

Συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση ασθενούς με έκτοπη τραχηλική κύηση: περιγραφή περίπτωσης

Ιωάννης Κ. Θανασάς

Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα, Ελλάδα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρουσίαση του περιστατικού αφορά στην έγκαιρη διάγνωση και την συντηρητική επεμβατική αντιμετώπιση ασθενούς με έκτοπη τραχηλική εγκυμοσύνη. Έγκυος δευτερότοκος με πολλαπλές διακοπές κύησης στο ιστορικό της προσήλθε στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας αναφέροντας από τις τελευταίες ημέρες μικρή κολπική αιμόρροια συνοδευόμενη από ένα βύθιο, ήπιο άλγος στην περιοχή του υπογαστρίου και της οσφυϊκής χώρας. Το test κύησης των ούρων ήταν θετικό. Η τελευταία έμμηνος ρύση δεν ήταν δυνατόν να προσδιορισθεί με ακρίβεια λόγω των επανειλημμένων τεχνητών εκτρώσεων το τελευταίο χρονικό διάστημα. Το διακολπικό υπερηχογράφημα έθεσε τη διάγνωση της έκτοπης τραχηλικής κύησης και αποφασίσθηκε η συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς. Στο χειρουργείο, μετά την κένωση του ενδοτραχήλου και της ενδομήτριας κοιλότητας εκτελέσθηκε προληπτικός κολποτραχηλικός επιπωματισμός. Δύο ημέρες μετά η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας σε καλή γενική κατάσταση. Στην παρούσα εργασία μετά την παρουσίαση του περιστατικού επιχειρείται με βάση τα σύγχρονα δεδομένα μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση της σπάνιας αυτής μαιευτικής επιπλοκής, αναφορικά με την αιτιοπαθογένεια, τη διάγνωση, την αντιμετώπιση και την πρόγνωση.

Λέξεις ευρετηρίου: έκτοπη τραχηλική κύηση, αιτιοπαθογένεια, διάγνωση, αντιμετώπιση, πρόγνωση

Παραπομπή

I. Κ. Θανασάς. Συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση ασθενούς με έκτοπη τραχηλική κύηση: περιγραφή περίπτωσης. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(1): 184-192

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. Οι περισσότερες περιπτώσεις έκτοπης εγκυμοσύνης που ανιχνεύονται έγκαιρα μπορούν να αντιμετωπιστούν με επιτυχία είτε με ελάχιστα επεμβατική χειρουργική

επέμβαση, είτε με τη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων [1]. Πολλές φορές η διάγνωση της έκτοπης κύησης μπορεί να είναι το αποτέλεσμα εγκυμοσύνης άγνωστης θέσης. Η εγκυμοσύνη άγνωστης θέσης είναι ένας περιγραφικός όρος που αφορά σε γυναίκες με θετικό τεστ εγκυμοσύνης και διακολπικό υπερηχογράφημα το οποίο δεν μπορεί να προσδιορίσει τον τόπο της κύησης. Η πλειοψηφία των γυναικών με εγκυμοσύνη

άγνωστης θέσης καταλήγουν σε βιώσιμη ενδομήτρια εγκυμοσύνη ή αυτόματη αποβολή, ενώ το 7% - 20% αυτών των περιπτώσεων θα διαγνωσθεί τελικά με έκτοπη κύηση [2]. Η έκτοπη εγκυμοσύνη είναι μια κατάσταση υψηλού κινδύνου που αφορά στο 2% του συνόλου των κυήσεων. Στο 80% των περιπτώσεων η διάγνωση μπορεί να γίνει σε πρώιμο στάδιο, ενώ η σχετική θνησιμότητα έχει μειωθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες και εκτιμάται ότι αφορά σε 3.8 περιπτώσεις ανά 10.000 έκτοπες εγκυμοσύνες [3]. Η πιο συχνή μορφή έκτοπης κύησης είναι η σαλπγγική με συχνότερη εντόπιση στη λήκυθο [4]. Σπάνια εγκυμοσύνες μπορεί να αναπτυχθούν σε ασυνήθιστες περιοχές εμφύτευσης, όπως είναι το διάμεσο τμήμα της σάλπιγγας, ο τράχηλος, η ωθήκη και σπανιότερα η περιτοναϊκή κοιλότητα - κοιλιακή εγκυμοσύνη [5].

