

## Χειρουργική αντιμετώπιση έκτοπης ωοθηκικής κύησης: περιγραφή περίπτωσης και σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Ευθυμία Ι. Θανασά<sup>1</sup>, Ιωάννης Κ. Θανασάς<sup>2</sup>, Νικολέτα Κουταλιά<sup>2</sup>, Αθανάσιος Χασιώτης<sup>3</sup>, Μαρία Μούσια<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, <sup>2</sup>Μαιευτική – Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα, <sup>3</sup>Μαιευτική – Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Λεμεσός, Κύπρος, <sup>4</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα, Ελλάδα

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά στην έγκαιρη διάγνωση και την επεμβατική αντιμετώπιση ασθενούς με έκτοπη ωοθηκική εγκυμοσύνη. Έγκυος άτοκος με μία διακοπή κύησης δευτέρου τριμήνου στο ιστορικό της προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας αναφέροντας από τις τελευταίες ημέρες μικρή κολπική αιμόρροια συνοδευόμενη από βύθιο, ήπιο άλγος στην περιοχή του υπογαστρίου. Το test κύησης των ούρων ήταν θετικό. Το διακολπικό υπερηχογράφημα σε συνδυασμό με τον ποσοτικό προσδιορισμό της β - χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης έθεσε τη διάγνωση της έκτοπης κύησης και αποφασίστηκε η χειρουργική αντιμετώπιση της ασταθούς αιμοδυναμικά ασθενούς. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε η παρουσία ωοθηκικής εγκυμοσύνης και εκτελέστηκε σφηνοειδής εκτομή της πάσχουσας ωοθήκης. Η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα με οδηγία για τακτικό προσδιορισμό της β - χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης.

*Λέξεις ευρετηρίου:* ωοθηκική κύηση, αιτιοπαθογένεια, διάγνωση, αντιμετώπιση, πρόγνωση

### Παραπομπή

Ε. Θανασά, Ι. Θανασάς, Ν. Κουταλιά, Α. Χασιώτης, Μ. Μούσια. Χειρουργική αντιμετώπιση έκτοπης ωοθηκικής κύησης: περιγραφή περίπτωσης και σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(4): 737-745

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως έκτοπη κύηση ορίζεται η εγκυμοσύνη στην 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, το ιστορικό χειρουργικής επέμβασης στην πύελο, η προηγούμενη έκτοπη εγκυμοσύνη, η χρήση ενδομητρίων αντισυλληπτικών συσκευών, το

ιστορικό υπογονιμότητας και το ιστορικό πυελικής φλεγμονώδους νόσου αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται με τη συχνότητα εμφάνισης της έκτοπης κήσης [2]. Η έκτοπη εγκυμοσύνη εκτιμάται ότι αφορά στο 1.2% – 1.4% του συνόλου των κήσεων και στο 95% των περιπτώσεων εντοπίζεται στη σάλπιγγα [3]. Οι εξωσαλπιγγικές εντοπίσεις της έκτοπα εγκατεστημένης τροφοβλάστης στην ωθήκη (δική μας περίπτωση), στο διάμεσο τμήμα της σάλπιγγας, στην ουλή της καισαρικής τομής, στον τράχηλο και στην περιτοναϊκή κοιλότητα είναι σπάνιες και αφορούν περίπου στο 5% του συνόλου των έκτοπων κήσεων [4].

