

Ωοθηκικό απόστημα μετά από διακολπική ωοληψία για εξωσωματική γονιμοποίηση

Κ. Ζαχαρής, Σ. Κραββαρίτης, Ε. Χρυσάφοπούλου, Θ. Χαρίτος, Α. Φούκα

Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας, Λαμία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ωοθηκικό απόστημα αποτελεί μία σπάνια, αλλά απειλητική για τη ζωή της γυναίκας, επιπλοκή της διακολπικής ωοληψίας. Στην περίπτωση μας περιγράφεται μία γυναίκα με ιστορικό διακολπικής ωοληψίας για εξωσωματική γονιμοποίηση, η οποία προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με εμπύρετο και κοιλιακό άλγος. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της, επιβεβαιώθηκε η διάγνωση του ωοθηκικού αποστήματος. Η ασθενής υποβλήθηκε σε ανοιχτή παροχέτευση του αποστήματος και η μετεγχειρητική της πορεία ήταν καλή. Στην παρούσα μελέτη, μετά την παρουσίαση του περιστατικού μας, επιχειρείται με βάση τη συστηματική παράθεση των σύγχρονων βιβλιογραφικών αναφορών μια σύντομη ανασκόπηση των επιπλοκών της διακολπικής ωοληψίας, αναφορικά κυρίως με το ωοθηκικό απόστημα.



Λέξεις ευρετηρίου: ωοθηκικό απόστημα, διακολπική ωοληψία, επιπλοκή, εξωσωματική γονιμοποίηση, ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή



Παραπομπή

Κ. Ζαχαρής, Σ. Κραββαρίτης, Ε. Χρυσάφοπούλου, Θ. Χαρίτος, Α. Φούκα. Ωοθηκικό απόστημα μετά από διακολπική ωοληψία για εξωσωματική γονιμοποίηση. *Επιστημονικά Χρονικά* 2019; 24(3): 413-419

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι μέθοδοι της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής όπως η διακολπική ωοληψία, η εξωσωματική γονιμοποίηση, η μικρογονιμοποίηση και η εμβρυομεταφορά θεωρούνται κοινές διαδικασίες κατά την αντιμετώπιση ενός υπογόνιμου ζευγαριού, οι οποίες σε γενικές γραμμές αποτελούν τεχνικές χαμηλού κινδύνου [1]. Η καθοδηγούμενη από

υπερήχους διακολπική ωοληψία είναι η μέθοδος εκλογής για την συλλογή των ωαρίων που προέκυψαν από την ωοθηκική διέγερση [2]. Παρόλα αυτά, η τεχνική αυτή είναι συνδεδεμένη με την είσοδο παθογόνων μικροοργανισμών στην περιτοναϊκή κοιλότητα [1].

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού ωθητικού αποστήματος μετά από διακολπική ωληψία για εξωσωματική γονιμοποίηση και συγκεκριμένα η διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση που ακολουθήθηκε. Επίσης, πραγματοποιήθηκε συστηματική και σε βάθος ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, μέσω της χρήσης του Pubmed, ως κύρια μηχανή αναζήτησης. Μελετήθηκαν μέσω αναζήτησης με τις λέξεις κλειδιά “ovarian abscess”, “transvaginal oocyte retrieval”, “complication”, “IVF”, “ART” και συμπεριλήφθησαν στην ανασκόπησή μας 11 άρθρα.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Γυναίκα 44 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτιώμενη εμπύρετο έως 38,4 °C από 3 ημερών, διάχυτο κοιλιακό άλγος, διαρροϊκές κενώσεις και εμέτους. Εκ του ιστορικού, η ασθενής ανέφερε τη διενέργεια διακολπικής ωληψίας και εμβρυομεταφοράς προ 18 και 16 ημερών αντίστοιχα.

