

Ρήξη ωοθηκικής εγκυμοσύνης. Ένα σπάνιο αίτιο οξείας κοιλίας στη Μαιευτική**Ιωάννης Κ. Θανασάς, Μαρία Μπουρσιάνη**

Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρουσίαση του περιστατικού μας αφορά στη διάγνωση και την άμεση χειρουργική αντιμετώπιση ασθενούς με ρήξη έκτοπης ωοθηκικής εγκυμοσύνης. Έγκυος τεταρτοτόκος με πολλαπλές διακοπές κύησης στο ιστορικό της και φέρουσα ενδομήτριο αντισυλληπτικό σπείραμα προσκομίσθηκε στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας με συμπτώματα οξείας κοιλίας. Το test κύησης των ούρων ήταν θετικό. Η δευτεροπαθής αμηνόρροια, όπως αυτή εκτιμήθηκε με βάση την τελευταία κανονική έμμηνο ρύση υπολογίσθηκε στις 8 εβδομάδες και 3 ημέρες. Το διακολπικό υπερηχογράφημα έθεσε τη διάγνωση της έκτοπης κύησης και αποφασίσθηκε η χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε η παρουσία ραγείσας ωοθηκικής εγκυμοσύνης και εκτελέσθηκε σφηνοειδής εκτομή της σύστοιχης ωοθήκης. Η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα. Στην παρούσα εργασία επιχειρείται με βάση τα σύγχρονα δεδομένα μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση της σπάνιας αυτής μαιευτικής επιπλοκής, αναφορικά κυρίως με την αιτιοπαθογένεια, τη διάγνωση, την αντιμετώπιση και την πρόγνωση.

Λέξεις ευρητηρίου: ωοθηκική κύηση, αιτιοπαθογένεια, διάγνωση, αντιμετώπιση, πρόγνωση

Παραπομπή

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως έκτοπη κύηση ορίζεται η παθολογική κατάσταση κατά την οποία η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου γίνεται έξω από το ενδομήτριο της φυσιολογικής κοιλότητας της μήτρας [1]. Ο ακριβής αιτιοπαθογενετικός μηχανισμός εμφύτευσης και ανάπτυξης της έκτοπης βλαστοκύστης μέχρι σήμερα δεν έχει ακόμη απόλυτα διευκρινισθεί. Γενικά, η ανώμαλη μορφολογία των σαλπίνγων, οι μεταβολές του ορμονικού περιβάλλοντος που επηρεάζουν την κινητικότητα των σαλπίνγων, οι ανωμαλίες στη διάπλαση της μήτρας, τα ξένα σώματα και οι ανωμαλίες του

γονιμοποιημένου ωαρίου σχετίζονται με τη συχνότητα εμφάνισης της έκτοπης κύησης [2]. Η συχνότητα εμφάνισης της έκτοπης κύησης έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Στις ΗΠΑ εκτιμάται ότι από 4.5% που ήταν το 1970, στα τέλη της δεκαετίας του '90 αυξήθηκε στο 16.8%. Αντίθετα, κατά το προαναφερόμενο χρονικό διάστημα χάριν κυρίως στην πρόωπη διάγνωση και την βελτιωμένη θεραπευτική παρέμβαση το συνολικό ποσοστό θανάτων ανά περίπτωση παρατηρείται σημαντικά ελαττωμένο. Έτσι από 3.5% που ήταν το έτος 1970, το 1987 η μητρική θνησιμότητα εκτιμάται ότι κατέρχεται στο 0.5% του συνόλου των

έκτοπων κήσεων [3,4]. Γενικά, η έκτοπη κύηση παρά την ευρεία διάδοση τα τελευταία χρόνια της σύγχρονης διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης εξακολουθεί να αποτελεί την πιο συχνή αιτία μητρικής θνησιμότητας στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης [5].