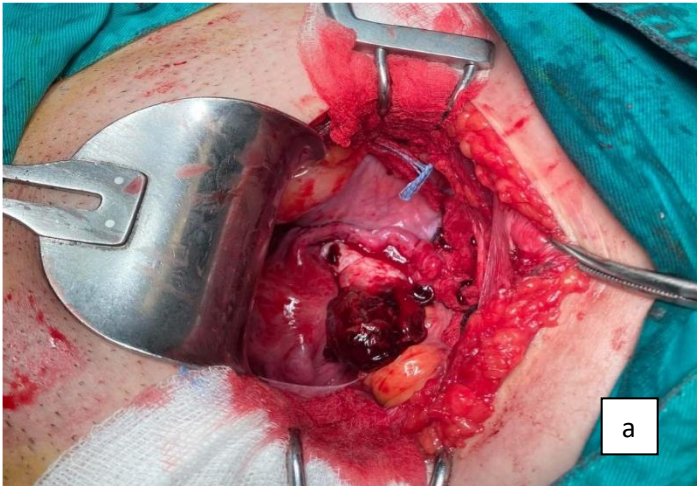
### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε άτοκο ασθενή με ιστορικό διακοπής κήσης στο δεύτερο τρίμηνο λόγω εμβρυικής χρωμοσωμικής ανωμαλίας η οποία προσήλθε στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία αναφέροντας από τις δύο τελευταίες ημέρες μικρή κολπική αιμόρροια συνοδευόμενη από βύθιο, ήπιο άλγος στην περιοχή του υπογαστρίου. Η ασθενής από δεκαήμερου περίπου ήταν διαγνωσμένη με κήση αγνώστου θέσεως. Με βάση την τελευταία κανονική έμμηνο ρύση η δευτεροπαθής αμηνόρροια υπολογίσθηκε στις 8 εβδομάδες και 2 ημέρες. Ο έλεγχος της ομαλής εξέλιξης της εγκυμοσύνης με ποσοτικό προσδιορισμό της β - χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης ανά δύο ημέρες έδειξε μη βιώσιμο έμβρυο (1ο δείγμα = 4113 mIU/mL, 2ο δείγμα = 3904 mIU/mL, 3ο δείγμα = 4207 mIU/mL). Από τον επείγοντα εργαστηριακό έλεγχο

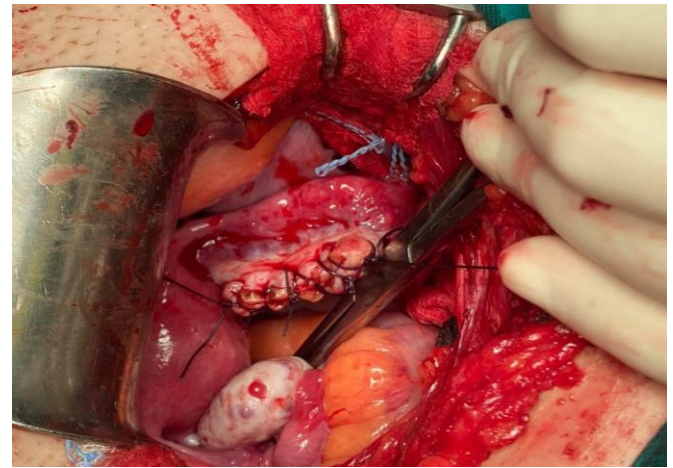


**Εικόνα 1.** Διακολπική υπερηχογραφική απεικόνιση έκτοπης ωθηκικής κήσης (δική μας περίπτωση): a) η παρουσία μήτρας κενής σάκου, b) ανομοιογένειας στην ανατομική περιοχή του εξαρτήματος και c) αιμοτοπιγημάτων στον δουλγασειο χώρο συνηγορούν υπέρ της διάγνωσης της έκτοπης κήσης.

διαπιστώθηκε: Ht 33.9%, Hb 10.8 gr/dl, PLT 243x10<sup>3</sup>/ml, WBC 9.90x10<sup>3</sup>/ml, NEUT 79.9%. Ο πηκτικός μηχανισμός και ο βιοχημικός έλεγχος ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση διαπιστώθηκε μεγάλη ευαισθησία στην μετακίνηση του τραχήλου της μήτρας. Με το διακολπικό υπερηχογράφημα (Εικόνες 1a,1b,1c) διαπιστώθηκε μήτρα κενή σάκου, παρουσία ανομοιογένειας στην ανατομική περιοχή του δεξιού εξαρτήματος και παρουσία αιματοπηγμάτων στον δουγλάσειο χώρο.