Από τη φυσική εξέταση της κοιλίας, παρατηρήθηκε σύσπαση στο δεξιό κάτω κοιλιακό τεταρτημόριο και έκλυση άλγους κατά την ψηλάφηση της περιοχής με σημεία περιτοναϊσμού. Τα ευρήματα από την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση ήταν μήτρα σε πρόσθια κλίση και κάμψη, έκλυση άλγους κατά τη μετακίνηση του τραχήλου και επώδυνη ψηλαφητή μάζα στην θέση του δεξιού εξαρτήματος.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο, τα λευκά αιμοσφαίρια ήταν 20.220 Κ/μL, με

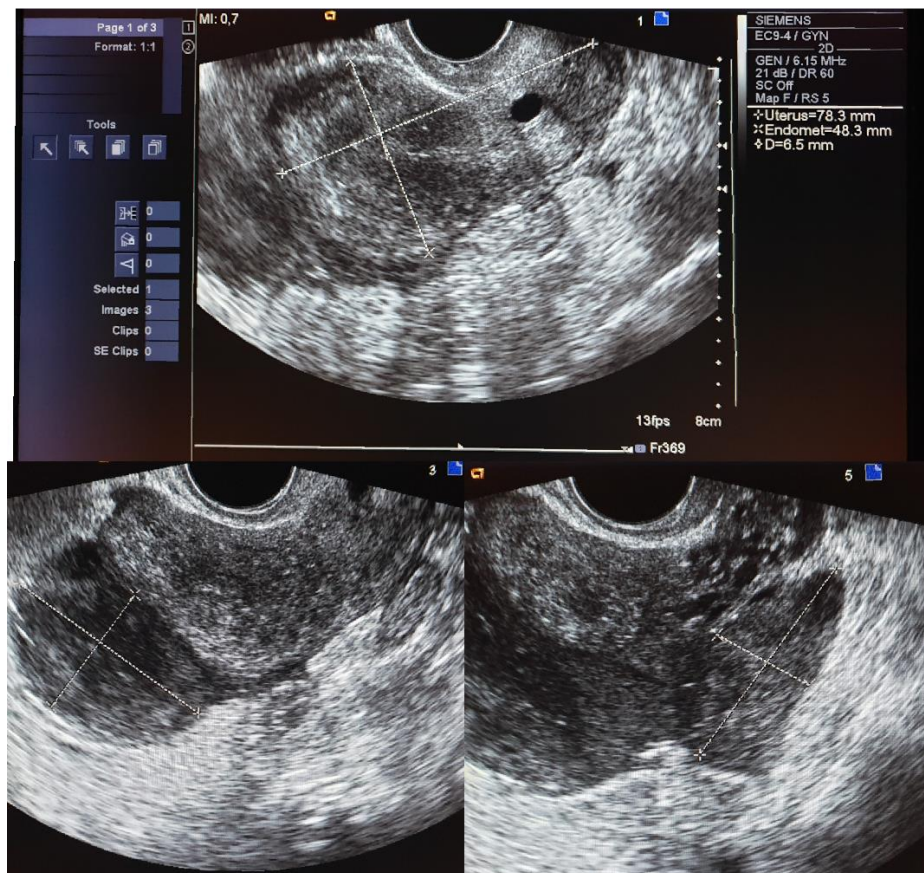
αύξηση των ουδετερόφιλων (NEU: 82.7%), ο αιματοκρίτης 31.5%, τα αιμοπετάλια 583.000 Κ/μL και η C-RP αίματος ήταν 375.4 mg/L, ενώ η β-hCG αίματος ήταν αρνητική.

Εν συνεχεία, η διενέργεια διακολπικού υπερηχογραφήματος αποκάλυψε μήτρα φυσιολογικής μορφολογίας, διαστάσεων 7.8 x 4.8 cm με πάχος ενδομητρίου περίπου 6.5mm και αριστερή ωθήκη χωρίς ιδιαίτερα υπερηχογραφικά ευρήματα διαστάσεων 4.5 x 2.1 cm. Στην ανατομική θέση του δεξιού εξαρτήματος αναδείχθηκε κυστικό μόρφωμα διαστάσεων 4.8 cm x 3.1 cm (Εικόνα 1).

Η ασθενής ετέθη σε τριπλό αντιβιοτικό σχήμα με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη, τιγκεκυκλίνη και μετρονιδαζόλη. Κατά την δεύτερη ημέρα νοσηλείας, επιδεινώθηκε η κλινικοεργαστηριακή εικόνα της ασθενούς. Συγκεκριμένα, τα λευκά αιμοσφαίρια ήταν 20.620 Κ/μL, με επιπλέον αύξηση των ουδετερόφιλων (NEU: 92.3%). Η ασθενής παραπέμφθηκε για αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας, τα αποτελέσματα της οποίας ανέφεραν υδρική συλλογή στην περιοχή του δεξιού εξαρτήματος με φυσαλίδες αέρα εντός αυτής, η οποία προσλαμβάνει κατά τη χρήση ενδοφλέβιου σκιαγραφικού και θολερότητα λίπους στην ελάσσονα πύελο.

