

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

## Χειρουργική αντιμετώπιση διάμεσης έκτοπης κήσης: περιγραφή περίπτωσης και σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Ευθυμία Ι. Θανασιά<sup>1</sup>, Ευάγγελος-Εκτορας Γεροκώστας<sup>2</sup>, Δήμητρα Σταμούλη<sup>2</sup>, Κωνσταντίνα Μπαλάφα<sup>2</sup>, Νικολέτα Κουταλιά<sup>2</sup>, Ιωάννης Κ. Θανασιάς<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Πατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup>Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εγκυος τεταρτοτόκος με τρεις φυσιολογικούς τοκετούς στο ιστορικό της και με ιστορικό πυελικών φλεγμονών προσήλθε στο νοσοκομείο μας αναφέροντας κολπική αιμόρροια συνοδευόμενη από ήπιο άλγος στην περιοχή του υπογαστρίου και της οσφυϊκής χώρας. Το διακολπικό υπερηχογράφημα σε συνδυασμό με τον ποσοτικό προσδιορισμό της β - χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης έθεσε τη διάγνωση έκτοπης κήσης. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε η παρουσία διάμεσης έκτοπης κήσης και εκτελέστηκε σφηνοειδής εκτομή του δεξιού κέρατος της μήτρας με ταυτόχρονη σύστοιχη σαλπινγεκτομή. Στην παρούσα εργασία, μετά την περιγραφή της περίπτωσης επιχειρείται η σύντομη ανασκόπηση των παραγόντων κινδύνου και της διαγνωστικής - θεραπευτικής προσέγγισης της νόσου, η ορθή γνώση των οποίων εκτιμάται ότι μπορεί να διασφαλίσει το καλύτερο προγνωστικό αποτέλεσμα.

*Λέξεις ευρετηρίου:* διάμεση κήση, αιτιοπαθογένεια, διάγνωση, αντιμετώπιση, πρόγνωση

---

Ε. Θανασιά, Ε. Γεροκώστας, Δ. Σταμούλη, Κ. Μπαλάφα, Ν. Κουταλιά, Ι. Θανασιάς. Χειρουργική αντιμετώπιση διάμεσης έκτοπης κήσης: περιγραφή περίπτωσης και σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2022; 27(1): 159-165

---

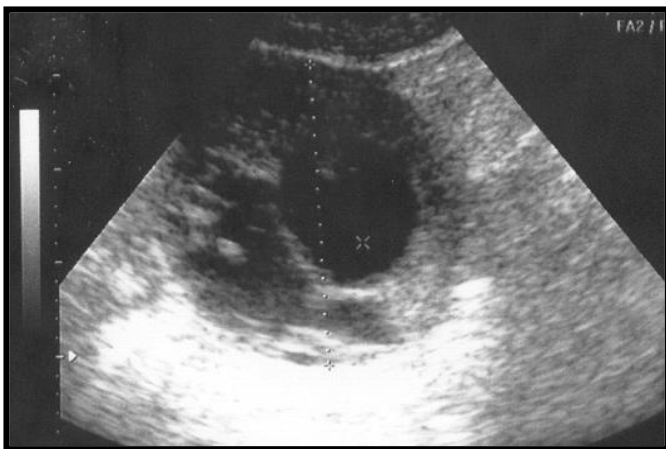
### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έκτοπη κήση, εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου εκτός της φυσιολογικής κοιλότητας της μήτρας, αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης [1]. Ο όρος «έκτοπη κήση» πρέπει να προτιμάται από εκείνον της εξωμήτριας εγκυμοσύνης, διότι κάθε έκτοπη εγκατάσταση της βλαστοκύστης δεν είναι απαραίτητα και εξωμήτρια, όπως για παράδειγμα συμβαίνει στην ενδομυομητρική

κήση [2]. Η συχνότητα εμφάνισης της έκτοπης εγκυμοσύνης παρατηρείται αυξημένη τα τελευταία χρόνια, κυρίως από την ευρεία χρήση των τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής [3]. Η πιο συχνή μορφή έκτοπης κήσης είναι η σαλπινγική, στην οποία η εντόπιση συνήθως αφορά στη λήκυθο. Στο διάμεσο τμήμα της σάλπιγγας (διάμεση έκτοπη κήση) η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου είναι σπάνια [4].

