με αυτή της σαλπιγγικής έχοντας κοιλιακό πόνο, αμηνόρροια ή κοιλιακή αιμόρροια ποικίλου βαθμού και συχνότητας.

Αν και συνήθως οι ωοθηκικές κύσεις αποβάλλονται κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου, έχει υπάρξει ένας αριθμός τέτοιων κύσεων που έχουν εξελιχθεί στο δεύτερο τρίμηνο ή ακόμα και στο τρίτο τρίμηνο .

### **3.2.3.5 Διάγνωση**

Η διαγνωστική προσέγγιση της ωοθηκικής έκτοπης κύησης επιτυγχάνεται κυρίως μέσω του διακολλικού υπερηχογραφήματος, μέσω του οποίου επιτυγχάνεται η αντιμετώπισής της με αποτέλεσμα να έχει βελτιωθεί σημαντικά. Πρώτα, αφού πραγματοποιηθεί ένας λεπτομερής κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος που μας προαναγγέλλει μία έκτοπη κύηση, προχωράμε σε

---

<sup>22</sup> Thapa M, Rawal S, Jha R, et al. Ovarian pregnancy: a rare ectopic pregnancy. JNMA J Nepal Med Assoc 2010; 49: 52 - 55.

υπερηχογραφικό έλεγχο όπου εκεί θα πρέπει να έχουμε απεικόνιση των εμβρυικών δομών σε έναν αμνιακό σάκο στην ωοθηκική κοιλότητα.

Αυτό που απεικονίζεται στον υπέρηχο είναι μία κύηση με ένα ευρύ ηχογενές εξωτερικό δαχτυλίδι μεγαλύτερης ηχογένειας από αυτή της ωοθήκης με μία εξωτερική ηχοδιαγνωστική περιοχή, άλλοτε με αισθητούς εμβρυικούς καρδιακούς παλμούς και άλλοτε όχι .

Σύμφωνα με τους Ghasemi Tehrani κ.ά.<sup>23</sup>, ο υπερηχογράφος μπορεί να υποδείξει την διάγνωση, η χειρουργική αντιμετώπιση (λαπαροσκόπηση ή λαπαροτομία) παραμένει η καλύτερη μέθοδος διαφορικής διάγνωσης και διαχείρισης.

Πρόκειται λοιπόν, για μια εικόνα η οποία δεν είναι πάντοτε ξεκάθαρη ιδίως όταν έχουμε απουσία εμβρυικών καρδιακών παλμών, η οποία μάλιστα συγχέεται με αυτές της κύησης. Εξαιτίας αυτού, πριν από οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση θα πρέπει να πραγματοποιείται βιοψία .

### **3.2.3.6 Διαφορική Διάγνωση**

Η διάγνωση μιας ωοθηκικής έκτοπης κύησης δεν αποτελεί εύκολη υπόθεση με συνέπεια να προκύπτουν κατά 75% λανθασμένα αποτελέσματα.

Ο λόγος είναι η μορφολογία αυτής με μία κύστη ωχρού σωματίου, αιμορραγικές και άλλες κύστες ωοθηκικές ή ακόμη πιο συχνά με σαλπγγική έκτοπη κύηση, όπως παρατηρήθηκε και σε μελέτη περίπτωσης από τους Nwanodi και Khulpateea<sup>24</sup>.

Η λανθασμένη αυτή διάγνωση έχει να κάνει κυρίως με ασθενείς οι οποίες λόγω πυελικών συμφύσεων έχουν σάλπιγγες οι οποίες θα λέγαμε πως είναι καθλωμένες στις ωοθήκες με συνέπεια να μην είναι ευανάγνωστη η εντόπιση του εμβρυικού σάκου .

---

<sup>23</sup> Ghasemi Tehrani, H., Hamoush, Z., Ghasemi, M., & Hashemi, L. (2014). Ovarian ectopic pregnancy: A rare case. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 12(4), 281-284.

<sup>24</sup> Nwanodi, O., & Khulpateea, N. (2006). The preoperative diagnosis of primary ovarian pregnancy. *Journal of the National Medical Association*, 98(5), 796-798.

### **3.2.3.7 Αντιμετώπιση**

Η αντιμετώπιση της ωοθηκικής έκτοπης κύησης είναι κυρίως χειρουργική. Σύμφωνα με τους Shen et.al κύριο μέλημα είναι διατήρηση του ωοθηκικού ιστού σε γυναίκες οι οποίες επιθυμούν μία μελλοντική κύηση ιδίως αν πρόκειται για γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας<sup>25</sup>.

Επομένως, οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι η σφηνοειδής ωοθηκεκτομή ή η ωοθηκική κυστεκτομή οι οποίες εκτελούνται με τη βοήθεια λαπαροτομίας. Σπανιότερα, χρησιμοποιείται συντηρητική αγωγή με έγχυση μεθοτρεξάτης ή προσταγλανδινών με επιτυχία<sup>26</sup>.

### **3.2.4 Κοιλιακή έκτοπη κύηση**

#### **3.2.4.1 Ορισμός και εμφάνιση**

Η κοιλιακή κύηση αποτελεί μια πλέον σπάνια μορφή της έκτοπης κύησης η οποία μπορεί να αποβεί μοιραία για την ζωή της ασθενούς, ιδιαίτερα αν πρόκειται για προχωρημένο στάδιο σε σχέση με άλλες μορφές εξωμητρίου εγκυμοσύνης. Η συχνότητα της κυμαίνεται από 1 στους 10.000 τοκετούς στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Πιο αναλυτικά, το ποσοστό εμφάνισης της ανέρχεται σε 10,9 ανά 100.000 ζώσες γεννήσεις και σε 9,2 ανά 1.000 έκτοπες κύσεις. Οι κοιλιακές έκτοπες κύσεις κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες : την πρωτοπαθή και την δευτεροπαθή.

Ως πρωτοπαθής περιτοναϊκή εγκυμοσύνη θεωρείται εκείνη, της οποίας η εμφύτευση συμβαίνει στην περιτοναϊκή επιφάνια. Είναι αρκετά δύσκολο όμως να αποδειχθεί η γνησιότητα της ως πρωτοπαθής εξαιτίας του ποσοστού των κοιλιακών κύσεων όπου οι περισσότερες είναι δευτεροπαθείς. Μετά λοιπόν, την πρωτοπαθή εμφύτευση στην σάλπιγγα, προέρχονται είτε από προηγούμενη ρήξη της σάλπιγγας είτε από ωαγωγική έκτρωση με δευτεροπαθή εγκατάσταση της κύσεως στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Ο Studdiford το 1942 διατύπωσε τα εξής κριτήρια για την διάγνωση της πρωτοπαθούς κοιλιακής κύησης :

<sup>25</sup> Shen L, Fu J, Huang W, Zhu H, Wang Q, Yang S, Wu T. Interventions for non-tubal ectopic pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 7. Art. No.: CD011174. DOI: 10.1002/14651858.CD011174.

<sup>26</sup> Ι. Θανασάς, Μ. Μπουρσιάνη. Ρήξη ωοθηκικής εγκυμοσύνης. Ένα σπάνιο αίτιο οξείας κοιλίας στη Μαιευτική. Επιστημονικά Χρονικά 2014;19(3): 305-312

- i. Ύπαρξη φυσιολογικών σαλπίνγων και ωοθηκών χωρίς στοιχεία πρόσφατης ή παρελθούσας χειρουργικής επέμβασης.
- ii. Κανένα στοιχείο μητροπλακουντικού συριγγίου .
- iii. 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.

Αργότερα, οι Friedrick και Rankin το 1968 τροποποίησαν τα κριτήρια αυτά ως ακολούθως :

- i. Παρουσία εγκυμοσύνης ηλικίας μικρότερης των 12 εβδομάδων ιστολογικά, της οποίας τα τροφοβλαστικά στοιχεία έχουν σχέση μόνο με την επιφάνεια του περιτοναίου .
- ii. Φυσιολογικές σαλπιγγικές και ωοθηκικές
- iii. Απουσία μητροπεριτοναϊκού συριγγίου

Η κοιλιακή κύηση συνδέεται με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα, με την πιθανότητα θανάτου να είναι οχτώ φορές μεγαλύτερος σε σχέση με την σαλπιγγική έκτοπη κύηση και 90 φορές μεγαλύτερος σε αντιδιαστολή με την ενδομήτρια κύηση .

#### **3.2.4.2 Εμβρυική πρόγνωση**

Σε περίπτωση που καταφέρει και ολοκληρωθεί μια τέτοια εγκυμοσύνη τα προβλήματα που θα προκύψουν είναι μεγάλα και αφορούν κυρίως την ανάπτυξη και την εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών όπως εμβρυική υποπλασία των πνευμόνων, παραμορφώσεις εξαιτίας πιέσεων και ασυμμετρία προσώπου και άκρων. Η συχνότητα των συγγενών ανωμαλιών κυμαίνεται σε ποσοστό 20 – 40 % .

Για να μπορέσει να εξελιχθεί φυσιολογικά η εγκυμοσύνη αυτή, θα πρέπει να υπάρχει σωστή θέση εμφύτευσης του πλακούντα για να αιματώνεται το έμβρυο και το θυλάκιο να παραμείνει άρρηκτο .

Αν το έμβρυο τελικά καταλήξει μπορεί να προκληθεί διαπύηση και αποτιτάνωση. Η κοιλότητα ρύγνηται και σε περίπτωση που η γυναίκα κατορθώσει να επιβιώσει από την περιτονίτιδα και τη



σηψαιμία, τα εμβρυικά τμήματα αποβάλλονται μέσα από το κοιλιακό τοίχωμα ή πιο συχνά από το έντερο και την ουροδόχο κύστη.

#### **3.2.4.3 Τύποι και εντοπίσεις**

Μια κοιλιακή κύηση είναι δυνατόν να εμφυτευθεί σε οποιοδήποτε μέρος της περιτοναϊκής κοιλότητας. Ειδικότερα, έχουν εντοπισθεί θέσεις όπως ο πλατύς σύνδεσμος, το κολικό μεσεντέριο, η ελάσσονα περιτοναϊκή κοιλότητα, το ήπαρ, ο σπλήνας και σπανιότερα στο διάφραγμα. Μεγαλύτερη εντόπιση έχουμε κυρίως στο τυφλό έντερο που συνδέεται είτε με την οπίσθια επιφάνεια της μήτρας είτε με την πρόσθια πλευρά του ορθοσιγμοειδούς κόλον.

Επίσης, η πρωτοπαθής κοιλιακή εγκυμοσύνη βρέθηκε ότι εντοπίζεται κυρίως στην επιφάνεια της μήτρας, στον στρογγυλό σύνδεσμο ή στο Δουγλάσειο χώρο, στο μεσεντέριο του σιγμοειδούς, στον πυθμένα της ουροδόχου κύστεως, στο επίπλου και στον ιερομητρικό σύνδεσμο.