Ο όρος «έκτοπη» είναι προτιμότερος από εκείνον της εξωμήτριας εγκυμοσύνης, διότι κάθε έκτοπη εγκατάσταση της βλαστοκύστης δεν είναι απαραίτητα και εξωμήτρια, όπως για παράδειγμα συμβαίνει στην κερατική, την θυλακική ή την εκκολπωματική έκτοπη κύηση. Η πιο συχνή μορφή έκτοπης εγκυμοσύνης είναι η σαλπγγική με συχνότερη εντόπιση στη λήκυθο, στον ισθμό και στον κώδωνα η οποία εκτιμάται ότι αφορά περίπου στο 95% του συνόλου των έκτοπων κήσεων. Η διάμεση έκτοπη κύηση η οποία χαρακτηρίζεται από την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου στο διάμεσο τμήμα της σάλπιγγας είναι σπανιότερη και αφορά περίπου στο 2.5% των περιπτώσεων. Οι εξωσαλπγγικές εντοπίσεις της έκτοπα εγκατεστημένης τροφοβλάστης στην ωοθήκη, στον τράχηλο και στην περιτοναϊκή κοιλότητα είναι σπάνιες και αφορούν περίπου στο υπόλοιπο 2.5% του συνολικού αριθμού των έκτοπων κήσεων [6,7].

Στο παρόν άρθρο, μετά την περιγραφή της περίπτωσης μας επιχειρείται με βάση τα σύγχρονα δεδομένα μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση της σπάνιας αυτής μαιευτικής επιπλοκής, αναφορικά κυρίως με την αιτιοπαθογένεια, τη διάγνωση, την αντιμετώπιση και την πρόγνωση.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε νεαρή ασθενή η οποία φέρουσα ενδομήτριο αντισυλληπτικό σπείραμα, πολλαπλές διακοπές κύησης και τέσσερις φυσιολογικούς

τοκετούς στο ιστορικό της προσκομίσθηκε με ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας για λιποθυμικό επεισόδιο. Η ασθενής ανέφερε προ μιας ώρας περίπου έντονο διαξιφιστικό άλγος στην περιοχή του υπογαστρίου συνοδευόμενο από την προσωρινή απώλεια των αισθήσεων. Ήταν απύρετη και αιμοδυναμικά ασταθής (ΑΠ = 85/55 mmHg, ΣΦ = 110/min). Η ψηλάφηση της κοιλίας ήταν επώδυνη με σημεία περιτοναϊκού ερεθισμού. Ο πόνος εντοπιζόταν στο υπογάστρο, με κύρια εντόπιση στον δεξιό λαγόνιο βόθρο και επέκταση σε ολόκληρη την κοιλιακή χώρα. Με βάση την τελευταία κανονική έμμηνο ρύση η δευτεροπαθής αμηνόρροια υπολογίσθηκε στις 8 εβδομάδες και 3 ημέρες. Το test κύησης στα ούρα ήταν θετικό. Από τον επείγοντα εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε: Ht 29.4%, Hb 9.2 gr/dl, PLT $201 \times 10^3/\text{ml}$, WBC $9.36 \times 10^3/\text{ml}$, NEUT 74%. Ο πηκτικός μηχανισμός, ο βιοχημικός έλεγχος και η γενική εξέταση των ούρων ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Κατά την εισαγωγή της ασθενούς στην κλινική μας με τη γυναικολογική εξέταση διαπιστώθηκε μικρή κοιλιακή αιμόρροια σκούρου χρώματος. Το έξω τραχηλικό στόμιο ήταν κλειστό. Με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση διαπιστώθηκε έντονη ευαισθησία στην μετακίνηση του τραχήλου της μήτρας και κατά την ψηλάφηση του δεξιού εξαρτήματος. Το διακολπικό υπερηχογράφημα έδειξε απουσία ενδομήτριου σάκου κύησης με απεικόνιση του αντισυλληπτικού σπείραματος στην ενδομήτρια κοιλότητα σε ορθή θέση τοποθέτησης, την παρουσία εξαρτηματικής μάζας με ασαφή όρια στην ανατομική θέση της δεξιάς ωοθήκης (εικόνα 1) και την παρουσία ελεύθερου υγρού και πηγμάτων αίματος στον οπίσθιο δουλγάσειο χώρο.



