

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**«ΕΞΩΜΗΤΡΙΑ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ  
ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ  
ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ»**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Φοιτητές: Παρασκευή Κιούπη, Σπυρίδων Κομπολίτης,  
Οξάνα Πασιώρα**

**Υπεύθυνος Καθηγητής: Κωνσταντίνος Κουκουρικός,  
Καθηγητής Εφαρμογών Α.Τ.Ε.Ι.Θ.**

**Θεσσαλονίκη  
Οκτώβριος 2018**

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

«ΕΞΩΜΗΤΡΙΑ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ  
ΚΑΙ ΣΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ»  
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Φοιτητές: Παρασκευή Κιούπη, Σπυρίδων Κομπολίτης, Οξάνα Πατσιώρα  
Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή: Υπεύθυνος Καθηγητής Κωνσταντίνος  
Κουκουρίκος, Καθηγητής Εφαρμογών Α.Τ.Ε.Ι.Θ., Μαρία Λαβδανίτη,  
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Α.Τ.Ε.Ι.Θ., Αρετή Τσαλογλίδου, Επίκουρη  
Καθηγήτρια Α.Τ.Ε.Ι.Θ

Θεσσαλονίκη  
Οκτώβριος 2018

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	5
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	6
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	7
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Η ανατομία του γυναικείου γεννητικού συστήματος</b> .....	9
1.1 Εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας.....	9
1.2 Εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας.....	11
1.3 Διαδικασία σύλληψης εμβρύου.....	13
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η εξωμήτρια/ έκτοπη κύηση</b> .....	15
2.1 Ορισμός.....	15
2.2 β-χοριακή γονιδοτροπίνη ( β-hCG) - η ορμόνη της εγκυμοσύνης.....	15
2.3 Επιδημιολογία.....	16
2.4 Παράγοντες κινδύνου.....	16
2.5 Βασικές επιπλοκές που επιφέρει μια εξωμήτρια κύηση.....	17
2.6 Συμπτώματα έκτοπης κύησης.....	18
2.7 Τύποι έκτοπης κύησης.....	20
2.7.1 Σαλπινγική Ε.Κ.....	20
2.7.2. Τραχηλική Ε.Κ.....	25
2.7.3 Ωοθηκική Ε.Κ.....	26
2.7.4 Κοιλιακή Ε.Κ.....	28
2.7.5.Διάμεση εντόπιση Ε.Κ.....	31
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Διάγνωση και Θεραπεία</b> .....	32
3.1 Τρόποι διάγνωσης μιας έκτοπης κύησης.....	32
3.2 Θεραπεία έκτοπης κύησης.....	35
3.2.1 Λαπαροσκοπική διαδικασία.....	35
3.2.2 Λαπαροτομία-Χειρουργική επέμβαση.....	36
3.2.3 Φαρμακευτική θεραπεία - Χορήγηση Μεθοτρεξάτης.....	36
3.2.4 Χορήγηση Μισοπροστόλης.....	38

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Οι επιπτώσεις της έκτοπης κύησης στη ψυχολογία της γυναίκας..</b>	<b>40</b>
4.1 Συναισθηματική επίδραση στη γυναίκα.....	40
4.2 Αίσθημα ενοχής.....	42
4.3 Αίσθημα πένθους.....	42
4.4 Αίσθημα ζήλου προς άλλες έγκυες γυναίκες.....	44
4.5. Διαταραχή μετατραυματικού στρες ( PTSD).....	44
4.6 Κοινωνικός αποκλεισμός συναισθημάτων.....	46
4.7 Αυτοκτονία μετά από μια εξωμήτρια κύηση.....	46
4.8 Η γυναίκα που της ανακοινώνεται μια εξωμήτρια κύηση αλλά έχει ήδη ένα ή και περισσότερα παιδιά.....	47
4.9 Υποστηρικτικό ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.....	47
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Οι επιπτώσεις της έκτοπης κύησης στη γονιμότητα της γυναίκας..</b>	<b>48</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : Αναδρομική Μελέτη.....</b>	<b>49</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : Συνεντεύξεις.....</b>	<b>55</b>
7.1 Συνέντευξη 1.....	55
7.2 Συνέντευξη 2.....	57
7.3 Συνέντευξη 3.....	59
7.4 Συζήτηση.....	61
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>62</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>63</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>69</b>

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

*Η παρούσα εργασία με τίτλο “ Η εξωμήτρια κήση και οι επιπτώσεις της στη γονιμότητα και στη ψυχολογία της γυναίκας” εκπονήθηκε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας του τμήματος Νοσηλευτικής του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης. Η ανάληψή της ορίστηκε τον Απρίλιο του 2018 με υπεύθυνο τον καθηγητή εφαρμογών κ. Κωνσταντίνο Κουκουρίκο, ο οποίος εκτέλεσε και τα χρέη του επιβλέποντος καθηγητή, που σε συνεργασία με τα μέλη της κριτικής επιτροπής, την αναπληρώτρια καθηγήτρια κ. Μαρία Λαβδανίτη και την επίκουρο καθηγήτρια κ. Αρετή Τσαλογλίδου, λειτούργησαν ως καθοριστικοί αρωγοί για τη περάτωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας.*

*Θα θέλαμε να τους ευχαριστήσουμε θερμά για όλη τους την προσπάθεια να μας μεταλαμπαδεύσουν κάθε απαραίτητη γνώση με σκοπό να εξελιχθούμε σε λειτουργικούς επαγγελματίες υγείας.*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εγκυμοσύνη είναι μια μοναδική, συναρπαστική και συχνά χαρούμενη στιγμή στη ζωή μιας γυναίκας, καθώς υπογραμμίζει τις καταπληκτικές δημιουργικές και παιδικές δυνάμεις της γυναίκας, παρέχοντας ταυτόχρονα μια γέφυρα στο μέλλον. Η εγκυμοσύνη έρχεται με κάποιο κόστος, ωστόσο, για μια έγκυο πρέπει επίσης να είναι μια υπεύθυνη γυναίκα, έτσι ώστε να υποστηρίζει καλύτερα την υγεία του μελλοντικού παιδιού της. Το αυξανόμενο έμβρυο (ο όρος που χρησιμοποιείται για να δηλώσει το μελλοντικό μωρό κατά τα πρώτα αναπτυξιακά στάδια) εξαρτάται εξ ολοκλήρου από το υγιές σώμα της μητέρας του για όλες τις ανάγκες. Κατά συνέπεια, οι έγκυες γυναίκες πρέπει να λάβουν μέτρα για να παραμείνουν όσο πιο υγιείς και καλά τρέφονται όσο μπορούν.

Παρόλα αυτά, μια εγκυμοσύνη δεν κυλάει πάντοτε ομαλά και μπορεί μάλιστα να θέσει σε κίνδυνο τόσο τη ζωή της μητέρας όσο και του εμβρύου. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που καταγράφονται καθημερινά σε όλα τα σημεία του κόσμου, όπου έγκυες γυναίκες δεν καταλήγουν στο τοκετό. Πολλές επιπλοκές κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης μπορούν να προκύψουν και να καθορίσουν τη συνέχεια της εγκυμοσύνης ή και τις ίδιες τις ζωές των ενδιαφερόμενων (μητέρα - έμβρυο) χωρίς την κατάλληλη και άμεση αντιμετώπιση τους.

Η εξωμήτρια κύηση αποτελεί μια από τις σημαντικές επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστεί σε μια εγκυμοσύνη. Η ενημέρωση, η πρόληψη και η άμεση διάγνωση συνιστούν καίριους παράγοντες για την αντιμετώπισή της.

Μια έκτοπη εγκυμοσύνη ορίζεται ως εμφύτευση του εμβρύου σε μια άλλη τοποθεσία εκτός του μέσα στην κοιλότητα της μήτρας. Κατά τα τελευταία τριάντα πέντε χρόνια υπήρξε μια έντονη αύξηση τόσο του απόλυτου αριθμού όσο και του ποσοστού έκτοπων εγκυμοσύνων.

Αν και το ποσοστό θνησιμότητας από έκτοπη εγκυμοσύνη έχει μειωθεί δραματικά κατά τη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου, λόγω καλύτερης διάγνωσης και θεραπείας έκτοπης κύησης, εξακολουθεί να είναι η τέταρτη κύρια αιτία της μητρικής θνησιμότητας στη χώρα μας. Η πιθανότητα για την ύπαρξη μιας εξωμήτριας εγκυμοσύνης πρέπει πάντοτε να λαμβάνεται υπόψη.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

“Η απόφαση να κάνεις παιδιά είναι πραγματικά βαρυσήμαντη. Αποφασίζεις ν’ αφήσεις την καρδιά σου να κυκλοφορεί έξω από το σώμα σου για πάντα.”- Elizabeth Stone (συγγραφέας)

Πράγματι, ο ερχομός ενός μωρού στη ζωή μιας γυναίκας παίζει καθοριστικό ρόλο. Στο άκουσμα της εγκυμοσύνης ανάμεικτα συναισθήματα δείχνουν να κατακλύζουν τη μέλλουσα μητέρα.

Τα πράγματα όμως δεν κυλούν πάντοτε με τον ομαλότερο τρόπο, ειδικά σε μια πολύπλοκη διαδικασία όπως είναι αυτή της εγκυμοσύνης. Έρευνες διαφαίνονται το ποσοστό κήσεων, που τελικά δεν καταλήγουν σε τοκετό, ολοένα και αυξάνεται τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς.

Σύνηθες φαινόμενο συντελεί η εμφάνιση επιπλοκών κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης. Η άμεση διάγνωση και η κατάλληλη θεραπεία είναι οι παράγοντες που καθορίζουν και τη συνέχεια της.

Η παρούσα πτυχιική εργασία στοχεύει το θέμα της σε μια βασική επιπλοκή που μπορεί να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης, την εξωμήτρια κύηση, η κατάσταση της οποίας χρήζει άμεσης αντιμετώπισης και η ανάγκη για ενημέρωση και πρόληψη κρίνεται επιτακτική.

Στο περιεχόμενο της εργασίας γίνονται επισημάνσεις για τα αναπαραγωγικά όργανα της γυναίκας (Κεφάλαιο 1) και αναφέρεται και η διαδικασία κατά την οποία συλλαμβάνεται ένα έμβρυο. Εν συνεχεία, επικεντρώνεται στο θέμα της παρούσας εργασίας, την εξωμήτρια κύηση (Κεφάλαιο 2) δίνοντας μας να κατανοήσουμε τι εννοείται με τον όρο “εξωμήτρια κύηση” (Κεφάλαιο 2, 2.1) τους αιτοπαθολογικούς παράγοντες (Κεφάλαιο 2, 2.4) καθώς επίσης τα ενδεχόμενα συμπτώματα (Κεφάλαιο 2, 2.6) και τους τύπους-κατηγορίες εξωμήτριας κύησης (Κεφάλαιο 2, 2.7).

Στο σημείο αυτό, ακολουθεί μια ανάλυση για τη διάγνωση αλλά και για τη θεραπεία της εξωμήτριας κύησης (Κεφάλαιο 3). Εντυπώνονται οι τρόποι κατά τους οποίους διαγιγνώσκεται μια εξωμήτρια εγκυμοσύνη (Κεφάλαιο 3, 3.1) και οι θεραπευτικές διαδικασίες (Κεφάλαιο 3, 3.2) σύμφωνα με τις οποίες η γυναίκα υποβάλλεται με σκοπό την αφαίρεση του έκτοπου κυήματος.

Σημαντικό κομμάτι, το οποίο συνεχίζει την εργασία στο Κεφάλαιο 4 είναι οι ψυχολογικές διαταράξεις που γίνονται αντιληπτές στο ψυχισμό της γυναίκας. Καίριο ρόλο έχουν οι επιστήμονες υγείας, ως υποστηρικτικό και παρηγορητικό περιβάλλον, που οι

ενέργειες τους πολλές φορές λειτουργούν ως πανάκεια για το ψυχισμό τόσο της γυναίκας όσο και της υπόλοιπης οικογένειας (Κεφάλαιο 4, 4.8)

Η ακεραιότητα της γονιμότητας της είναι κάτι που θα απασχολήσει ιδιαίτερα τη γυναίκα (Κεφάλαιο 5) ειδικότερα όταν η θεραπευτική διαδικασία που ακολούθησε περιελάμβανε περιγεννητική απώλεια (σαλπινγεκτομή). Ωστόσο, οι πληροφορίες που λαμβάνει από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μπορούν να περιορίσουν την ανησυχία της και να καταπραύνει το άγχος της.

Στο Κεφάλαιο 6 παρουσιάζεται μια αναδρομική μελέτη με σχετικές περιπτώσεις και στατιστικές αναφορές και τέλος στα πλαίσια της ερευνητικής μορφής της εργασίας , παρουσιάζονται συνεντεύξεις ( Κεφάλαιο 7) παθουσών γυναικών και παραπομπή για συζήτηση.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## Η ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

### 1.1 Εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούν το αιδοίο.

Το αιδοίο αποτελείται από το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κόλπου, τους βολβούς του προδόμου, τους Bartholinειους αδένες, τον παρθενικό υμένα, το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τους παραουρηθρικούς αδένες.

#### Εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης

Αυτό αποτελείται από ποσότητα ινολιπώδη ιστού, ανάλογη με την πάχυνση της γυναίκας, που καλύπτει, τους κλάδους των ηβικών οστών. Όταν η γυναίκα φτάσει στην ήβη, το δέρμα, που καλύπτει το εφηβαίο, εμφανίζει τρίχωμα.

Το δέρμα του εφηβαίου περιέχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες.

#### Μεγάλα χείλη

Αυτά παριστάνουν δυο δερμάτινες πτυχές, που μέσα τους περιέχουν συνδετικό ιστό και δεσμίδες από λείες μυικές ίνες.

Οι εξωτερικές επιφάνειες των μεγάλων χειλέων καλύπτονται από τρίχωμα, που αποτελεί τη συνέχεια του τριχώματος του εφηβαίου.

Οι εσωτερικές επιφάνειες τους είναι άτριχες, έχουν χρώμα ρόδινο και μοιάζουν με βλεννογόνο.

Το δέρμα των μεγάλων χειλέων είναι πλούσιο σε μελαγχρωστική και περιέχει ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και ειδικούς αποκρινείς αδένες.

#### Μικρά χείλη

Αυτά παριστάνουν, όπως και τα μεγάλα χείλη, δύο δερμάτινες πτυχές, αλλά λεπτότερες, γιατί περιέχουν λιγότερο λιπώδη ιστό.

Το δέρμα των μικρών χειλέων δεν καλύπτεται από τρίχωμα, περιέχει μελαγχρωστική, σμηγματογόνους και, σπάνια, ιδρωτοποιούς αδένες. Ο λιπώδης ιστός, που βρίσκεται κάτω

από αυτό, περιέχει συνδετικό ιστό, ελαστικές ίνες, πολυάριθμα αιμοφόρα αγγεία και στυτικό ιστό, που κάνουν τα μικρά χείλη εξαιρετικά ευαίσθητα.

### **Κλειτορίδα**

Έχει μήκος 3-4 εκ. και αποτελείται από τα σκέλη, το σώμα και τη βάλανο.

**Σκέλη.** Αυτά είναι δυο, πορεύονται πάνω στους ηβοϊσχιακούς κλάδους της οστέινης πυέλου και ενώνονται στο ύψος της ηβικής σύμφυσης.

**Σώμα.** Αυτό σχηματίζεται από την ένωση των σκελών και αποτελείται από δυο σπαραγγώδη σώματα, δηλαδή από αγγειοβριθή στυτικό ιστό.

**Βάλανος.** Αυτή παριστάνει το ελεύθερο μέρος της κλειτορίδας, βρίσκεται πάνω από το έξω στόμιο της ουρήθρας, αποτελείται από στυτικά ιστό, έχει από το πάνω μέρος της την πόσθη και από το κάτω το χαλινό και το επιθήλιο του δέρματος, που την καλύπτει, περιέχει εξειδικευμένες νευρικές απολήξεις για τη σεξουαλική διέγερση.

### **Πρόδομος**

Αυτός είναι η περιοχή, που βρίσκεται ανάμεσα από τα μικρά χείλη και το χαλινό τους. Σ' αυτόν εκβάλλουν η ουρήθρα και ο κόλπος.

### **Βολβοί του προδόμου**

Αυτοί είναι δυο σχηματισμοί όμοιοι με αμύγδαλα, βρίσκονται στα πλάγια τοιχώματα του κόλπου, αποτελούνται από πυκνά φλεβικά πλέγματα. Στη σεξουαλική διέγερση διογκώνονται από συγκέντρωση αίματος και στενεύουν τον κόλπο.

### **Βαρθολίνειοι αδένες**

Αυτοί είναι δυο μικροί, στρογγυλοί, που βρίσκονται βαθιά, κάτω από το πίσω μέρος των μικρών χειλέων. Κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής διέγερσης εκκρίνουν βλέννα, που με πόρους μήκους 2 εκ. τη φέρνουν στο αιδοίο, λίγο έξω από τον παρθενικό υμένα, για να υγράνουν τον κόλπο.

### **Παρθενικός υμένας**

Αυτός είναι λεπτή μεμβράνη από συνδετικό ιστό, και περιβάλλει το στόμιο του κόλπου.

Ο παρθενικός υμένας δεν αποτελεί τέλεια μεμβράνη αλλά διάτρητη, γιατί στο κέντρο του έχει άνοιγμα.

Ο παρθενικός υμένας, σχίζεται στην πρώτη συνουσία της γυναίκας και αφήνει σαρκώδη χείλη που λέγονται μύρτα.

### **Εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας**

Αυτό βρίσκεται στην πάνω γωνία του προδόμου του αιδοίου, κάτω από την κλειτορίδα.

### **Παραουρηθρικοί αδένες**

Αυτοί αποτελούν κρύπτες, που βρίσκονται ανάμεσα από την κλειτορίδα και το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και γύρω από αυτό και φέρνουν το έκκριμα τους στην ουρήθρα.

## **1.2 Εσωτερικά γεννητικά όργανα**

### **Κόλπος**

Περιγραφή. Ο κόλπος αποτελεί μυϊκό σωλήνα, μήκους 8-10 εκ. περίπου, που εκτείνεται ανάμεσα στον παρθενικό υμένα και τη μήτρα. Το σχήμα του κόλπου είναι κυλινδρικό.

Έχει, επίσης, τέσσερα τοιχώματα: το πρόσθιο, το οπίσθιο και τα δυο πλάγια, το αριστερό και το δεξιό.

Το πάνω άκρο του κόλπου περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας έτσι ώστε η κάτω μοίρα του τράχηλου να προβάλλει μέσα στον κόλπο.

Στήριξη. Το πρόσθιο τοίχωμα του κόλπου συνδέεται χαλαρά με την ουροδόχο κύστη προς τα πάνω και στερεότερα με την ουρήθρα προς τα κάτω.

Από τα πλάγια ο κόλπος στηρίζεται με τους εγκάρσιους συνδέσμους.

Η κάτω μοίρα του κόλπου στηρίζεται με τον ανελκτήρα μυ του πρωκτού και με τους εξωτερικούς μυς του περινέου.

Υφή. Τα κοιλικά τοιχώματα αποτελούνται από τρεις στιβάδες.

1. Εξωτερική στιβάδα. Αυτή είναι η στιβάδα, που βλέπουμε, όταν ανοίξουμε τον κόλπο.
2. Μέση στιβάδα. Αυτή παριστάνει το στρώμα των τοιχωμάτων του κόλπου.
3. Εσωτερική στιβάδα. Αυτή αποτελεί λεπτό μυϊκό χιτώνα, που εξωτερικά έχει επιμήκεις και εσωτερικά κυκλικές ίνες.

Με την ήβη εμφανίζονται στον κόλπο οι βάκιλοι του Doderlein, που παράγουν γαλακτικό οξύ ύστερα από επίδραση τους στο γλυκογόνο των επιθηλιακών κυττάρων. Έτσι, η

αντίδραση του κόλπου γίνεται όξινη και τέτοια παραμένει ως την εμμηνόπαυση. Το όξινο, περιβάλλον του κόλπου τον προστατεύει από πολλά παθογόνα βακτηρίδια.

## **Μήτρα**

Περιγραφή. Η μήτρα είναι κοίλο όργανο με παχιά μυϊκά τοιχώματα. Έχει σχήμα αχλαδιού αποπλατυσμένου από εμπρός προς τα πίσω. Το βάρος της είναι περίπου 40 γραμ. και στη γυναίκα που γέννησε 70 γραμ. Τα τοιχώματα της έχουν πάχος 2 εκ. και μήκος της είναι 7,5 εκ. περίπου.

Η μήτρα αποτελείται από 2 τμήματα, το σώμα και τον τράχηλο. Ανάμεσα από τον τράχηλο και το σώμα υπάρχει ο ισθμός.

Σώμα μήτρας. Αυτό αποτελείται από μυϊκό τοίχωμα, που περικλείει την ενδομήτρια κοιλότητα.

Το σχήμα της ενδομήτριας κοιλότητας είναι τριγωνικό με τη βάση προς τον πυθμένα και την κορυφή προς το μέρος της συμβολής του σώματος και τον τράχηλο.

Στις γωνίες της βάσης της ενδομήτριας κοιλότητας βρίσκονται τα στόμια που οδηγούν στις σάλπιγγες.

Τράχηλος. Ο τράχηλος της μήτρας διακρίνεται σε δύο μοίρες: την υπερκολπική, που βρίσκεται συνέχεια στο σώμα της μήτρας, και την ενδοκοιλιακή, που είναι συνέχεια της πρώτης και προβάλλει μέσα στον κόλπο.

Ο αυλός του τραχήλου λέγεται ενδοτράχηλος και οδηγεί στην ενδομήτρια κοιλότητα.

Θέση. Η μήτρα βρίσκεται μέσα στην πυελική κοιλότητα ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και το ορθό.