#### **3.2.4.4 Κλινική εικόνα**

Δεδομένης της δυσκολίας α διακρίνουμε την πρωτοπαθή από την δευτεροπαθή περιτοναϊκής εγκυμοσύνης, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις προχωρημένης ηλικίας εξαιτίας του γεγονότος ότι η αρχική θέση εμφύτευσης δεν μπορεί να προσδιοριστεί. Λόγω αυτού, η ανεύρεση περιτοναϊκής εγκυμοσύνης > 20 εβδομάδων συνιστά μία προχωρημένη περίπτωση, ενώ όταν η ηλικία της εγκυμοσύνης είναι 20 εβδομάδων συνιστά μία αρχική περίπτωση.

Όσον αφορά τα συμπτώματα θα μπορούσαμε να πούμε πως μοιάζουν με αυτά της σαλπινγκικής κύησης. Η ασθενείς αναφέρει άλγος κοιλίας με τη συμπτωματολογία να συμπίπτει με αυτή της σαλπινγκικής ρήξης ή έκτρωσης .

Σε περίπτωση που έχουμε προχωρημένη κοιλιακή εγκυμοσύνη τα συμπτώματα είναι τα ακόλουθα (Dubey et al., 2016) :

- i. Επώδυνες κινήσεις του εμβρύου
- ii. Γενική αδιαθεσία
- iii. Έμετος
- iv. Κολπική αιμορραγία
- v. Ελαττωμένη εμβρυική κινητικότητα

## vi. Κινήσεις του εμβρύου στην άνω κοιλία

### 3.2.4.5 Αίτια – επιβαρυντικοί παράγοντες

Ως αίτια – επιβαρυντικοί παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν η ενδοσαλπγγική μεταφορά, η τεχνητή γονιμοποίηση, η έκτρωση, η προηγηθείσα κοιλιακή έκτοπη κύηση καθώς και το ιστορικό στειρότητας .

### 3.2.4.6 Διάγνωση

Η διάγνωση της κοιλιακής κύησης επιτυγχάνεται με τους εξής τρόπους :

- i. **Εργαστηριακές εξετάσεις :**είναι συνήθως φυσιολογικές με τη διαφορά πως στα πρώτα στάδια μπορεί να υπάρξει αναιμία κυρίως όταν έχουμε σαλπγγική διάβρωση ή έκτρωση. Υπάρχουν πολλές πιθανότητες να υπάρξει αύξηση της α – φετοπρωτεΐνης στο αμνιακό υγρό.
- ii. **Έγχυση ωκυτοκίνης:** πρόκειται για μια διαδικασία κατά την οποία χορηγείται ωκυτοκίνη και στην περίπτωση που δεν εμφανιστούν συσπάσεις στη μήτρας τότε πρόκειται για εξωμήτριο. Αν η μήτρα βρίσκεται μπροστά από το έμβρυο έχουμε απουσία μητρικής δραστηριότητας. Εάν όμως η μήτρα βρίσκεται από πίσω μπορεί να έχουμε απάντηση στην ωκυτοκίνη με συνέπεια να οδηγηθούμε σε λανθασμένη διάγνωση ενδομήτριας εγκυμοσύνης .
- iii. **Υπερηχογράφημα:** στην προσπάθεια να διαγνώσουμε μια έκτοπη κοιλιακή κύηση μέσω υπερηχογραφήματος αντιμετωπίζουμε αρκετά προβλήματα ως προς τα ευρήματα με συνέπεια να οδηγούμαστε σε λανθασμένα αποτελέσματα. Ειδικότερα, για να μπορέσουμε να τεκμηριώσουμε μια κοιλιακή κύηση θα πρέπει :
  - Η οπτική εικόνα του εμβρύου να βρίσκεται χωριστά από τη μήτρα
  - Να υπάρχει αποτυχία σχηματισμού καθαρής εικόνας του μητρικού τοιχώματος ανάμεσα στο έμβρυο και την ουροδόχο κύστη
  - Να παρουσιάζεται κοντινή προσέγγιση των εμβρυικών τμημάτων στο μητρικό κοιλιακό τοίχωμα

- Να απεικονίζεται έκκεντρη θέση (σχέση του εμβρύου με τη μήτρα) ή ανώμαλη εμβρυική συμπεριφορά (σχέση των εμβρυικών τμημάτων μεταξύ τους) και οπτική εικόνα του εξωμητρικού πλακουντιακού ιστού
- iv. Μαγνητική τομογραφία:** χρησιμοποιείται ως συμπλήρωμα της υπερηχογραφικής εξέτασης όπου μας προσδίδει πιο σαφή, εμπεριστατωμένη και συγκεκριμένη εικόνα .
- v. Υπολογιστική τομογραφία:** αποτελεί μια ανώτερη προσεγγιστική μέθοδο διάγνωσης από τη μαγνητική τομογραφία η οποία όμως χρησιμοποιείται αρκετά συντηρητικά λόγω της υψηλής έκθεσης του εμβρύου σε ακτινοβολία. Σε περίπτωση που έρθουμε αντιμέτωποι με μια εμβρυική θνησιμότητα η υπολογιστική τομογραφία μπορεί να έχει διαγνωστική αξία και πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν.
- vi. X-ray κοιλίας**
- vii. Λαπαροσκόπηση:** απαραίτητες προϋποθέσεις για να επιτευχθεί η λαπαροσκόπηση είναι η καλή και σταθερή κατάσταση της ασθενούς, η μικρή ηλικία της εγκυμοσύνης και η πιθανή εντόπισή της και τέλος η έλλειψη προηγούμενων γυναικολογικών επεμβάσεων
- viii. Η εκτίμηση των τιμών των β- HCG tests κάθε 48 ώρες:** όταν η τιμή της β- HCG είναι μικρότερη του διπλασιασμού της είναι ύποπτη για έκτοπη κύηση ή αυτόματη αποβολή .

#### **3.2.4.7 Θεραπεία**

Στην περίπτωση της χειρουργικής αντιμετώπισης της κοιλιακής κύησης είναι σημαντικό να προληφθεί η αιμορραγία που θα προκύψει. Το γεγονός αυτό μπορεί να προληφθεί μέσω δύο συστημάτων έγχυσης προεγχειρητικά, μέσω τεχνικών μέσων παρακολούθησης της επάρκειας της κυκλοφορίας καθώς και αν το επιτρέπει ο χρόνος μηχανική εντερική προετοιμασία (Hailu et al., 2017).

**1. Χειρισμός του πλακούντα:** λόγω της υψηλής αιμάτωσης του πλακούντα πρέπει να δοθεί βάση στη μετακίνησή του και μάλιστα να προηγηθεί απολίνωση των αιμοφόρων αγγείων. Σκοπός είναι να απομακρυνθεί το έμβρυο, ο λώρος να διατμηθεί κοντά στον πλακούντα και η κοιλία να κλείσει. Σε περίπτωση που ο πλακούντας παραμείνει μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα προκαλείται μόλυνση, αποστήματα, συμφύσεις και εντερική απόφραξη .Υπάρχει βέβαια και η

δυνατότητα να ελέγχεται η υποστροφή του μέσω της συνεχής χρήσης του υπερηχογραφικού ελέγχου καθώς και της συνεχής παρακολούθησης των επιπέδων της **β- HCG** . Επιπρόσθετα, η θεραπεία του πλακούντα με μεθοτρεξάτη αντενδείκνυται λόγω του υψηλού ποσοστού επιπλοκών όπως η σήψη και ο θάνατος. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην ταχεία νέκρωση των ιστών και της επιμόλυνσής τους από μικρόβιο του εντέρου. Τέλος, αναφέρεται επιμόλυνση του εμβρυικού σάκου της κοιλιακής εγκυμοσύνης και για το λόγο αυτό προτείνεται η χορήγηση προφυλακτικής αντιβίωσης.

**2. Αρτηριακός εμβολισμός :** πρόκειται για μια μέθοδο η οποία συμβάλλει σημαντικά στην μείωση της πυελικής αιμορραγίας. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί συμπληρωματικά με την χειρουργική επέμβαση για να αποφευχθεί η ανεξέλεγκτη απώλεια αίματος .

### **3.2.5 Διάμεση εντόπιση έκτοπης κύησης**

Πρόκειται για μια μορφή έκτοπης κύησης της οποίας η θέση εμφύτευσης είναι το ενδιάμεσο τμήμα της σάλπιγγας ή το μητριάιο κέρασ αντίστοιχα<sup>27</sup>.

Αποτελεί το 1-2 % των περιπτώσεων κύησης. Η διάγνωση θα πρέπει να γίνει για να αποφευχθούν τυχόν προβλήματα, μεταξύ των οποίων το κυριότερο είναι η ρήξη μήτρας .

Με βάση αναδρομική ανασκόπηση που διεξήχθη σε 53 περιπτώσεις διάμεσης έκτοπης κύησης από τους Ng κ.α. η αντιμετώπιση της, επιτυγχάνεται μέσω λαπαροτομίας και αφαίρεση του κέρατος της μήτρας. Σημαντική φαίνεται να είναι η συμβολή της λαπαροσκόπησης<sup>28</sup>.

### **3.2.6 Σύγχρονη συνύπαρξη ενδομήτριας και έκτοπης κύησης**

Η συνύπαρξη ενδομήτριας κύησης και έκτοπης κύησης αποτελεί μία αρκετά σπάνια κατάσταση<sup>29</sup>. Παρατηρείται σε 1 / 15.000 – 40.000 αυτόματες ενδομήτριες κύσεις.

<sup>27</sup> Αλμαλόγλου, Κ., Πάντος, Γ., Μπάμπας, Ε., Μπόντης, Ι. (2008). Διάμεση κύηση. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία. 20(1):80-85.

<sup>28</sup> Ng, Selma et al. Laparoscopic management of 53 cases of cornual ectopic pregnancy. Fertility and Sterility, Volume 92, Issue 2, 448 - 452

<sup>29</sup> Clayton, Heather B. et al. A comparison of heterotopic and intrauterine-only pregnancy outcomes after assisted reproductive technologies in the United States from 1999 to 2002 Fertility and Sterility, Volume 87, Issue 2, 303 - 309

Οι πιθανότητες της συνύπαρξης αυτής αυξάνονται κατά την εξωσωματική γονιμοποίηση, όταν στην εμβρυομεταφορά μέσα στην ενδομητρική κοιλότητα, ένα έμβρυο διαπεράσει το μητρικό στόμιο της σάλπιγγας μέσα στον αυλό της και εγκατασταθεί εκεί. Ακόμα μεγαλύτερη πιθανότητα, εμφανίζεται όταν στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή γίνει ενδοσαλπιγγική μεταφορά γαμετών ή ζυγωτού (GIFT ή ZIFT). Επίσης, η διάγνωσή τους βασίζεται κυρίως στην κλινική εικόνα και το υπερηχογράφημα σε αντίθεση με την κατ' επανάληψη της β- HCG . Όσον αφορά την θεραπεία τους είναι κυρίως χειρουργική ενώ η ενδομήτρια κύηση συνεχίζεται κανονικά .