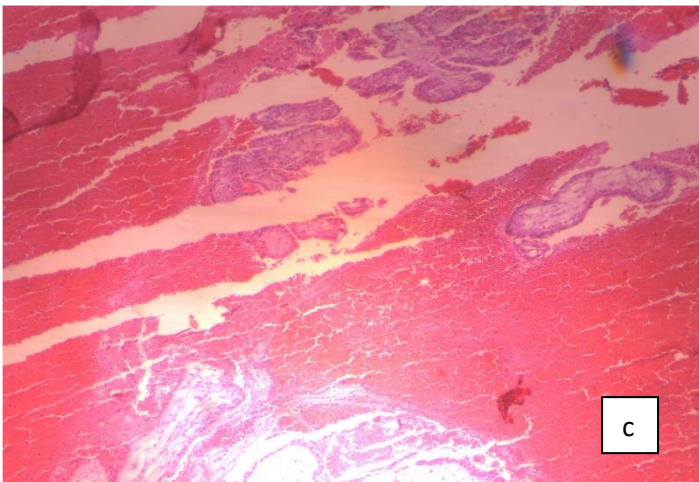
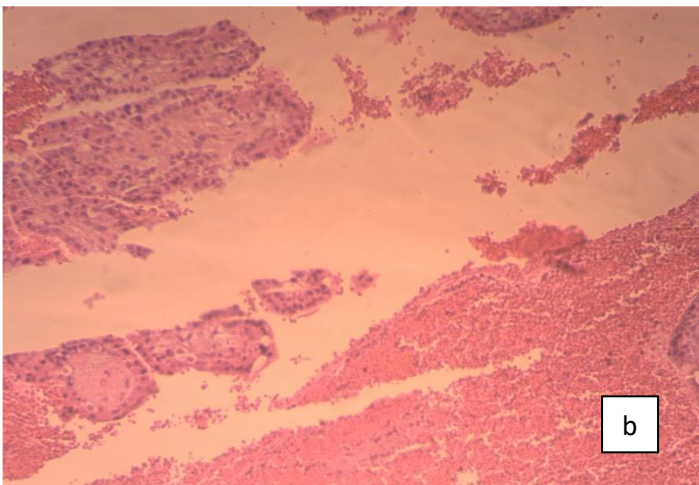
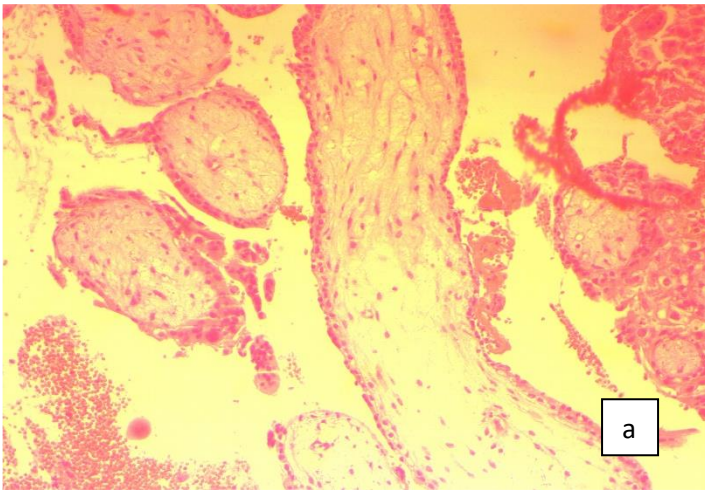


**Εικόνα 2.** Διεγχειρητική απεικόνιση έκτοπης ωθηκικής κύησης (δική μας περίπτωση).



**Εικόνα 3.** Αντιμετώπιση της έκτοπης ωθηκικής κύησης με σφηνοειδή εκτομή της πάσχουσας ωθήκης και συρραφή του ωθηκικού ιστού (δική μας περίπτωση).