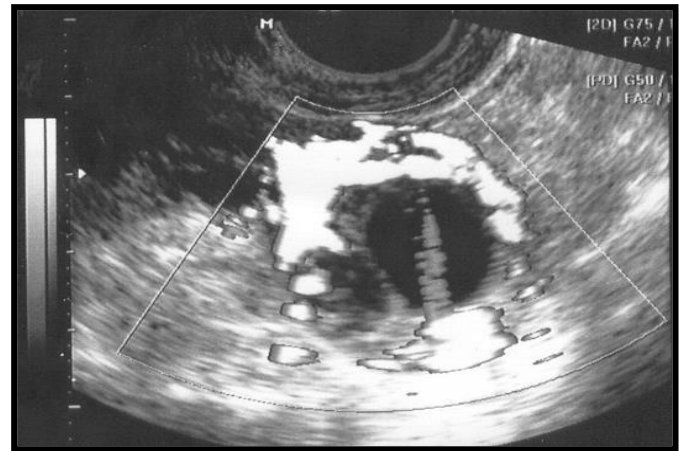
## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε ασθενή ηλικίας 36 ετών, με τρεις φυσιολογικούς τοκετούς στο ιστορικό της και με ιστορικό επανειλημμένων πυελικών φλεγμονών. Η ασθενής προσήλθε στο νοσοκομείο μας αναφέροντας από τις τελευταίες ημέρες μικρή κολπική αιμόρροια συνοδευόμενη από ήπιο άλγος στην περιοχή του υπογαστρίου και της οσφυϊκής χώρας. Με βάση την τελευταία έμμηνο ρύση η δευτεροπαθής αμηνόρροια υπολογίσθηκε στις 8 εβδομάδες και 1 ημέρες. Το test κύησης ήταν θετικό. Από τον επείγοντα εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε: Ht 37.2%, Hb 12.7 gr/dl, PLT 294x103/ml, WBC 6.36x103/ml, NEUT 54.4%. Ο ηπκτικός μηχανισμός, ο βιοχημικός έλεγχος και η γενική εξέταση των ούρων ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο έλεγχος της ομαλής εξέλιξης της εγκυμοσύνης με τον ποσοτικό προσδιορισμό της β - χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης (β - hCG) που ολοκληρώθηκε 48 ώρες αργότερα έδειξε μη βιώσιμο έμβρυο (1ο δείγμα = 15040 mIU/mL, 2ο δείγμα = 14980 mIU/mL).



**Εικόνα 1.** Διακολπική υπερηχογραφική απεικόνιση διάμεσης έκτοπης κύησης δεξιά (δική μας περίπτωση).

Το διακολπικό υπερηχογράφημα ανέδειξε την παρουσία σάκου κύησης σε θέση ανάμεσα στη μήτρα και τη σύστοιχη ωοθήκη που αντιστοιχούσε σε 7 εβδομάδες και 2 ημέρες. Η χαρακτηριστική υπερηχογραφική απεικόνιση (Εικόνες 1 και 2) σε συνδυασμό με τον ποσοτικό προσδιορισμό της β - hCG (επιπέδωση τιμών) έθεσε τη διάγνωση της έκτοπης κύησης και αποφασίσθηκε η εκτέλεση λαπαροτομίας.



**Εικόνα 2.** Διακολπική Doppler υπερηχογραφική απεικόνιση διάμεσης έκτοπης κύησης δεξιά (δική μας περίπτωση). Η αυξημένη αιματική ροή αποτελεί σημαντικό κριτήριο στην προεγχειρητική διάγνωση της βλάβης.

