

## Διάμεσος κύηση - Παρουσίαση περιστατικού

**Κωνσταντίνος Αλμαλόγλου, Πέτρος Βλαχοκόστας, Χαράλαμπος Αηδονόπουλος**

Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης "Άγιος Δημήτριος"

Αλληλογραφία: Κωνσταντίνος Αλμαλόγλου, Φειδίου 20, 56431  
Σταυρούπολη Θεσσαλονίκης, Τηλ: 2310-641340,  
E-mail: cosalm@gmail.com

### Περίληψη

**Η διάμεσος κύηση αποτελεί μια σπάνια κατάσταση που αντιπροσωπεύει το 2-4% των έκτοπων κύησεων. Παρουσιάζεται η περίπτωση μιας άρρηκτης διάμεσης κύησης, στην οποία η συντηρητική αντιμετώπιση με μεθοτρεξάτη και η προσπάθεια τερατισμού της με θεραπευτική απόξεση δεν απέδωσαν και αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με διάνοιξη του κέρατος και αφαίρεση του κνήματος, χωρίς εκτομή του σύστουχου κέρατος.**

*Λέξεις κλειδιά:* έκτοπος κύηση, διάμεσος κύηση, μεθοτρεξάτη

### Εισαγωγή

Οι έκτοπες κύησεις (ΕΚ) αποτελούν το 1.4% του συνόλου των κύησεων, με συχνότητα που σταδιακά αυξάνει κατά τα τελευταία χρόνια (Chang et al., 2003; Lawson et al., 1998).

Μια σπάνια εντόπιση αποτελεί η διάμεσος κύηση (ΔΚ) στην οποία η εμφύτευση του κνήματος γίνεται στο διάμεσο τμήμα της σάλπιγγας. Οι ΔΚ αποτελούν το 2 έως 4% των ΕΚ (Advincula and Senapati, 2004).

Η ύπαρξη του μυομητρίου αφήνει περισσότερα περιθώρια ανάπτυξης στο κνήμα σε σύγκριση με το τοίχωμα της σάλπιγγας. Έτσι, η ρήξη της ΔΚ συμβαίνει αργότερα σε σχέση με τις υπόλοιπες σαλπγγικές κύησεις (στον ισθμό την 6η έως 8η εβδομάδα, στο κωδωνικό άκρο την 8η έως 12η εβδομάδα), μεταξύ 12ης και 18ης εβδομάδας. Η ρήξη του διάμεσου τμήματος είναι αρκετά επικίνδυνη λόγω γειτονιάς

με τα ωοθηκικά και μητριάια αγγεία και μπορεί να οδηγήσει σε μαζική αιμορραγία (Dorfman et al., 1984).

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται περιπτώσεις ρήξης στο τρίτο τρίμηνο (Ugwumadu et al., 1997), καθώς και επιτυχής έκβαση σε διάμεσο κύηση (Nishikawa et al., 1998).

Η ΕΚ αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Είναι το κύριο αίτιο θανάτου στο πρώτο τρίμηνο και ευθύνεται για το 6-15% των θανάτων που σχετίζονται με την κύηση (Lawson et al., 1998; Nederlof et al., 1990). Η ΔΚ παρουσιάζει πενταπλάσια θνησιμότητα από τις υπόλοιπες σαλπγγικές εντοπίσεις (Advincula and Senapati, 2004).

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού άρρηκτης διάμεσου κύησης, που διαγνώστηκε υπερηχογραφικά, η θερα-

πρωτογενή του προσέγγιση και η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

### Παρουσίαση περιστατικού

Ασθενής 17 ετών, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία λόγω άλγους στο υπογάστριο, με έναρξη από διήμερο.

Από το ιστορικό ήταν άτοκος, είχε μια αυτόματη έκτρωση και θεραπευτική απόξεση προ έτους και περιοδικά άλγη στο υπογάστριο κατά το τελευταίο δίμηνο.

Η εμμηναρχή ήταν στην ηλικία των 11 ετών. Η εμμηνορροία ήταν ομαλή με κύκλο 30 ημερών και διάρκεια 4 ημερών. Δεν θυμόταν την έναρξη της τελευταίας έμμηνου ρύσεως και δεν έκανε χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου.

Το οικογενειακό ιστορικό ήταν ελεύθερο.

Η δοκιμασία κύησης ήταν θετική.

Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε φυσιολογική ανάπτυξη των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου και ήπια ευαισθησία στο υπογάστριο.