### **3.2.7 Πολλαπλή έκτοπη κύηση**

Η μορφή αυτή συμβαίνει λιγότερο συχνά από την συνύπαρξη ενδομήτριας και έκτοπης κύησης.

Περιορίζεται κυρίως σε ασθενείς οι οποίες έχουν υποβληθεί σε μερική σαλπιγγεκτομία ή εξωσωματική γονιμοποίηση. Τέλος, η χειρουργική αντιμετώπιση χρησιμοποιείται με μεγάλη επιτυχία και σε αυτή την περίπτωση .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### Διαγνωστική Προσέγγιση της Έκτοπης Κύησης

#### 4.1 Διάγνωση έκτοπης κύησης

Η διάγνωση αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες, αν όχι τον σημαντικότερο σε οποιαδήποτε ασθένεια για να μπορέσει να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά. Έτσι και στην περίπτωση της έκτοπης κύησης συμβάλει άμεσα στην μείωση της θνησιμότητας των γυναικών, στην αποφυγή ρήξεως σάλπιγγας, παράλληλα και άλλων σημαντικών προβλημάτων που μπορεί να οδηγήσουν σε υπογονιμότητα. Για τον λόγο αυτόν λοιπόν για την αντιμετώπιση της έκτοπης κύησης χρησιμοποιούνται οι παρακάτω μέθοδοι:

##### 4.1.1 Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα θα λέγαμε πως αποτελεί μια από τις πιο εμφανής και ευκολοδιάγνωστες μεθόδους. Χωρίζεται σε δύο κύριες κατηγορίες. Σε εκείνη που εμφανίζεται πριν την ωαγωγική έκτρωση ή ρήξη της σάλπιγγας και σε εκείνη που εμφανίζεται μετά. Και στις δύο προηγούμενες περιπτώσεις έχουμε την εμφάνιση των τριών καθοριστικών συμπτωμάτων που είναι ο πόνος (97%), η κοιλική αιμόρροια (79%) και η ψηλάφηση της εξαρτηματικής μάζας (63%).

Έτσι, πριν την ρήξη ή έκτρωση παρουσιάζονται διάχυτοι ή εντοπισμένοι πόνοι στο υπογάστριο, δυσφορία, λιποθυμικές τάσεις καθώς και γαστρεντερικές διαταραχές. Όταν γίνει όμως η ρήξη έχουμε και άμεση αλλαγή της κλινικής εικόνας η οποία περιλαμβάνει: οξύ διαξιφιστικό πόνο στην κοιλία, εσωτερική αιμορραγία, ωχρότητα, ταχυσφυγμία και μεγάλη πτώση της πίεσεως<sup>30</sup>. Μπορεί επίσης, να παρουσιαστεί και ελαφρά αιμόρροια από τα γεννητικά όργανα εξαιτίας της απόπτωσης του φθαρτού ύστερα από νέκρωση του κυήματος. Ο εμετός που εμφανίζεται αργότερα είναι αποτέλεσμα της έντονης περιτοναϊκής αντίδρασης που προκαλείται από το αίμα που χύνεται στην κοιλία.

---

<sup>30</sup> Liberato V. Mukul, Stephanie B. Teal. Current Management of Ectopic Pregnancy. Obstetrics and Gynecology. Clinics of North America, Volume 34, Issue 3, 2007, Pages 403-419.

#### **4.1.2 Κλινική εξέταση**

Κατά την διάρκεια της αμφίχειρης γυναικολογικής εξέτασης εμφανίζεται κυρίως μια μυϊκή αντίσταση των κοιλιακών τοιχωμάτων, συχνά συνδυασμένη με ευαισθησία, η οποία είναι απόρροια του περιτοναϊκού ερεθισμού λόγω εσωτερικής αιμορραγίας.

Η μήτρα με την σειρά της εμφανίζεται πιο μεγάλη από το φυσιολογικό άσχετα από την εγκατάσταση του κηρύματος εξαιτίας της φθαρτοειδούς μετατροπής του ενδομητρικού βλεννογόνου. Σε περίπτωση όμως, που έχει συμβεί σαλπινγική έκτρωση και περισαλπινγική αιματοκήλη, με πήγματα αίματος στον οπίσθιο δουλγάσειο χώρο, είναι δυνατόν να ψηλαφηθεί σπογγώδης μάζα στην αντίστοιχη εξαρτηματική περιοχή .

#### **4.1.3 Μέτρηση της β-ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης**

Η ανίχνευση της χοριακής γοναδοτροπίνης στα ούρα και μάλιστα πιο συγκεκριμένα ο ραδιο-ανοσολογικός ποσοτικός προσδιορισμός της β υπο-μονάδος της (β-hCG) στο αίμα αποτελεί σημαντική βοήθεια στην έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση της έκτοπης κύησης. Πρόκειται λοιπόν, για μια ορμόνη της οποίας η απουσία συνηγορεί και στην απουσία κύησης, σε αντίθεση με την παρουσία της η οποία μαρτυρεί την πιστοποίηση της εγκυμοσύνης. Έτσι η ανίχνευση της και μάλιστα η προοδευτική άνοδος των τιμών της ανά διήμερο παρουσιάζουν μια ενδομήτρια εγκυμοσύνη. Σε αντίθεση με χαμηλές τιμές της β-hCG, χωρίς προοδευτική άνοδο τις πρώτες εβδομάδες, οι οποίες θέτουν την υπόνοια είτε παλίνδρομης είτε έκτοπης κύησης.

Αναλυτικότερα, σε ότι αφορά την έκτοπη κύηση, ο χρόνος διπλασιασμού της β-hCG ξεπερνά τις 48 ώρες και αγγίζει μέχρι και τις 7 ημέρες. Ακόμη, στην πλήρη έκτρωση η πτώση της χοριακής εκδηλώνεται μέσα στο πρώτο 48ωρο στο 50% των περιπτώσεων σε μια φυσιολογική κύηση ενώ αντίθετα στην έκτοπο η συγκέντρωσή της αυξάνεται.

Σημαντικό ρόλο παίζει και ο συμπληρωματικός υπερηχογραφικός έλεγχος ο οποίος προσδίδει αξιόπιστα αποτελέσματα μετά την 6<sup>η</sup> εβδομάδα αμηνόρροιας<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> Ankum, W. M. (2000). Diagnosing suspected ectopic pregnancy: HCG monitoring and transvaginal ultrasound lead the way. *BMJ: British Medical Journal*, 321(7271), 1235-1236.

Μέσα σε αυτό το χρονικό περιθώριο είναι πιθανό η γυναίκα είτε να αποβάλει, είτε να συνεχιστεί η κύηση ή και να εμφανίσει ενδείξεις για έκτοπη κύηση. Για τον λόγο αυτό λοιπόν, θα πρέπει να γίνεται επανάληψη της β-hCG για τιμές άνω των 2000 mIU/mL.

Όταν δεν υπάρχει εύρεση ενδομήτριου σάκου στο κοιλικό υπερηχογράφημα αλλά η γυναίκα έχει τιμές άνω των 2000 mIU/mL θα πρέπει να θεωρήσουμε πιθανή μια έκτοπη κύηση. Η υποψία αυτή επιβεβαιώνεται μέσω της ακρόασης καρδιακών παλμών στο αντίστοιχο εξάρτημα.

#### **4.1.4 Προσδιορισμός προγεστερόνης**

Η μέτρηση του ορού προγεστερόνης έχει αποδειχτεί ως ένας πολύ χρήσιμος και επικουρικός τρόπος μέτρησης της β-hCG εφόσον τα επίπεδα προγεστερόνης είναι σταθερά και ανεξάρτητα από την ηλικία της κύησης κατά την διάρκεια του α τριμήνου.

Για να εκτιμηθεί η ακρίβεια της μεμονωμένης μέτρησης της προγεστερόνης στην διάγνωση της έκτοπης κύησης, πραγματοποιήθηκε μια μετα-ανάλυση ενσωματώνοντας 26 μελέτες που αξιολόγησαν την απόδοση της απλής ορμόνης προγεστερόνης ως διαγνωστικό εργαλείο (Moi et.al., 1998)<sup>32</sup>.

Επίπεδα κάτω των 5 ng/mL συνηγορούν υπέρ μίας μη βιώσιμης κύησης, ενδομήτριο ή έκτοπη. Τιμές άνω των 25 ng/mL μαρτυρούν βιώσιμη ενδομήτρια κύηση με συνέπεια να αποκλείει μια έκτοπη.

#### **4.1.5 Υπερηχογραφία**

Τόσο το κοιλιακό υπερηχογράφημα μήτρας και παραμητρίου όσο και το κοιλικό υπερηχογράφημα ή το έγχρωμο Doppler συμβάλουν σε μεγάλο βαθμό στην έγκυρη διάγνωση της έκτοπης κύησης<sup>33</sup>.

Ειδικότερα, το κοιλικό υπερηχογράφημα θεωρείται ένα ευρέως αποδεκτό μέσο διάγνωσης. Η συμβολή του είναι τόσο σημαντική ώστε να αποτελεί μια πλήρη εξέταση.

---

<sup>32</sup> Cabar, F. R., Fettback, P. B., Pereira, P. P., & Zugaib, M. (2008). Serum Markers in the Diagnosis of Tubal Pregnancy. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 63(5), 701-708.

<sup>33</sup> M Atri, C Leduc, P Gillett, P M Bret, C Reinhold, G Kintzen, A E Aldis, and M Thibodeau. Role of the endovaginal sonography in the diagnosis and management of ectopic pregnancy. *RadioGraphics* 1996 16:4, 755-774.



Σε μια ανασκόπηση από τους Sawyer και Jurkovic διαπιστώθηκε ότι ο ακριβέστερος τρόπος για την διάγνωση μιας έκτοπης κύησης αποτελεί η χρήση ενός συνδυασμού υπερηχογραφίας με την β-hCG ορού και ιστολογία<sup>34</sup>.

Χρειάζεται λιγότερος χρόνος αναμονής πριν την εξέταση σε σύγκριση με το κοιλιακό, προσφέροντας μάλιστα μιας υψηλής ανάλυσης εικόνα με διάφορες ανατομικές πληροφορίες. Απεικονίζονται τα εξαρτήματα, οι ωοθήκες καθώς και η ενδομήτρια κοιλότητα.