Στην έκτοπη τραχηλική κύηση η εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου αφορά στο επιθήλιο της κοιλότητας του ενδοτραχήλου. Η τραχηλική κύηση δεν είναι συχνή. Πρόκειται για μια εξαιρετικά σπάνια μορφή έκτοπης εγκυμοσύνης, που αντιπροσωπεύει λιγότερο από το 1% του συνόλου των έκτοπων κυήσεων στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής [6]. Η τραχηλική κύηση και η έκτοπη κύηση στην ουλή της καισαρικής τομής αποτελούν σπάνιες μορφές μη φυσιολογικής εμφύτευσης του γονιμοποιημένου ωαρίου. Η μη έγκαιρη διάγνωση και ορθή διαχείριση των παθολογικών αυτών καταστάσεων μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική νοσηρότητα, με σημαντικές επιπλοκές στο πρώτο τρίμηνο της κύησης [7]. Η αυξημένη αγγείωση που χαρακτηρίζει το επιθήλιο της ενδοτραχηλικής κοιλότητας, και ιδιαίτερα, όταν η έκτοπη

τραχηλική εγκατάσταση αφορά σε προχωρημένη ηλικία κύησης είναι δυνατόν να οδηγήσει σε μαζική αιμορραγία επικίνδυνη για τη ζωή της εγκύου [8].

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε νεαρή αλλοδαπή δευτερότοκο με έναν φυσιολογικό τοκετό προ τριετίας στο ιστορικό της η οποία προσήλθε στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας αναφέροντας από τις τελευταίες ημέρες μικρή κολπική αιμόρροια συνοδευόμενη από ένα βύθιο, ήπιο άλγος στην περιοχή του υπογαστρίου και της οσφυϊκής χώρας. Η ασθενής ήταν απόρρητη, αιμοδυναμικά σταθερή σε καλή γενική κατάσταση. Η κοιλιά ήταν μαλακή, ευπίεστη και ανώδυνη κατά την ψηλάφηση. Η τελευταία έμμηνος ρύση δεν ήταν δυνατόν να υπολογισθεί με ακρίβεια, λόγω των επανειλημμένων τεχνητών εκτρώσεων που ανέφερε το τελευταίο χρονικό διάστημα (4 χειρουργικές κενώσεις της μήτρας λόγω ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης κατά τους τελευταίους 13 μήνες περίπου). Το test κύησης των ούρων ήταν θετικό. Από τον επείγοντα εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε: Ht 37.3%, Hb 12.4 gr/dl, PLT 215x10³/ml, WBC 12.1x10³/ml, NEUT 76%. Ο πηκτικός 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 στο αίμα (β hCG) που ολοκληρώθηκε 48 ώρες αργότερα έδειξε μη βιώσιμο έμβρυο. Κατά την εισαγωγή της ασθενούς στην κλινική

μας με τη γυναικολογική εξέταση διαπιστώθηκε μικρή κολπική αιμόρροια σκούρου χρώματος. Το έξω τραχηλικό στόμιο ήταν κλειστό. Με το διακολπικό υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε η παρουσία σάκου κύησης χωρίς εμβρυικά στοιχεία στο ενδοτραχηλικό κανάλι και σε θέση κάτω από το έξω τραχηλικό στόμιο που αντιστοιχούσε σε 6 εβδομάδες και 2 ημέρες.

Η χαρακτηριστική υπερηχογραφική απεικόνιση τμήματος φυσιολογικού ενδοτραχηλικού αυλού μεταξύ της ενδομήτριας κοιλότητας και του σάκου της κύησης (εικόνα 1) έθεσε τη διάγνωση της έκτοπης τραχηλικής εγκυμοσύνης και αποφασίσθηκε η συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση της εγκύου.



Εικόνα 1. Διακολπική υπερηχογραφική απεικόνιση του σάκου της κύησης στο τραχηλικό κανάλι. Είναι ορατό (μαύρα βέλη) το τμήμα του φυσιολογικού τραχηλικού καναλιού που μεσολαβεί μεταξύ της φυσιολογικής ενδομήτριας κοιλότητας (αριστερά) και του έκτοπου σάκου της κύησης (δεξιά).