Η λαπαροσκοπική προσέγγιση της νόσου δεν ήταν διαθέσιμη στο νοσοκομείο μας. Διεγχειρητικά, διαπιστώθηκε η παρουσία διόγκωσης του δεξιού κέρατος της μήτρας χωρίς ρήξη του τοιχώματός του (Εικόνα 3) και εκτελέσθηκε σφηνοειδής εκτομή αυτού με ταυτόχρονη αφαίρεση της σύστοιχης σάλπιγγας. Μετά από ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας την 3η μετεγχειρητική ημέρα. Τρεις εβδομάδες αργότερα η τιμή της β - hCG ήταν μηδενική.



**Εικόνα 3.** Διεχειρητική απεικόνιση διάμεσης έκτοπης κύησης δεξιά (δική μας περίπτωση).

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η διάμεση εγκυμοσύνη δεν είναι συχνή. Η συχνότητα εμφάνισης αφορά στο 1% - 4% του συνόλου των έκτοπων κύσεων. Αποτελεί τη σπανιότερη μορφή σαλπγγικής εγκυμοσύνης και την πιο συχνή μορφή μη σαλπγγικής έκτοπης κύησης [5, 6]. Ο αιτιοπαθογενετικός μηχανισμός της διάμεσης έκτοπης κύησης δεν έχει απόλυτα διεκρινισθεί. Ο κυριότεροι προδιαθετικοί παράγοντες είναι οι προηγούμενες επεμβάσεις στις σάλπιγγες και η εφαρμογή των σύγχρονων τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Εκτιμάται ότι ασθενείς με ιστορικό σαλπγγεκτομής έχουν αυξημένο κίνδυνο διάμεσης κύησης μετά από εξωσωματική εγκυμοσύνη [7]. Επίσης, το ιστορικό χειρουργικής επέμβασης μη γυναικολογικής αιτιολογίας στην πύελο, το ιστορικό πυελικών φλεγμονών (όπως στη δική μας περίπτωση), οι όγκοι της πύελου, οι ανωμαλίες της μήτρας και η προηγούμενη έκτοπη εγκυμοσύνη συμπεριλαμβάνονται στους αιτιολογικούς παράγοντες που

ευθύνονται για τη σπάνια αυτή επιπλοκή της αρχόμενης εγκυμοσύνης [8, 9].

Η διάγνωση της διάμεσης κύησης αποτελεί πρόκληση [10]. Η κλασική κλινική τριάδα χαρακτηριζόμενη από κοιλιακό άλγος, δευτεροπαθή αμηνόρροια και αιμόρροια από τον κόλπο εμφανίζεται σε ποσοστό μικρότερο του 40% των ασθενών [11]. Οι κλινικές εκδηλώσεις της διάμεσης κύησης δεν διαφέρουν ουσιαδώς από εκείνες των υπόλοιπων σαλπγγικών κύσεων. Επίσης, η διαφορική διάγνωση της διάμεσης κύησης από μια ενδομήτρια εγκυμοσύνη με έκκεντρο θέση είναι δύσκολη έως και αδύνατη [12]. Σε αντίθεση με τα κλινικά κριτήρια, η διαγνωστική ακρίβεια της διάμεσης κύησης εκτιμάται ότι μπορεί να αυξηθεί σημαντικά με τον απεικονιστικό έλεγχο [13]. Υπερηχογραφικά ευρήματα, όπως είναι η απουσία ενδομήτριας κύησης, η παρουσία σάκου κύησης που διαχωρίζεται από την ενδομήτρια κοιλότητα ψηλά στον πυθμένα, με λεπτό ενδομήτριο (λιγότερο από 5 mm) γύρω από τον σάκο και με ύπαρξη αυξημένης αιματικής ροής στην περιφέρεια συνηγορούν υπέρ της διάμεσης κύησης [14]. Επίσης, η μαγνητική τομογραφία μπορεί να είναι σε θέση να εντοπίσει προϊόντα εγκυμοσύνης στο διάμεσο τμήμα της σάλπιγγας και να διευκολύνει την ελάχιστα επεμβατική αντιμετώπιση της μη ραγείσας διάμεσης εγκυμοσύνης και τη διατήρηση της μήτρας [15].