Για τον λόγο αυτό θεωρείται και ο πιο ακριβής προσδιορισμός των ενδομήτριων παρά των έκτοπων κυήσεων. Έτσι έχοντας μια εικόνα άδειας μήτρας με υψηλή συγκέντρωση χοριακής γοναδοτροπίνης αυτόματα η κύηση θεωρείται έκτοπη.

Όσον αφορά το διακοιλιακό υπερηχογράφημα θα λέγαμε πως δεν αποτελεί μια πρακτική μέθοδο διάγνωσης εξαιτίας της αναμονής για πλήρωση της κύστης αλλά και λόγω της μη ικανοποιητικής ποιότητας της εικόνας. Ο διακοιλιακός υπερηχογραφικός έλεγχος προσδιορίζει κυρίως μάζες που βρίσκονται ψηλά στην πυελική κοιλότητα, τοποθεσίες μακριά από τη εμβέλεια του ενδοκοιλιακού υπερηχογράφου.

Επιπρόσθετα, σπουδαία βοήθεια προσδίδει και ο έγχρωμος, παλμικός υπέρηχος Doppler ο οποίος προσθέτει πληροφορίες για την φυσιολογία σε μια υπερηχογραφική αντιμετώπιση έκτοπης κύησης αυξάνοντας την ακτινογραφική διαγνωστική ευαισθησία από 71% στο 87% .

Για τους παραπάνω λόγους λοιπόν, είναι βέβαιο πως το διακοιλιακό υπερηχογράφημα, σε συνδυασμό με τον προσδιορισμό της ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης (β-hCG) αλλά και το Doppler, αποτελούν τον χρυσό κανόνα για την διάγνωση της έκτοπης κύησης .

#### **4.1.6 Απόξεση ενδομητρικής κοιλότητας**

Η απόξεση της μητρικής κοιλότητας μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση μιας κύησης η οποία όμως δεν είναι επιθυμητή. Μέσω αυτής της μεθόδου καταλήξαμε σε αποκλεισμό ή διαπίστωση ενδομήτριας κύησης.

---

<sup>34</sup> Madani, Y. (2008). The Use of Ultrasonography in the Diagnosis of Ectopic Pregnancy: A Case Report and Review of the Literature. *The Medscape Journal of Medicine*, 10(2), 35.

Πρόκειται για μια διαδικασία, η οποία θα πρέπει να τίθεται σε εφαρμογή μόνο όταν οι τιμές της χοριακής γοναδοτροπίνης είναι σταθερές ή μειώνονται αλλά και όταν τα επίπεδα της προγεστερόνης είναι 5 ng/ml . Μάλιστα, για να εξασφαλίσουμε την παραπάνω διατύπωση θα πρέπει να συμπεριληφθεί και ένα διακολπικό υπερηχογράφημα του οποίου η διάγνωση να καταλήγει σε άδεια μήτρα.

Αμέσως μετά την απόξεση τα δείγματα (ξέσματα) αποστέλλονται για ιστολογική εξέταση για να διαπιστωθεί φθαρτός, χωρίς λάχνες που αυτόματα σημαίνει έκτοπη κύηση.

#### **4.1.7 Παρακέντηση Δουγλάσειου**

Είναι εξαιρετικά απλή μέθοδος που εφαρμόζεται σε υπόνοια έκτρωσης ή ρήξης. Η ανεύρεση αίματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα μπορεί να υποδηλώνει την παρουσία έκτοπης κύησης μετά τη ρήξη. Υπάρχει βέβαια και η πιθανότητα αιμοπεριτοναίου λόγω ρήξης της κύστης ενός ωχρού σωματίου. Το γεγονός αυτό την καθιστά έγκυρη με κάποιες επιφυλάξεις ειδικά θα πρέπει πρώτα να έχει προηγηθεί μέτρηση της χοριακής γοναδοτροπίνης και διακολπικός υπερηχογραφικός έλεγχος για τη διασταύρωση της .

#### **4.1.8 Λαπαροσκόπηση**

Η λαπαροσκόπηση αποτελεί θα λέγαμε την τελική λύση στην διάγνωση της έκτοπης κύησης και αυτό γιατί υπερέχει σε σύγκριση με τις άλλες διαγνωστικές εξετάσεις οι οποίες είναι πιθανό να αφήνουν ένα ποσοστό αμφιβολίας<sup>35</sup>.

Θεωρείται λοιπόν, πως όταν έχουμε ένα θετικό τεστ κύησης, το οποίο μάλιστα επιβεβαιώνεται μέσω διακολπικού υπερηχογραφήματος με εικόνα μιας άδειας μήτρας, μιλάμε σίγουρα για έκτοπη κύηση και πρέπει να ακολουθήσει διαγνωστική λαπαροσκόπηση . Η διαδικασία αυτή διαπιστώνει με άμεση όραση την έκτοπη κύηση δίνοντας μάλιστα πιο ακριβή αποτελέσματα.

Παρ 'όλα αυτά, υπάρχει και ο κίνδυνος μιας λανθασμένης διάγνωσης που αγγίζει το 2 -5 % καθώς μια μόνο σαλπιγγική κύηση δεν είναι πάντα δυνατό να διατείνει αρκετά ένα εξάρτημα.

---

<sup>35</sup> Taran, F.-A., Kagan, K.-O., Hübner, M., Hoopmann, M., Wallwiener, D., & Brucker, S. (2015). The Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(41), 693–704.

#### **4.1.9 Λαπαροτομία**

Η λαπαροτομία θα λέγαμε πως έχει αντικαταστήσει την λαπαροσκόπηση σε πολλές περιπτώσεις έκτοπης κύησης. Αυτό συμβαίνει διότι μία αιμοδυναμικά ασταθής ασθενής είναι προτιμότερο να αντιμετωπισθεί με τη μέθοδο αυτή. Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί πως όταν διενεργείται λαπαροσκόπηση σε ασθενή με κοιλιακή αιμόρροια, η οποία χρίζει άμεσης ριζικής θεραπείας η συμβολή της λαπαροτομίας είναι απαραίτητη και θα πρέπει να εφαρμοστεί .

#### **4.2 Διαφορική διάγνωση**

Σημαντικός παράγοντας για την προστασία της υγείας της γυναίκας αποτελεί η διαφοροδιάγνωση της έκτοπης κύησης από γυναικολογικές ή άλλης φύσης παθήσεις. Για παράδειγμα, στην περίπτωση που η ασθενής εμφανίσει κολπική αιμόρροια είναι καίριο να προσδιοριστεί ο παράγοντας εμφάνισης όπως μία έκτοπη κύηση ή αν οφείλεται σε κάποια υψηλού κινδύνου, παλίνδρομη, ατελή ή πλήρη έκτρωση.

Μερικές ακόμη εκδηλώσεις είναι και η οξεία χειρουργική κοιλία που οφείλουμε να διευκρινίσουμε αν πρόκειται για έκτοπη κύηση μετά τη ρήξη της, η οξεία σαλπινγίτιδα, η πυελοπεριτονίτιδα, η ρήξη ωχραιματώματος, η περιστροφή κύστης της ωοθήκης, η ρήξη σοκολατοειδούς κύστης της ωοθήκης ή αν πρόκειται για νέκρωση ινομυώματος μήτρας.

Παρόμοια βέβαια κλινική εικόνα είναι δυνατόν να εμφανιστεί και στην περίπτωση της κύησης μέσα στο υποπλαστικό κέρασ δίκερης μήτρας μετά τη ρήξη του, κατάσταση αρκετά σπάνια. Για να αποφευχθούν λοιπόν τυχόν συγχύσεις όσον αφορά τη διάγνωση της νόσου, θα πρέπει η τελική διάγνωση να γίνει βάση της κλινικής εικόνας, του ιστορικού της ασθενούς αλλά και των άλλων παρακλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων που περιλαμβάνει η απλή διάγνωση .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### Θεραπευτική αντιμετώπιση έκτοπης κύησης

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της έκτοπης κύησης θα λέγαμε πως επιτυγχάνεται είτε μέσω της χειρουργικής μεθόδου είτε μέσω της φαρμακευτικής αγωγής ή ακόμη και με την απλή παρακολούθηση. Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται κυρίως από το σημείο της έκτοπης κύησης και σε ποιο βαθμό αυτή έχει προχωρήσει. Για το λόγο αυτό κάθε περίπτωση θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ξεχωριστά και εξατομικευμένα<sup>36</sup>.

#### 5.1 Απλή παρακολούθηση

Όταν τα επίπεδα ορού της β-hCG και της προγεστερόνης είναι εξαιρετικά χαμηλά > 1000 mIU/mL και ο υπερηχογραφικός έλεγχος παρουσιάζει μια άδεια μήτρα είναι σκόπιμο να τηρηθεί αναμονή με στενή παρακολούθηση της ασθενούς.

Στο χρονικό διάστημα αυτό η ασθενής και το οικογενειακό περιβάλλον θα πρέπει να είναι σωστά πληροφορημένοι και έτοιμοι για να διαχειριστούν τυχόν εξελίξεις. Θα πρέπει να γνωρίζουν για τους πιθανούς κινδύνους (π.χ. εσωτερική αιμορραγία) και μάλιστα να έχουν την δυνατότητα της άμεσης πρόσβασης στο νοσοκομείο. Για τους λόγους αυτούς λοιπόν, θα πρέπει να υπάρχει γραπτή συγκατάθεση που να πιστοποιεί και να πληροφορεί την συμφωνία της σε αυτό τον τρόπο αντιμετώπισης. Η ίδια καλό θα είναι να βρίσκεται κλινήρης για να αποφευχθούν τυχόν ρήξεις.

Μέσω λοιπόν της τακτικής της αναμονής και της στενής παρακολούθησης μπορούν να αποφευχθούν χειρουργικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Η αυτόματη υποχώρηση της έκτοπης κύησης μπορεί να εξαφανιστεί σε μεγάλο ποσοστό με γρήγορη πτώση των επιπέδων της β-hCG. Έτσι επιτυγχάνεται και η διατήρηση της σάλπιγγας και η διαβατότητα της, διατηρώντας και την γονιμότητα της ασθενούς.

---

<sup>36</sup> Lee, R., Dupuis, C., Chen, B., Smith, A., & Kim, Y. H. (2017). Diagnosing ectopic pregnancy in the emergency setting. *Ultrasonography (Seoul, Korea)*, 37(1), 78-87.

Γενικότερα, στο αρχικό στάδιο της έκτοπης κύησης, δηλαδή όταν δεν υπάρχει ρήξη της σάλπιγγας ή σαλπγγική έκτρωση και με τη βοήθεια του κοιλιακού υπερηχογράφου, διαπιστωθεί νέκρωση της έκτοπης κύησης με συνέπεια την πτώση των επιπέδων της  $\beta$ -hCG, δεν χρειάζεται καμία παρέμβαση εκτός από απλή παρακολούθηση .