Στήριξη. Στην παραπάνω φυσιολογική θέση κρατάνε τη μήτρα τα παρακάτω στοιχεία:

- Στρογγυλοί σύνδεσμοι
- Πλατείς σύνδεσμοι
- Πλάγιοι σύνδεσμοι
- Ιερομητρικοί σύνδεσμοι
- Μητροκυστικοί σύνδεσμοι

## **Σάλπιγγες ή ωαγωγοί**

Περιγραφή. Οι σάλπιγγες αποτελούν δυο λεπτούς σωλήνες, μήκους 10-12 εκ. που εκτείνονται ανάμεσα από τα κέρατα της μήτρας και τις ωοθήκες.. Αποστολή τους είναι να

μεταφέρουν ωάρια των ωοθηκών μέσα στον αυλό τους, για να συναντήσουν τα σπερματοζωάρια, και να πετύχουν σύλληψη.

Οι σάλπιγγες διακρίνονται σε τέσσερα τμήματα: το διάμεσο ή ενδοτοιχωματικό, τον ισθμό, τη λήκυθο και τον κώδωνα.

### **Ωοθήκες**

Περιγραφή. Οι ωοθήκες αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας, όπως οι όρχεις του άντρα. Είναι δυο, συμπαγείς στη σύσταση και έχουν το σχήμα και το μέγεθος αμυγδάλου. Το βάρος τους ανέρχεται σε 7-12 γραμ. και βρίσκονται στην οπίσθια επιφάνεια των πλατεών συνδέσμων, κάτω από τις σάλπιγγες.

Στήριξη. Οι ωοθήκες βρίσκονται στη θέση, που περιγράψαμε, στηριζόμενες από τους κρεμαστήρες συνδέσμους, τους μητροθηκικούς ή ίδιους συνδέσμους και τα μεσοωθήκια.

Υφή. Οι ωοθήκες αποτελούνται από έξω προς τα μέσα από το βλαστικό επιθήλιο, τη φλοιώδη ουσία, τη μυελώδη ουσία και τις πύλες.

Η φλοιώδης ουσία έχει ξεχωριστό ενδιαφέρον, γιατί μέσα σ' αυτή και ανάμεσα από συνδετικό ιστό, που λέγεται στρώμα, υπάρχουν, σε διάφορα στάδια της ανάπτυξης τους, τα ωοθυλάκια, που στη γενετησιακή ηλικία της γυναίκας φτάνουν τις 300.000.

Από τα ωοθυλάκια, όπως παρακάτω θα αναφέρουμε, παράγονται ορμόνες, που βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο των γοναδοτρόπων ορμονών της υπόφυσης.

### **1.3 Διαδικασία σύλληψης εμβρύου**

Η ανθρώπινη αναπαραγωγή είναι αποτέλεσμα της ένωσης του σπερματοζωαρίου με το ωάριο. Τα ωάρια παράγονται από τις ωοθήκες και τα σπερματοζωάρια από τους όρχεις. Από την ένωση τους θα προκύψει το έμβρυο που θα αναπτυχθεί στη μήτρα για να γεννηθεί το παιδί. Εάν υπάρξει σεξουαλική επαφή τις γόνιμες ημέρες, το σπέρμα εναποτίθεται στον κόλπο. Τα σπερματοζωάρια ξεκινούν τη διαδρομή τους από το έξω τραχηλικό στόμιο, που αποτελεί την πύλη του έσω γεννητικού συστήματος της γυναίκας, ανοικτή κατά τις λίγες γόνιμες ημέρες, και πορεύονται δια μέσου του αυλού του τραχήλου και της κοιλότητας της μήτρας προς τις σάλπιγγες. Η σάλπιγγα παραλαμβάνει με τη βοήθεια των κροσσών, του ακραίου τμήματός της, το ωάριο το οποίο πρόσφατα απελευθερώθηκε με την ωοθυλακιορρηξία. Στη σάλπιγγα θα γίνει η γονιμοποίηση του ωαρίου από ένα μόνο σπερματοζωάριο. Το γονιμοποιημένο ωάριο (ζυγώτης) παραμένει στη σάλπιγγα για τις επόμενες 5-6 ημέρες όπου και διαιρείται σε 2,4,8,16 κ.ο.κ. κύτταρα, καθώς η σάλπιγγα το καθοδηγεί προς την κοιλότητα της μήτρας. Στη συνέχεια, με τη μορφή της βλαστοκύστης

(που απαρτίζεται από 60-120 περίπου κύτταρα) το έμβρυο μεταναστεύει στην κοιλότητα της μήτρας, εμφυτεύεται στο ενδομήτριο («σύλληψη») και συνεχίζει την ανάπτυξή του.

## **ΜΕΤΑ ΤΗ ΣΥΛΛΗΨΗ**

Εάν υπάρξει σύλληψη, το έμβρυο αρχίζει να δημιουργεί τον πλακούντα του στο σημείο της εμφύτευσής του. Ο πλακούντας εκκρίνει ορμόνες, οι οποίες σταθεροποιούν το ενδομήτριο και αποτρέπουν την εκφύλισή του. Η έμμηνος ρύση (περίοδος) δεν έρχεται και το έμβρυο συνεχίζει κανονικά την ανάπτυξή του, πράγμα που η γυναίκα αντιλαμβάνεται με την καθυστέρηση της εμμήνου ρύσεως. Αντιθέτως, εάν κάποιο από τα προηγούμενα στάδια δεν λειτουργήσει (και μάλιστα στην κατάλληλη χρονική στιγμή), δεν εγκαθίσταται εγκυμοσύνη: η ωχρινική φάση του κύκλου τελειώνει με την εκφύλιση των κυττάρων του ενδομητρίου (απόπτωση), περίπου 14 ημέρες μετά την ωοθυλακιορρηξία. Το ενδομήτριο εκφυλίζεται και αποπίπτει μαζί με αίμα. Το αίμα παροχετεύεται δια μέσου του τραχήλου προς το εξωτερικό του σώματος, οπότε γίνεται αντιληπτή από τη γυναίκα η έμμηνος ρύση (περίοδος).

Ωστόσο, η καθημερινότητα αποδεικνύει πως μια εγκυμοσύνη δεν μπορεί να εγγυηθεί και την γέννηση του εμβρύου καθώς οι επιπλοκές που μπορούν να προκύψουν δεν είναι λίγες. Τα περιθώρια αντιμετώπισης της επιπλοκής είναι εκείνα που θα σηματοδοτήσουν αν η γυναίκα θα οδηγηθεί τελικά στην αίθουσα τοκετού ή όχι.

Σε μια τέτοια επιπλοκή στοχεύει και το θέμα της η παρούσα εργασία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Η ΕΞΩΜΗΤΡΙΑ/ΕΚΤΟΠΗ ΚΥΗΣΗ

#### 2.1 Ορισμός

Η έκτοπη κύηση ή εγκυμοσύνη συμβαίνει όταν ένα γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτεύεται εκτός του βλεννογόνου της κοιλότητας της μήτρας, π.χ. στη σάλπιγγα και αποτελεί μια κατάσταση δυνητικά απειλητική για τη ζωή

Στη φυσιολογική κύηση, το ωάριο που απελευθερώνεται μετά την ωορρηξία συλλαμβάνεται από τη σάλπιγγα μέσα στην οποία συντελείται η γονιμοποίησή του από το σπερματοζωάριο.

Μετά τη γονιμοποίηση, το ωάριο προωθείται στη μήτρα και συγκεκριμένα στην ενδομήτρια κοιλότητα, όπου και εμφυτεύεται και έχει άφθονο χώρο για να αναπτυχθεί. Στην έκτοπη κύηση, το έμβρυο καθώς αναπτύσσεται προκαλεί διάταση της σάλπιγγας πέραν της ικανότητάς της, προκαλώντας αιμορραγία και πιθανώς σοβαρές ιατρικές συνέπειες. Εάν δεν διαπιστωθεί έγκαιρα, μία έκτοπη κύηση είναι μία εξαιρετικά επικίνδυνη πάθηση, καθώς αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες θανάτου που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη. Μία έκτοπη κύηση δεν έχει καμία πιθανότητα να ολοκληρωθεί ή να φτάσει σε κάποιο σημείο που το έμβρυο έχει πιθανότητα επιβίωσης. Τα έκτοπα έμβρυα σπάνια αναπτύσσονται πέραν των τριών μηνών.

#### 2.2 β- χοριακή γονιδοτροπίνη (β-hCG) - η ορμόνη της εγκυμοσύνης

Η β χοριακή γοναδοτροπίνη, ή HCG είναι μια ορμόνη που παράγεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η ορμόνη παράγεται από τα κύτταρα που σχηματίζουν τον πλακούντα, τον αμνιακό σάκο και να άπτεται στα τοιχώματα της μήτρας.

Η HCG μπορεί να ανιχνευθεί σε ένα δείγμα αίματος περίπου 11 μέρες μετά τη σύλληψη. Τα επίπεδα της HCG συνεχίζουν να διπλασιάζονται κάθε 72 ώρες και κορυφώνονται γύρω στις οκτώ έως έντεκα εβδομάδες μετά τη σύλληψη. Έπειτα, τα επίπεδα της μειώνονται και σταθεροποιούνται, για το υπόλοιπο της εγκυμοσύνης.

Πότε γίνεται η εξέταση για την ποσότητα της hCG ορμόνης;

Τέτοια εξέταση γίνεται στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- επιβεβαίωση την εγκυμοσύνη
- προσδιορισμός της ηλικίας του εμβρύου
- διάγνωση παθολογικών κήσεων, όπως έκτοπη κύηση
- διάγνωση μιας πιθανής αποβολής
- διάγνωση για σύνδρομο Down

### **2.3 Επιδημιολογία**

Σε ό,τι αφορά στη συχνότητα των έκτοπων κήσεων, φαίνεται πως η παραπάνω έχει αυξηθεί δραματικά την τελευταία εικοσαετία και κυμαίνεται σε 13-27 περιπτώσεις/1000 κήσεις. Αυτή βέβαια η αυξημένη συχνότητα της έκτοπης κήσης οφείλεται κατά κύριο λόγο στην αλλαγή των σεξουαλικών συνηθειών και την αύξηση ενδοπυελικών φλεγμονών, ενώ σχετίζεται και με την γεωγραφική κατανομή των γυναικών, καθώς εμφανίζεται αυξημένη επίπτωση στην Ασία και την Αφρική. Επιπρόσθετα, εμφανίζεται συσχέτιση με την ηλικία των γυναικών – παρατηρείται αυξημένη επίπτωση σε γυναίκες 35-45 ετών - καθώς και με τις διαμαρτίες περί τη διάπλαση των έσω γεννητικών οργάνων. Παρά την αυξημένη επίπτωση ωστόσο των έκτοπων κήσεων, τα τελευταία χρόνια η μητρική θνησιμότητα από έκτοπη κήση στην αντίστοιχη χρονική περίοδο είναι χαμηλότερη και κυμαίνεται γύρω σε 0,4 ανά 1000 περιπτώσεις έκτοπων κήσεων. Αυτό φυσικά οφείλεται κατά κύριο λόγο στη δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης της έκτοπης κήσης σε πρωιμότερα στάδια πριν τη ρήξη, καθώς και στη βοήθεια που προσφέρει ο προσδιορισμός της β-hCG, της διενέργειας υπερηχοτομογραφήματος και της εξέλιξης της λαπαροσκόπησης.

### **2.4 Παράγοντες κινδύνου**

Οι ακόλουθοι παράγοντες είναι που οδηγούν σε υψηλότερο κίνδυνο έκτοπης εγκυμοσύνης:

Προηγούμενη έκτοπη κήση: Οι γυναίκες που έχουν ήδη μια έκτοπη εγκυμοσύνη έχουν 10% αυξημένο κίνδυνο για μία επόμενη.

Ηλικία: Όσο μεγαλύτερης ηλικίας είναι μια γυναίκα όταν μένει έγκυος, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος μιας έκτοπης εγκυμοσύνης.

Λοίμωξη: Ένα πιθανό ιστορικό φλεγμονών και λοιμώξεων των σαλπίγγων, της μήτρας, ή των ωοθηκών μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο μεταγενέστερων έκτοπων κήσεων.



Οι λοιμώξεις που συνδέονται με την έκτοπη εγκυμοσύνη περιλαμβάνουν την πυελική φλεγμονώδη νόσο (ΠΦΝ) και την σαλπινγίτιδα. Περίπου το 50% των εξωμήτριων κύσεων συνδέονται με την σαλπινγίτιδα.

Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ): Ορισμένα ΣΜΝ αυξάνουν τον κίνδυνο ΠΦΝ. Τέτοια είναι η γονόρροια και τα χλαμύδια.

*Υπάρχουν, όμως και οι ακόλουθοι παράγοντες κινδύνου:*

Κάπνισμα: Έχει συσχετιστεί με αυξημένες πιθανότητες έκτοπης εγκυμοσύνης.

Θεραπεία γονιμότητας: Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την τόνωση της ωορρηξίας κατά τη διάρκεια της θεραπείας γονιμότητας έχουν συνδεθεί με υψηλότερες πιθανότητες έκτοπης εγκυμοσύνης.

Προβληματικές, ή μη φυσιολογικές σάλπιγγες: Αυτό μπορεί να προκληθεί από χειρουργική επέμβαση, για παράδειγμα, και μπορεί να σημαίνει υψηλότερο κίνδυνο έκτοπης εγκυμοσύνης.

Προηγούμενη χειρουργική επέμβαση: Οι προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις και οι χειρουργικές επεμβάσεις αφαίρεσης ινομυωμάτων είναι παράγοντες κινδύνου για έκτοπη κύηση.

Λήψη αντισυλληπτικών χαπιών, ή ενδομήτριας μεθόδου αντισύλληψης: Και τα δύο μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο έκτοπης εγκυμοσύνης.

Σύνδεση σωληναρίων: Η σύνδεση των σωληναρίων είναι μια χειρουργική επέμβαση που λαμβάνει μια γυναίκα για να αποτρέψει την περαιτέρω εγκυμοσύνη. Εάν, πάραυτα, μείνει έγκυος, τότε η εγκυμοσύνη είναι πιο πιθανό να είναι έκτοπη.

Ωστόσο, είναι πιθανό μια γυναίκα να έχει έκτοπη εγκυμοσύνη χωρίς κανέναν από τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου.

## **2.5 Βασικές επιπλοκές που επιφέρει μια εξωμήτρια κύηση**

Μια επιπλοκή της έκτοπης εγκυμοσύνης είναι πιο πιθανή, εάν η διάγνωση, ή η θεραπεία καθυστερήσει, ή εάν η πάθηση δεν διαγνωστεί ποτέ.

Εσωτερική αιμορραγία: Μια γυναίκα που έχει έκτοπη κύηση και δεν λαμβάνει έγκαιρη διάγνωση ή θεραπεία είναι πιο πιθανό να εμφανίσει σοβαρή εσωτερική αιμορραγία. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε σοκ και σοβαρές επιπλοκές για την υγεία της.

Βλάβη στις σάλπιγγες: Η καθυστερημένη θεραπεία μπορεί επίσης να προκαλέσει βλάβη στις σάλπιγγες, αυξάνοντας σημαντικά τον κίνδυνο μελλοντικής έκτοπης εγκυμοσύνης.

Κατάθλιψη: Αυτό μπορεί να οφείλεται στην θλίψη για την απώλεια της εγκυμοσύνης και την ανησυχία για τις μελλοντικές εγκυμοσύνες.

## 2.6 Συμπτώματα έκτοπης κύησης

Πόνος στην μία πλευρά της κοιλιάς: Αυτός μπορεί να είναι οξύ και με διάρκεια.

Κολπική αιμορραγία: Το αίμα θα είναι πιο ανοιχτόχρωμο, ή πιο σκούρο από ό,τι κατά τη διάρκεια της εμμηνορροϊκής αιμορραγίας και συνήθως λιγότερο ιξώδες. Εάν μια γυναίκα δεν γνωρίζει ότι είναι έγκυος, μπορεί να μπερδέψει την κολπική αιμορραγία με το εμμηνορροϊκό αίμα.

Πόνος στην άκρη του ώμου: Αυτό είναι ένα κοινό σημάδι της εσωτερικής αιμορραγίας. Η αιμορραγία μπορεί να ερεθίσει το φρενικό νεύρο και αυτό οδηγεί σε πόνο στον ώμο.

Πόνος κατά την ούρηση, ή την αφόδευση: Αυτό μπορεί επίσης να υποδηλώνει έκτοπη κύηση.

Λιποθυμία, ή κατάρρευση: Εάν οι σάλπιγγες σπάσουν, αυτό μπορεί να προκαλέσει λιποθυμία και κατάρρευση. Αυτό είναι μια επείγουσα ιατρική περίθαλψη.

Λόγω της ποικιλίας των συμπτωμάτων που μπορεί να εμφανιστούν, η έκτοπη εγκυμοσύνη ονομάστηκε "ο μεγάλος μεταμφιεσμένος". Η κλασική τριάδα συμπτωμάτων-κοιλιακό άλγος, αμηνόρροια και μη φυσιολογική κολπική αιμορραγία-δεν είναι πάντοτε παρούσα, και οι εκτοπικές εγκυμοσύνες συχνά έχουν εσφαλμένη διάγνωση. Ένας έμπειρος επιστήμονας υγείας που έχει λάβει ακριβές και διεξοδικό ιστορικό μπορεί να συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στην ομάδα πληροφοριών που απαιτούνται για τη διάγνωση αυτής της κατάστασης.

Στην σαλπιγγική εγκυμοσύνη, η πιο συνηθισμένη και συνεπής καταγγελία είναι ο πόνος. Αυτός ο πόνος συνήθως εμφανίζεται νωρίς στην εγκυμοσύνη, πιθανώς λόγω διαταραχής του σαλπιγγικού χώρου. Μερικές ασθενείς εμφανίζουν πόνο για μια εβδομάδα ή περισσότερο, ενώ ένας μεγάλος αριθμός αναφέρει οξύ πόνο διάρκειας μικρότερης της μιας ημέρας. Ο πόνος είναι συχνά ασαφής και άναυλο. Αν και συχνά εντοπίζεται στη δεξιά ή αριστερή περιοχή της πυέλου, ο πόνος μπορεί να παρουσιαστεί σε ολόκληρη την κοιλιά ή χαμηλά στη πλάτη. Δεδομένου ότι ο κοιλιακός πόνος είναι ένα απροσδόκητο σύμπτωμα κατά την πρώιμη εγκυμοσύνη, αποτελεί πολύτιμη ένδειξη για την ύπαρξη παθολογικής κατάστασης. Η ρήξη των σωληναρίων προκαλεί αξιοσημείωτα συμπτώματα. Κοιλιακός πόνος, μια μονόπλευρη, ψηλαφητή πυελική μάζα και ένας πτωτικός αιματοκρίτης είναι

ενδεικτικός μιας βραδείας ρήξης. Ο έντονος, μονομερής κοιλιακός πόνος είναι χαρακτηριστικός της οξείας ρήξης και η ταχεία απώλεια αίματος μπορεί να προκαλέσει συγκοπή και σοκ. Ο αναφερθείς πόνος στον ώμο μπορεί να συμβεί ως αποτέλεσμα της συγκέντρωσης αίματος κάτω από το διάφραγμα. Η κοιλιακή ανάκαμψη και το σημείο του Cullen, ένας γαλαζωπός αποχρωματισμός της ομφαλικής περιοχής, υποδηλώνουν μαζικό αιμοπεριτόναιο.

Οι γυναίκες που παρουσιάζουν έκτοπη κύηση μπορεί να αναφέρουν καθυστέρηση ή μεταβολή της εμμήνου ρύσεως τους. Ωστόσο, οι γυναίκες με ακανόνιστο κύκλο περιόδου μπορεί να μην γνωρίζουν καμία ανωμαλία. Οι περισσότεροι ασθενείς αναφέρουν διαλείπουσα κοιλιακή αιμορραγία. Η εκκένωση είναι γενικά σκούρο κόκκινο ή καφέ χρώμα. Η οξεία ή έντονη κόκκινη αιμορραγία δεν είναι συνηθισμένη. Η αιμορραγία της μήτρας που συμβαίνει οφείλεται στον εκφυλισμό και την απομάκρυνση του τετριμιδίου της μήτρας, καθώς το γονιμοποιημένο ωάριο δεν είναι σε θέση να υποστηρίξει το ενδομήτριο ορμονικά.

Μετά τη γονιμοποίηση του ωαρίου, η ορμονική ανταπόκριση μιας γυναίκας μιμείται αυτή της εγκυμοσύνης της μήτρας, αν και οι φαινομενικές αλλαγές φυσιολογίας ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των ατόμων. Μπορεί να εμφανιστεί διόγκωση της μήτρας και το ενδομήτριο μπορεί να παρουσιάσει μερικές αλλαγές από την ορμονική διέγερση. Τα κοινά σημάδια της εγκυμοσύνης (π.χ. ναυτία, έμετος και διεύρυνση του μαστού) συχνά δεν υπάρχουν λόγω του πρώιμου σταδίου της κύησης και πιθανώς λόγω των χαμηλότερων επιπέδων ορμονών. Πολλές γυναίκες δεν γνωρίζουν ότι είναι έγκυες.

Η έκτοπη εγκυμοσύνη συγχέεται συχνά με μια ποικιλία άλλων διαταραχών της γυναικολογίας. Τα πιο συνηθισμένα από αυτά είναι η εγκυμοσύνη της μήτρας με απειλητικές ή ελλιπείς αμβλώσεις, πυελική φλεγμονώδη νόσο, κύστη ωοθηκών και κύστη ωχρού σωματίου. Κατά τη διαφοροποίηση των συμπτωμάτων μιας ατελούς ή απειλούμενης έκτρωσης από την έκτοπη εγκυμοσύνη, ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να σημειώσει τον τύπο και την ποιότητα του πόνου. Ο πόνος που σχετίζεται με την έκτρωση συνήθως είναι λιγότερο σοβαρός, πιο ρυθμικός και βρίσκεται στη χαμηλή μέση γραμμή. Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν απειλούμενες ή ελλιπείς αμβλώσεις γενικά έχουν μεγαλύτερες περιόδους αμηνόρροιας πριν από την έναρξη της πραγματικής αιμορραγίας. Η αιμορραγία είναι μεγαλύτερη και διαθέτει έντονο κόκκινο χρώμα.

## 2.7 Τύποι έκτοπης κύησης

### 2.7.1 Σαλπινγική Εξωμήτρια Κύηση

Μια σαλπινγική εξωμήτρια κύηση μπορεί να αντιμετωπιστεί με δυο τρόπους, είτε με τη λαπαροσκοπική σαλπινγεκτομή είτε με τη διαδικασία της λαπαροτομίας – σαλπινγοστομίας.