Η αντιμετώπιση της διάμεσης κύησης εξαρτάται από τη χρονική στιγμή της διάγνωσης και κυρίως την αιμοδυναμική σταθερότητα της ασθενούς. Η κλασική χειρουργική αντιμετώπιση με λαπαροσκοπική

ή ανοικτή επέμβαση συνίσταται στην εκτομή του πάσχοντος κέρατος με ταυτόχρονη αφαίρεση της σύστοιχης σάλπιγγας (δική μας περίπτωση). Η λαπαροσκοπική προσέγγιση σχετίζεται με μικρότερο χρόνο νοσηλείας και λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο, χωρίς να επισημαίνονται διαφορές αναφορικά με την διεγχειρητική απώλεια αίματος, τις άμεσες και απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές και την ανάγκη μεταγγίσης αίματος σε σύγκριση με την λαπαροτομία [16]. Η ανάγκη μετατροπής της λαπαροσκοπικής επέμβασης σε λαπαροτομία σχετίζεται με δυσκολίες στην αιμόσταση και την παρουσία επίμονων ή πολλαπλών συμφύσεων [17]. Εκτιμάται σήμερα ότι σε σύγκριση με την λαπαροσκοπική σφηνοειδή εκτομή, η λαπαροσκοπική διάνοιξη και αφαίρεση του κυήματος από το πάσχων κέρασ (κερατοστομία) ενδέχεται να αποτελεί μια καλύτερη χειρουργική θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση της διάμεσης έκτοπης εγκυμοσύνης, ιδιαίτερα για τις γυναίκες εκείνες που επιθυμούν μελλοντική εγκυμοσύνη [18]. Στη σπάνια περίπτωση εκτεταμένης ρήξης που συνοδεύεται από μεγάλη αιμορραγία, απειλητική για τη ζωή της εγκύου η υστερεκτομία είναι δυνατό να αποτελέσει την ύστατη θεραπευτική επιλογή της διάμεσης κύησης [19].

Επιπλέον, η σημαντική πρόοδος που έχει επιτευχθεί τα τελευταία χρόνια στην έγκαιρη διάγνωση της διάμεσης κύησης παρέχει τη δυνατότητα εφαρμογής συντηρητικής αντιμετώπισης της νόσου. Η μεθοτρεξάτη αποτελεί το πιο ευρέως διαδεδομένο φαρμακευτικό σκεύασμα. Εκτιμάται σήμερα ότι η τοπική χορήγηση μεθοτρεξάτης μπορεί να αποτελέσει μια

αρχική θεραπευτική προσέγγιση της διάμεσης κύησης [20]. Παρόμοια, η ενδομυϊκή χορήγηση πολλαπλών δόσεων μεθοτρεξάτης σε συνδυασμό με μifeπριστόνη (600 mg από το στόματος) σε ασυμπτωματικές γυναίκες με χαμηλά επίπεδα β - hCG μπορεί να αποτελέσει την ενδεδειγμένη θεραπευτική επιλογή [21]. Επίσης, η υστεροσκοπική χορήγηση μεθοτρεξάτης υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση [22] και η διακολπική αναρρόφηση του κυήματος σε περίπτωση μη ραγείσας διάμεσης κύησης έχουν προταθεί εναλλακτικά της χειρουργικής επέμβασης στη θεραπευτική φάρετρα της διάμεσης εγκυμοσύνης [23]. Τέλος, στη διεθνή βιβλιογραφία και σε μικρό αριθμό ασθενών αναφέρεται ότι ο συνδυασμός χορήγησης μεθοτρεξάτης με εκλεκτικό εμβολισμό της μητριαίας αρτηρίας έχει χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα στη συντηρητική αντιμετώπιση της διάμεσης κύησης [24].

Η πρόγνωση εξαρτάται από την ηλικία της εγκυμοσύνης και τη διαβρωτική δραστηριότητα της έκτοπα εγκατεστημένης τροφοβλάστης. Η αυτόματη αιμορραγία που προκαλείται μετά από τη ρήξη του τοιχώματος της μήτρας σε μεγαλύτερη ηλικία κύησης, αλλά και η αιμορραγία που είναι δυνατόν να προκληθεί διεγχειρητικά αυξάνει σημαντικά τα ποσοστά μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας [25,26].