## 5.2 Φαρμακευτική αγωγή

Εδώ και μεγάλο χρονικό διάστημα έχει καθιερωθεί η εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση της έκτοπης κύησης. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται με τη βοήθεια της μεθοτρεξάτης.

Πρόκειται για έναν ανταγωνιστή φυλλικού οξέος που εμποδίζει τη σύνθεση του DNA σε δραστικά διαιρούμενα κύτταρα, συμπεριλαμβανομένων και των τροφοβλαστικών (Barnhart, Coutifaris και Esposito, 2001). Χρησιμοποιείται κυρίως σε ασθενείς οι οποίες είναι αιμοδυναμικά σταθερές και δεν έχει γίνει ρήξη .

Έρευνες έχουν δείξει πως πρόκειται για μια εναλλακτική μέθοδο από εκείνη της χειρουργικής αντιμετώπισης η οποία δεν έχει παρενέργειες στη μελλοντική αναπαραγωγική δυνατότητα. Εφαρμόζεται όταν η έκτοπη κύηση έχει μέγεθος μικρότερο των 2 cm και οι τιμές της  $\beta$ -hCG είναι χαμηλές δηλαδή  $< 1500$  IU /L.

Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να γίνει με βάση τα δύο πρωτόκολλα τα οποία είναι ευρέως γνωστά. Το πρωτόκολλο πολλαπλών δόσεων το οποίο έχει το υψηλότερο ποσοστό επιτυχίας και το πρωτόκολλο της εφάπαξ δόσης που απαιτεί λιγότερες ενέσεις και λιγότερες επισκέψεις στο γιατρό. Είναι βέβαια δύο φορές πιθανότερο να καταλήξει σε αποτυχία συγκριτικά με το πρωτόκολλο πολλαπλών δόσεων όπου το πρώτο εφαρμόζεται σε άτομα με χαμηλές ή φθίνουσες τιμές της  $\beta$ -hCG .

Όσον αφορά την εφάπαξ χορήγηση της μεθοτρεξάτης της οποίας η δόση είναι  $50 \text{ mg/ m}^2$  ,βασίζεται στο σωματικό βάρος της ασθενούς. Αξίζει να τονιστεί πως σε εφάπαξ χορήγηση τα επίπεδα της  $\beta$ -hCG αυξάνονται κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών μετά τη χορήγηση φτάνοντας στο ανώτατο επίπεδο τέσσερις ημέρες μετά την ένεση.

Το αποτέλεσμα της επιτυχίας ή όχι της μεθοτρεξάτης επέρχεται την έβδομη ημέρα. Αν τα επίπεδα της β-hCG αυξάνονται ή παραμένουν σταθερά χωρίς να σημειωθεί πτώση, τότε η μέθοδος έχει αποτύχει. Σε αντίθετη περίπτωση ο χρόνος μέχρι τον μηδενισμό της χοριακής μπορεί να πλησιάσει και το πρώτο τρίμηνο.

Μια μετα-άναλυση των Barnhart et.al. υποδηλώνει ότι το συνολικό ποσοστό επιτυχίας του πρωτοκόλλου μιας δόσης συγκριτικά με αυτό των πολλαπλών δόσεων ήταν 88.1% με 95% CI από 86% έως 90%.

Η αγωγή πολλαπλών δόσεων από την άλλη χορηγείται ενδομυϊκά σε δόση 1 mg/ kg . Γίνεται μία ένεση καθημερινά . Η αγωγή συνεχίζεται μέχρις ότου το επίπεδο της β-hCG μειωθεί τουλάχιστον κατά 15 % σε δύο διαδοχικές ημέρες.

Μπορεί να χορηγηθούν μέχρι τέσσερις δόσεις όπου στη συνέχεια ακολουθεί μία εβδομάδα χωρίς φάρμακο για να μειωθεί η πιθανότητα παρενεργειών. Χρησιμοποιείται επίσης η λευκοβορίνη σε δόση 0,1 mg / kg συνδυαστικά ως μία δόση για να σωθούν όσο είναι δυνατόν υγιή κύτταρα από τις επιβλαβείς επιδράσεις της.

### **5.2.1 Πλεονεκτήματα χορήγησης μεθοτρεξάτης**

Χρησιμοποιείται για να αποφευχθεί η χειρουργική επέμβαση και μάλιστα στο 80 % των περιπτώσεων διαπιστώνεται διαβατότητα της σάλπιγγας. Μπορεί επίσης αργότερα να επιτευχθεί κύηση στο 80 % η οποία αναμένεται να είναι και ενδομήτρια.

### **5.2.2 Μειονεκτήματα μεθοτρεξάτης**

Συνήθως χρειάζεται αρκετός χρόνος παρακολούθησης που είναι πιθανό να φτάσει τους 3 μήνες για να μηδενιστούν τα επίπεδα της β-hCG. Είναι πιθανό επίσης να εμφανιστούν προβλήματα τοξικότητας εξαιτίας της δυνατής δραστικής ουσίας, τα οποία ξεπερνούν το 20 % .

Συμπτώματα τέτοια είναι η πτώση του αιματοκρίτη, η ήπια στοματίτιδα, η παροδική αύξηση των ηπατικών ενζύμων. Αρκετά μεγάλο ποσοστό 75 % παραπονιέται για έντονο πυελικό πόνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας που μπορεί να οφείλεται στην προκαλούμενη έκτρωση<sup>37</sup> .

---

<sup>37</sup> Medical treatment of ectopic pregnancy. Fertility and Sterility, Volume 90 , Issue 5 , S206 - S212

### 5.2.3 Ενδείξεις χορήγησης μεθοτρεξάτης

Η φαρμακευτική αυτή αντιμετώπιση θα πρέπει να εφαρμόζεται σε αιμοδυναμικά σταθερές ασθενείς οι οποίες έχουν με σαφήνεια διαγνωστεί με έκτοπη κύηση, χωρίς ρήξη και μάλιστα είναι συνεργάσιμες και πληροφορημένες με εξωτερική παρακολούθηση ως εξωτερικοί ασθενείς και όχι με νοσηλεία νοσοκομείου .

### 5.2.4 Αντενδείξεις

Οι αντενδείξεις της χορήγησης της μεθοτρεξάτης περιλαμβάνει τη χρόνια ηπατική νόσο, την ανοσοανεπάρκεια, την ανίχνευση έκτοπης καρδιακής λειτουργίας, της β-hCG με επίπεδο 10000 ή έναν σάκο κύησης > 35 mm. Υπάρχουν βέβαια και τα κριτήρια του Αμερικανικού Κολεγίου Μαιευτήρων και Γυναικολόγων τα οποία παραθέτουν τα εξής κριτήρια :

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
<b>Απόλυτες αντενδείξεις</b>	
• Θηλασμός	
• Φανερές ή εργαστηριακές ενδείξεις ανοσοανεπάρκειας	
• Αλκοολισμός, αλκοολική ηπατική νόσος ή άλλη χρόνια ηπατική νόσος	
• Προϋπάρχουσες αιμοδυσκρασίες, όπως υποπλασία του μυελού των οστών, λευκοπενία, θρομβοκυταροπενία ή σημαντική αναιμία	
• Γνωστή ευαισθησία στη μεθοτρεξάτη	
• Ενεργή πνευματική νόσος	
• Πεπτικό έλκος	
• Ηπατική, νεφρική ή αιματολογική δυσλειτουργία	
<b>Σχετικές αντενδείξεις</b>	
• Κυοφορικός σάκος = 3,5 εκ.	
• Εμβρυϊκή καρδιακή κίνηση	

### **5.3 Χειρουργική αντιμετώπιση**

Η χειρουργική θεραπεία θα πρέπει να χρησιμοποιείται κατόπιν σκέψης και προγραμματισμού. Οι ασθενείς στις οποίες είναι δυνατόν να εφαρμοστεί η χειρουργική αντιμετώπιση είναι οι εξής : α) εκείνες που αρνούνται τη φαρμακευτική θεραπεία, β) εκείνες που αντενδείκνυται να χρησιμοποιηθεί φαρμακευτική θεραπεία, γ) σε όσες έχει αποτύχει η φαρμακευτική θεραπεία και δ) τέλος σε όσες είναι αιμοδυναμικά ασταθείς .

#### **5.3.1 Λαπαροτομία**

Πρόκειται για την επέμβαση όπου διανοίγονται τα κοιλιακά τοιχώματα. Είναι η πιο συχνή μέθοδος για την αντιμετώπιση της έκτοπης κύησης. Γίνεται απόθεση της εκτόπου προς το περιφερειακό άκρο της σάλπιγγας και αφαιρείται διαμέσου του κωδωνικού στομίου.

Κατά τη διαδικασία αυτή είναι πιθανό να παραμείνει τροφοβλαστικός ιστός με αποτέλεσμα να ξαναδημιουργηθεί έκτοπη κύηση. Σε περίπτωση που η σάλπιγγα παραμείνει είναι σημαντικό να βεβαιωθεί πως τα επίπεδα της β-hCG μειώνονται προοδευτικά.

Στην περίπτωση μάλιστα που έχουμε οξεία χειρουργική κοιλία με μεγάλη απώλεια αίματος λόγω ρήξης της εκτόπου κυήσεως, θα πρέπει να προχωρήσουμε άμεσα σε λαπαροτομία. Έτσι δίνεται και η δυνατότητα αφαίρεσης αίματος από την περιτοναϊκή κοιλότητα ώστε να ελεγχθεί έγκαιρα και αποτελεσματικά το σημείο ρήξης .

Απόλυτη ένδειξη αποτελεί η αιμοδυναμικά ασταθής γυναίκα ή το μέγεθος του σάκου όταν υπερβαίνει τα 3,5 – 4,0 cm . Βέβαια σαν μέθοδος έχει πιο αργή αποκατάσταση και οι πόνοι είναι πιο έντονοι και δυνατοί, εξαιτίας της μεγάλης τομής. Η παραμονή στο νοσοκομείο είναι περίπου 5 με 6 ημέρες .

#### **5.3.2 Λαπαροσκόπηση**

Πρόκειται για μία μέθοδο αντιμετώπισης η οποία απεικονίζει τα όργανα που βρίσκονται στην περιτοναϊκή κοιλότητα με τη βοήθεια ειδικής συσκευής, του λαπαροσκοπίου. Το πλεονέκτημά

---

<sup>38</sup> Έκτοπη Κύηση, Τζαμαρία Σοφία, Τζώρτζη Μαρία. Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας. Σχολή Μαιευτικής. Αθήνα. 2008.



της είναι το ελάχιστο χειρουργικό τραύμα, η μεγέθυνση εικόνας κατά 8 έως 15 φορές σε συνδυασμό με καλύτερο φωτισμό και λιγότερη απώλεια αίματος. Σημαντική είναι επίσης και η μείωση του χρόνου διενέργειας με συνέπεια να έχουμε ελάττωση του μετεγχειρητικού πόνου, ταχύτερη ανάρρωση και κατ' επέκταση έξοδο από το νοσοκομείο<sup>39</sup>.