Η χαρακτηριστική υπερηχογραφική απεικόνιση σε συνδυασμό με τον ποσοτικό προσδιορισμό της β - hCG έθεσε τη διάγνωση της έκτοπης κύησης και αποφασίσθηκε η χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς, λόγω της κατά εκτίμηση επερχόμενης αιμοδυναμικής αστάθειας. Στο χειρουργείο διαπιστώθηκε διόγκωση της δεξιάς ωθήκης με παρουσία αιμορραγούσης ερυθρωπής μάζας στην επιφάνεια αυτής, χωρίς τη συμμετοχή της σύστοιχης σάλπιγγας στη βλάβη (εικόνες 2a, 2b) και παρουσία αίματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα και αιματοπηγμάτων στην πύελο. Τέθηκε η διάγνωση της πιθανής έκτοπης ωθηκικής κύησης και εκτελέσθηκε σφηνοειδής εκτομή και συρραφή της πάσχουσας ωθήκης (εικόνα 3). Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση (εικόνα 4). Μετά από ομαλή μετεγχειρητική πορεία και πτωτική τιμή της β - hCG η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας την 3η μετεγχειρητική ημέρα. Τρεις εβδομάδες αργότερα η τιμή της β - hCG ήταν μηδενική.



**Εικόνα 4.** Ιστολογική εικόνα έκτοπης ωοθηκικής κύησης (δική μας περίπτωση).

## ΣΧΟΛΙΟ

Η ωοθηκική εγκυμοσύνη περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Mercurius το 1614 [5]. Στην ωοθηκική εγκυμοσύνη η εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου μπορεί να αφορά στο εσωτερικό του φλοιού της ωοθήκης (πρωτοπαθής) ή στην επιφάνεια της ωοθήκης (δευτεροπαθής) [6]. Η ωοθηκική εγκυμοσύνη αποτελεί τη συχνότερη μορφή μη σαλπγγικής έκτοπης κύησης και εκτιμάται ότι αφορά στο 0.5% - 3% του συνόλου των έκτοπων κύσεων [7]. Η πρωτοπαθής ωοθηκική εγκυμοσύνη είναι σπανιότερη και εκτιμάται ότι αφορά σε 1/6000 έως 1/40000 κύσεις [8]. Παρόλα αυτά όμως, η αυξημένη αγγείωση που χαρακτηρίζει την εγκυμοσύνη και η γειτνίαση της έκτοπα στην ωοθήκη εγκατεστημένης τροφοβλάστης με τα ωοθηκικά και τα μητριαία αγγεία είναι δυνατόν να οδηγήσει σε μαζική αιμορραγία επικίνδυνη και απειλητική για τη ζωή της εγκύου [9].

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 αντισυλληπτικών ενδομήτριων συσκευών. Εκτιμάται ότι ο κίνδυνος ωοθηκικής έκτοπης κύησης είναι κατά πολύ μεγαλύτερος σε γυναίκες που φέρουν ενδομήτριο αντισυλληπτικό σπείραμα συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό, καθώς και σε γυναίκες με *in vitro* γονιμοποίηση - μεταφορά εμβρύων (IVF - ET) σε σχέση με τη φυσική σύλληψη. Επίσης, η πυελική φλεγμονώδης νόσος και οι χειρουργικές επεμβάσεις στην περιοχή της πύελου και των

εξαρτημάτων αυξάνουν τον κίνδυνο ωθηκικής εγκυμοσύνης, κυρίως όμως αφορούν σε αιτιολογικούς παράγοντες που ευθύνονται για την πρόκληση σαλπγγικής κύησης [10]. Ενδεικτικά αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία περιπτώσεις έκτοπης ωθηκικής κύησης μετά από υφολική υστερεκτομία [11]. Τέλος, σπανιότερα σε άλλες περιπτώσεις (δική μας περίπτωση) η ωθηκική εγκυμοσύνη μπορεί να συμβεί χωρίς κλασικούς προγενέστερους παράγοντες κινδύνου [12].