Στη γυναικολογική εξέταση υπήρχε ευαισθησία στην αμφίχειρη ψηλάφηση του σώματος της μήτρας ιδίως δεξιά. Τα εξαρτήματα ήταν αφηλάφητα.

Στο διακολπικό υπερηχογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε μήτρα φυσιολογικών διαστάσεων με ενδομήτριο 5.6 mm και στο δεξιό όριο της σάκος κύησης διαστάσεων 25x23x20 mm, που δεν σχετιζόταν με την ενδομήτρια κοιλότητα. Εμφανής καρδιακή λειτουργία δεν διαπιστώθηκε (Εικόνα 1).

Από τον εργαστηριακό έλεγχο δεν υπήρχαν παθολογικά ευρήματα. Η βHCG ήταν 1980.2 mU/m.

Αντιμετώπιστηκε συντηρητικά με χορήγηση μεθοτρεξάτης (1 mg/kg, 50 mg ενδοφλέβια) και λόγω επιδείνωσης του άλγους και αύξησης των επιπέδων της βHCG, επαναλήφθηκε η χορήγηση μετά από 48 ώρες.

Η παραμονή αμετάβλητων των επιπέδων της βHCG και των υπερηχογραφικών ευρημάτων 72 ώρες μετά τη δεύτερη χορήγηση, καθώς και η δυσανασχέτηση της ασθενούς στην εφαρμοζόμενη θεραπεία και στην ανάγκη για συστηματική παρακολούθηση, οδήγησαν στην απόφαση διακοπής της προσπάθειας συντηρητικής αντιμετώπισης.

Πραγματοποιήθηκε προσπάθεια διακοπής της κύησης με τη διενέργεια θεραπευτικής απόξεσης, η οποία αναφέρεται στη βιβλιογραφία με καλά αποτελέσματα (Zhang et al., 2004). Λόγω πρόκλησης σημαντικής αιμορραγίας διακόπηκε και η ασθενής υποβλήθηκε άμεσα σε λαπαροτομία.

Τα εξαρτήματα ήταν φυσιολογικά και υπήρχε διό-

γκωση του δεξιού κέρατος της μήτρας. Εγινε διάνοιξη του κέρατος με τη χρήση μονοπολικής διαθερμίας, αφαίρεση του κήματος με τη βοήθεια αναρρόφησης κενού και συρραφή σε δυο στρώματα με απορροφήσιμα ράμματα (vicryl No 1).

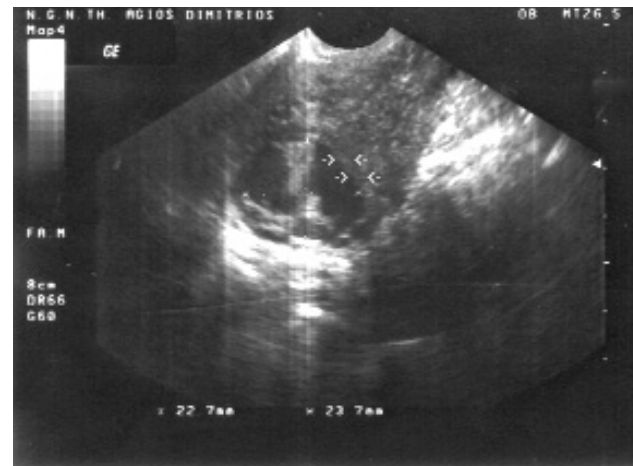
Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Οι μετρήσεις της βHCG έδειξαν σταδιακή πτώση (48 ώρες μετά την επέμβαση 341.0 mU/m) και μηδενισμό στις επόμενες μέρες.

### Συζήτηση

Οι παράγοντες κινδύνου για τη ΔΚ είναι οι ίδιοι με αυτούς της σαλπγγικής έκτοπης κύησης: Χειρουργικές επεμβάσεις στην περιοχή της πυέλου, ιστορικό πυελικής φλεγμονής, χρήση αντισυλληπτικών που περιέχουν μόνο προγεστερόνη ή ενδομήτριου αντισυλληπτικού σπειράματος, επεμβάσεις στις σάλπιγγες (στεροποίηση, σαλπγγοπλαστική), ενδομήτρια έκθεση σε DES, προηγούμενη έκτοπη κύηση (Advincula and Senapati, 2004).