Εικόνα 1. Διακολπική υπερηχογραφική απεικόνιση ραγείας ωθηκικής κύησης (δική μας περίπτωση)



Εικόνα 2. Ιστολογική εικόνα έκτοπης ωθηκικής κύησης (δική μας περίπτωση).

Η διακολπική υπερηχογραφική εξέταση σε συνδυασμό με τα κλινικο - εργαστηρικά ευρήματα έθεσαν τη διάγνωση της ραγείας έκτοπης κύησης και αποφασίσθηκε η άμεση χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς. Στο χειρουργείο υπό γενική αναισθησία μετά τη διάνοιξη του κοιλιακού τοιχώματος και την απομάκρυνση από την περιτοναϊκή κοιλότητα μεγάλης ποσότητας αίματος και αιμοτοπηγμάτων διαπιστώθηκε η αιμορραγική ρήξη της δεξιάς ωθήκης. Ήταν εμφανής η μικρού βαθμού αιμορραγική διήθηση των παρακείμενων ιστών, χωρίς όμως τη συμμετοχή στη βλάβη της σύστοιχης σάλπιγγας. Τέθηκε η διάγνωση της πιθανής έκτοπης ωθηκικής εγκυμοσύνης και εκτελέσθηκε σφηνοειδής εκτομή της πάσχουσας ωθήκης και συρραφή του εναπομείναντος ωθηκικού ιστού. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση (εικόνα 2). Διεγχειρητικά, για τη σταθεροποίηση της αιμοδυναμικής κατάστασης της ασθενούς κρίθηκε αναγκαία η μετάγγιση με δύο μονάδες ολικού αίματος και μία μονάδα πλάσματος.

Μετά από ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας την 5^η ημέρα νοσηλείας με οδηγία για

επανεξέταση στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο. Τρεις εβδομάδες αργότερα η τιμή της β - χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης (β - hCG) ήταν μηδενική.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην ωθηκική εγκυμοσύνη η εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου αφορά στην επιφάνεια ή στο εσωτερικό του φλοιού της ωθήκης. Η ωθηκική εγκυμοσύνη δεν είναι συχνή. Αποτελεί τη συχνότερη μορφή μη σαλπινγικής έκτοπης κύησης και υπολογίζεται ότι αφορά περίπου στο 0.3% - 3% του συνόλου των έκτοπων κύησεων. Παρόλα αυτά όμως, η αυξημένη αγγείωση που γενικά χαρακτηρίζει την εγκυμοσύνη και η γειτνίαση της έκτοπα στην ωθήκη εγκατεστημένης τροφοβλάστης με τα ωθηκικά και τα μητριαία αγγεία είναι δυνατόν να οδηγήσει σε μαζική αιμορραγία επικίνδυνη και απειλητική για τη ζωή της εγκύου [8].

Η ωθηκική εγκυμοσύνη διακρίνεται σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή. Η πρωτοπαθής ωθηκική έκτοπη κύηση είναι σπανιότερη και υπολογίζεται ότι αφορά σε 1: 25000 έως 1: 40000 κύησεις [9]. Η δευτεροπαθής ωθηκική εγκυμοσύνη είναι το αποτέλεσμα της γονιμοποίησης που έγινε στη