Η προεγχειρητική διάγνωση της ωθηκικής εγκυμοσύνης δεν είναι εύκολη [13]. Οι κλινικές εκδηλώσεις δε διαφέρουν ουσιωδώς από εκείνες της έκτοπης σαλπγγικής κύησης [14]. Η δευτεροπαθής αμηνόρροια, το άλλοτε άλλης έντασης κοιλιακό άλγος και η ανώμαλη κολπική αιμορραγία αποτελούν τα κύρια κλινικά γνωρίσματα πριν από τη ρήξη της ωθήκης. Η ανώμαλη κολπική αιμορραγία ως αποτέλεσμα της φυσιολογικής απόπτωσης του φθαρτού από την ενδομήτρια κοιλότητα μετά από τη διακοπή της τροφοβλαστικής δραστηριότητας συνήθως συνοδεύεται από ήπιο, βύθιο έως μεγαλύτερης έντασης κοιλιακό άλγος εντοπιζόμενο στο υπογάστριο και κυρίως στην περιοχή του σύστοιχου λαγονίου βόθρου με την έκτοπη ωθηκική κύηση [15]. Σε περίπτωση που συμβεί ρήξη της ωθηκικής εγκυμοσύνης η διαφορική κλινική διάγνωση από τη ρήξη κύστης ωχρού σωματίου ή από τη ρήξη συστραφείσας κύστης ωθήκης είναι δύσκολη έως αδύνατη [12].

Σε αντίθεση με τα κλινικά κριτήρια, η χρήση σήμερα της διακολπικής υπερηχογραφίας σε συνδυασμό με τον ποσοτικό προσδιορισμό

της  $\beta$  - hCG έχουν αυξήσει σημαντικά τη διαγνωστική ακρίβεια της νόσου. Υπερηχογραφικά ευρήματα, όπως είναι η απουσία ενδομήτριας κύησης και η παρουσία σάκου κύησης στην επιφάνεια ή στο εσωτερικό του φλοιού της ωθήκης συνηγορούν υπέρ της ωθηκικής εγκυμοσύνης. Το διακολπικό υπερηχογράφημα παίζει σημαντικό ρόλο στην προεγχειρητική διάγνωση της άρρηκτης ωθηκικής κύησης, ενώ σε περίπτωση ρήξης ωθηκικής εγκυμοσύνης δεν υπάρχουν χαρακτηριστικά υπερηχογραφικά ευρήματα που να τη διαφοροποιούν από τη ραγείσα έκτοπη κύηση ή τη ρήξη αιμορραγικού ωχρού σωματίου [16]. Επίσης, η μαγνητική τομογραφία σήμερα μπορεί να είναι χρήσιμη στη διάγνωση της ωθηκικής εγκυμοσύνης, ειδικά όταν τα ευρήματα από το διακολπικό υπερηχογράφημα είναι ανεπαρκή ή διφορούμενα [17].

Η διάγνωση της ωθηκικής εγκυμοσύνης στην πλειονότητα των περιπτώσεων τίθεται διεγχειρητικά και επιβεβαιώνεται με την ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος (δική μας περίπτωση) [18]. Τα διαγνωστικά κριτήρια του Spielberg (1878), όπως είναι η μη συμμετοχή της σύστοιχης σάλπιγγας στη βλάβη, η ύπαρξη εμβρυικού σάκου μέσα στην ωθήκη, η σύνδεση με τη μήτρα μέσω του μητροωθηκικού συνδέσμου και η παρουσία ωθηκικού ιστού στο τοίχωμα του εμβρυικού σάκου σε πολλά σημεία που απέχουν μεταξύ τους μπορεί να είναι υπερβολικά αυστηρά για την επιβεβαίωση της διάγνωσης, με αποτέλεσμα να υποτιμάται σημαντικά όχι μόνο ο επιπολασμός της νόσου, αλλά και ενδεχομένως και τη διαχείριση αυτών των

ασθενών [19]. Έτσι, σήμερα η μη εμπλοκή της σάλπιγγας και η ταυτόχρονη αποδεδειγμένη παρουσία χοριακών λαχνών εντός των ωθηκών αποτελούν τα τροποποιημένα κριτήρια, βάση των οποίων πρέπει να επιβεβαιώνεται η διάγνωση της ωθηκικής κύησης (δική μας περίπτωση) [20]. Τέλος, στις περιπτώσεις εκείνες που τα κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα είναι ασαφή και υπάρχει έντονο διαγνωστικό πρόβλημα, η λαπαροσκόπηση είναι δυνατόν να βοηθήσει στη διάγνωση, παρέχοντας επιπρόσθετα το πλεονέκτημα της ταυτόχρονης θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου [21].