Στην αντιμετώπιση της έκτοπης κύησης παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, καθώς μπορεί να διατηρηθεί η σάλπιγγα, εφόσον γίνεται διάνοιξη σε επιμήκη διατομή με μονοπολική διαθερμία ,αφαίρεση του κυήματος και αιμόσταση .

Σχετικές αντενδείξεις βέβαια είναι οι παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος, του αναπνευστικού, του αιμοποιητικού, η κύηση μετά τον 3<sup>ο</sup> μήνα, οι μεγάλες μάζες στην πύελο, η μεγάλη εσωτερική αιμορραγία και η κατάσταση σοκ .

Θα λέγαμε λοιπόν πως είναι μία μέθοδος η οποία προσφέρει τα καλύτερα αποτελέσματα σε σύγκριση με τις άλλες μεθόδους έχοντας μάλιστα αρκετές καλές προγνώσεις και την γρηγορότερη αποκατάσταση .

---

<sup>39</sup> Banz, C., Chalvatzas, N., Kelling, K., Beyer, D., Hornemann, A., Diedrich, K., Kavallaris, A. (2010) Laparoscopic management of ectopic pregnancy during a 9- year period. Fertility & Sterility, Volume 94, Issue 7, Pages 2780-2782.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### Ο ρόλος της μαίας

**Πως διαμορφώνεται η ψυχολογία του ζευγαριού μετά από μία έκτοπη κύηση;**

#### **6.1 Συναισθηματική κατάσταση της γυναίκας**

Μια γυναίκα που βιώνει την έκτοπη κύηση και μάλιστα για πρώτη φορά είναι πιθανό να έρθει αντιμέτωπη με αρκετά ερωτήματα στα οποία δεν γνωρίζει την απάντηση. Την βασανίζουν σκέψεις όπως : « Γιατί σε μένα, πόσο σοβαρό είναι, θα χρειαστεί χειρουργείο ή θεραπεία, θα χάσω το μωρό μου;, γιατί δεν καταλαβαίνει κανείς τι περνάω, φταίει ο σύντροφός μου για την εξέλιξη αυτή, νιώθω τόσο μόνη». Καταλαβαίνουμε λοιπόν πως σε μια τέτοια κατάσταση πολύ σπουδαίο ρόλο παίζει η υποστήριξη από το σύντροφο και το οικογενειακό περιβάλλον .

Η γυναίκα λόγω “σύγχυσης” των ορμονών βιώνει κάποιες ψυχολογικές μεταπτώσεις τις οποίες πολλές φορές δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει. Θεωρεί πως η εγκυμοσύνη “απέτυχε” έχοντας μάλιστα επιβαρυνθεί είτε με ένα χειρουργείο είτε με μια φαρμακευτική διαδικασία θεραπείας με συνέπεια να μη γνωρίζει ποιες θα είναι οι επιπτώσεις για την γονιμότητά της .

Η συναισθηματική της κατάσταση είναι θα λέγαμε ασταθής, γεγονός που μπορεί να διαρκέσει από λίγες μέρες έως και μήνες. Δεν αποκλείεται βέβαια να αισθάνεται ανακουφισμένη ότι ξεπέρασε τον κίνδυνο αποφεύγοντας τα χειρότερα και κατανοώντας πως επρόκειτο για μία μη φυσιολογική κατάσταση – εγκυμοσύνη η οποία δεν θα είχε την αναμενόμενη έκβαση .

Εξίσου καίριας σημασίας είναι και η σαφής ιατρική εξέταση, η οποία θα πρέπει να έχει δοθεί στη γυναίκα για να αποφευχθούν σκέψεις που να κατηγορεί την ίδια ή ακόμα και το σύντροφο επιβαρύνοντας την κατάστασής της ή και την ρήξη στη σχέση του ζευγαριού.

### **6.1.1 Η συναισθηματική κατάσταση του συντρόφου**

Μία έκτοπη κύηση είναι πολύ πιθανό είτε να δυσχεράνει μία σχέση απομακρύνοντας το ζευγάρι είτε να το ενώσει περισσότερο. Ο σύντροφος από τη μεριά του, πρέπει να θυμόμαστε πως βιώνει και αυτός μία “απώλεια” την οποία ίσως να μην είναι σε θέση να εκφράσει.

Θα πρέπει να είναι κοντά στη σύντροφο του και να της δείχνει συμπαράσταση και κατανόηση για να μπορέσει ο ένας να στηρίξει τον άλλον. Ας μη ξεχνάμε άλλωστε πως η οποιαδήποτε κύηση είτε “ευχάριστη” είτε “δυσάρεστη” είναι υπόθεση και των δύο, όχι μόνο του ενός .

Αρκετοί είναι οι άντρες όπου σε μια δύσκολη κατάσταση και μάλιστα τέτοιας φύσεως αδυνατούν να εκφραστούν και αισθάνονται ανήμποροι να βοηθήσουν, χωρίς όμως να ισχύει πραγματικά. Στη σημερινή κοινωνία είναι όχι μόνο αποδεκτό ο σύντροφος να βιώνει την θλίψη και τον πόνο αλλά να μπορεί να τον εκφράσει και να τον μοιραστεί και με τη σύντρόφό του. Άλλωστε οι δυνατές και αληθινές σχέσεις αναβιώνουν μέσα από τις δυσκολίες που ξεπερνά ενωμένο το ζευγάρι .

### **6.2 Μελλοντικά**

Καλό θα ήταν για λόγους συναισθηματικούς και σωματικούς η γυναίκα να αποφύγει για χρονικό διάστημα, τουλάχιστον τριών μηνών να ξαναμείνει έγκυος. Οι αντιδράσεις των γυναικών ποικίλουν βέβαια καθώς μερικές επιθυμούν μια εγκυμοσύνη άμεσα για να καλύψουν το κενό όπως ισχυρίζονται και να ξεπεράσουν αυτό το δυσάρεστο γεγονός. Άλλες πάλι προτιμούν να δώσουν χρόνο στον εαυτό τους αλλά και στο σύντροφό τους για να ξεπεράσουν το γεγονός αυτό αλλά και τις φοβίες που είναι πιθανόν να έχουν. Είναι σημαντικό, κυρίως αν πρόκειται για γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, να αφήσουν πίσω το βίωμα αυτό και να προχωρήσουν σε μια επόμενη εγκυμοσύνη, χωρίς να επιτρέψουν το γεγονός αυτό να καθορίσει την υπόλοιπη ζωή τους .

### **6.3 Μελλοντική κύηση**

Στην περίπτωση που έχει πραγματοποιηθεί αφαίρεση της σάλπιγγας η γυναίκα συνεχίζει να έχει ωορρηξία, μόνο που τώρα οι πιθανότητες για μια φυσιολογική σύλληψη μειώνονται στο 50 %. Το ποσοστό επανεμφάνισης της έκτοπης κύησης κυμαίνεται περίπου στο 7- 10 %, εξαρτάται βέβαια και η μέθοδος που έχει χρησιμοποιηθεί καθώς και τυχόν βλάβες που έχουν προκύψει .

Όταν υπάρξει βλάβη σε μία ωαγωγό σάλπιγγα είναι πολύ πιθανό και η άλλη σάλπιγγα να έχει υποστεί βλάβη. Γεγονός που καθιστά την επανεμφάνιση της έκτοπης κύησης αρκετά πιθανή. Αν πάλι οι λόγοι της έκτοπης κύησης είναι πιο "απλοί" πχ. λόγω ενδομητρικού σπιράλ (IUCD) τότε δεν φαίνεται να υπάρχει κίνδυνος επανεμφάνισης .

#### **6.4 Ερωτήσεις που καλούμαστε να απαντήσουμε σαν επαγγελματίες υγείας σε γυναίκες που βιώνουν μία έκτοπη κύηση. Οι απαντήσεις της μαίας θα πρέπει να είναι ακριβής και σαφής .**

##### **1. Είναι πιθανόν να μου ξανασυμβεί ;**

Μία έκτοπη κύηση αποτελεί όντως έναν επιβαρυντικό παράγοντα για την επανεμφάνισής της. Πρακτικά, ο κίνδυνος αυξάνεται κατά 10 %. Αξίζει όμως να σημειωθεί πως μία φυσιολογική εγκυμοσύνη είναι 50 -80 % να συμβεί .

##### **2. Πόσο πιθανόν είναι η επόμενη κύηση να είναι φυσιολογική ;**

Η απάντηση κυμαίνεται από 50 -80 % . Στην περίπτωση που έχει προηγηθεί εξωσωματική γονιμοποίηση ο κίνδυνος τετραπλασιάζεται. Το πρώτο τρίμηνο της κύησης είναι αυτό που θεωρείται κρίσιμο. Αν όμως ξεπεραστεί τότε δεν υπάρχει κίνδυνος .Η κύηση προχωρά χωρίς να επηρεάζεται από το ιστορικό της έκτοπης κύησης .

##### **3. Πότε σταματά η αιμορραγία ;**

Σε μία έκτοπη κύηση είναι απολύτως φυσιολογικό να υπάρξει αιμορραγία. Διαρκεί περίπου όσο μία περίοδος ίσως και λίγες μέρες παραπάνω . Αν όμως επιμένει θα πρέπει να συμβουλευτείτε το γιατρό σας .

##### **4. Πότε θα είμαι σε θέση να ξαναπροσπαθήσω να μείνω έγκυος ;**

Στην περίπτωση που έχει χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή με μεθοτρεξάτη καλό θα είναι να μεσολαβήσει ένα διάστημα των τριών μηνών για το λόγο ότι μπορεί να προκαλέσει βλάβη στα αρχικά στάδια μιας κύησης. Αν πάλι έχει γίνει χειρουργική επέμβαση είναι σάφρων να ακολουθήσει ένας ιατρικός έλεγχος μετά από ένα μήνα και στη συνέχεια να ξεκινήσουν οι

προσπάθειες. Για τους λόγους αυτούς, μια μορφή αντισύλληψης θα μπορούσε να αποτρέψει μια πιθανή εγκυμοσύνη.

## **5. Πότε θα επανέλθει η περιόδός μου ;**

Συνήθως σε γυναίκες με ομαλό εμμηνορυσιακό κύκλο η περίοδος επανέρχεται εντός των 4 – 6 εβδομάδων. Στην περίπτωση που ο κύκλος είναι ανώμαλος ίσως καθυστερήσει λίγο περισσότερο. Σε απουσία περιόδου καλό θα είναι να γίνει μία επίσκεψη στο γυναικολόγο .