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διάμεση έκτοπη εγκυμοσύνη είναι σπάνια μορφή σαλπινγκικής κύησης, η μη έγκαιρη διάγνωση της οποίας μπορεί να έχει

ως αποτέλεσμα υψηλή μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η πρόωμη αναγνώριση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη νόσο και η έγκαιρη υπερηχογραφική διάγνωση πριν από τη ρήξη, επιτρέπει την άμεση εφαρμογή

των διαθέσιμων θεραπευτικών χειρισμών, όπως στην παρούσα περίπτωση, με σκοπό την αποφυγή σοβαρών επιπλοκών, όπως ρήξη της μήτρας και μαζική ενδοκοιλιακή αιμορραγία.

---

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Islam A, Fawad A, Shah AA, Jadoon H, Sarwar I, Abbasi AU. Analysis of Two Years Cases of Ectopic Pregnancy. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2017; 29(1): 65 - 67.
2. Liu Y, Wu Y. Intramyometrial pregnancy after cryopreserved embryo transfer: a case report. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20(1): 90.
3. Muller V, Makhmalieva M, Kogan I, Fedorova I, Lesik E, Komarova E, Dzhemlikhanova L, Niauri D, Gzgyan A, Ailamazyan E. Ectopic pregnancy following in vitro fertilization: meta-analysis and single-center experience during 6 years. *Gynecol Endocrinol*. 2016; 32(sup2): 69 - 74.
4. ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2018; 131(3): e91 - e103.
5. Rizk B, Holliday CP, Abuzeid M. Challenges in the diagnosis and management of interstitial and cornual ectopic pregnancies. *Middle East Fertil Soc J* 2013; 18: 235 - 240.
6. Tulandi T, Barbieri RL, Falk SJ. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis. *UpToDate*, 13 October 2015.
7. Gao MY, Zhu H, Zheng FY. Interstitial Pregnancy after Ipsilateral Salpingectomy: Analysis of 46 Cases and a Literature Review. *J Minim Invasive Gynecol*. 2020; 27(3): 613 - 617.
8. Lau S, Tulandi T. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. *Fertil Steril*. 1999; 72(2): 207 - 215.
9. Habana A, Dokras A, Giraldo JL, Jones EE. Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. *Am J Obstet Gynecol*. 2000; 182(5): 1264 - 1270.
10. Alagbe OA, Adeniyi TO, Abayomi OA, Onifade EO. Interstitial ectopic pregnancy: a case report. *Pan Afr Med J*. 2017; 28: 135.
11. Dagar M, Srivastava M, Ganguli I, Bhardwaj P, Sharma N, Chawla D. Interstitial and Cornual Ectopic Pregnancy: Conservative Surgical and Medical Management. *J Obstet Gynaecol India*. 2018; 68(6): 471 - 476.
12. Grant A, Murji A, Atri M. Can the Presence of a Surrounding Endometrium Differentiate Eccentrically Located Intrauterine Pregnancy from Interstitial Ectopic Pregnancy? *J Obstet Gynaecol Can*. 2017; 39(8): 627 - 634.
13. Scibetta EW, Han CS. Ultrasound in Early Pregnancy: Viability, Unknown Locations, and Ectopic Pregnancies. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2019; 46(4): 783 - 795.
14. Varun N, Nigam A, Elahi AA, Jain A. Cornual ectopic pregnancy: laparoscopic management step by step. *BMJ Case Rep*. 2018; 2018: bcr2017223998.
15. Takeda A, Koike W, Hayashi S, Imoto S, Nakamura H. Magnetic resonance imaging for diagnosis and management of unruptured interstitial pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*. 2015; 41(9): 1384 - 1393.