σάλπιγγα και στη συνέχεια ο χοριακός ιστός εμφυτεύθηκε στην επιφάνεια της ωοθήκης. Στην πρωτοπαθή μορφή της νόσου ο έκτοπος τροφοβλαστικός ιστός εγκαθίσταται στο εσωτερικό του φλοιού της ωοθήκης. Η πρωτοπαθής ωοθηκική κύηση μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της γονιμοποίησης και εμφύτευσης του ωαρίου μέσα στο ραγέν ωοθυλάκιο, ή το αποτέλεσμα της γονιμοποίησης που έγινε στη σάλπιγγα και το ωάριο παλινδρόμησε και εμφυτεύθηκε μέσα στο ωοθυλάκιο από το οποίο προήλθε ή μέσα σε άλλο ωοθυλάκιο. Επίσης, μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της γονιμοποίησης που έγινε στη σάλπιγγα και το ωάριο παλινδρόμησε και εμφυτεύθηκε σε κάποια περιοχή της επιφάνειας της ωοθήκης, από όπου στη συνέχεια προχώρησε στο εσωτερικό της [10]. Ο ακριβής αιτιοπαθογενετικός μηχανισμός της ωοθηκικής εγκυμοσύνης δεν έχει ακόμη απόλυτα διευκρινισθεί. Ο κυριότερος προδιαθεσικός παράγοντας που μέχρι σήμερα έχει ενοχοποιηθεί για την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου στην περιοχή της ωοθήκης είναι η χρήση των αντισυλληπτικών ενδομήτριων συσκευών (δική μας περίπτωση). Γενικά, εκτιμάται ότι η επίπτωση της ωοθηκικής έκτοπης κύησης είναι κατά πολύ μεγαλύτερη σε γυναίκες που φέρουν ενδομήτριο αντισυλληπτικό σπείραμα συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό [11]. Επίσης, η πυελική φλεγμονώδης νόσος γενικότερα, η εφαρμογή των διαφόρων σύγχρονων τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις στην περιοχή της πυέλου συμπεριλαμβάνονται στους αιτιολογικούς παράγοντες που ευθύνονται για τη σπάνια αυτή επιπλοκή της αρχόμενης εγκυμοσύνης [12,13]. Ενδεικτικά αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία περιπτώσεις έκτοπης ωοθηκικής κύησης μετά από την εκτέλεση υφολικής υστερεκτομίας [14].

Η διάγνωση της ωοθηκικής εγκυμοσύνης, όπως και στη δική μας περίπτωση δεν είναι εύκολη. Οι κλινικές εκδηλώσεις δεν διαφέρουν ουσιωδώς από εκείνες των έκτοπων σαλπιγγικών κυήσεων. Η δευτεροπαθής αμνηόρροια, το άλλοτε άλλης έντασης κοιλιακό άλγος και η ανώμαλη κοιλιακή αιμορραγία αποτελούν τα κύρια κλινικά γνωρίσματα πριν από τη ρήξη της ωοθήκης, από τα οποία όμως κανένα δεν είναι παθογνωμονικό για τη διάγνωση της ωοθηκικής εγκυμοσύνης, διότι μπορούν να παρατηρηθούν και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις [15,16]. Σε περίπτωση που συμβεί ρήξη της ωοθηκικής εγκυμοσύνης (δική μας περίπτωση) η διαφορική κλινική διάγνωση από τη ρήξη κύστης ωχρού σωματίου ή από τη ρήξη συστραφείσας κύστης ωοθήκης είναι δύσκολη έως αδύνατη [17]. Επίσης, η ανώμαλη κοιλιακή αιμορραγία ως αποτέλεσμα της φυσιολογικής απόπτωσης του φθαρτού από την ενδομήτρια κοιλότητα μετά από τη διακοπή της τροφοβλαστικής δραστηριότητας συνήθως συνοδεύεται από ένα ήπιο, βύθιο έως μεγαλύτερης έντασης κοιλιακό άλγος. Ο πόνος αυτός ο οποίος συνήθως εντοπίζεται στο υπογάστριο και κυρίως στην περιοχή του σύστοιχου με τη βλάβη λαγονίου βόθρου χαρακτηρίζει την αδιατάρακτα εξελισσόμενη μορφή έκτοπης ωοθηκικής εγκυμοσύνης [18].

Σε αντίθεση με τα κλινικά κριτήρια, η ευρεία χρήση σήμερα της διακοιλιακής υπερηχογραφίας και της Power Doppler υπερηχοτομογραφίας σε συνδυασμό με τον ποσοτικό προσδιορισμό της β - hCG έχουν αυξήσει σημαντικά τη διαγνωστική ακρίβεια της νόσου [19]. Ήδη, από τη δεκαετία του '90 είναι γνωστή η ιδιαίτερη σημασία του ποσοτικού προσδιορισμού της β - hCG με σκοπό τη διάκριση της ενδομήτριας από την εξωμήτρια εγκυμοσύνη. Πιο συγκεκριμένα, ο Kadar και οι συνεργάτες του έδειξαν ότι όταν η β - hCG φτάνει τα επίπεδα των 3250