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ωθηκικής κύησης 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. Η θεραπεία με μεθοτρεξάτη μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς αρχικού σταδίου, των οποίων η αιμοδυναμική κατάσταση είναι σταθερή [22]. Η κλασική χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου με ανοικτή ή λαπαροσκοπική προσπέλαση συνίσταται στη σφηνοειδή εκτομή της ωθήκης και τη συρραφή του εναπομείναντος ωθηκικού ιστού (δική μας περίπτωση). Για τις περιπτώσεις εκείνες που η διάγνωση τίθεται καθυστερημένα και συνοδεύεται από σοβαρή αιμορραγία είναι

δυνατόν να απαιτηθεί η εκτέλεση ωθηκεκτομίας ή και εξαρτηματεκτομίας [23].

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 ωθήκης αποτελεί την κύρια επιπλοκή της νόσου με σημαντικά αυξημένα ποσοστά μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Στην ωθηκική εγκυμοσύνη μετά από την έγκαιρη χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου τα ποσοστά επιτυχίας μελλοντικών κυήσεων θεωρούνται παρά πολύ ικανοποιητικά [24].

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σύγχρονη διαγνωστική προσέγγιση της έκτοπης ωθηκικής 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, καθώς και 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. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 191: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(2): e65 – e77.
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(1): 67 – 70.
3. Rana P, Kazmi I, Singh R, Afzal M, Al – Abbasi FA, Aseeri A, Singh R, Khan R, Anwar F. Ectopic pregnancy: a review. *Arch Gynecol Obstet.* 2013; 288(4): 747 – 757.
4. Parker VL, Srinivas M. Non – tubal ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet.* 2016; 294(1): 19 – 27.
5. Grall J, Jacques Y. Ovarian pregnancy: a review of four cases. *Revue Française de Gynécologie.* 1978; 73(2): 139 – 145.
6. Begum J, Pallavee P, Samal S. Diagnostic dilemma in ovarian pregnancy: a case series. *J Clin Diagn Res.* 2015; 9(4): QR01 – 3.
7. Goyal LD, Tondon R, Goel P, Sehgal A. Ovarian ectopic pregnancy: A 10 years' experience and review of literature. *Iran J Reprod Med.* 2014; 12(12): 825 – 830.
8. Phupong V, Ultchaswadi P. Primary ovarian pregnancy. *J Med Assoc Thai.* 2005; 88(4): 527 – 529.
9. Melcer Y, Maymon R, Vaknin Z, Pansky M, Mendlovic S, Barel O, Smorgick N. Primary Ovarian Ectopic Pregnancy: Still a Medical Challenge. *J Reprod Med.* 2016; 61(1 – 2): 58 – 62.
10. Zhu Q, Li C, Zhao WH, Yuan JJ, Yan MX, Qin GJ, Zhang J. Risk factors and clinical features of ovarian pregnancy: a case – control study. *BMJ Open.* 2014; 4(12): e006447.
11. Fylstra DL. Ovarian ectopic pregnancy 6 years after supracervical cesarean hysterectomy: a case report. *J Reprod Med.* 2009; 54(10): 649-651.
12. Nwanodi O, Khulpateea N. The preoperative diagnosis of primary ovarian pregnancy. *J Natl Med Assoc.* 2006; 98(5): 796-798.
13. Le AW, Wang ZH, Shan L, Dai XY, Xiao TH, Li XR. Clinical analysis of 95 cases with ovarian pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2016; 43(6): 871 – 874.
14. Avila – Vergara MA, Peña – Ayón AR, Guzmán – Gutiérrez LE, Valenzuela – Verduzco JE, Caballero – Rodríguez CB, Vadillo – Ortega F. A second trimester ovarian ectopic pregnancy: A case report. *Ginecol Obstet Mex.* 2015; 83(11): 728 – 734.
15. Álvarez – Goris Mdel P, Mendoza – Moreno JM, Sánchez – Zamora R, Torres – Rivera RA, Galicia – Pedraza AK. Ovarian ectopic pregnancy with little common clinical presentation. A case report and bibliographical review. *Ginecol Obstet Mex.* 2015; 83(9): 545 – 550.
16. Ge L, Sun W, Wang L, Cheng L, Geng C, Song Q, Zhan X. Ultrasound classification and clinical analysis of ovarian pregnancy: A study of 12 cases. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2019; 48(9): 731 – 737.
17. Io S, Hasegawa M, Koyama T. A Case of Ovarian Pregnancy Diagnosed by MRI. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2015; 2015: 143031.
18. Ranaivoson HV, Ranaivomanana VF, Nomenjanahary L, Andriamampionona TF, Randrianjafisamindrakotroka NS. Ovarian pregnancy: about 3 cases and review of the literature. *Pan Afr Med J.* 2016; 25: 128.
19. Studziński Z, Branicka D, Filipczak A, Oliński K. Prolonged ovarian pregnancy: a case report. *Ginekol Pol.* 1999; 70(1): 33 – 35.
20. Wang Y, Chen H, Zhao M, Fadare O, Zheng W. Primary Ovarian Pregnancy: A Case Series and Analysis. *Int J Gynecol Pathol.* 2019; 38(1): 85 – 91.