16. Marchand G, Taher Masoud A, Sainz K, Azadi A, Ware K, Vallejo J, Anderson S, King A, Osborn A, Ruther S, Brazil G, Cieminski K, Hopewell S, Rials L, Jenks D, Steele A, Love J. A systematic review and meta-analysis of laparotomy compared with laparoscopic management of interstitial pregnancy. *Facts Views Vis Obyn*. 2021; 12(4): 299 – 308.
17. Cucinella G, Calagna G, Rotolo S, Granese R, Saitta S, Tonni G, Perino A. Interstitial pregnancy: a 'road map' of surgical treatment based on a systematic review of the literature. *Gynecol Obstet Invest*. 2014; 78(3): 141 – 149.
18. Chen PL, Lin HH, Hsiao SM. Predictors of subsequent pregnancy in women who underwent laparoscopic cornuostomy or laparoscopic wedge resection for interstitial pregnancy. *J Chin Med Assoc*. 2019; 82(2): 138 – 142.
19. Parker BM, Gupta AK, Lymperopoulos A, Parker J. Methotrexate for Cornual Ectopic Pregnancy. *Cureus*. 2020; 12(8): e9642.
20. Kim MJ, Cha JH, Bae HS, Kim MK, Kim ML, Yun BS, Kim YS, Seong SJ, Jung YW. Therapeutic outcomes of methotrexate injection in unruptured interstitial pregnancy. *Obstet Gynecol Sci*. 2017; 60(6): 571 – 578.
21. Stabile G, Romano F, Buonomo F, Zinicola G, Ricci G. Conservative Treatment of Interstitial Ectopic Pregnancy with the Combination of Mifepristone and Methotrexate: Our Experience and Review of the Literature. *Biomed Res Int*. 2020; 2020: 8703496.
22. Leggieri C, Guasina F, Casadio P, Arena A, Pilu G, Seracchioli R. Hysteroscopic Methotrexate Injection Under Ultrasonographic Guidance for Interstitial Pregnancy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2016; 23(7): 1195 – 1199.
23. Yang IF, Hwang JL, Chen HJ, Huang LW. Successful transvaginal aspiration of interstitial pregnancy after failed methotrexate treatment. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2016; 43(6): 899 – 901.
24. Krissi H, Hirsch L, Stolovitch N, Nitke S, Wiznitzer A, Peled Y. Outcome, complications and future fertility in women treated with uterine artery embolization and methotrexate for non-tubal ectopic pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014; 182: 172-6.
25. Chandran JR. Cornual pregnancy and its management: a case report. *IJSS Case Reports & Reviews*. 2014; 1(6): 1 – 3.
26. Grindler NM, Ng J, Tocce K, Alvero R. Considerations for management of interstitial ectopic pregnancies: two case reports. *J Med Case Rep*. 2016; 10(1): 106.

## CASE REPORT

## *Surgical treatment of interstitial ectopic pregnancy: case report with a brief review of the literature*

Efthymia I. Thanasa,<sup>1</sup> Dimitra Stamouli,<sup>2</sup> Evangelos - Hector Gerokostas,<sup>2</sup> Konstantina Balafa,<sup>2</sup> Nikoleta Koytalia,<sup>2</sup> Ioannis K. Thanasas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece, <sup>2</sup>Department of Obstetrics - Gynecology of General Hospital in Trikala, Trikala, Greece

### ABSTRACT

A pregnant fourth child with three normal births in her history and with a history of pelvic inflammation came to our hospital reporting vaginal bleeding accompanied by mild pain in the area of the abdomen and lumbar region. Transvaginal ultrasound in combination with the quantification of  $\beta$  - chorionic gonadotropin hormone raised the diagnosis of ectopic pregnancy. Intraoperatively, the presence of a mid - pregnancy was detected and a wedge resection of the right horn of the uterus was performed with a simultaneous corresponding fallopian tube resection. In the present work, after the description of the case, a brief review of the risk factors and the diagnostic - therapeutic approach of the disease is attempted, the correct knowledge of which can ensure the best prognostic result.

*Keywords:* Interstitial pregnancy, pathogenesis, diagnosis, management, prognosis

---

E. Thanasa, D. Stamouli, E. Gerokostas, K. Balafa, N. Koytalia, I. Thanasas. Surgical treatment of interstitial ectopic pregnancy: case report with a brief review of the literature. *Scientific Chronicles* 2022; 27(1): 159-165

---