MIU/ml, με τον διακολπικό υπερηχογραφικό έλεγχο πρέπει να διαπιστωθεί η παρουσία φυσιολογικού ενδομήτριου εμβρυικού σάκου. Η απουσία του σάκου μετά τη συμπλήρωση της 5^{ης} εβδομάδας της κύησης είναι απόδειξη ύπαρξης εξωμήτριας εγκυμοσύνης [20]. Αργότερα, ο Nyberg και οι συνεργάτες του έδειξαν ότι με τις σύγχρονες συσκευές υπερήχων είναι δυνατόν να εντοπισθεί ο ενδομήτριος σάκος από διάμετρο 5 mm. Η συσχέτιση με τα επίπεδα β - hCG έδειξε ότι ένα επίπεδο 1800 MIU/ml αντιστοιχεί σε σάκο διαμέτρου 5 - 6 mm, ενώ επίπεδο 3250 MIU/ml αντιστοιχεί σε σάκο διαμέτρου 8 mm. Έτσι από τα πολύ πρώιμα στάδια της κύησης η απουσία ενδομήτριου σάκου σε επίπεδα β - hCG μεγαλύτερα από 1800 MIU/ml αποτελεί απόδειξη για την ύπαρξη εξωμήτριας εγκυμοσύνης [21]. Γενικά, υπερηχογραφικά ευρήματα, όπως είναι η απουσία ενδομήτριας κύησης, η παρουσία σάκου κύησης στην επιφάνεια ή στο εσωτερικό του φλοιού της ωοθήκης με ύπαρξη χαμηλής αντίστασης σήμα το οποίο είναι ξεχωριστό από την ωοθήκη και ενδεικτικό πλακουντιακής ροής αίματος συνηγορούν υπέρ της ωοθηκικής εγκυμοσύνης [22,23]. Η διάγνωση συνήθως τίθεται διεγχειρητικά [24], ενώ την επιβεβαίωση της διάγνωσης, όπως και στη δική μας περίπτωση παρέχει μόνο η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος. Παθολογοανατομικά κριτήρια, όπως είναι η μη συμμετοχή στη βλάβη της σύστοιχης σάλπιγγας, η ύπαρξη εμβρυικού σάκου μέσα στην ωοθήκη, η σύνδεση με τη μήτρα μέσω του μητροωοθηκικού συνδέσμου και η παρουσία ωοθηκικού ιστού στο τοίχωμα του εμβρυικού σάκου σε πολλά σημεία που απέχουν μεταξύ τους επιβεβαιώνουν τη διάγνωση της έκτοπης ωοθηκικής εγκυμοσύνης [25]. Τέλος, στις περιπτώσεις εκείνες που τα κλινικά και υπερηχογραφικά ευρήματα είναι ασαφή και

υπάρχει έντονο διαγνωστικό πρόβλημα η λαπαροσκόπηση είναι δυνατόν να βοηθήσει στη διάγνωση, ενώ επιπρόσθετα παρέχει το πλεονέκτημα της ταυτόχρονης θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου [26].

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ωοθηκικής εγκυμοσύνης η οποία θα πρέπει να εξαρτάται από τη χρονική στιγμή της αρχικής διάγνωσης διακρίνεται σε χειρουργική και φαρμακευτική. Πιο συχνά χρησιμοποιείται η χειρουργική θεραπεία και σπανιότερα η φαρμακευτική. Η μεθοτρεξάτη αποτελεί το πιο ευρέως διαδεδομένο φαρμακευτικό σκεύασμα με τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα [27]. Η κλασική χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου με ανοικτή ή λαπαροσκοπική προσπέλαση συνίσταται στην σφηνοειδή εκτομή της ωοθήκης και την αιμοστατική συρραφή του εναπομείναντος ωοθηκικού ιστού (δική μας περίπτωση). Όταν η διάγνωση τίθεται καθυστερημένα σε παραμελημένες περιπτώσεις που χαρακτηρίζονται από μεγάλη ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία και σημαντικού βαθμού αιμορραγική διήθηση στην περιοχή των παραμητρίων είναι δυνατόν να απαιτηθεί η εκτέλεση ωοθηκεκτομίας ή και εξαρτηματεκτομίας [26].