Η ασθενής, αφού ενημερώθηκε ενδελεχώς και έγινε λήψη γραπτής συγκατάθεσης, οδηγήθηκε σε επείγουσα λαπαροτομία με μέση κάθετη υπομφάλια τομή. Τα ευρήματα της λαπαροτομίας ήταν πυώδες υγρό στην περιτοναϊκή κοιλότητα, και εικόνα ψευδομεμβρανών στην κάτω κοιλία. Πραγματοποιήθηκε λήψη καλλιέργειας πύου και κινητοποίηση των

ελίκων λεπτού εντέρου, που είχαν περιχαρακώσει τη φλεγμονή στην ελάσσονα



Εικόνα 1. Εικόνες από το διακολπικό υπερηχογράφημα κατά την αρχική εκτίμηση της ασθενούς.

πύλο. Η μήτρα με την αριστερή ωοθήκη είχαν φυσιολογική μακροσκοπική εικόνα χωρίς ευρήματα πρωτοπαθούς φλεγμονής. Η δεξιά ωοθήκη βρέθηκε αυξημένη σε μέγεθος και φλεγμονώδης, όπως και η σύστοιχη σάλπιγγα. Η διάνοιξη του ορογόνου της δεξιάς ωοθήκης προκάλεσε την παροχέτευση πύου και διενεργήθηκε αφαίρεση του νεκρωμένου ωοθηκικού ιστού. Ακολούθησε έκπλυση περιτοναϊκής κοιλότητας και τοποθετήθηκε ενδοπεριτοναϊκή παροχέτευση.

Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή. Η καλλιέργεια πύου της περιτοναϊκής κοιλότητας απομόνωσε

αναερόβιο gram θετικό κόκκο. Η ιστολογική εξέταση έδειξε απόστημα ωοθήκης το τοίχωμα της οποίας αποτελούνταν από αγγειοβριθή φλεγμονώδη κοκκιώδη ιστό με αιμορραγική συμφόρηση και ικανού βαθμού διήθηση από στοιχεία μικτής φλεγμονής. Το απόστημα πληρούνταν από ινική, πολυμορφοπύρηνα και ερυθροκύτταρα. Στην επιφάνεια του ωοθηκικού παρεγχύματος επικαθόταν σε λίγες θέσεις εξιδρωματικό υλικό αποτελούμενο από ινική πολυμορφοπύρηνα και ερυθροκύτταρα. Η ενδοπεριτοναϊκή παροχέτευση αφαιρέθηκε τρεις ημέρες αργότερα και η ασθενής εξήλθε την πέμπτη

μετεγχειρητική ημέρα με οδηγίες για επανεξέταση στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο.

ΣΧΟΛΙΟ

Η διακολπική ωληψία παρουσιάζει επιπλοκές όπως ο τραυματισμός αιμοφόρων αγγείων και οργάνων της περιοχής και η λοίμωξη [3]. Μία ανασκόπηση των επιπλοκών της διακολπικής ωληψίας από τους Aragona και συν. μελέτησε 7098 περιπτώσεις και απέδειξαν ότι η σοβαρή ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία, η οποία απαιτεί χειρουργική αντιμετώπιση, απαντάται στο 0.06% και τα πνευτικά αποστήματα εμφανίζονται με συχνότητα 0.03%, επιβεβαιώνοντας τη σπανιότητα των επιπλοκών αυτών [4]. Η συνολική επίπτωση της πνευτικής λοίμωξης μετά από διακολπική ωληψία είναι μικρότερη από 1%, με τα πιο σοβαρά πνευτικά ή σαλπγγο-ωθηκικά αποστήματα να εμφανίζονται σε λιγότερο από 0.3% των περιπτώσεων [5]. Πριν την εισαγωγή αυτής της τεχνικής, το ωθηκικό απόστημα ήταν πάντα μέρος σαλπγγο-ωθηκικού αποστήματος σε έδαφος πνευτικής φλεγμονώδους νόσου [6].