## **6. Ποια θα πρέπει να είναι η αντίδρασή μου σε ένα επόμενο θετικό τεστ κύησης ;**

Σε μια τέτοια περίπτωση είναι σημαντικό να δοθεί ιατρική βοήθεια εντός του πρώτου μήνα. Ο γυναικολόγος θα πρέπει να έχει γνώση της προηγούμενης έκτοπης κύησης. Θα πρέπει να γίνει ένας υπερηχογραφικός έλεγχος για πιστοποίηση της κύησης στην ενδομήτρια κοιλότητα. Έτσι και εσείς θα καθησυχαστείτε και θα εξασφαλιστεί μια ομαλή κύηση .

### **6.5 Ο ρόλος της μαίας**

Η μαία θα πρέπει να είναι κοντά στη γυναίκα, να την συμβουλεύει και να την στηρίζει. Ο ρόλος της δεν έχει να κάνει μόνο με την επίτευξη μιας κύησης, την συμμετοχή στη λοχεία, το θηλασμό και το νεογνό. Έχει να κάνει κυρίως με τη γυναίκα πόσο μάλλον όταν εκείνη για κάποιο λόγο αδυνατεί να χαρεί το ταξίδι αυτό .

Μια γυναίκα λοιπόν με χαμηλό κοιλιακό άλγος και κολπική αιμορραγία, θα πρέπει να μεταφέρεται αμέσως στο νοσοκομείο για να γίνει διάγνωση. Μέσω του υπερηχογραφήματος και της μέτρησης της β- HCG είναι βέβαια η διαπίστωση μιας έκτοπης κύησης .

Είναι σημαντικό όλες οι γυναίκες να είναι ενημερωμένες για την έκτοπη κύηση, τα συμπτώματα που έχει και τις συνέπειές της ώστε να βοηθήσει την έγκυρη διάγνωση. Έτσι οποιαδήποτε γυναίκα έχει συμπτώματα όπως κοιλιακό άλγος και αιμορραγία θα πρέπει να επικοινωνήσει αμέσως με τον γυναικολόγο και να την παραπέμψει να μεταφερθεί στο νοσοκομείο. Θα πρέπει βέβαια όλοι οι πάροχοι που φροντίζουν γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας να λαμβάνουν πληροφορίες για την έμμηνου ρήση των γυναικών για την καταγραφή του ιστορικού καθώς και να

χρησιμοποιούν τον ποσοτικό έλεγχο της χοριακής γοναδοτροπίνης συνδυαστικά βέβαια με τον κοιλιακό υπέρηχο .

Για την αντιμετώπισή της όμως τον τελευταίο λόγο έχει πάντα η γυναίκα η οποία θα αποφασίσει αν επιθυμεί να προχωρήσει σε φαρμακευτική ή χειρουργική αντιμετώπιση. Εμείς από την πλευρά μας οφείλουμε να προτείνουμε και να συμβουλέψουμε για τις πιθανές λύσεις, τα οφέλη και τους κινδύνους κάθε μιας μεθόδου .

## Συμπεράσματα

Συμπερασματικά , απώτερος στόχος της μαιευτικής παρέμβασης είναι η πρόληψη των επιπλοκών που μπορούν να προκαλέσουν ανωμαλίες στις σάλπιγγες ή τη μήτρα καθώς και η διατήρηση της γονιμότητας της γυναίκας. Επιδίωξη τόσο του Μαιευτικού όσο και του Ιατρικού προσωπικού θα πρέπει να είναι η γέννηση υγιών παιδιών και η ελαχιστοποίηση αρνητικών εκβάσεων μιας κύησης που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο ακόμη και τη ζωή της ίδιας της γυναίκας.

Αν εν τέλει υπάρξει ανάπτυξη έκτοπης κύησης, ο στόχος είναι η πρόληψη των επιπλοκών στη διάρκεια της αντιμετώπισής της. Άρα οι προσπάθειες είναι προτιμότερο να στρέφονται στην αποτροπή μελλοντικών διαταραχών της γονιμότητας μέσω εκπαίδευσης της γυναίκας ήδη από την παιδική ηλικία. Η εκπαίδευση θα πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες για τους επιβαρυντικούς παράγοντες εμφάνισης μιας εκτόπου κύησης αλλά και τα πρώιμα συμπτώματα τα οποία μπορούν να βοηθήσουν ώστε να μπορεί να γίνει διάγνωση πριν συντελεστεί ρήξη ή αποβολή. Μέσω αυτού του τρόπου είναι δυνατόν να προληφθεί η επιπλοκή της αιμορραγίας που αποτελεί την κύρια αιτία μητρικού θανάτου .

Ανεξάρτητα λοιπόν των περιπτώσεων ,η Μαία οφείλει να είναι κοντά στη γυναίκα, να τη συμβουλεύει ανάλογα με την κάθε περίπτωση ,να την περιθάλπει αλλά και την υποστηρίζει ψυχολογικά. Ο ρόλος αυτός δεν έχει να κάνει μόνο με την κύηση, τον τοκετό, τη λοχεία και το θηλασμό ,αλλά και όταν αυτό δεν είναι εφικτό. Η γυναίκα βιώνει μία απώλεια για την οποία δεν είναι ποτέ προετοιμασμένη να αντιμετωπίσει και αυτό αποτελεί το σημείο αναφοράς για την παρέμβαση της Μαίας με κάθε τρόπο, είτε μαιευτικό είτε ψυχολογικό .

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ύστερα από την ολοκλήρωση της πτυχιακή μας εργασίας γίνεται φανερό ότι η μαία αποτελεί τον πρώτο άνθρωπο που η γυναίκα έρχεται σε επαφή. Η ικανότητα και οι γνώσεις που κατέχει ως προς τα συμπτώματα της έκτοπης κύησης είναι ζωτικά για την προστασία της ζωής της γυναίκας.

Σύμφωνα λοιπόν με την Laura Abbott<sup>40</sup>, τα μαθήματα τόσο της μαιευτικής όσο και της νοσηλευτικής θα πρέπει να εξασφαλίζουν ότι παρέχουν τις πιο σύγχρονες μεθόδους και ότι καταρτίζουν πλήρως τους μελλοντικούς αποφοίτους.

Η απώλεια ενός μωρού και η χειρουργική επέμβαση μπορεί να έχει έναν τεράστιο αντίκτυπο στην ψυχολογική υγεία της γυναίκας και στις σχέσεις της. Επιπλέον, η χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση της έκτοπης κύησης έχει αντίκτυπο στην γονιμότητα της. Διαδραματίζει σημαντικό ρόλο οι μαίες και οι μαιευτές να έχουν επίγνωση του συναισθηματικού τραύματος της έκτοπης κύησης κατά την λήψη του ιατρικού ιστορικού της γυναίκας. Μια έκτοπη κύηση μοιάζει σαν έναν "τερματισμό χωρίς συγκατάθεση".

---

<sup>40</sup> Abbott, L. (2016). Ectopic Pregnancy – the midwife's role in the community. Nursing in Practice. <https://www.nursinginpractice.com/article/ectopic-pregnancy-midwives-role-community>





## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abdulkareem, T.A.& Sajeda, M.E. (2017). Ectopic Pregnancy: Diagnosis, Prevention and Management. <https://www.intechopen.com/books/obstetrics/ectopic-pregnancy-diagnosis-prevention-and-management>

Αλμαλόγλου, Κ., Πάντος, Γ., Μπάμπας, Ε., Μπόντης, Ι. (2008). Διάμεση κύηση. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία. 20(1):80-85.

Ankum, W. M. (2000). Diagnosing suspected ectopic pregnancy: HCG monitoring and transvaginal ultrasound lead the way. *BMJ: British Medical Journal*, 321(7271), 1235–1236.

Atri, M., Leduc, C., Gillett, P., Bret, M.P., Reinhold, C., Kintzen, G., Aldis, E.A. and Thibodeau, M. (1996). Role of the endovaginal sonography in the diagnosis and management of ectopic pregnancy. *RadioGraphics*. 16:4, 755-774. <https://doi.org/10.1148/radiographics.16.4.8835969>

Bachman, EA., Barnhart, K. (2012). Medical Management of Ectopic pregnancy: a comparison of regimens. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e3182510a73>

Bjartling C, Osser S, Persson K. (2007). Deoxyribonucleic acid of *Chlamydia trachomatis* in fresh tissue from the Fallopian tubes of patients with ectopic pregnancy, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, vol. 134 (pg. 95-100)

Bakken IJ. (2008). *Chlamydia trachomatis* and ectopic pregnancy: recent epidemiological findings, C J.L.V. Shaw, S.K. Dey, H.O.D. Critchley, A.W. Horne; Current knowledge of the aetiology of human tubal ectopic pregnancy, *Human Reproduction Update*, Volume 16, Issue 4, 1 July 2010, Pages 432–444, <https://doi.org/10.1093/humupd/dmp057> *Opin Infect Dis*, vol. 21 (pg. 77-82)

Banz, C., Chalvatzas, N., Kelling, K., Beyer, D., Hornemann, A., Diedrich, K., Kavallaris, A. (2010) Laparoscopic management of ectopic pregnancy during a 9- year period. *Fertility & Sterility*, Volume 94, Issue 7, Pages 2780-2782. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.04.051>

Barnhart K T, Gasman G, Ashby R, Sammel M. (2003). The medical management of ectopic pregnancy: a meta-analysis comparing 'single dose' and 'multidose' regimens. *Obstetrics and Gynecology*, 101(4): 778-784.

Baggish, M.S. & Karram, M.M. (2012). Άτλας Γυναικολογικής Χειρουργικής & Ανατομίας της Πυέλου. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Brüggmann D, Kollascheck J, Quarcoo D, *et al.* Ectopic pregnancy: exploration of its global research architecture using density-equalising mapping and socioeconomic benchmarks *BMJ Open* 2017;**7**: e018394. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018394.

Cabar, F. R., Fettback, P. B., Pereira, P. P., & Zugaib, M. (2008). Serum Markers in the Diagnosis of Tubal Pregnancy. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 63(5), 701–708.

Campbell, S. & Monga, A. (2008). Μαιευτική και Γυναικολογία. *Ten Teachers*. Ε. Κουμαντάκη (επιμ.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Carpmas., Bouyer., J., Fernadez., H. (2014). Treatment of ectopic pregnancies in 2014: new answers to some old questions. *Fertility and Sterility*. Volume 101, Issue 3, Pages: 615-620. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.01.029> .

Chrysostomou M, Karafyllidi P, Papadimitriou V, Bassiotou V, Mayakos G. (1992). Serum antibodies to Chlamydia trachomatis in women with ectopic pregnancy, normal pregnancy or salpingitis, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, vol. 44 (pg. 101-105).