## ΣΑΛΠΙΓΓΟΣΤΟΜΙΑ

Με τον όρο σαλπινγοστομία εννοούμε τη διάνοιξη των σαλπίγγων σε περιπτώσεις υδροσαλπίγγων. Η σαλπινγοστομία διενεργείται σε απόφραξη του κωδωνικού τμήματος της σάλπιγγας (υδροσάλπιγγας). Η σαλπινγοστομία αποτελούσε στο παρελθόν μοναδική λύση στο πρόβλημα. Σήμερα, μετά την επιτυχή εφαρμογή των προγραμμάτων εξωσωματικής γονιμοποίησης η χρησιμότητά της είναι συζητήσιμη, καθώς προσφέρει πιθανότητα παραμονής διαβατότητας (ανοικτών σαλπίγγων) μέχρι 80% και πιθανότητα επιτυχίας κύησης από 0 έως 25%. Η πιθανότητα εξωμητρίου κύησης μετά από σαλπινγοστομία ανέρχεται στο 5%. Υπάρχουν μάλιστα αρκετοί που θεωρούν επιβεβλημένη την αφαίρεση ή την απολίνωση των σαλπίγγων οπωσδήποτε πριν από την εφαρμογή εξωσωματικής γονιμοποίησης, λόγω της αρνητικής επίπτωσής τους στα αποτελέσματα κύησης.

Όσον αφορά τη χειρουργική προσέγγιση με σαλπινγοστομία υπάρχουν αρκετοί (Donnez, Dubuisson, Canis, Nezhat, Manhes), που φθάνουν να υποστηρίξουν ότι, σε επιλεγμένες με αυστηρά κριτήρια περιπτώσεις, τα ποσοστά προσεγγίζουν εκείνα της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Προγνωστικοί παράγοντες για το αποτέλεσμα αποτελούν ο βαθμός διάτασης της σάλπιγγας, η παρουσία πτυχών, η ύπαρξη ενδοαυλικών συμφύσεων και η μικροσκοπική και μακροσκοπική κατάσταση του βλεννογόνου της σάλπιγγας. Κατά τον Donnez, η διάταση της σάλπιγγας κατατάσσεται σε 5 κατηγορίες, με καλύτερη πρόγνωση για τη κατηγορία 1 που αφορά φίμωση του κωδωνικού στομίου με περιορισμένη διαβατότητα (αναφέρει ποσοστά κύησης 60%), ενώ τη χειρότερη πρόγνωση έχει η κατηγορία 5 που αφορά υδροσάλπιγγα με παχέα τοιχώματα και έλλειψη πτύχωσης (για την οποία ενδείκνυται η σαλπινγεκτομή). Σε τεχνικό επίπεδο αρχικά διενεργείται κινητοποίηση της σάλπιγγας και της ωοθήκης με λύση πιθανών συμφύσεων. Στη συνέχεια διανοίγεται η υδροσάλπιγγα με Laser CO<sub>2</sub>, ελέγχεται η διαβατότητά της και εκτιμάται αδρά η κατάσταση του αυλού. Η επέμβαση τελειώνει με την εκτροφή των χειλέων της υδροσάλπιγγας δίκην μανσέτας με τη βοήθεια του SwiftLase.

## ΣΑΛΠΙΓΓΕΚΤΟΜΗ

Η σαλπινγγεκτομή είναι μια χειρουργική διαδικασία κατά την οποία αφαιρείται η σάλπιγγα μιας γυναίκας. Η σαλπινγγεκτομή εκτελείται για να αφαιρέσει ένα σωλήνα λόγω της μόλυνσης μετά από μια έκτοπη κύηση ή μια εγκυμοσύνη που εμφυτεύματα μέσα στη σάλπιγγα, αντί της μήτρας ή λόγω άλλου παθολογικού προβλήματος όπως η ενδομητρίωση, όπου το ενδομήτριο της μήτρας αναπτύσσεται εκτός αυτής. Σε επιλεκτικές περιπτώσεις, η λειτουργική λαπαροσκοπική σαλπινγγεκτομή είναι μια εναλλακτική λύση στη λαπαροτομία στη χειρουργική θεραπεία της έκτοπης εγκυμοσύνης. Τα προφανή πλεονεκτήματα αυτής της διαδικασίας είναι η μειωμένη νοσηρότητα και ο χειρουργικός πόνος, το χαμηλότερο κόστος, η μικρότερη νοσηλεία και η ανάρρωση, και η μικρότερη αναπηρία, καθώς και μια αισθητική χειρουργική ουλή. Επειδή η διαδικασία είναι τόσο οικονομικά αποδοτική και επειδή τα εργαλεία είναι εξοικειωμένα με τους περισσότερους γυναικολόγους, ελπίζουμε ότι θα γίνει πιο ευρεία χρήση. Η λαπαροσκοπική salpingectomy δεν είναι μια δύσκολη διαδικασία όταν ακολουθούνται οι βασικές αρχές της χειρουργικής επέμβασης. Ανάλογα με τις επιθυμίες γονιμότητας του ασθενούς και την κατάσταση του αντίθετου σωλήνα, αυτή η διαδικασία μπορεί να είναι προτιμότερη από τη λαπαροτομία. Εάν μια επιπλοκή όπως η αιμορραγία συμβαίνει και δεν ανταποκρίνεται στην καυτηρίαση, η λαπαροτομή μπορεί να γίνει ως συνήθως για μια έκτοπη κύηση.

Η σαλπινγγεκτομή διαφέρει όσον αφορά τους τύπους τομή. Με τη λαπαροσκοπική σαλπινγγεκτομή, ο χειρουργός κάνει μια μικρή τομή κάτω από τον ομφαλό, χρησιμοποιώντας γενική ή τοπική αναισθησία. Εάν ο χειρουργός θα πρέπει να συνεργαστεί με μια μεγαλύτερη περιοχή, προχωρά σε μία τομή, η οποία είναι 4 - έως 6 - ιντσών τομή ακριβώς πάνω από την ηβική γραμμή των μαλλιών. Αυτό γίνεται γενικά με γενική αναισθησία.

### Παρενέργειες Σαλπινγγεκτομής

Οι παρενέργειες μιας εξαρτάται κάπως σχετικά με το πώς έγινε. Με τη λαπαροσκοπική σαλπινγγεκτομή, ο χρόνος ανάρρωσης είναι μικρότερος λόγω της μικροσκοπικής τομής. Η περικοπή του μπικίνι- τομή πάνω από την ηβική περιοχή είναι σημαντική χειρουργική επέμβαση και μαζί με αυτό έρχεται αυξημένο πόνο και τον κίνδυνο αιμορραγίας. Με αμφοτέρους τους τύπους τομών, υπάρχει κίνδυνος για αντίδραση στην αναισθησία (γενική τοπικών), τον κίνδυνο της μόλυνσης και το δυναμικό για ουλές. Οι περισσότερες γυναίκες παίρνουν περίπου τρεις ημέρες για να ανακάμψουν μετά από μια

σαλπινγκεκτομή . Επειδή η περικοπή μυκίνι είναι σοβαρή χειρουργική επέμβαση , θα χρειαστεί περισσότερος χρόνος για να ανακάμψει πλήρως μετά την επέμβαση.

Ποια είναι τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής των σαλπίνγων;

- Λιγότερες μετεγχειρητικές συμφύσεις σε σχέση με το ανοιχτό χειρουργείο.
- Μικρότερης έντασης και βραχύτερης διάρκειας μετεγχειρητικό άλγος.
- Ταχύτερη αποκατάσταση σε ότι αφορά τη λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος.
- Ιδιαίτερα ελαττωμένος κίνδυνος μετεγχειρητικής κήλης.
- Ταχύτερη κινητοποίηση των ασθενών.
- Βραχύτερος χρόνος νοσηλείας και ταχεία ανάληψη των καθημερινών δραστηριοτήτων.
- Καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα.
- Ψηφιακή καταγραφή της χειρουργικής επέμβασης.

Σε μια σταθερή ασθενή που επιθυμεί μελλοντική τεκνοποίηση, μια σαλπινγκοστομία (συντηρητική χειρουργική) είναι η θεραπεία επιλογής. Η διαμάχη γύρω από τη σαλπινγκεκτομή έναντι της σαλπινγοστομίας βασίστηκε σε δύο υποθέσεις.. Οι υποστηρικτές της σαλπινγκεκτομής φοβούνται αρχικά ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε σαλπινγοστομία θα είναι πιο πιθανό να έχουν επαναλαμβανόμενη έκτοπη εγκυμοσύνη και δεύτερον ότι η σαλπινγοστομία είναι μια κουραστική χειρουργική διαδικασία επειδή η σαλπινγική αιμορραγία κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης είναι δύσκολο να ελεγχθεί.

### **Παρουσίαση Παραδείγματος**

Μια 35χρονη γυναίκα στην έκτη εγκυμοσύνη της παρουσίασε στην υπηρεσία μητρότητας με αμηνόρροια διάρκειας 6 εβδομάδων. Είχε αυτοδιάγνωση της εγκυμοσύνης της στο σπίτι με ένα κιτ για την εγκυμοσύνη στα ούρα.

Είχε μερικές ημέρες ιστορικό κολπικής κηλίδας και ήπιας κοιλιακής κράμπας. Το αναπαραγωγικό της υπόβαθρο συνίστατο από δύο φυσιολογικούς γεννήσεις του κόλπου, δύο τερματισμούς του πρώτου τριμήνου και μία αυθόρμητη πρόωρη αποβολή.

Στο στάδιο αυτό δεν είχε ιστορικό αντισύλληψης, πυελική φλεγμονώδη νόσο, λειτουργικό τραύμα ή ενδομητρίωση.

Το επίπεδο της βHCG του ορού ήταν 18.566 IU / L και ο πυελικός διανευγενής υπερηχογράφος (TVUS) έδειξε ένα σάκο κύησης στη δεξιά περιοχή του adnexal με ένα

βιώσιμο έμβρυο - στεφάνι μήκους 5 mm (εικ. 1a, b, c). Ο ασθενής ήταν σταθερά αιμοδυναμικά.

Διεξήχθη λαπαροσκόπηση και η εκτοπική εγκυμοσύνη απεικονίστηκε εντός της δεξιάς σάπλιγγας. Η σαλπινγεκτομή και η απομάκρυνση του έκτοπου ωερίου πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας διπολική διαθερμία και τοποθέτηση ενδοιοειδούς νικρύλ ράμματος. Η διαδικασία εποπτεύτηκε από έναν σύμβουλο.

Η ασθενής απελευθερώθηκε σπίτι την επόμενη μέρα. Ανακάλυψε καλά και είχε συμβουλευτεί να ακολουθήσει νωρίς την επόμενη εγκυμοσύνη. Ενημερώθηκε σχετικά με τις ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές και τη χρήση αντισύλληψης. Η πιθανότητα επαναλαμβανόμενης έκτοπης εγκυμοσύνης συζητήθηκε και τεκμηριώθηκε.

Έξι μήνες αργότερα ο ασθενής παραπέμφθηκε από τον γενικό ιατρό της με παρόμοια κλινική παρουσίαση 6 εβδομάδων από την τελευταία εμμηνορροϊκή περίοδο. Το TVUS (εικ. 2a, b, c) που πραγματοποιήθηκε εκείνη την ημέρα έδειξε κύηση σάκο που περιέχει ένα βιώσιμο έμβρυο με CRL 5,9 mm στη δεξιά περιοχή adnexal.

Το επίπεδο βHCG στον ορό αυτή τη στιγμή ήταν επίσης αρκετά υψηλό (37 013 IU / L). Η ασθενής στάλθηκε για χειρουργική αντιμετώπιση και εκτελέστηκε λαπαροσκόπηση που έδειξε έκτοπη κύηση στο κολόβωμα της δεξιάς σάπλιγγας. Το υπόλοιπο του σωλήνα και το εκτοπικό αφαιρέθηκαν και στάλθηκαν για ιστοπαθολογία (επιβεβαιωτικά αποτελέσματα). Ηλέγησαν καλά και τα επίπεδα βHCG, τα οποία ήταν μη ανιχνεύσιμα τρεις εβδομάδες μετά την επέμβαση.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η έκτοπη εγκυμοσύνη διαγιγνώσκεται σε 6-16% των γυναικών, με κοιλική αιμορραγία, κοιλιακό άλγος ή και τα δύο. Η επίπτωση της επαναλαμβανόμενης έκτοπης εγκυμοσύνης είναι περίπου 10-15% και η πιθανότητα αυτή αυξάνεται στο 30% μετά από δύο εξωμήτριες εγκυμοσύνες .

Μια ανασκόπηση της ιατρικής και χειρουργικής αντιμετώπισης της έκτοπης εγκυμοσύνης περιγράφει τους υποτροπιάζοντες εκτοπικούς ρυθμούς μετά από μεμονωμένη δόση μεθοτρεξάτης σαλπινγεκτομή και γραμμική σαλπινγοστομία ως 8%, 9,8% και 15,4% αντίστοιχα, μεταξύ των ασθενών που προσπάθησαν να μείνουν έγκυοι .

Υπάρχουν πολλαπλές θεωρίες σχετικά με τη βάση επαναλαμβανόμενων ομόπλευρων εκτοπικών κήσεων. Μια θεωρία υποδηλώνει ότι παρά τη χειρουργική εκτομή, ο φωτισμός παραμένει άθικτος ή επανελασματοποιείται στο διάμεσο τμήμα και στο υπόλοιπο της σάλπιγγας. Αυτό επιτρέπει την επικοινωνία μεταξύ των ενδομητριωδών και περιτοναϊκών κοιλοτήτων και συνεπώς τη διέλευση του γονιμοποιημένου ωαρίου ή σπέρματος από την κοιλότητα της μήτρας στο υπόλοιπο της σάλπιγγας. Μια άλλη πιθανότητα υποδηλώνει ότι τα σπερματοζωάρια περνούν μέσα από τον ετερόπλευρο σωλήνα ευρεσιτεχνίας μέσα στο θύλακα του Douglas και στη συνέχεια ταξιδεύουν για να γονιμοποιήσουν το ωάριο και να εμφυτεύσουν στην πλευρά του προηγούμενου έκτοπου μέσα στο σαλπινγικό σωλήνα. Η τρίτη παραδοχή βασίζεται στη μεταπεριτοναϊκή μετανάστευση με την οποία το γονιμοποιημένο ωάριο στην πλευρά του κανονικού σωλήνα μεταναστεύει και εμφυτεύεται στον σαλπινγικό σωλήνα.

Η αντιμετώπιση της έκτοπης εγκυμοσύνης μπορεί να είναι αναμενόμενη ή ιατρική σε επιλεγμένους συμμορφούμενους και πρόθυμους ασθενείς. Η μεθοτρεξάτη είναι το φάρμακο επιλογής. Ο ασθενής μας ήταν ακατάλληλος για αυτή την επιλογή και στις δύο περιπτώσεις επειδή οι εγκυμοσύνες ήταν βιώσιμες και συνδέονταν με υψηλά επίπεδα βHCG στον ορό.

Η λαπαροσκοπική θεραπεία της έκτοπης εγκυμοσύνης σχετίζεται με τη βραχύτερη παραμονή στο νοσοκομείο, τον μικρότερο χρόνο χειρουργικής επέμβασης, τη μείωση της απώλειας αίματος, τη λιγότερη αναλγητική απαίτηση, την ταχύτερη ανάκαμψη και το μικρότερο κόστος.

Η απόφαση για τη διαδικασία της σαλπινγεκτομής ή τηςσαλπινγοστομίας στην έκτοπη κήση εξακολουθεί να συζητείται:



Αναφέρεται ότι η λαπαροσκοπική σαλπινγγοτομία πρέπει να θεωρείται ως η πρωταρχική θεραπεία κατά τη διαχείριση της σαλπινγικής εγκυμοσύνης παρουσία αντίθετης σαλπινγικής ασθένειας και της επιθυμίας για μελλοντική γονιμότητα. Η λειτουργική νοσηρότητα είναι συγκρίσιμη και για τις δύο διαδικασίες. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος επίμονης ή επαναλαμβανόμενης έκτοπης εγκυμοσύνης κατά το μακροπρόθεσμο χρονικό διάστημα όταν η κύρια χειρουργική επέμβαση είναι η σαλπινγγοστομία. Τέτοιες περιπτώσεις και άλλες περιπτώσεις που αφήνουν υπολείμματα σαλπίγγων μπορεί κάλλιστα να πρέπει να θεωρηθούν ως παρόμοια με τη σαλπινγγοστομία όσον αφορά τον κίνδυνο επανεμφάνισης.

### **2.7.2 Τραχηλική Εξωμήτρια Κύηση**

Μια τραχηλική εγκυμοσύνη είναι μια έκτοπη εγκυμοσύνη που έχει εμφυτευτεί στο τράχηλο της μήτρας. Μια τέτοια εγκυμοσύνη συνήθως ματαιώνεται μέσα στο πρώτο τρίμηνο, ωστόσο, εάν εμφυτευθεί πλησιέστερα στην κοιλότητα της μήτρας - την αυτοαποκαλούμενη κυνο-ισθμική εγκυμοσύνη - μπορεί να συνεχιστεί περισσότερο. Η αφαίρεση του πλακούντα σμια τραχηλική εγκυμοσύνη μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή αιμορραγία.

Οι εγκυμοσύνες που αφορούν τον ισθμό - το τμήμα της μήτρας μεταξύ του τράχηλου και του τοιχώματος - είναι πιο συχνές από τις πραγματικές εγκυμοσύνες του τραχήλου της μήτρας . Ενώ σε πολλές περιπτώσεις η αιτία της μη φυσιολογικής εμφύτευσης παραμένει ασαφής, υπάρχουν στοιχεία που να συνδέουν την ανάπτυξη της τραχηλικής εγκυμοσύνης με όργανα της μήτρας. Οι εγκυμοσύνες του τραχήλου της μήτρας μπορούν να διακριθούν από αυτές τις εγκυμοσύνες που ξεκινούν από εμφύτευση σε ουλές μιας προηγούμενης καισαρικής τομής.

### **Παρουσίαση Παραδείγματος**

Μία 28 χρονη γυναίκα με προηγούμενες δύο κατώτερες τομές με καισαρική τομή, παρουσιάστηκε το θύμα μιας ανώδυνης αιμορραγίας 1 ημέρας μετά από 6 εβδομάδες αμηνόρροιας. Η δοκιμή της εγκυμοσύνης στα ούρα της ανιχνεύθηκε θετική πριν από 2 ημέρες, μετά από την οποία είχε πάρει κάποιο φάρμακο για την πρόκληση της άμβλωσης. Η γενική εξέταση αποκάλυψε σοβαρή ταχυκαρδία και αρτηριακή πίεση 90/60 mmHg. Δεν διαπιστώθηκε ανωμαλία στην εξέταση συστήματος. Η τοπική εξέταση αποκάλυψε ενεργή αιμορραγία από εξωτερικό τραχηλικό οστό. Σε μια ήπια εξέταση, υπήρξε γονιμοποιημένο ωάριο του τραχήλου της μήτρας με ένα παθιασμένο εξωτερικό άξονα. Η διαπολική σάρωση αποκάλυψε κενή κοιλότητα της μήτρας με πάχος ενδομητρίου 8 mm, κλειστό εσωτερικό

άξονα με προϊόν σύλληψης στον τραχηλικό σωλήνα. Τόσο οι ωοθήκες όσο και οι σωλήνες ήταν φυσιολογικές και δεν υπήρχε ελεύθερο υγρό στο σακουλάκι του Douglas. Το επίπεδο -β ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG) ήταν 84.543 mIU / ml εκείνη την χρονική στιγμή. Έγινε προσωρινή διάγνωση της κύησης του τραχήλου της μήτρας. Αναζωπυρώθηκε με ενδοφλέβια μετάγγιση υγρών και αίματος. Η κατάσταση της γυναίκας επιδεινώθηκε σταδιακά εξαιτίας της αδικαιολόγητης αιμορραγίας. Η λαπαροτομή έκτακτης ανάγκης, ακολουθούμενη από ολική κοιλιακή υστερεκτομή, έγινε για να σωθεί η ασθενής. Το δείγμα υστερεκτομής παρουσιάζει αιμορραγικό προϊόν νέκρωσης της σύλληψης που είναι προσκολλημένο στον ενδοτραχηλικό σωλήνα. Η μετεγχειρητική περίοδος ήταν χωρίς προβλήματα καθώς και η αναφορά ιστοπαθολογίας επιβεβαίωσε τη διάγνωση.

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Οι συνήθεις παράγοντες κινδύνου για την εγκυμοσύνη του τραχήλου της μήτρας είναι η προηγούμενη διαστολή και η απόξεση, πριν από καισαρική τομή και γονιμοποίηση. Στην περίπτωση μας η ασθενής είχε ιστορικό δύο προηγούμενων καισαρικών τομών . Το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα είναι η κοιλιακή αιμορραγία μετά από μια περίοδο αμηνόρροιας η οποία είναι συχνά ανώδυνη και μερικές φορές μπορεί να εμφανιστεί μαζική αιμορραγία η οποία μπορεί ακόμη και να απαιτεί υστερεκτομή για να σώσει την ασθενή όπως παρατηρήθηκε σε αυτή τη περίπτωση.

### **2.7.3 Ωοθηκική Εξωμήτρια κύηση**

Η ωοθηκική εγκυμοσύνη αναφέρεται σε έκτοπη εγκυμοσύνη που βρίσκεται στις ωοθήκες. Τυπικά, το κύτταρο αυγού δεν απελευθερώνεται ή λαμβάνεται κατά την ωορρηξία, αλλά γονιμοποιείται εντός των ωοθηκών . Μια τέτοια εγκυμοσύνη συνήθως δεν ξεπερνά τις τέσσερις πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Μια ανεπιθύμητη κύηση των ωοθηκών προκαλεί δυνητικά θανατηφόρα ενδοκοιλιακή αιμορραγία και μπορεί συνεπώς να αποτελέσει επείγουσα ιατρική κατάσταση.