Οι παράγοντες κινδύνου για πνευτική λοίμωξη μετά από μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής περιλαμβάνουν το ιστορικό ενδομητρίωσης, την πνευτική φλεγμονώδη νόσο, τα προηγούμενα χειρουργεία στην πύελο και τις συμφύσεις [7]. Παρόλο που συστήνονται προληπτικά μέτρα για την εξάλειψη του κινδύνου πνευτικής φλεγμονής, τα πνευτικά αποστήματα μπορούν να σχηματιστούν με ή χωρίς την προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής [8].

Οι περισσότερες περιπτώσεις πνευτικής φλεγμονής γίνονται κλινικά εμφανείς μέσα σε ώρες ή μέρες από την ωληψία. Ωστόσο, τα πνευτικά αποστήματα γίνονται αργότερα κλινικά εμφανή, με τα περισσότερα να διαγιγνώσκονται εντός 3 εβδομάδων από τη διακολπική ωληψία, όπως και στην περίπτωση μας [9]. Στη βιβλιογραφία περιγράφεται ένα περιστατικό διάγνωσης ωθηκικού αποστήματος κατά την 30η εβδομάδα της κύησης, λόγω δεκατικής πυρετικής κίνησης η οποία καλύφθηκε με ευρέος φάσματος αντιβιοτικά και διενεργήθηκε καισαρική τομή διδύμων κατά την 32η εβδομάδα με ταυτόχρονη παροχέτευση του αποστήματος [2].

Οι πνευτικές λοιμώξεις μετά από διακολπική ωληψία πιθανολογείται ότι προκαλούνται από άμεσο ενοφθαλμισμό μικροβίων του κόλπου, αναζωπύρωση λανθάνουσας πνευτικής νόσου ή ενοφθαλμισμό μετά από τραυματισμό του εντέρου [9]. Οι συνηθέστεροι μικροοργανισμοί που απομονώνονται σε πνευτικές λοιμώξεις μετά από διακολπική ωληψία είναι ευκαιριακά αναερόβια όπως *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, *Enterococcus* και *Peptococcus* [3].

Η αντιμετώπιση των ωθηκικών αποστημάτων εξαρτάται από την κλινική κατάσταση της ασθενούς. Η συντηρητική αντιμετώπιση με ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή ως μονοθεραπεία είναι επιτυχής μόνο στο 34% με 87.5% των ασθενών με πνευτικά αποστήματα. Για το λόγο αυτό, απαιτείται συνεχής παρακολούθηση της κλινικής κατάστασης της ασθενούς και ταυτόχρονα αξιολόγηση του μεγέθους του αποστήματος μέσω υπερήχου ή αξονικής τομογραφίας.

Ωστόσο, αν δεν υπάρξει ανταπόκριση στα αντιβιοτικά μέσα σε 48 με 72 ώρες, η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί τη θεραπεία εκλογής [6].

Κατά την χειρουργική αντιμετώπιση, είτε με λαπαροσκόπηση είτε με λαπαροτομία, διενεργείται παροχέτευση του αποστήματος, λύση των συμφύσεων και αφαίρεση των πέριξ νεκρωμένων ιστών. Οι περιορισμοί της λαπαροσκόπησης είναι οι σοβαρές πυελικές συμφύσεις, που μπορεί να σχηματιστούν δευτεροπαθώς σε ένα ωθητικό απόστημα, και ο κίνδυνος τραυματισμού κοίλοι σπλάχνου, λόγω των στερεών συμφύσεων [5-6].

Η καθοδηγούμενη από υπέρηχο παροχέτευση του αποστήματος έχει

περιγραφεί ως εναλλακτική της χειρουργικής επέμβασης. Σε μία μελέτη από τους Gjelland και συν. που περιλάμβανε 302 γυναίκες η επίπτωση του υπολειμματικού αποστήματος μετά από παροχέτευση καθοδηγούμενη από διακολλητικό υπέρηχο ήταν 6.6.% [10].