Στο χειρουργείο υπό γενική αναισθησία μετά τη διαστολή του τραχήλου με κηρία Hegar η

ασθενής υποβλήθηκε σε θεραπευτική κένωση του ενδοτραχήλου και εν συνεχεία της ενδομήτριας κοιλότητας με τη βοήθεια αναρροφητικού και μεταλλικού ξέστρου, αντίστοιχα. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση. Διεγχειρητικά η αιμορραγία ήταν μικρή και ελεγχόμενη. Ακολούθησε προληπτικός κολποτραχηλικός επιπωματισμός με τη βοήθεια μακριάς γάζας η οποία αφαιρέθηκε 3 ώρες αργότερα. Μετά από ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας την 3η ημέρα νοσηλείας με οδηγία για επανεξέταση στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο. Τρεις εβδομάδες αργότερα η τιμή της β - hCG ήταν μηδενική.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο ακριβής αιτιοπαθογενετικός μηχανισμός εμφύτευσης και ανάπτυξης της βλαστοκύστης σε περιοχές εκτός της φυσιολογικής κοιλότητας της μήτρας δεν έχει ακόμη απόλυτα διευκρινισθεί. Ο κύριος προδιαθεσικός παράγοντας που μέχρι σήμερα έχει ενοχοποιηθεί για την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου στο επιθήλιο της ενδοτραχηλικής κοιλότητας είναι η προηγούμενη διαστολή και απόξεση του ενδοτραχήλου που υπολογίζεται ότι αφορά περίπου στο 70% του συνόλου των έκτοπων τραχηλικών κυήσεων (δική μας περίπτωση). Ακολουθεί η προηγούμενη καισαρική τομή η οποία με βάση τα σύγχρονα δεδομένα εκτιμάται ότι ευθύνεται για το 35% περίπου των περιπτώσεων [9]. Επιπλέον, το σύνδρομο Asherman, οι ανατομικές ανωμαλίες της μήτρας, τα ινομυώματα, η χρήση

αντισυλληπτικών ενδομήτριων σπειραμάτων, οι μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (IVF) και η έκθεση γυναικών σε διεθλοστιλβεστρόλη (DES) συμπεριλαμβάνονται στους κύριους αιτιολογικούς παράγοντες που ευθύνονται για τη σπάνια αυτή επιπλοκή της αρχόμενης εγκυμοσύνης (πίνακας 1). Η πιθανή διαταραχή - βλάβη της αρχιτεκτονικής και της υποδεκτικότητας του ενδομητρίου που είναι δυνατόν να προκαλέσουν οι παραπάνω καταστάσεις, και ιδιαίτερα οι προηγηθείσες αποξέσεις πιθανολογείται ότι διευκολύνει την εμφύτευση της βλαστοκύστης στο κατώτερο τμήμα της μήτρας, προς τον ενδοτράχηλο και κάτω από το επίπεδο του έσω τραχηλικού στομίου [10,11].

Πίνακας 1. Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες που ευθύνονται για την έκτοπη τραχηλική κύηση

- προηγηθείσα διαστολή και απόξεση
- προηγηθείσα καισαρική τομή
- σύνδρομο Asherman
- ανατομικές ανωμαλίες μήτρας
- ινομυώματα μήτρας
- ενδομήτρια σπειράματα
- υποβοηθούμενη αναπαραγωγή
- έκθεση σε DES

Η διάγνωση της τραχηλικής κύησης με βάση μόνο τα κλινικά κριτήρια είναι δύσκολη, ιδιαίτερα όταν αφορά σε αρχόμενη εγκυμοσύνη. Το κύριο χαρακτηριστικό κλινικό γνώρισμα είναι η ανώδυνη κοιλιακή