### **Παρουσίαση Παραδείγματος**

Μια 26 χρονη έγινε δεκτή με κατώτερο κοιλιακό πόνο μιας εβδομάδας, δέκα εβδομάδες μετά την τελευταία εμμηνόπαυση. Οι προηγούμενες εμμηνορροϊκοί κύκλοι της ήταν κανονικοί, με μέτρια ροή και χωρίς δυσμηνόρροια. Το ιατρικό ιστορικό της ήταν αρνητικό. Κατά την εξέταση καταγράφηκαν παλμοί 85 / λεπτό, και αρτηριακή πίεση 105 / 70mm Hg. Η αριστερή περιοχή του κόλπου δεν ήταν ορατή, ενώ υπήρχε τρυφερότητα στο

δεξί λαγόνι. Η κοιλιακή εξέταση έδειξε φυσιολογικό μέγεθος της μήτρας και καμία τρυφερότητα της κίνησης του τραχήλου της μήτρας, ενώ αποκαλύφθηκε ο πόνος κατά τη βαθιά ψηλάφηση ης δεξιάς περιοχής. Κατά την έρευνα, η ορμόνη βhCG στον ορό ήταν 11368 mU / L, το Hb% ήταν 10,6 g%. Η υπερηχογραφική υπερηχογραφία έδειξε κενή κοιλότητα της μήτρας και μια υπερεχειοειδής σκιά στη δεξιά ωθήκη καθώς επίσης υγρό παρατηρήθηκε στη σακκούλα του Douglas.

Η λαπαροσκοπική εξερεύνηση αποκάλυψε μια κανονική μήτρα και οι δύο σάλπιγγες κανονικές. Η αριστερή ωθήκη ήταν φυσιολογική, ενώ η δεξιά ωθήκη διευρύνθηκε με αιμορραγία αίματος από την επιφάνεια μίας πορτοκαλί-κόκκινης μάζας. Αίμα στη σακούλα του Ντάγκλας παρατηρήθηκε επίσης.

Η εκτομή της ωθηκικής σφήνας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ψαλιδιών και διπολικής διθεραμίας ρυθμισμένης στα 35W για την πήξη της κλίνης της ωθηκικής κύησης. Η μετεγχειρητική περίοδος ήταν ομαλή και η ασθενής απελευθερώθηκε 2 ημέρες μετά την επέμβαση. Κατά την ιστοπαθολογική εξέταση, παρατηρήθηκε μια δομή με βλεφαρίδες ενσωματωμένη στον ωθηκικό ιστό, η οποία ήταν επιβεβαιωτική για την πρωτογενή κύηση των ωθηκών.

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Τα σημεία και τα συμπτώματα της εγκυμοσύνης των ωθηκών μπορούν να εντοπιστούν άμεσα. Πρέπει ωστόσο να λαμβάνεται υπόψη μια διαφορική διάγνωση με την εγκυμοσύνη των σαλπίγγων. Με τη βελτίωση των υπερηχογραφικών δεξιοτήτων και οργάνων, ειδικά με τη χρήση του κοιλιακού καθετήρα, μπορεί να διαγνωστεί προεγχειρητικά μια ωθηκική κύηση. Ορισμένα κριτήρια είναι πολύ ενδεικτικά για τον υπερηχογραφικό εντοπισμό της κύησης των ωθηκών: ένας ευρύς ηχογενής δακτύλιος με μια εσωτερική ηχομονωτική περιοχή στην επιφάνεια των ωθηκών. την παρουσία φλοιού των ωθηκών, συμπεριλαμβανομένου του ωχρού σωματίου ή των ωθυλακίων γύρω από τη μάζα και η ηχογένεια του δακτυλίου είναι συνήθως μεγαλύτερη από εκείνη των ίδιων των ωθηκών. Ο τρισδιάστατος υπερηχογράφος (3D) φαίνεται να κάνει τη διαφορά στη διαφορική διάγνωση με κύστη ωχρού σωματίου ή αιμορραγική κύστη-γονιμοποιημένου ωαρίου όπως αναφέρεται σε αυτή τη περίπτωση.

Τα κριτήρια του Spigelberg χρησιμοποιούνται ιστορικά για ενδοεγχειρητική διάγνωση: ο ακρωτηριασμένος σαλπιγγικός σωλήνας στην πληγείσα πλευρά, ο εμβρυϊκός σάκος πρέπει να καταλαμβάνει τη θέση της ωθήκης στην πληγείσα πλευρά.

### **Κριτήρια του Spigelberg:**

Τέσσερα κριτήρια για τη διαφοροποίηση των ωοθηκών από άλλες εξωμήτριες εγκυμοσύνες:

- Ο σάκος κύησης βρίσκεται στην περιοχή των ωοθηκών.
- Η έκτοπη εγκυμοσύνη συνδέεται με τη μήτρα από τον ωοθηκικό σύνδεσμο.
- Ο ωοθηκικός ιστός στον τοίχο του κυλινδρικού σάκου αποδεικνύεται ιστολογικά.
- Ο σωλήνας στην εμπλεκόμενη πλευρά είναι άθικτος.

Ωστόσο, επειδή η κύηση των ωοθηκών διαγιγνώσκεται σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης όταν η χειρουργική θεραπεία αντιπροσωπεύει το χρυσό πρότυπο, η λαπαροσκοπία με συντηρητική θεραπεία ενδείκνυται όλο και περισσότερο.

Αρκετές χειρουργικές τεχνικές έχουν περιγραφεί: εκτομή ωοθηκικής σκνιάς για εγκυμοσύνη ωοθηκών, κυκλίωση ωοθηκών εγκυμοσύνης, κυστεκτομή κορτιού ωχρού για την τροφοβλάστη, θρόμβωση τροφοβλάστη με πήξη ή αιμοστατική ραφή της κλίνης ωοθηκικής κύησης με πλήρη διατήρηση της ωοθήκης. Σε σπάνιες περιπτώσεις, λόγω της προχωρημένης ανάπτυξης της εγκυμοσύνης, μπορεί να είναι απαραίτητη η ωοθηκεκτομή και η ωοθηκεκτομή.

#### **2.7.4 Κοιλιακή Εξωμήτρια Κύηση**

Η πρωτοπαθής περιτοναϊκή (κοιλιακή) εγκυμοσύνη είναι η πιο σπάνια μορφή της έκτοπης εγκυμοσύνης αλλά και η πιο επικίνδυνη για την υγεία της ασθενούς, ιδιαιτέρως σε προχωρημένο στάδιο. Η πλέον συχνή μορφή της, η δευτεροπαθής περιτοναϊκή εγκυμοσύνη, δημιουργείται κυρίως μετά από πρωτοπαθή εμφύτευσή της στη σάλπιγγα και εγκατάστασή της στην περιτοναϊκή κοιλότητα, μετά από ωαγωγική έκτρωση ή ρήξη της σάλπιγγας.

Για να έχουμε τα πλέον ασφαλή αποτελέσματα από τη θεραπεία, η διάγνωση πρέπει να γίνεται στην αρχή της κύησης και η αντιμετώπιση να είναι η ενδεικνυόμενη σε σχέση με τη γενική κατάσταση της ασθενούς και το στάδιο της εγκυμοσύνης.

#### **Παρουσίαση Παραδείγματος**

Περιγράφουμε μία περίπτωση πρωτοπαθούς περιτοναϊκής εγκυμοσύνης πρώτου τριμήνου σε γυναίκα ηλικίας 35 ετών, άτοκο. Η ασθενής προσήλθε με ύποπτη κλινική σημειολογία έκτοπης εγκυμοσύνης. Το κύημα ήταν εμφυτευμένο στην οπίσθια επιφάνεια της μήτρας, πλησίον της πρόσφυσης του αριστερού ιερομητρικού συνδέσμου και επρόκειτο περί παλινδρόμου κύησης, όπως αποδείχθηκε ιστολογικά. Η λαπαροσκοπική χειρουργική θεωρήθηκε ως η ενδεικνυόμενη θεραπευτική αγωγή για την γυναίκα.

Επρόκειτο για ασθενή ηλικίας 35 ετών, έγγαμο από 6μήνου και άτοκο, χωρίς αυτόματη ή τεχνητή έκτρωση. Η ασθενής διακομίστηκε στη Χειρουργική Κλινική λόγω θετικού test εγκυμοσύνης (7500 mIU/ml B-HCG). Είχε εισαχθεί στο Νοσοκομείο για άλγος στην κατώτερη κοιλιακή χώρα μετά τη σεξουαλική επαφή. Από το ιστορικό η ασθενής αναφέρει σταθερό εμμηνορρυσιακό κύκλο 26-28 ημερών, μέσης διάρκειας 5 ημερών, με μικρή απώλεια αίματος. Η τελευταία κανονική έμμηνος ρύση ήταν στις 15.11.2001, αντιστοιχούσε δηλαδή σε κύηση 9 εβδομάδων. Στις 13.12.2002 εμφάνισε μητρορραγία παρόμοια με την κανονική της περίοδο. Για τον λόγο αυτό δεν γνώριζε την ύπαρξη της εγκυμοσύνης. Η ασθενής δεν είχε ιστορικό εξαρτηματικής νόσου, γυναικολογικής εγχείρησης, χρήσης αντισυλληπτικών δισκίων. Ως αντισύλληψη χρησιμοποιούσε είτε τη μέθοδο της διακεκομμένης συνουσίας είτε προφυλακτικό.

Κατά την εισαγωγή της στο Μαιευτήριο η γενική κατάσταση ήταν καλή (σφύξεις 74/min, Α.Π. 105/70 mmHg και θερμοκρασία 36,8°C). Η κοιλία ήταν ανώδυνη κατά την ψηλάφηση, ενώ στη γυναικολογική εξέταση δεν ανευρέθη ψηλαφητή μάζα στα εξαρτήματα, εκτός μιας μικρής ευαισθησίας στο δουλγάσειο χώρο.

Στο κοιλιακό υπερηχογράφημα αναδεικνύεται ακαθόριστος σάκος με υποηχογενή στοιχεία περίξ και εντός αυτού, μέσης διαμέτρου 20 χιλ. Η θέση του προσδιορίζεται επί τα εντός της αριστερής ωοθήκης, προς την οπίσθια επιφάνεια της μήτρας. Επίσης, η μήτρα ήταν κενή περιεχομένου και αναγνωρίστηκαν πήγματα αίματος στο δουλγάσειο χώρο, ενώ δεν φάνηκε μάζα στα εξαρτήματα της μήτρας. Ο Ht ήταν 37% , η Hb 12,3 g/dl και το ινωδογόνο 320mg/dl.

Ετέθη η διάγνωση της έκτοπης κύησης και μετά τις απαραίτητες συμπληρωματικές εξετάσεις έγινε χειρουργική λαπαροσκόπηση υπό γενική νάρκωση. Στη διάρκειά της ανευρέθησαν στην περιτοναϊκή κοιλότητα αίμα και πήγματα σκοτεινού χρώματος, σε ποσότητα 400 ml περίπου. Κατά την εξαίρεση - αναρρόφησή τους διαπιστώθηκε περί τη θέση του σάκου του υπερηχογραφήματος μια κυστική μάζα μέσης διαμέτρου 25 χιλ. περίπου, εμφυτευμένη (εγκατεστημένη) στην οπίσθια επιφάνεια της μήτρας, πλησίον της πρόσφυσης του αριστερού ιερομητρικού συνδέσμου και ένα μικρό ινομύωμα στο αριστερό κέρασ της μήτρας. Επίσης, η μήτρα ήταν λίγο μεγαλύτερη του φυσιολογικού, οι σάλπιγγες φυσιολογικές σε μέγεθος και σε σχήμα, με ελεύθερα τα κωδωνικά τους άκρα και οι ωοθήκες επίσης φυσιολογικές σε μέγεθος και σε σχήμα.

Η κυστική μάζα εξαιρέθηκε πλήρως. Κατά την εξαίρεσή της, σε τμήματα, διακρίνονται εμβρυϊκά στοιχεία, τα οποία αργότερα επιβεβαιώθηκαν ιστολογικά ως στοιχεία παλινδρόμου κύησης. Η μικρή αιμορραγία που προκλήθηκε ελέγχθηκε με

ηλεκτροκαυτηρίαση. Το ινομάτωμα εξαιρέθηκε επίσης με ηλεκτροκαυτηρίαση. Δεν υπήρξαν ευρήματα προηγούμενης πυελικής φλεγμονής, ούτε κάποια σημεία υπαινικτικά μητροπεριτοναϊκού συριγγίου ή ενδομητριώσεως. Χορηγήθηκε αντιβίωση (Rocerphin 2 g. I.V.), ενώ δεν χρειάστηκε μετάγγιση αίματος.

Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και η ασθενής μετά από τρεις ημέρες εξήλθε του μαιευτηρίου, με Ht 34,5%, Hb 11,3g/dl, B-HCG 1500 mIU/ml και ηχογράμμα φυσιολογικό (μήτρα κενή, εξαρτήματα ελεύθερα και ελάχιστη ποσότητα ελεύθερου υγρού στο δουλάσειο χώρο). Κατά την επανεξέταση στις 24.01.2002 η γενική κατάσταση της ασθενούς ήταν καλή, η γυναικολογική εξέταση χωρίς ευρήματα και μία νέα B-HCG ήταν 540 mIU/ml.

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Η κοιλιακή εγκυμοσύνη ταξινομείται σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή. Η αυθεντικότητα όμως της πρωτοπαθούς κοιλιακής εμφύτευσης ενός γονιμοποιημένου ωαρίου στην περιτοναϊκή κοιλότητα είναι πολύ δύσκολο να αποδειχθεί. Και τούτο, διότι οι περισσότερες περιπτώσεις κοιλιακής εγκυμοσύνης είναι δευτεροπαθείς, μετά την πρωτοπαθή εμφύτευση στη σάλπιγγα, και προέρχονται είτε από πρόιμη ρήξη της σάλπιγγας, είτε από ωαγωγική έκτρωση με δευτεροπαθή εγκατάσταση της κήσεως στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Η κοιλιακή εγκυμοσύνη δυνατόν να εξελιχθεί κανονικά, όταν η θέση της εμφύτευσης προμηθεύει με αρκετό αίμα τον πλακούντα, ενώ ένας από τους κύριους παράγοντες της βιωσιμότητας του νεογνού είναι το άρρηκτο θυλάκιο. Σε ρήξη του θυλακίου, το νεογνό συνήθως πεθαίνει από αναπνευστική ανεπάρκεια. Στην κοιλιακή εγκυμοσύνη παρατηρείται αυξημένο ποσοστό ανωμαλιών του εμβρύου, που πιστεύεται ότι οφείλεται στο περιβάλλον του έξω από τη μήτρα, αλλά και στο ολιγοϋδράμνιο που συχνά την συνοδεύει.

Η έγκαιρη διάγνωση της κοιλιακής εγκυμοσύνης είναι πρωταρχικής σημασίας, για να αποφευχθεί η πιθανότητα καταστροφικής αιμορραγίας από την πιθανή αποκόλληση του πλακούντα. Το συχνότερο σύμπτωμά της είναι το ανεξήγητο άλγος της κοιλίας, ενώ στο πρώτο και νωρίς στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης η συμπτωματολογία προσομοιάζει με τη σαλπιγγική ρήξη ή την έκτρωση.

### **2.7.5 Διάμεση Εντόπιση Εξωμήτριας Κήσης**

Η διάμεση κήση αποτελεί μια σπάνια εντόπιση εξωμήτριας κήσης, στην οποία η εμφύτευση του κήματος γίνεται στο διάμεσο τμήμα της σάλπιγγας. Το διάμεσο τμήμα έχει μήκος περίπου 1-2 εκατοστά και πλάτος 0,7 εκατοστά, βρίσκεται δε μέσα στο τοίχωμα της

μήτρας προς την πλάγια γωνία του πυθμένα της. Οι διάμεσες κυήσεις αποτελούν το 2 έως 4% των έκτοπων κυήσεων. Εξαιτίας της σπανιότητάς της, ελάχιστες αναφορές έχουν σημειωθεί.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

#### 3.1 Τρόποι Διάγνωσης μιας έκτοπης κύησης

##### Υπερηχογραφική Διάγνωση

Η υπερηχογραφική διάγνωση εκτόπου κύησης είναι δυνατόν να γίνει κατά την πρώτη εκτίμηση με κοιλικό υπερηχογράφημα. Διαφορετικά, το αρχικό υπερηχογράφημα αδυνατεί να διαγνώσει έκτοπη κύηση και η διάγνωση γίνεται σε επόμενο υπερηχογράφημα. Οι γυναίκες αυτές, χωρίς εικόνα ενδομήτριας ή έκτοπης κύησης κατά τον αρχικό υπερηχογραφικό έλεγχο, πρέπει να ταξινομούνται σε ομάδα κύησης αγνώστου θέσης και θα παρακολουθούνται μέχρι να καθοριστεί η τελική διάγνωση, δηλαδή ενδομήτρια κύηση ή έκτοπης.

##### Μέτρηση ορμόνης β- χοριακής γονιδοτροπίνης

Κατά την μέτρηση, υπολογίζονται τα επίπεδα της ορμόνης HCG σε ένα δείγμα αίματος. Ένας επαγγελματίας της υγείας παίρνει ένα δείγμα αίματος. Μετά την επεξεργασία του δείγματος αίματος στο εργαστήριο, τα αποτελέσματα αποστέλλονται στον γιατρό, ο οποίος θα συζητήσει μαζί σου τα αποτελέσματα της δοκιμής. Δεν υπάρχει κάποια ιδιαίτερη προετοιμασία για την εξέταση.

Χαμηλότερα από τα κανονικά επίπεδα HCG μπορεί να σημαίνουν:

- εσφαλμένο υπολογισμό της έναρξης της εγκυμοσύνης
- πιθανή αποβολή
- έκτοπη κύηση

Υψηλότερα από τα φυσιολογικά επίπεδα HCG μπορεί να σημαίνουν:

- εσφαλμένο υπολογισμό της έναρξης εγκυμοσύνης
- μύλη κύηση
- πολλαπλή κύηση

##### Κλινική Εξέταση

Κατά την ψηλάφηση της κοιλίας, αυτή εμφανίζει ευαισθησία με ή όχι αναπηδώσα ευαισθησία. Στην αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση την ώρα της ρήξεως δεν υπάρχουν



σημαντικές πληροφορίες εκτός από την ανευρισκόμενη στο 50% των περιπτώσεων ψηλαφητή μάζα στο σύστοιχο εξάρτημα με την έκτοπη κύηση και σύγχρονη ευαισθησία αυτού, χωρίς ωστόσο να αποκλείεται αυτή η διόγκωση να αφορά σε ωχρό σωματίο και όχι σε έκτοπο κύηση. Σε περίπτωση περιωαγωγικής αιματοκήλης πιθανό είναι να ψηλαφηθεί σπογγώδης μάζα που σχηματίστηκε από το κύημα που αποβλήθηκε από το κωδωνικό στόμιο και που ανευρίσκεται στον οπίσθιο δουλγάσειο χώρο μαζί με πύγματα αίματος και περιτοναϊκό εξιδρωματικό υγρό. Με τη ρήξη της σάλπιγγας και την επακόλουθη εσωτερική αιμορραγία η ασθενής εκδηλώνει σημεία καταπληξίας με ταχυσφυγμία, πτώση της αρτηριακής πίεσης, απουσία εντερικών ήχων, αναπηδώσα ευαισθησία και διάταση της κοιλίας.

### **Προσδιορισμός Προγεστερόνης**

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

### **Λαπαροσκόπηση**

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

A. Βέβαιη διάγνωση στις περισσότερες περιπτώσεις (μόνο ένα ποσοστό 3-4% ενδέχεται να διαφύγει της διάγνωσης).

B. Μπορεί να αφαιρεθεί η έκτοπη μάζα στον ίδιο χρόνο, ενώ

Γ. μπορούν να εγχυθούν χημειοθεραπευτικοί παράγοντες μέσα στην έκτοπη μάζα.

Δ. Αποφεύγονται οι επιπλοκές της γενικής αναισθησίας και της κοιλιακής επέμβασης.

Σε ό,τι αφορά τα λαπαροσκοπικά χαρακτηριστικά ευρήματα στην έκτοπη κύηση, αυτά είναι η διόγκωση της σύστοιχης σάλπιγγας, η αλλοίωση της αρχιτεκτονικής της μαζί με την εμφάνιση ωχρόφαιης χροιάς της, ενώ σε ρήξη της θα προβάλλουν αιματοπήγματα και ενεργώς αιμορραγούντα αγγεία. Εάν η έκτοπη κύηση εντοπίζεται σε άλλο μέρος εκτός της σάλπιγγας, τότε ενδέχεται να εμφανίζεται ανώμαλη διόγκωση προσκολλημένη στην ωοθήκη ή στο περιτόναιο.

## Απόξεση Μήτρας

Η διαφοροδιάγνωση της παλίνδρομου ενδομήτριας κύησης από την έκτοπη καθίσταται δύσκολη πολλές φορές στις πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης με την απόξεση μήτρας.

Ο Stovall και συνεργάτες (1992) συνέστησαν απόξεση μήτρας για την παραπάνω διαφοροδιάγνωση, όταν η συγκέντρωση προγεστερόνης είναι κάτω από 5 mg/ml, τα επίπεδα της β- hCG αυξάνονται πέραν του φυσιολογικού αλλά όχι πάνω από 2000mIU/ml και δεν ανευρίσκεται ενδομήτρια κύηση με το διακολπικό υπερηχογράφημα.

Αν αναγνωριστεί έμβρυο ή πλακούντας, τότε η διάγνωση είναι εμφανής. Εάν δεν διαγνωστεί κάτι, τότε η έκτοπη κύηση θεωρείται πιθανή και απαιτείται περαιτέρω έλεγχος με ποσοτικό προσδιορισμό της β- hCG και υπερηχοτομογραφικό έλεγχο. Σε κάθε περίπτωση διενέργειας απόξεσης, το υλικό θα πρέπει να αποστέλεται προσταχεία βιοψία για τη διαπίστωση λαχνών ή μη σε αυτό ή εικόνας Arias- Stella, δηλαδή εντοπισμένης υπερπλασίας των αδένων του ενδομητρίου και υπερέκκρισης αυτών. Το παραπάνω ωστόσο εύρημα δεν είναι ειδικό για την έκτοπη κύηση, καθώς ανευρίσκεται και σε φυσιολογική ενδομήτρια κύηση.