21. Odejinmi F, Rizzuto MI, Macrae R, Olowu O, Hussain M. Diagnosis and laparoscopic management of 12 consecutive cases of ovarian pregnancy and review of literature. *J Minim Invasive Gynecol* 2009; 16: 354 – 359.
22. Birge O, Erkan MM, Ozbey EG, Arslan D. Medical management of an ovarian ectopic pregnancy: a case report. *J Med Case Rep*. 2015; 9: 290.
23. Kaur N, Reid F, Ma K. Ovarian Ectopic Pregnancy: Laparoscopic Excision and Ovarian Conservation. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019; 26(6): 1006.
24. Manjula NV, Sundar G, Shetty S, Sujani BK, Mamatha. A rare case of a ruptured ovarian pregnancy. *Proc Obstet Gynecol* 2010; 1: 4.



## *Surgical treatment of ovarian ectopic pregnancy: case report and mini review of the literature*

Euthymia Thanasa<sup>1</sup>, Ioannis K. Thanasas<sup>2</sup>, Nikoleta Koutalia<sup>2</sup>, Athanasios Chasiotis<sup>3</sup>, Maria Mousia<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, Greece, <sup>2</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, General Hospital of Trikala, Greece, <sup>3</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, General Hospital of Limassol, Limassol, Cyprus, <sup>4</sup> Department of Pathology, General Hospital of Trikala, Trikala, Greece

### ABSTRACT

The description of the case concerns the early diagnosis and invasive treatment of a patient with ectopic ovarian pregnancy. Pregnant interest-free with a termination of pregnancy of the second trimester in her history came to the outpatient clinics of our clinic reporting from the last few days small vaginal bleeding accompanied by deep, mild pain in the abdomen. The urine pregnancy test was positive. Transvaginal ultrasound in combination with the quantification of  $\beta$ -chorionic gonadotropin hormone diagnosed ectopic pregnancy and it was decided to surgically treat the unstable hemodynamically ill patient. Preoperatively, the presence of ovarian pregnancy was detected and a wedged resection of the diseased ovary was performed. The patient left our clinic on the third postoperative day with instructions for regular determination of  $\beta$  - chorionic gonadotropin hormone.

*Keywords:* Ovarian pregnancy, etiology, diagnosis, treatment, prognosis

### Citation

E. Thanasa, I. Thanasas, N. Koutalia, A. Chasiotis, M. Mousia. Surgical treatment of ovarian ectopic pregnancy: case report and mini review of the literature. *Scientific Chronicles* 2020; 25(4): 737-745