αιμορραγία, η οποία είναι άλλοτε άλλης έντασης και αφορά σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 80% των περιπτώσεων [12]. Η αιμορραγία η οποία είναι αποτέλεσμα της διάβρωσης των τραχηλικών αγγείων από τον τροφοβλαστικό ιστό και της έλλειψης συσταλτικότητας του τραχήλου της μήτρας είναι δυνατόν να συνοδεύεται από ένα ήπιο, βύθιο άλγος εντοπιζόμενο στην περιοχή του υπογαστρίου ή/και της οσφυϊκής χώρας (δική μας περίπτωση) που προκαλείται από τις ήπιες συσπάσεις του κατώτερου τμήματος της μήτρας [13]. Έτσι, καθολικά αποδεκτό πρωτόκολλο για τη συντηρητική αντιμετώπιση της οξείας αιμορραγίας λόγω υπολειπόμενης έκτοπης εγκυμοσύνης σε περιπτώσεις τραχηλικής κύησης μέχρι σήμερα δεν υπάρχει. Έχουν περιγραφεί στη βιβλιογραφία περιπτώσεις εκσεσημασμένης κοιλιακής αιμορραγίας τρεις μήνες μετά τη λήψη της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της ενδομυϊκής ένεσης χλωριούχου καλίου, της συστηματικής χορήγησης μεθοτρεξάτης και του εμβολισμού των μητριάων αγγείων, λόγω υπολειπόμενης έκτοπης τραχηλικής εγκυμοσύνης [14].

Σε αντίθεση με τα κλινικά κριτήρια, η συμβολή των σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων στη διάγνωση της τραχηλικής κύησης είναι καθοριστική. Η χρήση σήμερα της διακολπικής υπερηχογραφίας, της 3D υπερηχοτομογραφίας, της τομογραφίας μαγνητικού συντονισμού (MRI) και της διακολπικής Power Doppler υπερηχογραφίας σε συνδυασμό με τον ποσοτικό προσδιορισμό της χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης έχουν αυξήσει σημαντικά τη διαγνωστική ακρίβεια της νόσου. Υπερηχογραφικά ευρήματα, όπως η απουσία ενδομήτριας κύησης, η απεικόνιση

του σάκου της κήσης κάτω από το επίπεδο των μητριάων αγγείων με ύπαρξη αιματικής ροής στην περιφέρεια και η παραμονή τμήματος φυσιολογικού τραχηλικού καναλιού μεταξύ της ενδομήτριας κοιλότητας και του σάκου της κήσης (δική μας περίπτωση) συνηγορούν υπέρ της έκτοπης τραχηλικής εγκυμοσύνης σε σχέση με την αυτόματη αποβολή ενδομήτριας κήσης σε εξέλιξη. Η διαφορική διάγνωση από την αυτόματη αναπόφευκτη αποβολή η οποία θα πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό μέλημα του κάθε μαιευτήρα - γυναικολόγου διευκολύνεται ακόμη περισσότερο όταν στο εγκατεστημένο στο ενδοτραχηλικό κανάλι έμβρυο αναγνωρίζεται θετική καρδιακή λειτουργία [15,16].

Επιπλέον, οι αξιοσημείωτες βελτιώσεις που έχουν επιτευχθεί τα τελευταία χρόνια στις τεχνικές υπερηχογραφικής απεικόνισης, επιτρέποντας την έγκαιρη διάγνωση της τραχηλικής εγκυμοσύνης παρέχουν ταυτόχρονα σήμερα και τη δυνατότητα για μια πιο συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου. Η εκτέλεση θεραπευτικής κένωσης της ενδομήτριας και ενδοτραχηλικής κοιλότητας με ή χωρίς χρήση ταμποναρίσματος της περιοχής σε περιπτώσεις αρχόμενης εγκυμοσύνης (δική μας περίπτωση) είναι δυνατόν να ελέγξει την αιμορραγία διατηρώντας ταυτόχρονα και τη γονιμότητα της ασθενούς [17,18]. Παρόμοια, η κένωση της ενδοτραχηλικής κοιλότητας της μήτρας υπό τον υψηλής διαγνωστικής ευκρίνειας υπερηχογραφικό έλεγχο αποτελεί σύγχρονη θεραπευτική επιλογή συντηρητικής αντιμετώπισης των γυναικών που επιθυμούν τη διατήρηση της μήτρας [19]. Επίσης, η κολπική πρόσκρουση των μητριάων αρτηριών

(τεχνική Zea) πριν από τη χειρουργική κένωση του τραχήλου της μήτρας αποτελεί μια αποτελεσματική επιλογή για τον έλεγχο της μαιευτικής αιμορραγίας, συμπεριλαμβανομένων και των ασθενών που έχουν διαγνωστεί με έκτοπη τραχηλική εγκυμοσύνη, στους οποίους ο όγκος αιμορραγίας μειώνεται μετά την τοποθέτησή του [20]. Επίσης, ο εμβολισμός των μητριάων αγγείων ακολουθούμενος από την ενδοτραχηλική απόξεση αποτελεί μια ασφαλή, αποτελεσματική και οικονομικά αποδοτική επιλογή για τη συντηρητική αντιμετώπιση της έκτοπης τραχηλικής εγκυμοσύνης [21].