Η έκτοπη εγκυμοσύνη συνήθως αναγνωρίζεται κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Η συνηθέστερη ηλικία κύησης κατά τη διάγνωση είναι 6 έως 10 εβδομάδες. Η έκτοπη εγκυμοσύνη έχει περίπου την ίδια συχνότητα σε ένα ευρύ φάσμα μητρικής ηλικίας και εθνοτικής καταγωγής. Ωστόσο, περισσότερες από τις μισές εξωμήτριες εγκυμοσύνες εντοπίζονται σε γυναίκες χωρίς γνωστές παράγοντες κινδύνου. Τα φυσικά ευρήματα εξαρτώνται από το αν έχει συμβεί θραύση του σκελετού. Οι γυναίκες με ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία παρουσιάζουν σημαντικό κοιλιακό άλγος και ευαισθησία, μαζί με διάφορους βαθμούς αιμοδυναμικής αστάθειας. Ωστόσο, οι γυναίκες χωρίς ρήξη μπορούν επίσης να παρουσιάσουν πυελικό πόνο ή κοιλιακή αιμορραγία ή και τα δύο. Αρκετοί ερευνητές έχουν μετρήσει την προβλεπτική αξία συγκεκριμένων παραγόντων κινδύνου και φυσικών ευρημάτων μόνα τους ή σε συνδυασμό: κανένας συνδυασμός δεν είναι σωστός και συνεπής εκτός από την έκτοπη εγκυμοσύνη.<sup>8,9,21</sup> Δεδομένης της μεγάλης επικράτησης της έκτοπης εγκυμοσύνης μεταξύ των εγκύων γυναικών που παρουσιάζονται σε τμήματα έκτακτης ανάγκης, περαιτέρω έρευνα είναι συνετή για όλους τους ασθενείς που παρουσιάζουν αιμορραγία ή πόνο κατά το πρώτο τρίμηνο.

## **3.2 Θεραπεία έκτοπης κύησης**

### **3.2.1 Λαπαροσκοπική Διαδικασία**

Η λαπαροσκόπηση γίνεται υπό γενική αναισθησία. Μια μικρή τομή (μήκους περίπου 1 εκατοστό) γίνεται στην περιοχή του ομφαλού και η κοιλότητα της κοιλίας «φουσκώνει» με αέριο (διοξείδιο του άνθρακα). Αυτό απομακρύνει το κοιλιακό τοίχωμα από τα εσωτερικά όργανα και δίνει στον χειρουργό καλύτερη εικόνα. Το λαπαροσκόπιο, συνδεδεμένο με την κάμερα και το φως εισέρχονται στη κοιλία. Δύο ή τρεις μικρότερες τομές (μισό εκατοστό συνήθως) γίνονται επιπλέον από όπου γίνεται εισαγωγή πρόσθετων εργαλείων, που βοηθούν στην αφαίρεση του έκτοπθ κυήματος.. Η κάμερα δίνει την δυνατότητα καταγραφής της επέμβασης (πάντα ένα αντίγραφο παραδίδεται στην ασθενή). Κατά την διάρκεια της επέμβασης ο χειρουργός εξετάζει τα εσωτερικά γυναικολογικά και κοιλιακά όργανα. Ελέγχει την μήτρα, τις σάλπιγγες και τις ωθήκες για ενδομητρίωση, κύστεις, συμφύσεις, ινομώματα.

Προβλήματα που μπορούν να προκύψουν:

#### **Πόνος στον ώμο**

Ένα από τα ενοχλητικά συμπτώματα μετά την λαπαροσκόπηση είναι ο πόνος στον ώμο. Οφείλεται στη παγίδευση αερίου (διοξείδιο του άνθρακα) κάτω από το διάφραγμα. Ζητήστε επιπλέον παυσίπονα, κινηθείτε, σηκώστε τον θώρακα σε υψηλότερη θέση όταν ξαπλώνετε. Θερμά επιθέματα στο σημείο του πόνου βοηθούν. Μην ανησυχείτε, ο πόνος υποχωρεί σύντομα.

#### **Ναυτία**

Οι περισσότεροι νιώθουν κάποιου βαθμού ναυτία μετά την λαπαροσκόπηση. Υπάρχουν πολλά φάρμακα για να αντιμετωπιστεί αυτό. Εάν αισθανθείτε ενόχληση μιλήστε στον ιατρό σας, τον αναισθησιολόγο ή το νοσηλευτικό προσωπικό. Κάποιες ανακαλύπτουν ότι τα συμπτώματα υποχωρούν όταν ξαπλώνουν εντελώς οριζοντίως.

#### **Ερεθισμός της ουρήθρας**

Η τοποθέτηση του καθετήρα στην ουροδόχο κύστη μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό στην ουρήθρα. Αν δεν υποχωρήσει σύντομα μέτρα ανακούφισης περιλαμβάνουν την κατανάλωση πολλών υγρών, την αποφυγή χρήσης σαπουνιών στην περιοχή και τη χρήση μωρομάντηλων αντί για χαρτί υγείας. Εάν ο ερεθισμός επιμένει για περισσότερες ημέρες,

γίνει επώδυνος ή παρουσιαστεί αίμα στην ούρηση επικοινωνήστε με τον ιατρό σας. Μπορεί να έχει αναπτυχθεί ουρολοίμωξη οπότε χρειάζεστε αντιβιοτική θεραπεία.

### **Χρόνος ανάνηψης**

Για τις πρώτες 2-3 ημέρες μετά την λαπαροσκόπηση οι περισσότερες γυναίκες αισθάνονται κούραση και καταβολή. Είναι σημαντικό, αυτές τις ημέρες, να υπάρχει βοήθεια από την οικογένεια στις καθημερινές εργασίες.

### **3.2.2 Λαπαροτομία - Χειρουργική επέμβαση**

Η λαπαροτομία, δηλαδή η διάνοιξη της κοιλιάς, βρίσκει σήμερα περιορισμένη εφαρμογή στην αντιμετώπιση της εξωμήτριου κύησης. Η μέθοδος αυτή ακολουθείται σε κάποιες περιπτώσεις ρήξης της εξωμήτριου κύησης, η οποία ακολουθείται από ακατάσχετη και μη ελεγχόμενη ενδοκοιλιακή αιμορραγία, οπότε και η ζωή της ασθενούς τίθεται σε άμεσο κίνδυνο. Λαπαροτομία μπορεί να γίνει άλλωστε και σε μερικές περιπτώσεις κοιλιακής εξωμήτριου κύησης, η οποία έχει μεγαλώσει πολύ. Τα σύγχρονα όμως διαγνωστικά μέσα μας επιτρέπουν συνήθως να εντοπίσουμε ακόμα και τη σπάνια εξωμήτριο κύηση σε σχετικά αρχόμενο στάδιο, οπότε και είναι εφικτή η λαπαροσκοπική αντιμετώπισή της.

### **3.2.3 Φαρμακευτική θεραπεία -Χορήγηση Μεθοτρεξάτης**

#### **Τι είναι η Μεθοτρεξάτη;**

Είναι από την οικογένεια των κυτταροτοξικών (χημειοθεραπευτικών) φαρμάκων και χρησιμοποιείται για έναν αριθμό συνθηκών π.χ. αρθρίτιδα, καρκίνο κλπ.

Αν και πρόκειται για φάρμακο χημειοθεραπείας, συνιστάται για την αρχή της εγκυμοσύνης χρησιμοποιούμενη σε πολύ μικρές δόσεις. Η έγχυση λειτουργεί καταστρέφοντας γρήγορα αναπτυσσόμενα κύτταρα (σταμάτημα των κυττάρων της εγκυμοσύνης) οδηγώντας στην απορρόφηση της εγκυμοσύνης. Σε ορισμένες περιπτώσεις ανάλογα με τον τρόπο που το σώμα σας ανταποκρίνεται στη θεραπεία που έχετε απαιτούν δεύτερη δόση.

#### **Πλεονεκτήματα χρήσης Μεθοτρεξάτης**

Μεγάλο ποσοστό θεραπευτικής επιτυχίας σε πρόωρες έκτοπες κύσεις.

- Αποφυγή χειρουργικής - επίπονης διαδικασίας.
- Αποφυγή αναισθησίας.
- Δεν προτείνεται η παραμονή στο νοσοκομείο.

## **Μειονεκτήματα χρήσης Μεθοτρεξάτης**

Μπορεί η χορήγησή της να κατασταθεί χρονοβόρα, σε μη ανταπόκριση της πρώτης δόσης.

- ✓ Παρατηρείται εθισμός στη χρήση της.
- ✓ Μπορεί να υπάρξουν κάποιες ήπιες ανωμαλίες στις ηπατικές λειτουργίες.
- ✓ Επαναλαμβανόμενες επισκέψεις στο νοσοκομείο για αιματολογικές εξετάσεις.
- ✓ Αναμονή τουλάχιστον 3 μηνών μέχρι την επόμενη προσπάθεια εγκυμοσύνης.

## **Μεθοτρεξάτη σε συνδυασμό με Αλκοόλ**

Γιατί πρέπει να αποφεύγω το αλκοόλ;

Το ήπαρ μεταβολίζει (ταξινομεί) τοξικά (ισχυρά) φάρμακα, τα οποία περιλαμβάνει αλκοόλ. Το ήπαρ θα εργαστεί ήδη σκληρά, γι αυτό είναι σημαντικό να κάνουμε τη δουλειά του όσο το δυνατόν πιο εύκολη, ειδικά όπως το φάρμακο μεθοτρεξάτη χρειάζεται το συκώτι για να λειτουργήσει καλά.

Είναι σημαντικό να αποφεύγετε το αλκοόλ για τουλάχιστον 7 ημέρες, από το σημείο στο οποίο θα ελεγχθεί η λειτουργία του ήπατος. Ωστόσο, καθώς η μεθοτρεξάτη έχει βρεθεί στο ήπαρ για έως και 100 ημέρες μετά από τη θεραπεία, κάποια έρευνα δείχνει ότι είναι λογικό να αποφεύγεται το αλκοόλ έως ότου αποβληθεί εντελώς από τον οργανισμό της γυναίκας.

Ωστόσο:

Η μεθοτρεξάτη αποτελεί την καλύτερη επιλογή για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της εξωμήτριας κύησης. Η χορήγηση μιας μόνο δόσης 50mg/m<sup>2</sup> ενδομυϊκά οδηγεί στην απορρόφηση του 92% των έκτοπων κύσεων, με επακόλουθη υποτροπή έκτοπης κύησης στο 9% και επακόλουθης ενδομήτριας κύησης στο 58% των περιπτώσεων.

Παρενέργειες (2% των περιπτώσεων):

- ✓ άλγος κοιλιακό και κολπική αιμόρροια
- ✓ στοματίτιδα
- ✓ αλωπεκία
- ✓ αιματοσάλπιγγα -> πολύ σπάνια
- ✓ πνευμονίτιδα, σήψη -> πολύ σπάνια
- ✓ ουδετεροπενία -> πολύ σπάνια

Ενδείξεις:

- ✓ απουσία θετικής καρδιακής λειτουργίας στην έκτοπη κύηση
- ✓ εξαρτηματική μάζα < 4 cm
- ✓ β-hCG < 10.000 iu/l
- ✓ απουσία έντονων κλινικών συμπτωμάτων, αιμοδυναμικά σταθερή ασθενής

Αντενδείξεις:

- ✓ εξαρτηματική μάζα > 4cm
- ✓ β-hCG > 10.000 iu/l
- ✓ θετική καρδιακή λειτουργία της έκτοπης κύησης
- ✓ ασθενής αιμοδυναμικά ασταθής ή με έντονη κλινική συμπτωματολογία
- ✓ λοίμωξη
- ✓ αναιμία, ουδετεροπενία, λευκοπενία, θρομβοκυτταροπενία
- ✓ νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια
- ✓ έλκος στομάχου, δωδεκαδακτύλου ή κολίτιδα

Πρέπει να τονισθεί πως εάν χορηγηθεί μεθοτρεξάτη δεν πρέπει να συγχρηγηθούν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Δεν χρειάζεται να χορηγηθεί anti-D ανοσοσφαιρίνη σε Rhesus (-) γυναίκες πριν ή μετά τη χορήγηση μεθοτρεξάτης. Πρέπει να ελεγχθούν το ύψος και το βάρος της ασθενούς, η γενική αίματος, οι ηλεκτρολύτες, τα ηπατικά ένζυμα και να γίνει διασταύρωση αίματος. 2-4 ημέρες μετά τη χορήγηση μπορεί να υπάρξει κοιλιακό άλγος και κολπική αιμόρροια.

### 3.2.4 Χορήγηση Μισοπροστόλης

Η μισοπροστόλη είναι προσταγλανδίνη E1 η οποία χρησιμοποιείται για την πρόληψη του έλκους στομάχου κατά τη χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων από το 1980. Τα τελευταία χρόνια βρέθηκε ότι έχει ισχυρές μητροσυσπαστικές ιδιότητες, οι οποίες, σε συνδυασμό με το χαμηλό κόστος και τη διατήρηση εκτός ψυγείου, την καθιστά ιδιαίτερα ελκυστική στις ενδείξεις χορήγησης προσταγλανδινών στη Μαιευτική και Γυναικολογία. Αν και η εταιρεία που την παράγει δεν συναινεί σε αυτή τη χρήση και δεν έχει εγκριθεί επίσημα η χρήση της, η εμπειρία είναι αρκετή για τη χορήγηση της σε φαρμακευτική διακοπή κύσεως πρώτου τριμήνου και προετοιμασία του τραχήλου πριν τη χειρουργική διακοπή. Σε διακοπή δευτέρου τρίμηνου είναι πιο αποτελεσματική και πιο εύκολη στη χορήγηση από τις υπάρχουσες προσταγλανδίνες. Στην πρόκληση τοκετού στο τρίτο τρίμηνο με ζωντανό έμβρυο φαίνεται ότι είναι πιο αποτελεσματική από τις υπάρχουσες προσταγλανδίνες και

ελαττώνει τη συχνότητα καισαρικής τομής για αποτυχημένη πρόκληση. Υπάρχουν όμως επιφυλάξεις γιατί προκαλεί πιο συχνά υπερτονία, συχνές ωδίνες (ταχυσυστολία) και κεχρωσμένο ενάμνιο. Αυτές οι αλλαγές δεν αντανακλούν στη συχνότητα καισαρικής τομής για εμβρυική δυσφορία ή σε αυξημένη νοσηρότητα των νεογνών. Επειδή δεν μπορούν να αποκλειστούν σπάνιες αλλά σημαντικές επιπλοκές στη μητέρα ή στο νεογνό και επειδή δεν έχει βρεθεί ακόμη η ιδανική δόση για τη διέγερση της μήτρας δε συνιστάται η χορήγηση της έξω από ερευνητικούς σκοπούς. Αντενδείκνυται η χορήγηση της σε πρόκληση τοκετού μετά καισαρική τομή. Φαίνεται ότι μπορεί να αντικαταστήσει την προληπτική χορήγηση οξυτοκίνης στην υστεροτοκία, όταν αυτή δεν είναι διαθέσιμη, και να έχει θέση στην αντιμετώπιση της ατονίας της μήτρας. Η χορήγηση της πριν από διαστολή του τραχήλου σε επεμβάσεις εκτός εγκυμοσύνης (διαγνωστική απόξεση, υστεροσκόπηση) πιθανόν να διευκολύνει τις επεμβάσεις, τουλάχιστον σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΚΤΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

#### 4.1 Συναισθηματική επίδραση στη γυναίκα

Τα συναισθήματα που δημιουργεί η αποβολή εμβρύου είναι πολλά και ανάμεικτα. Φυσικά οι περισσότερες γυναίκες βιώνουν στην αρχή ένα συναισθηματικό μούδιασμα λόγω της άρνησης να αποδεχτούν αυτό που συνέβη. Ακολουθεί η έντονη θλίψη, ο θυμός, η ενοχή, η μελαγχολία και αρκετές φορές η κατάθλιψη. Είναι απόλυτα φυσιολογικό μια γυναίκα που είναι έγκυος και αρχίζει να δένεται με το έμβρυο που κυοφορεί να θυμώνει στο άκουσμα της εξωμητριας κύησης και φυσικά να της είναι απίθανο να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση. Είναι επίσης φυσικό και ο άνδρας να υποφέρει σιωπηλά και να θλίβεται από την απώλεια του εμβρύου και την αντίδραση της συντρόφου του, αλλά για τη γυναίκα τα πράγματα είναι σαφώς πιο δύσκολα. Συχνά οι γυναίκες που τους ανακοινώνεται η εξωμήτρια εγκυμοσύνη τους σωματοποιούν τον ψυχικό τους πόνο εκδηλώνοντας ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως αϋπνία, ευσυγκινησία, και έλλειψη διάθεσης, δύσπνοια, ζάλη, μούδιασμα κτλ. Επιπλέον οι ορμονικές αλλαγές που έπονται καθιστούν τις συναισθηματικές και σωματικές αντιδράσεις της γυναίκας ακόμα πιο έντονες.

Την περίοδο που τα επίπεδα της hCG είναι ακόμη αυξημένα στον οργανισμό της γυναίκας και έρχονται στην επιφάνεια οι πρώτες ενδείξεις εξωμήτριας κύησης, προκαλώντας στη γυναίκα ανάμεικτα συναισθήματα.

Η γυναίκα αρχικά νιώθει μπερδεμένη καθώς το χρονικό διάστημα μεταξύ του θετικού τεστ εγκυμοσύνης και μιας επιβεβαιωμένης εξωμήτριας εγκυμοσύνης είναι πολύ σύντομο και προκαλεί σύγχυση. Αρχικά ακόμη «αισθάνεται έγκυος», λόγω των αυξημένων επιπέδων της ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης –Hcg- που μπορεί να διαρκέσει αρκετές εβδομάδες.

Όταν τα επίπεδα της Hcg μειωθούν και επιβεβαιωθεί ο τερματισμός της εγκυμοσύνης το κύριο συναίσθημα που έρχεται αντιμέτωπη η γυναίκα είναι αυτό του φόβου, του θυμού, της θλίψης, της ενοχής ακόμη και του πανικού. Μπορεί να αισθανθούν ευάλωτες, ο κόσμος μπορεί να φαίνεται απειλητικός και το μέλλον αβέβαιο.

Ο ύπνος διαταράσσεται και συχνά βλέπουν ακόμα και εφιάλτες που τις οδηγούν στο να ξυπνούν πανικόβλητες, ενώ παρατηρείται ολοφάνερα η δυσκολία τους στη συγκέντρωση. Είναι σύνηθες για κάποιες γυναίκες να χάσουν το ενδιαφέρον τους για τις καθημερινές



δραστηριότητες και να αποφεύγουν κοινωνικές υποχρεώσεις . Νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια όταν απομονώνονται , γι' αυτό και διακατέχονται από το αίσθημα ότι δεν τους ενδιαφέρει τίποτα, νιώθουν αποσπασμένες από τους άλλους ανθρώπους και στη συνέχεια απογοητευμένες πεπεισμένες πως κανείς δεν τις καταλαβαίνει. Στη περίπτωση που αυτό διαρκέσει για αρκετό χρονικό διάστημα, είναι πολύ εύκολο να οδηγηθούν στη κατάθλιψη.

## **ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ**

### **Σχετικά με τον εαυτό της**

- ✓ Κατάθλιψη
- ✓ Απογοήτευση από το σώμα της
- ✓ Αίσθημα ατέλειας ως γυναίκα
- ✓ Θυμωμένη με τον εαυτό της
- ✓ Αίσθημα κούρασης / κόπωσης
- ✓ Αισθάνεται μη ελκυστική
- ✓ Μίσος για την ορατή μετεγχειρητική ουλή

### **Σχετικά με τη στάση τους απέναντι στη ζωή**

- ✓ Αυξημένη επίγνωση προσωπικής θνησιμότητας
- ✓ Προκατάληψη από το θάνατο
- ✓ Λιγότερο αισιόδοξη για τη ζωή
- ✓ Αυξημένα επίπεδα άγχους
- ✓ Αποκτούν μεγαλύτερη επίγνωση των δυσκολιών της ζωής

### **Σχέσεις με οικογένεια**

- ✓ Ανάμεικτα συναισθήματα προς το σύντροφο
- ✓ Τερματισμός σχέσεων
- ✓ Μειωμένη λίμπιντο (διακοπή και φόβος σεξουαλικών σχέσεων).
- ✓ Αισθάνεται ότι έχει απογοήτευση τον σύντροφο.

### **Επίδραση στη δουλειά και στη κοινωνική ζωή**

- ✓ Αίσθημα λύπης και θυμού προς τις φίλες και είναι έγκυες ή έχουν παιδιά.
- ✓ Βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη αδυναμία για εργασία
- ✓ Απώλεια αυτοπεποίθησης

- ✓ Έλλειψη υποστήριξης από φίλους και οικογένεια σε περιπτώσεις προσωπικής της αδιαφορίας για τη κατάσταση.

#### 4.2 ΑΙΣΘΗΜΑ ΕΝΟΧΗΣ

Πολλές είναι εκείνες που κατηγορούν τον εαυτό τους , πως έχουν προκαλέσει ή συνέβαλαν στην εμφάνιση της έκτοπης εγκυμοσύνης τους. Ρίχνουν την ευθύνη στο τρόπο ζωής τους (κάπνισμα, χρήση αλκοόλ, κακή διατροφή, έλλειψη άσκησης κτλ) ή στη ύπαρξη κάποιας άλλης συντρέχουσας παθολογικής κατάστασης ( HIV, ηπατίτιδα, χλαμύδια κτλ). Είναι σημαντικό να επισημαίνεται στη γυναίκα πως δεν υπήρχε τίποτα που θα μπορούσε να κάνει για να αποτραπεί η εξωμήτρια κύηση και πως δεν είναι δικό της λάθος.

#### 4.3 ΑΙΣΘΗΜΑ ΠΕΝΘΟΥΣ

Σχηματικά, θα μπορούσε κάποιος να διακρίνει στο πένθος αυτό διακριτά «στάδια».