Συμπερασματικά, η κλινική υποψία είναι κριτικής σημασίας για την ανίχνευση των επιπλοκών της διακολλητικής ωληψίας. Η κλινική εξέταση σε συνδυασμό με την κατάλληλη απεικόνιση, απαιτούνται για τον αποκλεισμό σοβαρών ενδοκοιλιακών ή/και αγγειακών επιπλοκών [11]. Τέλος, κλινικοί ιατροί θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν το ωθητικό απόστημα στη διαφοροδιάγνωση ασθενών με κοιλιακό άλγος, πυρετό και λευκοκυττάρωση μετά από ωληψία για εξωσωματική γονιμοποίηση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. El-Toukhy T., Hanna L. Pelvic infection after oocyte retrieval: a preventable complication or an inevitable risk? *J Obstet Gynaecol.* 2006 Oct;26(7):701-3.
2. Sharpe K., Karovitch A.J., Claman P., Suh K.N. Transvaginal oocyte retrieval for in vitro fertilization complicated by ovarian abscess during pregnancy. *Fertil Steril.* 2006 Jul;86(1):219.e11-3.
3. Dicker D., Ashkenazi J., Feldberg D., Levy T., Dekel A., Ben-Rafael Z. Severe abdominal complications after transvaginal ultrasonographically guided retrieval of oocytes for in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril* 1993;59:1313-5.
4. Aragona C., Mohamed M.A., Espinola M.S., Linari A., Pecorini F., Micara G., et al. Clinical complications after transvaginal oocyte retrieval in 7,098 IVF cycles. *Ferti Steril* 2011;1:293-4.
5. Asemota O.A., Girda E., Dueñas O., Neal-Perry G., Pollack S.E. Actinomycosis pelvic abscess after in vitro fertilization. *Fertil Steril.* 2013 Aug;100(2):408-11.

6. Kelada E., Ghani R. Bilateral ovarian abscesses following transvaginal oocyte retrieval for IVF: a case report and review of literature. *J Assist Reprod Genet.* 2007 Apr; 24(4): 143-145.
7. Dicker D., Dekel A., Orvieto R., Bar-Hava I., Feldberg D., Ben-Rafael Z. Ovarian abscess after ovum retrieval for in-vitro fertilization. *Hum Reprod* 1998;13(7):1813-4.
8. Al-Kuran O., Beitawi S., Al-Mehaisen L. Pelvic abscess complicating an in vitro fertilization pregnancy and review of the literature. *J Assist Reprod Genet* 2008;7:341-3.
9. Bennett S.J., Waterstone J.J., Cheng W.C., Parsons J. Complications of transvaginal ultrasound-directed follicle aspiration: a review of 2670 consecutive procedures. *J Assist Reprod Genet* 1993;1:72-7.
10. Gjelland K., Ekerhovd E., Granberg S. Transvaginal ultrasoundguided aspiration for treatment of tubo-ovarian abscess: A study of 302 cases. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1323-30.
11. Siristatidis C., Chrelias C., Alexiou A., Kassanos D. Clinical complications after transvaginal oocyte retrieval: a retrospective analysis. *J Obstet Gynaecol.* 2013 Jan;33(1):64-6.

Ovarian abscess following transvaginal oocyte retrieval for in vitro fertilization

K. Zacharis, S. Kravvaritis, E. Chrysafoyoulou, T. Charitos, A. Fouka

Department of Obstetrics and Gynecology, General Hospital of Lamia, Lamia, Greece

ABSTRACT

Ovarian abscess is a rare, yet life threatening complication of transvaginal oocyte retrieval. We hereby report a case of a woman with a medical history of transvaginal oocyte retrieval for in vitro fertilization, presented in our emergency department complaining of fever and abdominal pain. During her hospitalization, the diagnosis of ovarian abscess was confirmed. Surgical open drainage of the abscess was performed and post-operative course of the patient was uneventful. The current article, based on the systematic presentation of current literature references, attempts a brief review of the complications of transvaginal oocyte retrieval, regarding ovarian abscess.



Keywords: ovarian abscess, transvaginal oocyte retrieval, complication, IVF, ART



Citation

K. Zacharis, S. Kravvaritis, E. Chrysafoyoulou, T. Charitos, A. Fouka. Ovarian abscess following transvaginal oocyte retrieval for in vitro fertilization. Scientific Chronicles 2019; 24(3): 413-419