Επίσης, η υστεροσκοπική εξαίρεση του κυήματος με τη χρήση ρεσεκτοσκοπίου και η χρήση διαφόρων φαρμακευτικών ουσιών (Methotrexate, KCL) αποτελούν συντηρητικές μέθοδοι αντιμετώπισης της νόσου που έχουν περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία με καλά αποτελέσματα. Η επεμβατική υστεροσκοπική μπορεί να αποτελέσει την ασφαλέστερη και καταλληλότερη θεραπευτική επιλογή σε κυήσεις μικρότερες των 8 εβδομάδων, ενώ σε περιπτώσεις αποτυχίας της ενδοσκοπικής θεραπείας αυτές μπορούν να αντιμετωπισθούν συμπληρωματικά με μεθοτρεξάτη ή με εμβολισμό των μητριάων αρτηριών [22]. Η μεθοτρεξάτη μπορεί να χορηγηθεί συστηματικά σε συνδυασμό με φολικό οξύ (50 mg/m² εφάπαξ) ή ενδομυϊκά σε δόση 1 mg/kg σωματικού βάρους [23]. Ο εμβολισμός των μητριάων αρτηριών σε συνδυασμό με την ενδοαρτηριακή έγχυση μεθοτρεξάτης εκτιμάται ότι είναι μια αποτελεσματική συντηρητική θεραπευτική επιλογή στην αντιμετώπιση της τραχηλικής κήσης [24]. Επίσης, η υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση ενδοαμνιακή χορήγηση KCL σε συνδυασμό με

μεθοτρεξάτη, καθώς και η χορήγηση μεθοτρεξάτης σε συνδυασμό με άλλα φαρμακευτικά σκευάσματα (προσταγλανδίνες, ανταγωνιστής της προγεστερόνης RU - 486) έχουν χρησιμοποιηθεί με καλά θεραπευτικά αποτελέσματα [25,26]. Παρόλα αυτά όμως, ακόμη και σήμερα η υστερεκτομία εξακολουθεί να αποτελεί μέθοδο εκλογής στην αντιμετώπιση της έκτοπης τραχηλικής κύησης, ιδιαίτερα όταν αυτή αφορά σε προχωρημένη εγκυμοσύνη ή όταν ανεξάρτητα από την ηλικία της κύησης η αιμορραγία είναι μεγάλη, μη ελεγχόμενη και απειλητική για τη ζωή της εγκύου [21].