- **Έκπληξη και άρνηση.** Συχνά αυτή είναι και η πρώτη αντίδραση. Το συναίσθημα αυτό θα μπορούσε περιγραφικά να αποδοθεί με τη φράση «Δεν μπορεί να συμβαίνει σε εμένα αυτό!». Φαίνεται, πως η πρώτη αυτή αντίδραση είναι ένας «αυτόματος» μηχανισμός άμυνας, ο οποίος ίσως αποσκοπεί στην προστασία της ψυχής. Τρόπον τινά η άρνηση δίνει την ευκαιρία στην ψυχή να συλλάβει την πραγματικότητα του τραύματος σταδιακά, ώστε η εμπειρία να γίνει λιγότερο – κατά το δυνατόν – τραυματική.
- **Θυμός.** Ο θυμός ενδέχεται να συνδέεται με το γεγονός, πως συχνά δεν μπορεί να εντοπιστεί συγκεκριμένη αιτία, για το δυσάρεστο αυτό γεγονός. Ο θυμός σε μερικές περιπτώσεις στρέφεται σε άτομα του περιβάλλοντος της γυναίκας, τα οποία αυτή για κάποιους λόγους κατηγορεί για τον πόνο της. Συχνότερα, ο θυμός στρέφεται προς τον ίδιο της τον εαυτό, οπότε και αυτή διερωτάται: «τι θα μπορούσα να κάνω, ώστε να μη χάσω το παιδί μου;».
- **Απελπισία.** Δεν αποκλείεται στο στάδιο αυτό μια γυναίκα να δυσκολεύεται να κοιμηθεί ή να μη θέλει να φάει, ενώ δεν αποκλείεται και να δυσκολεύεται να ανταποκριθεί στις καθημερινές της υποχρεώσεις. Συχνά δε ενυπάρχει και η ανησυχία – ειδικά αν ήταν η πρώτη της κύηση – μήπως τελικά δεν καταφέρει να αποκτήσει ποτέ υγιές παιδί.
- **Αποδοχή.** Εδώ θα ήταν χρήσιμο να τονιστεί, πως η αποδοχή δεν συνεπάγεται και λήθη. Το ότι μια γυναίκα αποδέχθηκε την αποβολή δεν σημαίνει, πως ξέχασε. Η

ανάμνηση μένει, απλά η οδύνη σταδιακά εκλείπει, ώστε να μπορέσει να συνεχίσει τη ζωή της και να ξαναβρεί την ισορροπία της.

Από ποιους παράγοντες εξαρτάται η «βαρύτητα» του πένθους;

- **Ήταν η πρώτη απώλεια;** Αν η γυναίκα έχει βιώσει τον χαμό ενός εμβρύου και στο παρελθόν, τότε είναι πιθανό τα συναισθήματα να γίνονται τη δεύτερη – πολλώ δε μάλλον, αν είχε κι άλλες απώλειες-αποβολές – πιο «σκοτεινά».
- **Από την ηλικία της γυναίκας.** Γενικά οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, οι οποίες πλησιάζουν στο όριο της αναπαραγωγικής τους ζωής, είναι φυσικό να βιώνουν την αποβολή πιο έντονα.
- **Έχει άλλο παιδί;** Συνήθως η ύπαρξη άλλου παιδιού δρα «καταπραϋντικά» στην οδύνη. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις, οι οποίες δεν φαίνεται να αποτελούν μεγάλο ποσοστό, που η ύπαρξη παιδιών κατά κάποιον τρόπο ενισχύει το παράπονο, αφού η γυναίκα βλέπει συνεχώς μπροστά της «πώς θα μπορούσε να ήταν το παιδί, που χάθηκε».
- **Η σύλληψη έγινε φυσιολογικά;** Οι γυναίκες, που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας, έχουν ήδη βεβαρυμένη ψυχολογία οπότε η αποβολή έρχεται να δοκιμάσει έτι περαιτέρω τις ψυχικές τους αντοχές.

Για το Freud, το πένθος είναι η «αντίδραση στην απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή μιας αφηρημένης ιδέας που το υποκαθιστά...». Τα στάδια του πένθους αποτελούν μια φυσιολογική ψυχολογική διεργασία – αυτά είναι άρνηση, θυμός, διαπραγμάτευση, κατάθλιψη, αποδοχή.

Είναι «προσωπικό», «υποκειμενικό», «μοναχικός δρόμος». Η γυναίκα μετά το χαμό του εμβρύου υποβάλλεται στο στάδιο της διεργασίας της απώλειας. Τέτοιες απώλειες χαρακτηρίζονται από βαθιά λύπη, θυμό, ενοχή, απελπισία, φόβο. Το κλάμα είναι «καλό σημάδι» στο πένθος, αποτελεί μια εκτόνωση της συναισθηματικής έντασης και της φυσιολογικής κατάθλιψης του πένθους. Ο καθένας πενθεί διαφορετικά αλλά η προσωπική διεργασία της απώλειας σχετίζεται με παράγοντες όπως η προσωπικότητα του ατόμου που πενθεί - η 'μητέρα' δηλαδή.

Η γυναίκα μπορεί να αισθάνεται ότι έχει χάσει το «μωρό» της, τις ελπίδες της και τα όνειρά της με ένα απότομο και τρομακτικό τρόπο, έτσι είναι φυσικό να θρηνεί την απώλεια της και μερικές φορές, μέρος της γονιμότητάς της. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις μετά από το χαμό του εμβρύου είναι παρόμοιες με αυτές που συμβαίνουν μετά από απώλειες αγαπημένων προσώπων. Ταυτόχρονα όμως, το πένθος μετά από μια εξωμήτρια κύηση

φαίνεται να είναι διαφορετικό από το πένθος που παρατείνεται μετά από άλλες απώλειες, δίνοντας έμφαση στο μέλλον και όχι στους αναμνησμένους χρόνους ( μετά την αφαίρεση του έκτοπου ωαρίου, η «μητέρα» φαίνεται να ζει σε εικόνες ενός προσδοκώμενου μέλλοντος).

Χρειάζεται χρόνος, ώστε από την άρνηση, την απομόνωση, το θυμό και τη κατάθλιψη η γυναίκα να μεταβεί στην αποδοχή της απώλειας και της πραγματικότητας. Το πένθος παρατηρείται να μειώνεται σε ένταση έπειτα από 5 μήνες ή πολύ νωρίτερα στην εμφάνιση μιας νέας φυσιολογικής εγκυμοσύνης.

#### **4.4 ΑΙΣΘΗΜΑ ΖΗΛΟΥ ΠΡΟΣ ΑΛΛΕΣ ΕΓΚΥΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ**

Από τα συνηθέστερα κοινά αισθήματα μεταξύ γυναικών που έχουν υποφέρει από εξωμήτρια κύηση είναι η δυσφορία και η αίσθηση ζήλειας που αισθάνονται γύρω από άλλες έγκυες γυναίκες ή όταν ένα κοντινό τους πρόσωπο τους ανακοινώνει ότι είναι έγκυος. Αυτό συνηθίζεται σε συνδυασμό με την αίσθηση ότι δεν επιθυμούν να συναναστρέφονται μαζί τους και στη συνέχεια κυριεύονται από ενοχές για την ίδια τους τη συμπεριφορά (ίσως αναρωτιούνται μήπως είναι κακοί άνθρωποι επειδή αισθάνονται κατά αυτό τον τρόπο).

#### **4.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ (PTSD)**

Όπως υπονοείται από την ονομασία, η διαταραχή μετατραυματικού stress disorder στρες (posttraumatic – PTSD), είναι μια μορφή διαταραχής άγχους που προκαλείται από μια τραυματική εμπειρία που βίωσε κάποιος.

##### **Συμπτώματα**

Τα σημεία και τα συμπτώματα εκδηλώνονται χαρακτηριστικά μέσα σε 3 μήνες από το τραυματικό γεγονός. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί και να εμφανιστούν χρόνια αργότερα και μπορεί να είναι:

Ενοχλητικές μνήμες, δυσάρεστα όνειρα, παραισθήσεις.

Δυσφορία σε επετείους του τραυματικού γεγονότος ή γεγονότων.

Προσπάθειες για αποφυγή σκέψεων, συναισθημάτων και δραστηριοτήτων που συσχετίζονται με το τραύμα.

Αίσθηση απομάκρυνσης ή αποξένωσης από τους άλλους και αδυναμία να νιώσετε συναισθήματα αγάπης.

Σημαντικά μειωμένο ενδιαφέρον ή συμμετοχή σε δραστηριότητες που κάποτε θεωρούσατε πηγή χαράς.

Στα μικρά παιδιά περιορισμός της ανάπτυξης σε τομείς όπως η καθαριότητα (εκπαίδευση τουαλέτας) και η ομιλία.

Αίσθηση απόγνωσης για το μέλλον.

Αυξημένη συναισθηματική ή σωματική διέγερση που περιλαμβάνει τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω: προβλήματα στον ύπνο, οργή, δυσκολία στη συγκέντρωση, υπερβολική αντίδραση στο θόρυβο, αυξημένη πίεση του αίματος, ταχυπαλμία, ταχύ ρυθμό αναπνοής, μυϊκή ένταση, ναυτία και διάρροια.

Οι έγκυες που χάνουν τα μωρά τους λόγω έκτοπης εγκυμοσύνης μπορεί να διατρέχουν κίνδυνο να εκδηλώσουν σύνδρομο μετατραυματικού στρες. Το σύνδρομο αυτό προκαλείται από στρεσογόνα, τρομακτικά ή ακραία ενοχλητικά γεγονότα και χαρακτηρίζεται από εφιάλτες, αναδρομές στο παρελθόν ή αρνητικές σκέψεις ή εικόνες που εμφανίζονται την πιο απροσδόκητη και ανεπιθύμητη στιγμή.

Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να αρχίσουν εβδομάδες, μήνες ή ακόμα και χρόνια έπειτα από το τραυματικό γεγονός και μπορεί να έχουν ως συνέπεια σοβαρή διαταραχή του ύπνου, θυμό και κατάθλιψη.

Οι επιστήμονες από το Imperial College του Λονδίνου (ICL) που πραγματοποίησαν τη νέα μελέτη ανακάλυψαν ότι για σχεδόν τέσσερις στις δέκα γυναίκες η έκτοπη εγκυμοσύνη ήταν τόσο τραυματική ώστε τις οδήγησαν στο σύνδρομο. Στη μελέτη τους, που δημοσιεύεται στην επιθεώρηση «BMJ Open», συμμετείχαν 113 γυναίκες με ιστορικό πρόσφατης έκτοπης εγκυμοσύνης.

Όπως διαπίστωσαν οι ερευνητές, τρεις μήνες έπειτα από την απώλεια της εγκυμοσύνης, το συνολικώς 38% των εθελοντριών πληρούσαν τα κριτήρια του συνδρόμου μετατραυματικού στρες. Το ποσοστό αυτό ήταν 18% σε όσες είχαν βιώσει μία έκτοπη εγκυμοσύνη.

Όπως είπαν οι πάσχουσες από το σύνδρομο, αναβίωναν συχνά τα συναισθήματα που είχαν νιώσει όταν έμαθαν πως έχασαν τα μωρά τους και ότι σκέπτονταν συνεχώς, χωρίς να το θέλουν, ό,τι είχε συμβεί. Μερικές υπέφεραν επίσης από εφιάλτες ή αναδρομές, ενώ πολλές απέφευγαν οτιδήποτε μπορούσε να τους θυμίσει την απώλειά τους ή ακόμα και φίλες ή συγγενείς που ήταν έγκυοι.

Επιπλέον, σχεδόν μία στις τρεις είπαν ότι τα συμπτώματά τους είχαν επίπτωση στην καθημερινότητα και στην εργασία τους, ενώ το 40% εκτίμησαν πως επηρέαζαν και τη σχέση με τους φίλους και την οικογένειά τους.

Τα αποτελέσματα δείχνουν πως η απώλεια εγκυμοσύνης είναι δυνητικά τραυματική, θέτοντας τη γυναίκα σε κίνδυνο για τη ψυχική της υγεία. Στις περισσότερες περιπτώσεις η διαταραχή είναι άμεση και παραμένει για αρκετούς μήνες.

#### **4.6 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ**

Οι περισσότερες γυναίκες που βιώνουν μια περιγεννητική απώλεια περιγράφουν ένα εύρος συναισθημάτων για αυτή τους την απώλεια, όπως θυμός, μούδιασμα, κενότητα, συντριβή. Στην ουσία περιγράφουν ακριβώς τη θλίψη που θα αισθανόταν ο οποιοσδήποτε έχανε κάποιο αγαπημένο του πρόσωπο. Ωστόσο, δεν τους δίδεται η δυνατότητα να εκφράσουν ανοικτά στον κοινωνικό τους περίγυρο αυτά τα αισθήματα.

Σε πολλές περιπτώσεις οι δύο γονείς αντιμετώπισαν κοινωνικό αποκλεισμό, με την έννοια ότι δεν μπορούσαν να πενήσουν ανοιχτά και να είναι σε θέση να συζητήσουν με το περίγυρο σχετικά με την κατάσταση.

#### **4.7 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΞΩΜΗΤΡΙΑ ΚΥΗΣΗ**

Σε δεκαετή αναδρομική μελέτη αναλύθηκαν δεδομένα 160 ασθενών που υποβλήθηκαν σε σαλπιγγεκτομή λόγω εξωμήτριας κύησης. Διαπιστώθηκε ότι εντός του πρώτου έτους μετά την επέμβαση, 6 γυναίκες αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν, μια μάλιστα πέτυχε. Καμία γυναίκα δεν είχε ιστορικό οποιασδήποτε ψυχιατρικής διαταραχής. Τα υπολογισθέντα ποσοστά απόπειρας αυτοκτονίας και θνησιμότητας ήταν 3,75% και 0,625% το ποσοστό εκείνων του απόπειρα πέτυχε.

Τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι ο συνδυασμός του αισθήματος της ενοχής εξαιτίας της αποτυχημένης κύησης, το τραύμα της χειρουργικής επέμβασης και ο φόβος για μια επόμενη παρόμοια εγκυμοσύνη οδηγούν τις γυναίκες στην αυτοκτονία.

Οι γυναίκες που βίωσαν μια εξωμήτρια εγκυμοσύνη θα πρέπει να θεωρούνται υψηλού κίνδυνου πληθυσμός για απόπειρα αυτοκτονίας μετά την επέμβαση και θα πρέπει να λαμβάνουν ψυχολογική και ηθική υποστήριξη.

#### **4.8 Η ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΟΥ ΤΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΝΕΤΑΙ ΜΙΑ ΕΞΩΜΗΤΡΙΑ ΚΥΗΣΗ ΑΛΛΑ ΕΧΕΙ ΗΔΗ ΕΝΑ Η΄ ΚΑΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΠΑΙΔΙΑ**

Οι δε γυναίκες που είναι ήδη μητέρες αισθάνονται «διχοτομημένες», διότι από τη μια έδωσαν τη ζωής στο ήδη υπάρχον παιδί τους κι από την άλλη δεν κατάφεραν το ίδιο για το νέο της έμβρυο,ρίχνοντας την ευθύνη στον εαυτό τους.. Έτσι, κυριευμένες από βαθιές ενοχές, δεν είναι σπάνιο να αλλάζει η στάση τους απέναντι στο παιδί τους, αφήνοντας περιθώριο να δημιουργηθεί ένα πλήθος νέων προβλημάτων. Αψηφούν, όμως, ότι η δικαίωση δεν επέρχεται με την αυτο-τιμωρία, αλλά με την ειλικρινή και ώριμη σκέψη. Άλλωστε, την ψυχική υγεία μπορούν να την κατακτήσουν όλοι ανεξαιρέτως, αρκεί να τη διεκδικήσουν.

#### **4.9 ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

Οι γυναίκες χρειάζονται υποστήριξη ψυχολογική από τους επαγγελματίες υγείας που παραβρίσκονται στην διαδικασία. Αρκετές γυναίκες εστιάζουν στα καλοπροαίρετα αλλά επώδυνα σχόλια από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι προσπαθούν να στηρίξουν τις γυναίκες, όμως δεν ξέρουν τι να πουν και πώς να προσφέρουν παρηγοριά μετά από μια τέτοια απώλεια. Το πιο κοινό και πιο επώδυνο σχόλιο για τις γυναίκες είναι η καθυσύχαση πως θα κάνουν άλλο παιδί. Θεωρούν, στην πλειοψηφία τους, αυτό το σχόλιο απορριπτικό, πως κανείς δεν αναγνωρίζει ή σέβεται αυτό που βίωσαν . Εκτιμούν περισσότερο τους ιατρούς και τους νοσηλευτές που αφιερώνουν χρόνο για να καθίσουν μαζί τους , να τους κοιτάζουν στα μάτια και να είναι παρόντες στη στενοχώρια τους. Οι γυναίκες μάλιστα, που βιώνουν περιγεννητική απώλεια είναι άνθρωποι που πενθούν. Παρόλα αυτά, μελέτες έδειξαν πως οι περισσότερες αισθάνονται ότι αντιμετωπίζονται διαφορετικά από τους επαγγελματίες υγείας, ακόμα και από συγγενείς και φίλους. Τις αντιμετωπίζουν σαν ανθρώπους που βίωσαν μια τρομερή απώλεια αλλά όχι ως μητέρες που έχασαν ένα παιδί. Μεγαλύτερη κατανόηση σε αυτά τα αισθήματα μπορούν να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν συμπτώματα κατάθλιψης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΚΤΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Η πιθανότητα στην ερώτηση αν η γυναίκα μπορεί να ξανασυλλάβει το ίδιο εύκολο εξαρτάται και από διάφορους παράγοντες, οι οποίοι είναι ανεξάρτητοι της θεραπείας για εξωμήτριο κύηση. Οι παράγοντες αυτοί είναι η ηλικία της γυναίκας, η διαβατότητα (το αν είναι δηλαδή ανοικτή) της ετερόπλευρης σάλπιγγας και η ύπαρξη άλλων παραγόντων, που συνδέονται με υπογονιμότητα. Έτσι, για παράδειγμα μια γυναίκα με ηλικία μικρότερη των 30 ετών, με υγιή ετερόπλευρη σάλπιγγα και χωρίς άλλους παράγοντες υπογονιμότητας στο ιστορικό της έχει σύμφωνα με τις στατιστικές πιθανότητα περίπου 70% να συλλάβει μέσα στα πρώτα δύο χρόνια, που έπονται της επέμβασης.

Γενικά οι μελέτες αναφέρουν στατιστικά επιτυχούς αυτόματης γονιμοποίησης, χωρίς δηλαδή την καταφυγή σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, μετά από μία εξωμήτριο κύηση, τα οποία κυμαίνονται από το 60% μέχρι ακόμα και το 85%. Εντούτοις, οι πιθανότητες για αυτόματη γονιμοποίηση, αν παράγοντες υπογονιμότητας προϋπήρχαν της επέμβασης, μπορεί να κατακρημνιστούν στο 10%.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της εξωμήτριου κύησης δεν αποκλείει λοιπόν την πιθανότητα η γυναίκα να αποκτήσει παιδιά χωρίς την καταφυγή σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν αναδρομικά 190 ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά για εξωμήτριο κύηση στη 10ετία 1993-2002 στην Α' Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (Α'ΜΓ). Διεξήχθη διεξοδική έρευνα για την ανίχνευση των γυναικών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αντιμετώπιση της εξωμήτριας κύησης στα βιβλία κίνησης και νοσηλείας ασθενών των τμημάτων της Α'ΜΓ, στο βιβλίο πρακτικών του χειρουργείου της κλινικής και στο βιβλίο κίνησης του χειρουργείου της Α'ΜΓ κατά τη χρονική αυτή περίοδο. Δεν συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά και ασθενείς που δεν ήταν σαφής από το πρακτικό του χειρουργείου ο τρόπος της επεμβατικής αντιμετώπισής τους.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική έρευνα στον πληθυσμό με σκοπό τον προσδιορισμό των κυήσεων που επιτεύχθηκαν εντός 12 και 24 μηνών μετά την επέμβαση. Καταγράφηκαν οι τελειόμηνες κυήσεις, οι αυτόματες αποβολές, οι τεχνητές εκτρώσεις και οι εξωμήτριες κυήσεις. Επίσης, έγινε συλλογή στοιχείων για ιστορικό: (1) σκωληκοειδεκτομής, (2) υπογονιμότητας, (3) τρόπου αντισύλληψης πριν και μετά την εξωμήτριο, (4) πνευλικής φλεγμονής, (5) επιπέδου μόρφωσης, και (6) χρήσης τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά των ασθενών ανά ομάδα: συγκριτική ανάλυση

	Ομάδα Α (Λαπαροτομία)	Ομάδα Β (Λαπαροσκόπηση)	p
Αριθμός περιστατικών	58	48	
Ηλικία	31,05 (± 5,05)	30,48 (± 4,98)	0,729
Ιστορικό			
Σκωληκοειδεκτομή	29,41%	33,33%	0,822
Πνευλική φλεγμονή	17,64%	25,00%	0,630
Προηγούμενες κυήσεις	52,94%	75,00%	0,228
Αντισύλληψη	29,41%	16,66%	0,430
Χρήση ενδομήτριου σπειράματος	11,76%	0,00%	0,218
ART	17,64%	8,33%	0,474
Μόρφωση			
ΔΕ	29,41%	58,33%	0,119
ΤΕ	70,58%	41,66%	0,119

ART: Τεχνικές Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, ΔΕ: Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, ΤΕ: Τριτοβάθμια Εκπαίδευση

**Πίνακας 2. Γονιμότητα μετά από εξωμήτριο κύηση**

	<b>Ομάδα Α (Λαπαροτομία)</b>	<b>Ομάδα Β (Λαπαροσκόπηση)</b>	<b>p</b>
Ενδομήτριος εγκυμοσύνη	29,41%	50,00%	0,260
Αυτόματος εκβολή	17,64%	33,33%	0,148
Τελειόμητρος	11,76%	16,66%	0,706
Εξωμήτριος εγκυμοσύνη	11,76%	0,00%	0,218

## ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Έγινε ανάλυση των υποομάδων που σχηματίστηκαν με τη χρήση της δοκιμασίας Fischer για τις κατηγορικές μεταβλητές. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS for Windows 10.0.1, Standard Version.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τα 190 περιστατικά βρέθηκαν 183 σαλπγγικές κύσεις, 4 ωοθηκικές (2,10%), 2 διάμεσες (1,05%) και 1 κοιλιακή εξωμήτριος κύηση (0,05%). Στις 120 περιπτώσεις έγινε άμεσα λαπαροτομία (ομάδα Α). Από τις 70 λαπαροσκοπήσεις (ομάδα Β), οι 45 ολοκληρώθηκαν χωρίς επιπλοκές, οι 17 ήταν αρχικά διαγνωστικές και η επέμβαση ολοκληρώθηκε με λαπαροτομία, σε 3 δε περιπτώσεις έγινε διεγχειρητική μετατροπή της λαπαροσκόπησης σε λαπαροτομία, ενώ σε 5 περιπτώσεις έγινε λαπαροτομία σε β' χρόνο (όλες αφορούσαν περιστατικά στα οποία επιχειρήθηκε ανεπιτυχώς η έγχυση μεθοτρεξάτης). Σαλπγγεκτομή έγινε στις 138 περιπτώσεις (20 λαπαροσκοπικά και 118 με λαπαροτομία). Πλαστική σάλπιγγας πραγματοποιήθηκε σε 29 περιπτώσεις (12 και 17 αντίστοιχα). Έγκυση μεθοτρεξάτης στο κύημα διεξήχθη σε 14 περιπτώσεις (8 λαπαροσκοπικά, 1 με λαπαροτομία, ενώ σε 5 περιπτώσεις οι ασθενείς επαναχειρουργήθηκαν με λαπαροτομία σε β' χρόνο λόγω ρήξης της εξωμητρίου). Αφαίρεση του κύματος χωρίς επέμβαση στις σάλπιγγες επιχειρήθηκε σε 7 περιστατικά μη σαλπγγικής κύησης και σε 10 περιπτώσεις ωαγωγικής έκτρωσης.