Clayton, H.B., Shieve, A.L., Peterson, D.J., Reynolds, M.A., Wright, V.C. A comparison of heterotopic and intrauterine-only pregnancy outcomes after assisted reproductive technologies in the United States from 1999 to 2002. *Fertility and Sterility*, Volume 87, Issue 2, 303 – 309. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.06.037>.

Dubey, S., Satodiya, M., Garg, P., & Rani, M. (2016). Primary Abdominal Pregnancy: A Case Report. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 10(11), QD04-QD06.

Elson CJ, Salim R, Potdar N, Chetty M, Ross JA, Kirk EJ. (2016). Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*. 123(13): e15-e55

Gilbert Stepp, E. (2014). Κύηση και τοκετός υψηλού κινδύνου. Α. Λυκερίδου, Κ. Γουρουντή (επιμ.). Ιατρικές Εκδόσεις.

Ghasemi Tehrani, H., Hamoush, Z., Ghasemi, M., & Hashemi, L. (2014). Ovarian ectopic pregnancy: A rare case. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 12(4), 281–284.

Gupta, S., Kubba, A., Holloway, D. (2010). Oxford Εγχειρίδιο Γυναικολογικής Νοσηλευτικής Φροντίδας. Α. Δελτσίδου, Χ.Ι. Νάνου (μτφ). Α. Δελτσίδου, Χ.Ι. Νάνου, Μ. Μωραΐτου (επιμ.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Hailu, F. G., Yihunie, G. T., Essa, A. A., & Tsega, W. K. (2017). Advanced abdominal pregnancy, with live fetus and severe preeclampsia, case report. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 243. doi:10.1186/s12884-017-1437-y.

Θανασάς, Ι., Μπουρσιάνη. Μ. Ρήξη ωοθηκικής εγκυμοσύνης. Ένα σπάνιο αίτιο οξείας κοιλίας στη Μαιευτική. *Επιστημονικά Χρονικά* 2014;19(3): 305-312.

Ιατράκης, Μ.Γ. (2017). Επιλεγμένα Θέματα Μαιευτικής. Αθήνα: Ζεβελεκάκη.

Ιατράκης, Μ.Γ. (2013). Κύηση Υψηλού Κινδύνου. Αθήνα: Δεσμός.

Ikechebelu JI, et al. (2017). Laparoscopic Salpingectomy for Ruptured Tubal Ectopic Pregnancy: A Case Report. *Ann Med Health Sci Res*. 7: 203-205

Kao. LY, Scheinfeld., MY., Chernyak., V., Rozenblit., AM., Oh., S. and Dym, RJ. (2014). Beyond Ultrasound: CT and MRI of ectopic pregnancy. *American Journal of Roentgenology*. 202: 904-911. 10.2214/AJR.13.10644.

Kirk, E., Papageorghiou, T.A., Condous, G., Tan, L., Bora, S., Bourne, T. (2007). The diagnostic effectiveness of an initial transvaginal scan in detecting ectopic pregnancy, *Human Reproduction*, Volume 22, Issue 11, Pages 2824–2828. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem283>

Kohn, M. A., Kerr, K., Malkevich, D., O'Neil, N., Kerr, M. J. and Kaplan, B. C. (2003), Beta-Human Chorionic Gonadotropin Levels and the Likelihood of Ectopic Pregnancy in Emergency De-

partment Patients with Abdominal Pain or Vaginal Bleeding. *Academic Emergency Medicine*, 10: 119-126. <https://doi.org/10.1197/aemj.10.2.119>

Lee, R., Dupuis, C., Chen, B., Smith, A., & Kim, Y. H. (2017). Diagnosing ectopic pregnancy in the emergency setting. *Ultrasonography (Seoul, Korea)*, 37(1), 78-87.

Liberato V. Mukul, Stephanie B. Teal. Current Management of Ectopic Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology. Clinics of North America*, Volume 34, Issue 3, 2007, Pages 403-419.

Lozeau, AM, Potter, B. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Am Fam Physician* 2005; 72: 1707–1714.

Low N, Egger M, Sterne JA, Harbord RM, Ibrahim F, Lindblom B, Herrmann B. (2006). Incidence of severe reproductive tract complications associated with diagnosed genital chlamydial infection: the Uppsala Women's Cohort Study, *Sex Transm Infect*, vol. 82 (pg. 212-218)

Machado AC, Guimaraes EM, Sakurai E, Fioravante FC, Amaral WN, Alves MF. (2007). High titers of Chlamydia trachomatis antibodies in Brazilian women with tubal occlusion or previous ectopic pregnancy, *Infect Dis Obstet Gynecol*, vol. 2007 pg. 24816

Madani, Y. (2008). The Use of Ultrasonography in the Diagnosis of Ectopic Pregnancy: A Case Report and Review of the Literature. *The Medscape Journal of Medicine*, 10(2), 35.

Μανταλενάκης Ι. Σ. (1996). Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Μεγαλομάτη, Α., Μελίδη, Ε., Μενδρινού, Μ., Μεταξά, Β., Μυλωνά, Μ., Υφαντής, Ν. (2006). Έκτοπη κύηση. Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική. Αρεταίειο Νοσοκομείο – Πανεπιστήμιο Αθηνών. <https://eclass.teiwm.gr/modules/document/file.php/MAIA155/%CE%95%CE%9A%CE%A4%CE%9F%CE%A0%CE%97%20%CE%9A%CE%A5%CE%97%CE%A3%CE%97.pdf>

Medical treatment of ectopic pregnancy. (2008). *Fertility and Sterility*, Volume 90, Issue 5, S206 - S212. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.08.049>

Medical treatment of ectopic pregnancy: a committee opinion *Fertility and Sterility*, Volume 100, Issue 3, 638 – 644. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.06.013>

Μιχαλάς, Σ.Π. (2000). Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.

Mol, BW., Hajenius, PJ., Engelsbel, S., Ankum, WM., Van der Veen, F., Hemrika, DJ., Bossuyt, PM. (1998). Serum human chorionic gonadotropin measurement in the diagnosis of ectopic preg-

nancy when transvaginal sonography is inconclusive. Vol. 70, Issue 5, Pages 972-981. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(98\)00278-7](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(98)00278-7)

Murji, A., Garbedian, K., Thomas, J. & Cruickshank, B. (2015). Conservative Management of Cervical Ectopic Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 37(11):1016–1020

Murray, H., Baakdah, H., Bardell, T., & Tulandi, T. (2005). Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 173(8), 905–912. <https://dx.doi.org/10.1503%2Fcmaj.050222>

Ng, S., Hamontri, S., Chem, B., Siow, A. (2009). Laparoscopic management of 53 cases of cornual ectopic pregnancy. *Fertility and Sterility*, Volume 92, Issue 2, 448 – 452. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.08.072>

Novak, E. (2002). *Γυναικολογία III*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Nwanodi, O., & Khulpateea, N. (2006). The preoperative diagnosis of primary ovarian pregnancy. *Journal of the National Medical Association*, 98(5), 796–798.

Odland JO, Anestad G, Rasmussen S, Lundgren R, Dalaker K. (1993). Ectopic pregnancy and chlamydial serology, *Int J Gynaecol Obstet*, vol. 43 (pg. 271-275).

Smith Roger, P. & Netter Frank H. (2007). *Μαιευτική και Γυναικολογία*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

van VI, Morre SA, van den Brule AJ, Meijer CJ, Bouter LM, Boeke AJ. (2004). Overestimation of complication rates in evaluations of Chlamydia trachomatis screening programmes—implications for cost-effectiveness analyses, *Int J Epidemiol*, vol. 33 (pg. 416-425)

Walters MD, Eddy CA, Gibbs RS, Schachter J, Holden AE, Pauerstein CJ. (1988). Antibodies to Chlamydia trachomatis and risk for tubal pregnancy, *Am J Obstet Gynecol*, vol. 159 (pg. 942-946).

Senapati, S., & Barnhart, K. T. (2013). Biomarkers for Ectopic Pregnancy and Pregnancy of Unknown Location. *Fertility and Sterility*, 99(4), 1107–1116. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.11.038>

Shaw, J.L.V., Dey, S.K., Critchley, H.O.D., Horne, A.W. (2010). Current knowledge of the aetiology of human tubal ectopic pregnancy, *Human Reproduction Update*, Volume 16, Issue 4, Pages 432–444. <https://dx.doi.org/10.1093%2Fhumupd%2Fdmp057>

Shen L, Fu J, Huang W, Zhu H, Wang Q, Yang S, Wu T. (2014). Interventions for non-tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 7. Art. No.: CD011174. DOI: 10.1002/14651858.CD011174.

Singh, S. (2013). Diagnosis and management of cervical ectopic pregnancy. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 6(4), 273–276. <https://dx.doi.org/10.4103%2F0974-1208.126312>

Sivalingam VN, Duncan WC, Kirk E, Shephard LA, Horne AW. (2011). Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 37:231-240. <https://dx.doi.org/10.1136%2Fjfprhc-2011-0073>

Σταματόπουλος Π. Εξωμήτρια ή Έκτοπη κύηση.

[http://www.med.auth.gr/depts/amg/docs/Stamatopoulos\\_-\\_Eksomitria\\_Egkumosuni.pdf](http://www.med.auth.gr/depts/amg/docs/Stamatopoulos_-_Eksomitria_Egkumosuni.pdf)

Strandell, A., Thorburn, J., Hamberger, L. (1999). Risk factors for ectopic pregnancy in assisted reproduction. *Fertility and Sterility*, Volume 71, Issue 2, 282 – 286. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(98\)00441-5](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(98)00441-5)

Tang, A., Baartz, D. and Khoo, S. K. (2006), A medical management of interstitial ectopic pregnancy: A 5-year clinical study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 46: 107-111.

Taran, F.-A., Kagan, K.-O., Hübner, M., Hoopmann, M., Wallwiener, D., & Brucker, S. (2015). The Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(41), 693–704. <https://dx.doi.org/10.3238%2Farztebl.2015.0693>.

Tay, J. I., Moore, J., & Walker, J. J. (2000). Ectopic pregnancy. *Western Journal of Medicine*, 173(2), 131–134.

Τζαμαριά, Σοφία και Τζώρτζη, Μαρία. (2008). "Έκτοπη κύηση και η σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση", Τ.Ε.Ι Αθήνας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Μαιευτικής.

Waylen AL, Metwally M, Jones GL, Wilkinson AJ, Ledger WL. (2009). Effects of cigarette smoking upon clinical outcomes of assisted reproduction: a meta-analysis, *Hum Reprod Update*, vol. 15 (pg. 31-44). <https://doi.org/10.1093/humupd/dmn046>

Zhang, Y., Chen, J., Lu, W., Li, B., Du, G., & Wan, X. (2017). Clinical characteristics of persistent ectopic pregnancy after salpingostomy and influence on ongoing pregnancy. *The journal of obstetrics and gynaecology research*, 43(3), 564-570.