Η πρόγνωση εξαρτάται από την ηλικία της εγκυμοσύνης και την διαβρωτική δραστηριότητα της έκτοπα εγκυμοσθένης τροφοβλάστης στο ενδοτραχηλικό κανάλι. Τόσο η αυτόματη αιμορραγία, όσο και η αιμορραγία που είναι δυνατόν να προκληθεί κατά τη διάρκεια της εκτέλεσης των συντηρητικών επεμβατικών μεθόδων αποτελεί την κύρια επιπλοκή της νόσου με σημαντικά αυξημένα ποσοστά μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας [27]. Παρόλο που η τραχηλική κύηση εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους για τη ζωή της εγκύου και απαιτεί την εκτέλεση υστερεκτομίας, στις περισσότερες των περιπτώσεων ο εμβολισμός των μητριάων αρτηριών σε συνδυασμό με τη χειρουργική θεραπευτική κένωση του τραχήλου της μήτρας αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική θεραπεία που επιτρέπει ταυτόχρονα τη διατήρηση της γονιμοποιητικής ικανότητας της γυναίκας [21].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σύγχρονη διαγνωστική προσέγγιση της έκτοπης τραχηλικής κύησης 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, καθώς και η σωστή εφαρμογή της σύγχρονης εξελιγμένης τεχνολογίας επιτρέπουν σήμερα την έγκαιρη διάγνωση και την άμεση εφαρμογή των πλέον κατάλληλων σύγχρονων θεραπευτικών χειρισμών, προκειμένου να εξασφαλιστεί η συντηρητικότερη αντιμετώπιση της νόσου και να μειωθεί ο αυξημένος κίνδυνος μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Εκτιμάται σήμερα ότι ο συνδυασμός της διακολπικής υπερηχογραφίας και της πυελικής μαγνητικής τομογραφίας είναι μια πολλά υποσχόμενη τεχνική για την προεγχειρητική αξιολόγηση των ασθενών με έκτοπη τραχηλική εγκυμοσύνη. Με τη βοήθεια των νέων σύγχρονων τεχνικών αναμένεται μελλοντικά οι μεγάλες τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες να μπορέσουν να αναπτύξουν ένα τυποποιημένο σύστημα βαθμολόγησης το οποίο θα βοηθήσει αποτελεσματικά στη διάγνωση των ασθενών υψηλού κινδύνου και θα εξασφαλίσει την ορθότερη ιατρική περίθαλψη σε όλους τους ασθενείς [28].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Committee on Practice Bulletins – Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 191: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(2): e65 – e77.
2. Fields L, Hathaway A. Key Concepts in Pregnancy of Unknown Location: Identifying Ectopic Pregnancy and Providing Patient – Centered Care. *J Midwifery Womens Health.* 2017; 62(2): 172 – 179.
3. Belics Z, Gérecz B, Csákány MG. Early diagnosis of ectopic pregnancy. *Orv Hetil.* 2014; 155(29): 1158 – 1166.
4. ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(3): e91 – e103.
5. Srisajjakul S, Prapaisilp P, Bangchokdee S. Magnetic resonance imaging in tubal and non – tubal ectopic pregnancy. *Eur J Radiol.* 2017; 93: 76 – 89.
6. Dolinko AV, Vrees RA, Frishman GN. Non – tubal Ectopic Pregnancies: Overview and Treatment via Local Injection. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018; 25(2): 287 – 296.
7. Monteagudo A, Romero JA, Timor – Tritsch IE. Pregnancy in an Abnormal Location. *Clin Obstet Gynecol.* 2017; 60(3): 586 – 595.
8. Munoz JL, Kalan A, Singh K. Second Trimester Cervical Ectopic Pregnancy and Hemorrhage: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2018; 2018: 3860274.
9. Ferrara L, Belogolovkin V, Gandhi M, Litton C, Jacobs A, Saltzman D, Rebarber A. Successful management of a consecutive cervical pregnancy by sonographically guided transvaginal local injection: case report and review of the literature. *J Ultrasound Med.* 2007; 26(7): 959 – 965.
10. Fylstra DL, Coffey MD. Treatment of cervical pregnancy with cerclage, curettage and balloon tamponade. A report of three cases. *J Reprod Med.* 2001; 46(1): 71 – 74.
11. Nasrolahi SH, Pilevari SH, Neghad N. Cervical ectopic pregnancy: Successful treatment with methotrexate. *Pak J Med Sci* 2008; 24: 883 – 886.
12. Murji A, Garbedian K, Thomas J, Cruickshank B. Conservative Management of Cervical Ectopic Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015; 37(11): 1016 – 1020.
13. Kansal D, Khurana A, Kansal AK. Cervical pregnancy presenting as dysfunctional uterine bleeding. *J Obstet Gynecol India* 2006; 56: 79 – 80.
14. Pereira N, Grias I, Foster SE, Della Badia CR. Acute hemorrhage related to a residual cervical pregnancy: management with curettage, tamponade, and cerclage. *J Minim Invasive Gynecol.* 2013; 20(6): 907 – 911.
15. Yildizhan B. Diagnosis and treatment of early cervical pregnancy: a case report and literature review. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2005; 32(4): 254 – 256.
16. Jaeger C, Hauser N, Gallinat R, Kreienberg R, Sauter G, Terinde R. Cervical ectopic pregnancy: surgical or medical treatment? *Gynecol Surg* 2007, 4: 117 – 121.