Ο μέσος όρος ηλικίας του συνόλου των ασθενών ήταν 31 ετών (19-44 ετών). Ιστορικό σκωληκοειδεκτομής είχαν 36 ασθενείς (70,58% από την ομάδα της λαπαροτομίας, 66,66% από την ομάδα της λαπαροσκόπησης). Ιστορικό υπογονιμότητας πριν από την εξωμήτριο είχαν 44 ασθενείς (52,94% από την ομάδα της λαπαροτομίας, 75,00% από την ομάδα της λαπαροσκόπησης). Κάποιου είδους αντισύλληψη πριν την εξωμήτριο λάμβαναν 28 γυναίκες (29,41% από την ομάδα της λαπαροτομίας, 16,66% από την ομάδα της λαπαροσκόπησης), ενώ μετά την εξωμήτριο 20 γυναίκες. Ιστορικό πυελικής φλεγμονής είχαν

24 γυναίκες (17,64% από την ομάδα της λαπαροτομίας, 25,00% από την ομάδα της λαπαροσκόπησης). Δευτεροβάθμια εκπαίδευση είχαν 48 γυναίκες, και απόφοιτοι ανώτερων και ανώτατων σχολών ήταν 58 γυναίκες. Τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής χρησιμοποιήθηκαν από 12 γυναίκες (17,64% από την ομάδα της λαπαροτομίας, 8,33% από την ομάδα της λαπαροσκόπησης). Όπως φαίνεται και από τον πίνακα 1, οι δύο ομάδες δεν είχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, γεγονός που επέτρεψε την περαιτέρω στατιστική ανάλυση των ευρημάτων.

Μετά τη λαπαροσκόπηση τα ποσοστά της σύλληψης ήταν 50,00%, τα ποσοστά της τελειόμηνης κύησης 16,66%, τα ποσοστά της αποβολής 33,33%, ενώ δεν υπήρχαν εξωμήτριες κυήσεις στην ομάδα αυτή. Μετά τη λαπαροτομία τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 29,41%, 11,76%, 17,64%, ενώ υπήρχε και ποσοστό 11,76% υποτροπής της εξωμητρίου κυήσεως. Η διαφορά μεταξύ των αποτελεσμάτων δεν είναι στατιστικά σημαντική (πίνακας 2). Η έρευνα είχε ως αποτέλεσμα τον προσδιορισμό του συνολικού δείκτη ενδομήτριας κύησης στο χρονικό διάστημα των 12 και 24 μηνών αντίστοιχα. Οι αντίστοιχοι δείκτες μετά από λαπαροτομία είναι 11% και 25%, ενώ μετά από λαπαροσκόπηση 17% και 50%.

Σε ό,τι αφορά στους προδιαθεσικούς παράγοντες, κατά τη δική μας μελέτη οι σημαντικότερες αρνητικές παράμετροι ήταν το ιστορικό πυελικής φλεγμονής και η προηγηθείσα σκωληκοειδίτιδα. Το ιστορικό πυελικής νόσου βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την υπογονιμότητα μετά από εξωμήτριο κύηση ( $p=0.039$ ). Από τους υπόλοιπους προδιαθεσικούς παράγοντες το ιστορικό σκωληκοειδεκτομής σχετιζόταν μεν, αλλά όχι στατιστικά σημαντικά με τη μελλοντική υπογονιμότητα ( $p=0.053$ ), ενώ το επίπεδο της μόρφωσης ( $p=0.51$ ) και η ηλικία ( $p=0.39$ ) δεν σχετιζόνταν με την υπογονιμότητα.

**Πίνακας 3. Παράγοντες που επηρεάζουν τη γονιμότητα μετά την εξωμήτριο κύηση**

Παράγοντας	Υπογονιμότητα μετά από εξωμήτριο κύηση	Κύηση μετά από εξωμήτριο κύηση	Σημαντική Διαφορά	p
Ιστορικό σκωληκοειδεκτομής	50,00%	11,11%	Ναι	0,046
Ιστορικό πυελικής φλεγμονής	52,17%	0,00%	Ναι	0,032
Επίπεδο εκπαίδευσης (ΔΕ/ΤΕ)	64,70%	58,33%	Όχι	0,728
Ηλικία <30 ετών	54,50%	66,66%	Όχι	0,514

**Πίνακας 4.** Τα ποσοστά ενδομήτριας και εξωμήτριας κύησης μετά συντηρητική (σαλπιγγοστομία, κυτταροστατικά) και επεμβατική (σαλπιγγεκτομή) αντιμετώπιση της εξωμήτριας κύησης στη διεθνή βιβλιογραφία

Αντιμετώπιση	Ποσοστά ενδομήτριας κύησης		Ποσοστά εξωμήτριας κύησης	
	Συντηρητική	Επεμβατική	Συντηρητική	Επεμβατική
Παρούσα εργασία	50%	29%	0%	11%
Rashid et al, 2001	50%	56%	11%	8%
Strobelt et al 2000	63%	51%	-	-
Fernandez et al, 1998	70%	53%	10%	9%
Langebrekke et al, 1993	65%	45%	7%	10%
Langer et al, 1993	70%	-	12%	-
Fernandez et al, 1991	61%	-	0%	-
Pouly et al, 1991	67%	-	12%	-
Mitchell et al, 1989	100%	60%	33%	3%

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα τελευταία χρόνια η εξωμήτριας κύηση αντιμετωπίζεται ολοένα και λιγότερο ως επείγον. Η εφαρμογή της διακολπικής υπερηχογραφίας, ο προσδιορισμός των τιμών της χοριακής γοναδοτροπίνης στον ορό αίματος της ασθενούς και, το σημαντικότερο, η αυξημένη ευαισθησία των περισσότερων γυναικών για την παρακολούθηση της κύησης από τις πρώτες κιάλας εβδομάδες αμηνόρροιας, είναι οι παράγοντες που οδηγούν στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των εξωμήτριων κυήσεων.(8-10) Εξίσου σημαντικό είναι ότι, σήμερα, υπάρχει πληθώρα συντηρητικών θεραπευτικών επιλογών για την επιλογή αυτή: φαρμακευτικά με τη συστηματική χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων και χειρουργικά με την εφαρμογή συντηρητικών λαπαροσκοπικών μεθόδων (σαλπιγγοτομία).(11-13)

Σύμφωνα με προοπτικές μελέτες από το διεθνή χώρο, η πιθανότητα ενδομήτριας κύησης στον 1ο χρόνο μετά από εξωμήτριο είναι περίπου 70% για τις γυναίκες που επιθυμούν εγκυμοσύνη. Οι ίδιες μελέτες δείχνουν πως η διατήρηση της γονιμότητας μετά από εξωμήτριο κύηση εξαρτάται περισσότερο από επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της ασθενούς κατά τη στιγμή της αντιμετώπισής της για εξωμήτριο, παρά από το είδος της αντιμετώπισης που η γυναίκα αυτή θα έχει.(14-19) Οι περισσότερες μελέτες για τους παράγοντες της υπογονιμότητας μετά από εξωμήτριο δυστυχώς είναι αναδρομικές, κάτι που αποτελεί και τον βασικό περιορισμό της παρούσας μελέτης. Ως εκ τούτου, οι εργασίες αυτές δεν έχουν την ισχύ της καλά σχεδιασμένης προοπτικής επιδημιολογικής έρευνας, ώστε να μπορούν να συσχετίσουν τις διάφορες παραμέτρους με την απαιτούμενη αξιοπιστία, όμως προσθέτουν συμπεράσματα και ερωτηματικά για περαιτέρω έρευνα.

Δεν έχουν παρ' όλα αυτά προσδιορισθεί όλοι οι παράγοντες που προδιαθέτουν σε υποτροπή της εξωμητρίου ή σε υπογονιμότητα μετά από μια εξωμήτριο κύηση. Παράγοντες από το ιστορικό, όπως παλαιά πυελική φλεγμονή, γλαμυδιακή λοίμωξη, αλλά και ιστορικό μη

γυναικολογικής φλεγμονής, π.χ. σκωληκοειδίτιδας, φαίνεται να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη μελλοντική υπογονιμότητα.(20,21) Τα ποσοστά ενδομήτριας κύησης μετά από εξωμήτριο μεταξύ των γυναικών χωρίς ιστορικό πυελικής φλεγμονής είναι 75%, σε σχέση με τις γυναίκες που έχουν τέτοιο ιστορικό και έχουν αντίστοιχη πιθανότητα 55%. Το ιστορικό πυελικής φλεγμονής εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την υπογονιμότητα ( $p=.032$ ). Το ίδιο ισχύει και για το ιστορικό σκωληκοειδίτιδας ( $p=.046$ ). Η πυελική νόσος προκαλεί εκτός από την καταστροφή του ενδοθηλίου των σαλπίγγων, πυοσάλπιγγες και αργότερα υδροςάλπιγγες, καθώς και περισαλπιγγικές και περιωθητικές συμφύσεις. Λογικό επακόλουθο είναι η υπογονιμότητα και η πιθανή υποτροπή της εξωμητρίου.

Η ηλικία είναι ένας παράγοντας που, τουλάχιστον στο δείγμα της εργασίας, δεν συσχετίστηκε σημαντικά με την υπογονιμότητα. Αυτό ίσως διότι στη μελέτη μας έγινε σύγκριση γυναικών μεγαλύτερων των 30 ετών με νεότερες ασθενείς. Θεωρητικά πάντως, όσο μεγαλύτερη είναι μια γυναίκα, τόσο αυξάνεται η διάρκεια έκθεσης σε διάφορους παράγοντες που θα μπορούσαν να προκαλέσουν άμεσα ή έμμεσα υπογονιμότητα. Είναι γνωστό πως μετά την ηλικία των 35 ετών η γονιμότητα της γυναίκας μειώνεται σημαντικά, ενώ διάφοροι παράγοντες όπως σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, κυστικά επεισόδια, ενδομητρίωση, συμφύσεις απότοκες ενδοκοιλιακών μη γυναικολογικών παθήσεων, είναι πιθανότερο να συμβούν όσο περνά ο χρόνος.(6,12) Το επίπεδο της μόρφωσης αναφέρεται σε όλες τις αντίστοιχες μελέτες από το εξωτερικό ως σημαντικός παράγοντας υπογονιμότητας μετά από εξωμήτριο.(5) Στη μελέτη αυτή κάτι τέτοιο δεν επαληθεύθηκε, αλλά πρόκειται για μια θεωρία αρκετά βάσιμη. Όσο περισσότερο μορφωμένο είναι ένα άτομο, τόσο πιθανότερη είναι και η συμμόρφωσή του με τις ιατρικές οδηγίες. Ακόμη, τα μορφωμένα άτομα απευθύνονται συχνότερα για προληπτικό έλεγχο, οπότε και έχουν περισσότερες ευκαιρίες να αντιμετωπίσουν έγκαιρα το όποιο πρόβλημα υγείας παρουσιάσουν. Η χρήση αντισύλληψης και μάλιστα ενδομητρίου σπειράματος αποτελεί γνωστό προδιαθεσικό παράγοντα για εξωμήτριο κύηση. Η Ελληνίδα είναι γνωστό πως διστάζει να χρησιμοποιήσει τέτοιες αντισυλληπτικές μεθόδους. Δύο μόνον γυναίκες (1,9% του δείγματος) χρησιμοποίησαν σπирάλ σε χρόνο διαφορετικό από τότε που νόσησαν από την εξωμήτριο.

Το είδος της επέμβασης δεν φαίνεται να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη μελλοντική γονιμότητα της ασθενούς. Η γονιμότητα μετά από λαπαροσκοπική αντιμετώπιση της εξωμητρίου είναι αυξημένη σε σχέση με τις περιπτώσεις λαπαροτομίας, η διαφορά όμως δεν είναι στατιστικά σημαντική τόσο για τα ποσοστά σύλληψης ( $p=.23$ ), όσο και για τα ποσοστά των τελειόμηνων κυήσεων μετά από εξωμήτριο ( $p=.55$ ) (πίνακας 4). Η εκτίμηση

αυτή συμφωνεί με μεγάλες προοπτικές επιδημιολογικές μελέτες. Η ελάχιστη επεμβατική χειρουργική με τη μορφή της ενδοσκόπησης έχει σημαντικά πλεονεκτήματα σε σχέση με την ανοικτή χειρουργική.(11,17,21-28) Η λαπαροσκόπηση προκαλεί λιγότερες μετεγχειρητικές συμφύσεις και πιο περιορισμένη ιστική βλάβη. Τα πλεονεκτήματα αυτά όμως δεν εκφράζονται με στατιστικά αυξημένα ποσοστά γονιμότητας μετά από εξωμήτριο σε σχέση με τη λαπαροτομία. Αυτό συμβαίνει διότι μη χειρουργικοί παράγοντες παίζουν σημαντικότερο ρόλο στη διαμόρφωση της γονιμότητας της γυναίκας μετά από εξωμήτριο.(29)

Επομένως, η ορθή χειρουργική αντιμετώπιση σε συνδυασμό με τον συνυπολογισμό σημαντικών παραμέτρων από το ιστορικό της ασθενούς είναι τα εργαλεία που διαθέτουν σήμερα οι γυναικολόγοι για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με το αναπαραγωγικό μέλλον της γυναίκας με εξωμήτριο κύηση. Η λαπαροσκόπηση θα πρέπει να εφαρμόζεται όπου υπάρχει ένδειξη, καθώς πλεονεκτεί της ανοικτής χειρουργικής στον τομέα της ταχείας επανένταξης της ασθενούς μετά την επέμβαση, αλλά δεν θεωρείται ότι βελτιώνει και τη μελλοντική γονιμότητα σε σχέση με τη λαπαροτομία. Συνυπολογίζονται παράγοντες από το ιστορικό, ώστε η γυναίκα να γνωρίζει με ακρίβεια τις πιθανότητες μελλοντικής κύησης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ

Από το σύνολο των συνεντεύξεων που συλλέχθηκε στα πλαίσια της εργασίας, παρουσιάζονται τρεις περιπτώσεις και στο τέλος γίνεται συζήτηση με βάση τις απαντήσεις όλων των συνεντεύξεων.

#### 7.1 Συνέντευξη 1

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: ΕΞΩΜΗΤΡΙΑ ΚΥΗΣΗ**

*Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης*

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : Παρασκευή Κ.**

**ΗΛΙΚΙΑ : 32**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: 17-10-2018**

#### **ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**

**Μέσα σε πόσο χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας ανακαλύψατε την ύπαρξη της έκτοπης κύησης?**

*Την 6η εβδομάδα της εγκυμοσύνης με υπερηχογραφικό έλεγχο στη γυναικολόγο μου.*

**Σε τι ηλικία βρισκόσασταν ;**

*31.*

**Ποιες ήταν οι πρώτες σας ενδείξεις;**

*Εγώ προσωπικά δεν είχα καμία απολύτως ένδειξη, ούτε καν τον παραμικρό πόνο ή ενόχληση, τίποτα.*

**Ποιά ήταν τα πρώτα σας συναισθήματα;**

*Μεγάλη απογοήτευση και θλίψη...δεν θέλω να το θυμάμαι...είχα πέσει απ'τα σύννεφα στην κυριολεξία και η μόνη φράση που στροβίλιζε στο κεφάλι μου ήταν “γιατί σε μένα;”*

**Ποια ήταν η στάση του συντρόφου σας και γενικότερα του οικείου περιβάλλοντός σας;**

*Πολύ υποστηρικτική και παρηγορητική! Ο σύντροφός μου στο πλευρό μου ακούραστος από την πρώτη στιγμή...! Τον ευχαριστώ..*

**Σε ποια διαδικασία υποβλήθήκατε για την αντιμετώπιση της έκτοπης κύησης σας;**

Πήγα στο εφημερεύον νοσοκομείο και υποβλήθηκα την επόμενη μέρα, μετά από ενδεδειγμένες εξετάσεις, σε λαπαροσκοπική σαλπινγεκτομή και αφαίρεση του έκτοπου κυήματος.

**Επειτα από τη διακοπή της κύησης σας ποιες ήταν οι πρώτες σας σκέψεις;**

Η πρώτη και κυρίαρχη σκέψη μου ήταν αν θα μπορέσω να μείνω εκ νέου έγκυος και να έχει θετική έκβαση η εγκυμοσύνη. Φοβόμουν να μην ξαναπάθω τα ίδια..

**Ποιες επιπτώσεις επέφερε στη ψυχολογική σας υγεία η όλη διαδικασία;**

Καμία απολύτως...Στην αρχή μόνο αντιμετώπισα κάποιες στιγμές θλίψης, μελαγχολίας και παράπονου...αλλά ήταν λογικό...μετά το πέρας του πρώτου δίμηνου και με την έναρξη του φυσιολογικού εμμηνορρυσιακού κύκλου ήδη από τις πρώτες μέρες μετά την επέμβαση, ένιωθα πολύ καλύτερα!

**Υπήρξαν στιγμές που να νιώσατε κοινωνικά αποκλεισμένη / στο περιθώριο εξαιτίας της εξωμήτριας εγκυμοσύνης σας;**

Ποτέ.

**Βιώσατε άλλη εγκυμοσύνη στη συνέχεια? Και αν ναι πως την αντιμετωπίσατε;**

Ναι! Μετά από 1 χρόνο ακριβώς έμεινα ξανά έγκυος!! Ήταν απίστευτη η χαρά μου και ταυτόχρονα η αγωνία μου να διαγνωσθεί εγκαίρως μια ενδομήτρια κύηση αυτή τη φορά! Έτσι και έγινε. Σήμερα διανύω την 23 εβδομάδα της εγκυμοσύνης μου και νιώθω σίγουρη και αισιόδοξη και εύχομαι να πάνε όλα καλά μέχρι το τέλος! Η αλήθεια είναι βέβαια ότι επειδή πέρασα στο παρελθόν μια εξωμήτρια κύηση, έχω λίγο παραπάνω άγχος από ότι πρέπει ακόμα και για την κάθε λεπτομέρεια, αλλά εντάξει...(γέλια).

**Θα θέλατε να δώσετε κάποια συμβουλή στις μελλοντικές μητέρες;**

Σε όσες έχουν περάσει ή περνούν τώρα μια τέτοια περιπέτεια, όπως η εξωμήτρια κύηση, έχω να πω το εξής: Να μην φοβηθούν και να συνεχίσουν τις προσπάθειες τεκνοποίησης, όσος χρόνος και αν περάσει, και να θυμούνται ότι η ψυχολογία τους επηρεάζει το σώμα τους και την σύλληψη άμεσα! Γι'αυτό να έχουν θάρρος, αισιοδοξία και πίστη στον εαυτό τους!

**ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ!**



## 7.2 Συνέντευξη 2

### **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: ΕΞΩΜΗΤΡΙΑ ΚΥΗΣΗ**

*Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης*

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :** Άννα Μ.