Η πρόγνωση εξαρτάται κυρίως από την ηλικία της εγκυμοσύνης και τη διαβρωτική δραστηριότητα της έκτοπα εγκατεστημένης τροφοβλάστης. Η αυτόματη αιμορραγία που προκαλείται μετά από τη ρήξη της ωοθήκης αποτελεί την κύρια επιπλοκή της νόσου με σημαντικά αυξημένα ποσοστά μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Στην ωοθηκική εγκυμοσύνη μετά από την έγκαιρη χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου τα ποσοστά επιτυχίας μελλοντικών κύσεων θεωρούνται παρά πολύ ικανοποιητικά [28].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σύγχρονη διαγνωστική προσέγγιση της ωοθηκικής έκτοπης εγκυμοσύνης αποτελεί

ένα πολύ σημαντικό βήμα για την επιτυχή αντιμετώπιση της σπάνιας αυτής, αλλά και ταυτόχρονα επικίνδυνης για τη ζωή της εγκύου μαιευτικής επιπλοκής. Η πρόωμη αναγνώριση των συμπτωμάτων και των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τη νόσο και κυρίως η σωστή εφαρμογή της σύγχρονης εξελιγμένης τεχνολογίας

επιτρέπουν σήμερα την έγκαιρη διάγνωση και την άμεση εφαρμογή των πλέον κατάλληλων σύγχρονων διαθέσιμων θεραπευτικών χειρισμών, προκειμένου να εξασφαλισθεί η συντηρητικότερη αντιμετώπιση της νόσου και να μειωθεί ο αυξημένος κίνδυνος μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Fox H. Ectopic pregnancy. In: Fox H, Wells M, editors. Haines and Taylor obstetrical and gynecological pathology. 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2003: 1045 – 1069.
2. Kazandi M, Turan V. Ectopic pregnancy; risk factors and comparison of intervention success rates in tubal ectopic pregnancy. Clin Exp Obstet Gynecol 2011; 38: 67 – 70.
3. Nederlof KP, Lawson HW, Saftlas AF, et al. Ectopic pregnancy surveillance, United States, 1970 – 1987. MMWR CDC Surveill Summ 1990; 39: 9 – 17.
4. Hesla JS, Rock JA. Emergent management of ectopic pregnancy. Infect Reprod Med Clin N Am 1992; 3: 775 – 794.
5. Lin EP, Bhatt S, Dogra VS. Diagnostic clues to ectopic pregnancy. Radiographics 2008; 28: 1661 – 1671.
6. Condous G. The management of early pregnancy complications. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2004; 18: 37 – 57.
7. Λώλης ΔΕ. Εξωμήτριος κύηση. Στο: Λώλης ΔΕ. Γυναικολογία και Μαιευτική, τόμος Β'. 2^η Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 2004: 251.
8. Goswami D, Zutshi V, Khurana N, et al. Contralateral ovarian pregnancy after single tubal recanalisation. J Obstet Gynaecol Res 2011; 37: 1463 – 1465.
9. Thapa M, Rawal S, Jha R, et al. Ovarian pregnancy: a rare ectopic pregnancy. JNMA J Nepal Med Assoc 2010; 49: 52 – 55.
10. Παπανικολάου ΝΑ, Παπανικολάου ΑΝ. Έκτοπη εγκυμοσύνη. Στο: Παπανικολάου ΝΑ, Παπανικολάου ΑΝ. Μαιευτική, 3^η Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1994: 257.
11. Annaiah TK, Gemmell J. Ovarian ectopic pregnancy with IUD in situ management by conservative laparoscopic surgery using the LigaSure V device. J Obstet Gynecol 2009; 29: 266 – 268.