17. De La Vega GA, Avery C, Nemiroff R, Marchiano D. Treatment of early cervical pregnancy with cerclage, carboprost, curettage, and balloon tamponade. *Obstet Gynecol.* 2007; 109(2 Pt2): 505 – 507.
18. Pereira N, Grias I, Foster SE, Della Badia CR. Acute hemorrhage related to a residual cervical pregnancy: management with curettage, tamponade, and cerclage. *J Minim Invasive Gynecol.* 2013; 20(6): 907 – 911.
19. Jiang J, Xue M. The treatment of cervical pregnancy with high – intensity focused ultrasound followed by suction curettage: report of three cases. *Int J Hyperthermia.* 2019; 36(1): 273 – 276.
20. Castillo – Luna R, Zea – Prado F, Torres – Valdez E. Vaginal impingement of uterine arteries (Zea technique) prior to cervical curettage in cervical ectopic pregnancy: three case report and literature review. *Ginecol Obstet Mex.* 2015; 83(10): 648 – 655.
21. Hu J, Tao X, Yin L, Shi Y. Successful conservative treatment of cervical pregnancy with uterine artery embolization followed by curettage: a report of 19 cases. *BJOG.* 2016; 123 Suppl 3: 97 – 102.
22. Tanos V, ElAkhras S, Kaya B. Hysteroscopic management of cervical pregnancy: Case series and review of the literature. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2019; 48(4): 247 – 253.
23. Kirk E, Condous G, Haider Z, Syed A, Ojha K, Bourne T. The conservative management of cervical ectopic pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006; 27(4): 430 – 437.
24. Zhang S, Yan H, Ji WT. Uterine artery embolization combined with intra – arterial MTX infusion: its application in treatment of cervical pregnancy. *Arch Gynecol Obstet.* 2016; 293(5): 1043 – 1047.
25. Jachymski T, Moczulska H, Guzowski G, Pomorski M, Piątek S, Zimmer M, Rokita W, Wielgoś M, Sieroszewski P. Conservative treatment of abnormally located intrauterine pregnancies (cervical and cesarean scar pregnancies): a multicenter analysis (Polish series). *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018; 1 – 6.
26. Shrestha E, Yang Y, Li X, Zhang Y. Successful conservative management with methotrexate and mifepristone of cervical pregnancy. *J Biomed Res.* 2011; 25(1): 71 – 73.
27. Hanstede MM, van't Hof DB, van Groningen K, de Graaf IM. Severe complication after termination of a second trimester cervical pregnancy. *Fertil Steril.* 2008; 90(5): 2009. e5 – 7.
28. Ding W, Zhang X, Qu P. An Efficient Conservative Treatment Option for Cervical Pregnancy: Transcatheter Intra – Arterial Methotrexate Infusion Combined with Uterine Artery Embolization Followed by Curettage. *Med Sci Monit.* 2019; 25:1558 – 1565.

Conservative surgical treatment of a patient with cervical pregnancy: a case report

Ioannis K. Thanasas

Department of Obstetrics and Gynecology of General Hospital in Trikala, Trikala, Greece

ABSTRACT

The incident's presentation refers to early diagnosis and the invasive preservative treatment of a patient with an ectopic cervical pregnancy. A pregnant second born with multiple abortion in her record arrived to the outpatients department of our clinic reporting that she had the last few days a vaginal hemorrhagic combined with a deep mild ache at the area of hypogastrium and the back. The urine pregnancy test was positive. The last menstruation was not possible to be defined in accuracy because of the repeated artificial abortions during the last period of time. The intervaginal ultrasound lead to the diagnosis of ectopic cervical pregnancy and a preservative surgical treatment of the patient was decided. In the surgery after the intracervical and endometrium evacuation there was implemented a preventive vaginal – cervical tamponage. Two days later the patient left from our clinic in a good general abortion. In the present essay, after the presentation of the incident, a brief literature review of this rare obstetrical complication is attempted according to the modern data, regarding the causative pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis.

Keywords: ectopic cervical pregnancy, etiopathogeny, diagnosis, management, prognosis

Citation

Ioannis K. Thanasas. Conservative surgical treatment of a patient with cervical pregnancy: a case report. Scientific Chronicles 2020; 25(1): 184-192