**ΗΛΙΚΙΑ :** 30

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:** 15-10-2018

### **ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**

**Μέσα σε πόσο χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας ανακαλύψατε την ύπαρξη της έκτοπης κύησης?**

*Μετά από μία εβδομάδα καθυστέρησης, δηλαδή την 5η εβδομάδα κύησης.*

**Σε τι ηλικία βρισκόσασταν ;**

*28.*

**Ποιες ήταν οι πρώτες σας ενδείξεις;**

*Πόνος στην κοιλιά.*

**Ποιά ήταν τα πρώτα σας συναισθήματα;**

*Έπαθα σοκ...γιατί δεν ήξερα καν οτι ήμουν έγκυος, πόσο μάλλον ότι είναι εξωμήτριο..*

**Ποια ήταν η στάση του συντρόφου σας και γενικότερα του οικείου περιβάλλοντός σας;**

*Ο σύντροφός μου ήταν δίπλα μου από την πρώτη στιγμή, όπως και οι γονείς μου.*

**Σε ποια διαδικασία υποβλήθήκατε για την αντιμετώπιση της έκτοπης κύησης σας;**

*Επειδή ήταν ακόμα σε πολύ πρώιμο στάδιο, ευτυχώς δεν αναγκάστηκα να υποβληθώ σε εγχείρηση, αλλά αντιμετωπίστηκε φαρμακευτικά με χορήγηση μεθοτρεξάτης για 5 μέρες και συνεχή παρακολούθηση από τους γιατρούς. Την 6η μέρα το κύημα είχε εκπέσει και μαζί με αυτό ακολούθησε έμμηνος ρύση, λίγο πιο βαριά από τις προηγούμενες.*

**Έπειτα από τη διακοπή της κύησης σας ποιες ήταν οι πρώτες σας σκέψεις;**

*Μετά τη διακοπή της κύησης , οι πρώτες μου σκέψεις ήταν να μείνει υγιές το αναπαραγωγικό μου σύστημα και το σώμα μου γενικότερα, να μην προκληθεί κάποια επιπλοκή στον εμμηνορρυσιακό μου κύκλο και να μπορώ να τεκνοποιήσω στο μέλλον*

**Ποιες επιπτώσεις επέφερε στη ψυχολογική σας υγεία η όλη διαδικασία;**

*Οι επιπτώσεις στη ψυχολογία μου ήταν να γίνω πιο ευαίσθητη με θέματα μητρότητας. Κατα τ' άλλα δεν μπορώ να πω οτι με έριξε ψυχολογικά όλο αυτό..σίγουρα όμως με*

*ωρίμασε..βγήκα πιο δυνατή.*

***Υπήρξαν στιγμές που να νιώσατε κοινωνικά αποκλεισμένη / στο περιθώριο εξαιτίας της εξωμήτριας εγκυμοσύνης σας;***

*Όχι βέβαια, καμία. Εξάλλου το γνώριζαν μόνο όσοι ήθελα εγώ να το γνωρίζουν, οπότε δεν είχα καμία επίπτωση στην κοινωνική μου ζωή.*

***Βιώσατε άλλη εγκυμοσύνη στη συνέχεια? Και αν ναι πως την αντιμετωπίσατε;***

*Όχι , αν και δεν έχω προσπαθήσει για να είμαι ειλικρινής.*

***Θα θέλατε να δώσετε κάποια συμβουλή στις μελλοντικές μητέρες;***

*Να ζουν την κάθε στιγμή της ελευθερίας τους με ακμαία ψυχολογία, για να είναι έτοιμες να αφοσιωθούν στο μωράκι τους , όταν με το καλό έρθει!*

***ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ!***

### 7.3 Συνέντευξη 3

#### **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: ΕΞΩΜΗΤΡΙΑ ΚΥΗΣΗ**

*Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης*

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : Alicia B.**

**ΗΛΙΚΙΑ : 35**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: 12-10-2018**

#### **ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**

**Μέσα σε πόσο χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας ανακαλύψατε την ύπαρξη της έκτοπης κύησης?**

*Μετά από 2 μήνες σχεδόν..*

**Σε τι ηλικία βρισκόσασταν ;**

*25*

**Ποιες ήταν οι πρώτες σας ενδείξεις;**

*Έντονος πόνος στην κοιλιά και πόνος στην άκρη του ώμου...μετά από αυτό είχα έντονη αιμορραγία βέβαια ...είχε γίνει ρήξη της έκτοπης κύησης, με αποτέλεσμα να συμβεί εσωτερική αιμορραγία στην κοιλιακή χώρα..*

**Ποιά ήταν τα πρώτα σας συναισθήματα;**

*Τραγικές καταστάσεις...πονούσα..έκλαιγα...σοκ!*

**Ποια ήταν η στάση του συντρόφου σας και γενικότερα του οικείου περιβάλλοντός σας;**

*Ανησύχησαν πολύ , τρέχαμε όλοι πανικόβλητοι , ο άντρας μου , οι γονείς μου...κόντεψα να χάσω τη ζωή μου...δεν έμεινα όμως μόνη ούτε ένα λεπτό!*

**Σε ποια διαδικασία υποβλήθήκατε για την αντιμετώπιση της έκτοπης κύησης σας;**

*Μπήκα αμέσως στο χειρουργείο ως επείγων περιστατικό..έγινε αφαίρεση της σάλπιγγας με λαπαροτομία.*

**Έπειτα από τη διακοπή της κύησης σας ποιες ήταν οι πρώτες σας σκέψεις;**

*Να παραμείνω υγιής και να μπορώ να κάνω παιδιά...τι άλλο..*

**Ποιες επιπτώσεις επέφερε στη ψυχολογική σας υγεία η όλη διαδικασία;**

*Έπαθα μια μικρή κατάθλιψη...όλα ήταν ανυπόφορα...δεν άντεχα να βλέπω μανάδες με παιδιά στο δρόμο...καρότσια με μωράκια...έβαζα τα κλάματα αμέσως...αφήστε...δύσκολα πράγματα...Τώρα είμαι καλά..έχω 2 παιδιά!! Με λυπήθηκε ο Θεός...(γέλια)...αλλά τράβηξα*

πολλά ...πολύς πόνος...όλα περνάνε..

**Υπήρξαν στιγμές που να νιώσατε κοινωνικά αποκλεισμένη / στο περιθώριο εξαιτίας της εξωμήτριας εγκυμοσύνης σας;**

Όχι..το αντίθετο...όλοι με παρηγορούσαν και με υποστήριζαν!

**Βιώσατε άλλη εγκυμοσύνη στη συνέχεια? Και αν ναι πως την αντιμετωπίσατε;**

Ναι!! Μετά από 2 χρόνια έμεινα πάλι έγκυος, και πάλι μετά από 3 χρόνια.. Όλα πήγαν καλά και τώρα έχω δυο υπέροχα αγόρια!!

**Θα θέλατε να δώσετε κάποια συμβουλή στις μελλοντικές μητέρες;**

Θα ήθελα να πω ότι η αισιοδοξία και η καλή ψυχολογία βοηθάνε πάρα πολύ στο να πετύχει μια επόμενη εγκυμοσύνη...τα κλάματα και η θλίψη δεν ωφελούν καθόλου! Εγώ όταν σταμάτησα να το σκέφτομαι..τότε έμεινα έγκυος!!!

**ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ!**

Από τις 37 συνεντεύξεις που πήραμε όλες ήταν περιπτώσεις εξωμήτριας κύησης στη σάλπιγγα. Από αυτές οι 30 αντιμετωπίστηκαν λαπαροσκοπικά με σαλπινγεκτομή ή σαλπινγοστομία και οι υπόλοιπες φαρμακευτικά με χορήγηση μεθοτρεξάτης. Από όλες τις περιπτώσεις μόνο οι 5 δεν έχουν καταφέρει ακόμα να τεκνοποιήσουν, δεδομένου ότι όλες κυμαίνονται ηλικιακά μεταξύ 25 έως 35 ετών. Και όλες οι περιπτώσεις μίλησαν για κακή ψυχολογία στην αρχή, που όμως δεν βοήθησε. Στις περιπτώσεις που υπήρξε γρήγορη επόμενη εγκυμοσύνη, ήταν που τα συμπτώματα του ψυχολογικού μαρασμού υποχώρησαν σχετικά γρήγορα, πράγμα το οποίο σημαίνει πως κατά κάποιο τρόπο ο ρυθμός υποχώρησης των ψυχολογικών συμπτωμάτων είναι ανάλογος με τις πιθανότητες επόμενης επιτυχούς εγκυμοσύνης και η κακή ψυχολογία αντιστρόφως ανάλογη της επίτευξης υγιούς σύλληψης, άρα του βαθμού γονιμότητας.

Αυτό που μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα, βάση των αποτελεσμάτων της έρευνας, είναι πως η ψυχολογία επηρεάζει άμεσα το σώμα της γυναίκας και την αναπαραγωγική της ικανότητα.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Επειδή η έκτοπη εγκυμοσύνη δεν μπορεί να διαγνωστεί στην κοινότητα, όλες οι σεξουαλικά ενεργές γυναίκες με ιστορικό κάτω κοιλιακού πόνου και κοιλική αιμορραγία πρέπει να παραπέμπονται νωρίτερα σε νοσοκομείο για υπερηχογραφία και, εάν είναι απαραίτητο, μέτρηση των συγκεντρώσεων της hCG στον ορό. Οι γυναίκες με ιστορικό έκτοπης εγκυμοσύνης θα πρέπει να έχουν πρόωρο υπερηχογράφημα για να επαληθεύσουν μια βιώσιμη εγκυμοσύνη κατά τις μεταγενέστερες εγκυμοσύνες. Η διαγνωστική λαπαροσκόπηση είναι απαραίτητη εάν η κλινική κατάσταση δεν μπορεί να αποσαφηνιστεί ή εάν η κατάσταση της ασθενούς επιδεινωθεί.

Η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία, επομένως καθίσταται επιτακτική η ανάγκη για μια γυναίκα που ανακαλύπτει την εγκυμοσύνη της, να ενημερώνεται από τους ειδικούς και να υποβάλλεται στις κατάλληλες εξετάσεις.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Κρεατσάς Γ., Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική 1998
- 2) Γκιγκόντες Ε. (Μευτήρας - Χειρουργός Γυναικολόγος), Εξωμήτριος κύηση, <http://www.iatronet.gr>. Τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 6, 2004 Carol Taylor, Carol Lillis, Priscilla LeMone. (μετάφραση - επιμέλεια Λεμονίδου Χ., Πατηράκη - Κουρμπάνη Ε.) (2006).
- 3) Καπετάνου Μ. και Καρακούση Θ. (2015). Συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας των νοσηλευτών. Παράγοντες που οδηγούν στην απουσία από την εργασία και τη λήψη αναρρωτικών αδειών. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης. Διδυμότειχο.
- 4) Καρπάθιος Σ.Ε. (1998). Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική και Γυναικολογία. (Τόμος 1ος). Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα. σελ. 215-246
- 5) Κλήμης Ν. (Χειρουργός Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστήμιο Αθηνών). Φροντίδα και Υγεία μετά από τον Τοκετό, <http://www.advancehealth.gr/>, Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 13, 2012 Κολέσκας Δ., (Μαιευτήρας - Χειρουργός Γυναικολόγος), Αποβολή - Παλίνδρομη Κύηση, <http://www.koleskas.gr/> , Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος, 2016
- 6) Λούβρου Φ. (2009). Φυσικοθεραπεία στη μαιευτική, επιπλοκές και
- 7) προβλήματα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά. Θεραπεία και Αντιμετώπιση. Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης. Θεσσαλονίκη 2009
- 8) Lowdermilk L.L., Perry E.S., (μετάφραση - επιμέλεια Λυκερίδου Α και Δελτσίδου Α.). (2006). Νοσηλευτική Μητρότητας. (Τόμος 1 ος). Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα. σελ. 59- 60, 63- 66, 496- 497.
- 9) Μαρούλης Χ.Γ (2007). Μαιευτική και Γυναικολογία. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα. σελ. 190-195.
- 10) Μεσσήνη Α. και Μπάκολα Π. (2016). Νοσοκομειακές Φοβίες και ο ρόλος του νοσηλευτή για την αντιμετώπισή τους, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου, Ιωάννινα
- 11) Williams, Obstetrics, 21st Edition
- 12) Μιχαλοπούλου Α-Μ. και Μιχαλοπούλου, Ε. (2002), Ο ρόλος των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση της διαταραχής της εικόνας σώματος του ασθενούς. Νοσηλευτική, 41 (3): 253-257
- 13) Μπλάμη Χ., Γυναίκειο αναπαραγωγικό σύστημα, <http://harroulabilali.gr/>, Τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 15, 2015

14) Παπακωνσταντίνου Κ. (Μαιευτήρας - Γυναικολόγος), Εξωμήτριος κύηση <http://www.krapakonstantinou.com>, Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 20, 2015

15) Ραγιά Α. Νοσηλευτική: Επιστήμη, τέχνη και αξιολογικός προσανατολισμός. Νοσηλευτική 2011, 50 (2), 121-122

16) ΡΕΑ, (Γυναικολογική Μ.Χ.Δ.Θ. Κλινική), Γυναικολογικές και Μαιευτικές Υπηρεσίες <http://www.reamaternity.gr>, Τελευταία προσπέλαση 2014.

17) Σπηλιωτόπουλος Ι, (Μαιευτήρας - Χειρουργός Γυναικολόγος), Προγεννητικός έλεγχος, <http://www.embryoocenter.gr/>, Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος, 2016

18) Σουμίλας, Α-Γ. (1997). Χειρουργική Νοσηλευτική. (Τόμος 1ος). Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα σελ. 277-305.

19) Αθανασίου Β. (Μαιευτήρας- Χειρουργός γυναικολόγος, επιστημονικός

20) διευθυντής του Κέντρου Εξωσωματικής Αθηνών), Πως αλλάζει η ψυχολογία της γυναίκας στην εγκυμοσύνη <http://vgeia.tanea.gr>, Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 27, 2014

21) Bellack J.P. (1999). Emotional intelligence: a missing ingredient. Journal of nursing education. σελ.3-4 5.

22) Berman A., Snyder S. and Jackson C. (2010). Η νοσηλευτική στην Κλινική πράξη, Έκδοση 5 - Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα.

23) Swartz M.H. (μετάφραση- επιμέλεια Ελισάφ Μ. και Καραγιάννης Α.). (2010). Κλινική Διάγνωση Ιστορικό και Φυσική Εξέταση. Έκδοση 6 - Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. Αθήνα. σελ 706-707

24) Ταρλατζής Β. (2014). Επιπλοκή Ιατρικής Πράξης - Θεραπευτικός Κίνδυνος - Ιατρικό Σφάλμα - Lege Artis Ιατρική Πράξη: Χρήσιμες Ιατρικές Έννοιες για τους Εφαρμοστές του Δικαίου. Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Νοσοκομείο ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ., Αθήνα.

25) Τραγέα Ρ. (1999).Μαιευτική Φροντίδα. (Τόμος 1ος). Εκδόσεις

26) Γιαννακόπουλος. Αθήνα. σελ. 51- 63.

27) Φυρινίδου Σ. (2015). Νοσηλευτική ψυχικής υγείας γυναικών: Η κατάθλιψη, το άγχος και το στρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό 60

Ίδρυμα Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης. Διδυμότειχο

28) Farrell G.A. (1997). Aggression in clinical settings: nurses' views. Journal of Advanced nursing. σελ. 501- 508

29) Woodhead K. & Wicker P. (Μετάφραση Θεοφάνης Ν. και Καραμάνης Φ.). (2007). Περιεργητική Νοσηλευτική φροντίδα, Έκδοση Λαγός Δημήτριος. Αθήνα. 30)



- 31) Μιχαλάς Σ.Π., Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία 2000
- 32) Novak's Gynecology: Έκτρωση και Έκτοπη Κύηση
- 33) Doyle M.B., De Chemey A.H., Diamond M.P.: Epidemiology and etiology of Ectopic Pregnancy. *Obstet, Gynecol. Clinics of North Am.* 18: 1-17, 1991.
- 34) Ankum WW, Mol BWJ, Van der Veen F, Bossuyt PMM: Risk factors for ectopic pregnancy: A meta-analysis. *Fertil Steril* 65:1093, 1996
- 35) Stoval T., Ling F.: Ectopic pregnancy: diagnostic and therapeutic algorithms minimizing surgical intervention. *J Reprod Med* 1993, 38:807
- 36) Stoval T., Ling F., Andersen R., Buster J.: Improved sensitivity and specificity of a single measurement of serum progesterone over serial quantitative beta-human chorionic gonadotrophin in screening for ectopic pregnancy. *Hum Reprod*, 1992, 7: 723.
- 37) Cacciatore B, Stenman UH, Ylöstalo P: Diagnosis of ectopic pregnancy by vaginal ultrasonography in combination with a discriminatory serum hCG level of 1000 IU/l (IRP). *Br J Obstet Gynaecol* 97:904, 1990
- 38) Emerson DS, Cartier MS, Altieri LA, Felker RE, Smith WC, Stovall TG, Gray LA: Diagnostic efficacy of endovaginal color Doppler flow imaging in an ectopic pregnancy screening program. *Radiology* 183:412, 1992
- 39) Pisarska MD, Carson SA, Buster JE: Ectopic pregnancy. *Lancet* 351:1115, 1998
- 40) DeChemey AH: Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 3- 1996. *N Engl J Med* 334:255, 1996
- 41) Coleman BG, Baron RL, Arger PH, Arenson RL, Axel L, Mayer DP, Costello P: Ectopic embryo detection using real-time sonography. *J Clin Ultrasound* 13:545, 1985
- 42) Pellerito JS, Taylor KJW, Quedens-Case C, Hammers LW, Scutt LM, Ramos IM, Meyer WR: Ectopic pregnancy: Evaluation with endovaginal color flow imaging. *Radiology* 183:407, 1992
- 43) Sadek AL, Schiotz HA: Transvaginal sonography in the management of ectopic pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 74:293, 1995
- 44) Rottem S., Thaler I., Levron J., Peretz B., Itskovitz J., Brandes J.: Criteria for transvaginal sonographic diagnosis of ectopic pregnancy. *J Clin Ultrasound*, 1990, 18:274
- 45) American College of Obstetricians and Gynecologists: Medical management of tubal pregnancy: A meta-analysis. *Fertil Steril* 65:1093, 1996
- 46) Lipscomd GH, Stovall TG, Ling FW: Nonsurgical treatment of ectopic pregnancy. *N Engl J Med* 343:1325, 2000

- 47) Morlock RJ, Lafata JE, Eisenstein D: Cost-effectiveness of single-dose methotrexate compared with laparoscopic treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 95:407, 2000
- 48) Yalcikaya TM, Brown SE, Mertz HL, Thomas DW, DePond RT, Heywood ER: A comparison of 25 mg/m<sup>2</sup> vs 50 mg/m<sup>2</sup> dose of methotrexate (MTX) for the treatment of ectopic pregnancy. *J Soc Gynecol Investig* 7:179A, 2000
- 49) Surrey E. Surrey M. : Correlation between salpingoscopic and laparoscopic staging in the assessment of the distal fallopian tube. *Fertil Steril* 1996;65: 267.
- 50) Tay JI, Moore J, Walker JJ: Ectopic pregnancy. *BMJ* 320:916, 2000
- 51) Moon HS, Choi YJ, Park YH, Kim SG: New simple endoscopic operations for interstitial pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 182:114, 2000
- 52) Royal college of Obstetricians and Gynaecologists 2000 The management of tubal pregnancies. RCOG Press, London
- 53) Chudleigh T., Thilaganathan B., *Obstetric Ultrasound problems of early pregnancy - ectopic pregnancy*
- 54) Cuillier F., *Cervical Pregnancy* 2003
- 55) European Society of Human Reproduction and Embryology, *Cervical Ectopic Twin Pregnancy*, Vol. 16, No 3, 584-586, 2001
- 56) Leeman L.M., MD, MPH, Wendland C.L., *Cervical Ectopic Pregnancy* 2009
- 57) American College of Obstetrician and Gynecologist: the ultrasound appearance of ovarian ectopic pregnancies, *obstetrics&gynecologists*.2005; 1005:42- 45
- 58) European Society of Human Reproduction and Embryology: Laparoscopic therapy of an intact primary ovarian pregnancy with ovarian hyperstimulation syndromexase report, *Human Reproduction*, Vol. 15, No9, 2037-2040. Sept.2000.
- 59) Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. *Abdominal Pregnancy in the United States : 62 Frequency and maternal mortality.*
- 60) Rahman MS, Al-Suleiman SA, Rahman J, Al-Sibai MH. *Advanced abdominal pregnancy observations in 10 cases.*
- 61) Stanley JH, Horger EO III, Fagan CJ, Andriole G, Fleisher AC. *Sonographic Findings in abdominal pregnancy.*
- 62) Harris MB, Angtuaco T, Frozer CN, Mattison DR. *Diagnosis of a viable abdominal pregnancy of magnetic resonance imaging*
- 63) Martin JN Jr, Ridgway LE III, Connors JJ, Sessums JK Martin RW, Morrison JC. *Angiographic arterial embolization and computed tomography-directed drainage for the management of hemorrhage and infection with abdominal pregnancy. Thomas and co-*

workers, 1991 Atrash and co-workers, 1987 Marcus and colleagues, 1999 Ferland and associates, 1991 Durukan and co-workers, 1990 Dubinsky and colleagues, 1994 Cartwright and associates, 1986 Costa and associates, 1991 Jackson and colleagues, 1993 Akhan and colleagues, 1990 Wagner and Burchardt, 1995 Kerr and associates, 1993 Bergstrom and colleagues, 1998 Weiss and Stone, 1994

64) Lozeau AM, Potter B. Piagnosis and management of ectopic pregnancy, 2005 Nov

65) Kelof AN, Fuller B., Hammon M. Splenic pregnancy: a case report of a literature, 2004 Nov

66) Femadez H, Gervaise A. Ectopic pregnancies after infertility treatment: modern diagnosis and therapeutic strategy, 2004 Nov-Dee

67) Dialani V, Levined. Ectopic pregnancy: a review 2004 Sep

68) Moore C, Promes SB. Ultrasound in pregnancy 2004, Aug

69) Beddock R, Neapels P, Gondry J. Diagnosis and current concepts of management of advanced abdominal pregnancy, 2004 Jan

70) Challoner K, Incerpi M. Nontraumatic abdominal surgical emergencies in the pregnant patient, 2003 Nov

71) Riethmaller D., Courtois L, Maillet R, School JP Ectopic pregnancy management: cervical and abdominal pregnancies, 2003 Nov

72) Della - Giustina D, Denny M, Ectopic pregnancy , 2003 Aug

73) Foggi U, Giovane A, Diagnostic laparotomy in non traumatic abdominal emergencies, 2003 Feb

74) Pricop M, Tomosoiu C, Feudean M, Gafencu C, Musca S, Statineanu S, Danil C. Abdominal pregnancy. Case report, review of the literature, 2000 Apr - Jun

75) Cappell MS, Friedel D, Abdominal pain during pregnancy, 2003 Mar

76) Oragiz G, Cossom M, Surgical treatment of ectopic pregnancy, 2003 Nov

77) Ectopic Pregnancy: Modern Diagnosis and Treatment Review by Scott J. Roseff, MD, FACOG - St Barnabas Medical Center, Livingston, NJ, March 14, 2002.

78) Presumed Diagnosis of Ectopic pregnancy. Obstet. Gynecol - Sept. 2002 - Kurt Barnhart, Ingrid Katz, Any Hummel.

79) Diagnosis of ectopic pregnancy: endometrial biopsy or diagnostic hysteroscopy. J. Gynecol Obstet. Biol. Reprod. (Paris), Sept. 2003 - A. Gervaise, R. de Tayrac.

80) Diagnosis and management of ectopic pregnancy - Lozeau AM, Potter B, Am. Fam. Physician, 2005 Nov 1; 72 (9): 1707-14.

81) Ectopic pregnancy: contribution of paraclinical investigations, U/S excluded Monnier - Barbarino P. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod (Paris) 2003, Nov; 32 (7 suppl.): S 39-53.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