12. Hong SY, Kim DW, Shin JH, et al. A case of ovarian pregnancy after ipsilateral partial salpingectomy. *J Minim Invasive Gynecol* 2010; 17: 397 – 398.
13. Kamath MS, Aleyamma TK, Muthukumar K, et al. A rare case report: ovarian heterotopic pregnancy after in vitro fertilization. *Fertil Steril* 2010; 94: 1910 e9 – 11.
14. Fylstra DL. Ectopic pregnancy after hysterectomy: a review and insight into etiology and prevention. *Fertil Steril* 2010; 94: 431 – 435.
15. Nama V, Manyonda I. Tubal ectopic pregnancy: diagnosis and management. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 279: 443 – 453.
16. Eyvazzabeh AD, Levine D. Imaging of pelvic pain in the first trimester of pregnancy. *Radiol Clin North Am* 2006; 44: 863 – 877.
17. Nwanodi O, Khulpateea N. The preoperative diagnosis of primary ovarian pregnancy. *J Natl Med Assoc* 2006; 98: 796 – 798.
18. Choi HJ, Im KS, Jung HJ, et al. Clinical analysis of ovarian pregnancy: a report of 49 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011; 158: 87 – 89.
19. Karasahin E, Ulubay M, Alanbay I. Three – dimensional transvaginal and four – dimensional transabdominal ultrasound to diagnose primary ovarian twin pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 106: 256 – 257.
20. Kadar N, De Vore G, Romero R. Discriminatory HCG zone: Its use in the sonographic evaluation for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1981; 58: 156.
21. Nyberg AD, Filly AR, Laing CF. Ectopic pregnancy. Diagnosis by sonography correlated with quantitative HCG levels. *J Ultrasound Med* 1987; 6: 145.
22. Comstock C, Huston K, Lee W. The ultrasonographic appearance of ovarian ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol* 2005; 105(1): 42 – 46.
23. Valentin L. Characterizing acute gynaecological pathology with ultrasound: an overview and case examples. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009; 23: 577 – 593.
24. Chelli D, Gatri C, Boudara F, et al. Ovarian pregnancy. Report of three cases. *Tunis Med* 2009; 87: 797 – 800.
25. Nadarajah S, Sim LN, Loh SF. Laparoscopic management of an ovarian pregnancy. *Singapore Med J* 2002; 43: 95 – 96.
26. Odejinmi F, Rizzuto MI, Macrae R, et al. Diagnosis and laparoscopic management of 12 consecutive cases of ovarian pregnancy and review of literature. *J Minim Invasive Gynecol* 2009; 16: 354 – 359.
27. Panda S, Darlong LM, Singh S, et al. Case report of a primary ovarian pregnancy in a primigravida. *J Hum Reprod Sci* 2009; 2: 90 – 92.

28. Manjula NV, Sundar G, Shetty S, et al. A rare case of a ruptured ovarian pregnancy. Proc Obstet Gynecol 2010; 1: 4.

CASE REPORT

Ruptured ovarian pregnancy. A rare cause of acute abdomen in Obstetrics

Ioannis K. Thanasas, Maria Boursiani

Department of Obstetrics – Gynecology of General Hospital of Trikala, Greece

ABSTRACT

The presentation of our event for diagnosis and immediate surgical treatment of patients with ruptured ovarian ectopic pregnancy. Pregnant multiparous with multiple abortions in the historic and bearing intrauterine contraceptive coil was produced in the emergency rooms of our hospital with symptoms of acute abdomen. The urine pregnancy test was positive. Secondary amenorrhea, as estimated based on the last normal menstrual period was calculated at 8 weeks and 3 days. The transvaginal ultrasound confirmed the diagnosis of ectopic pregnancy and decided to surgical treatment of the patient. Intraoperative revealed the presence ruptured ovarian pregnancy and performed wedge resection of the ipsilateral ovary. The patient was discharged from our hospital on the fourth postoperative day. This paper attempts based on current data a brief literature review of this rare obstetric complication, particularly with respect to etiology, diagnosis, treatment and prognosis.

Keywords: ovarian pregnancy, etiopathogeny, diagnosis, management, prognosis

Citation

I. Thanasas, M. Boursiani. Ruptured ovarian pregnancy. A rare cause of acute abdomen in Obstetrics. Report of a case. Scientific Chronicles 2014;19(3): 305-312.