Η συμπτωματολογία είναι παρόμοια με αυτή των υπόλοιπων εντοπίσεων ΕΚ και περιλαμβάνει: κοιλιακό πόνο, ανώμαλη κοιλιακή αιμόρροια, ευαισθησία στο δουγλάσσειο, ψηλαφητή εξαρτηματική μάζα, ναυτία, καταπληξία.

Η διάγνωση βασίζεται στον υπερηχογραφικό έλεγχο, ο οποίος έχει υψηλή ευαισθησία (80%) και ειδικότητα (99%) στην αναγνώριση της ΔΚ (Ackerman, 1993; Lee, 2005). Χαρακτηριστικό εύρημα αποτελεί η παρουσία σάκος κύησης που διαχωρίζεται από την ενδομήτρια κοιλότητα και περιβάλλεται από ένα λεπτό στρώμα μυομητρίου. Η



**Εικόνα 1:** Υπερηχογραφική απεικόνιση της διάμεσου κύησης. Διακρίνεται το λεπτό στρώμα μυομητρίου, που περιβάλλει το κήμα (βέλη).

ερευνητική λαπαροσκόπηση στη διάγνωση της ΔΚ, περιορίζεται στις περιπτώσεις όπου τα ευρήματα είναι ασαφή ή όταν πρόκειται να γίνει ταυτόχρονα και χειρουργική αντιμετώπιση, εφόσον υπάρχει κατάλληλη εμπειρία από την πλευρά του χειρουργού (Advincula and Senapati, 2004; Tulandi and Al-Jaroudi, 2004).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΚ εξαρτάται από το χρόνο της διάγνωσης και την επιθυμία της ασθενούς για γονιμότητα. Η συντηρητική αντιμετώπιση με μεθοτρεξάτη (τοπικά ή συστηματικά) και η χειρουργική αντιμετώπιση (λαπαροσκόπηση ή λαπαροτομία) αποτελούν τις πιο ευρέως αποδεκτές μεθόδους αντιμετώπισης (Beigi et al., 2000; Jermy et al., 2004).

Η απομάκρυνση των προϊόντων της ΔΚ με θεραπευτική απόξεση ή με επεμβατική υστεροσκόπηση αναφέρονται σε μικρό αριθμό περιστατικών, με καλά αποτελέσματα. Λόγω του κινδύνου ρήξης της μήτρας είναι προτιμότερο να γίνονται κάτω από υπερηχογραφική ή λαπαροσκοπική καθοδήγηση (Sanz and Verosko, 2002; Katz et al., 2003; Zhang et al., 2004).

Η μεθοτρεξάτη μπορεί να χορηγηθεί τοπικά, με ενδοαμνιακή έγχυση (καθοδηγούμενη υπερηχογραφικά ή λαπαροσκοπικά) ή συστηματική χορήγηση (ενδοφλέβια ή ενδομυϊκά). Τα πρωτόκολλα χορή-

γησης ποικίλλουν και περιλαμβάνουν τη χορήγηση μίας δόσης και επανάληψη αυτής 4-7 ημέρες μετά, εφόσον δεν υπάρξει πτώση της βHCG περισσότερο από 15% ή καθημερινής χορήγησης για 4 έως 7 ημέρες και επανάληψη εφόσον διαπιστωθεί πλατό ή αύξηση των επιπέδων της βHCG. Στη συνέχεια παρακολουθούνται τα επίπεδα της βHCG, ανά εβδομάδα, μέχρι να φτάσουν κάτω από 15 mU/m (συνήθως μετά από 30 ημέρες) (Murray et al., 2005).

Μειονεκτήματα της μεθόδου αποτελούν η τοξικότητα (καταστολή μυελού, ελκωτική στοματίτιδα, δερματίτιδα, ηπατική βλάβη, πνευμονίτιδα, αιμορραγική εντερίτιδα), η ρήξη και η αποτυχία της μεθόδου που κυμαίνεται στη ΔΚ στο 17-35% και είναι υψηλότερη σε σύγκριση με τις υπόλοιπες σαλπινγικές εντοπίσεις (μικρότερη του 10%) (Barnhart et al., 1997; De et al., 1998; Lau and Tulandi, 1999; Jourdain et al., 2003; Tulandi and Al-Jaroudi, 2004; Murray et al., 2005).

Η τοπική χορήγηση πλεονεκτεί της συστηματικής χορήγησης λόγω της μικρότερης συχνότητας εμφάνισης παρενεργειών και ακολουθούν τα πρωτόκολλα μιας δόσης (23%) από αυτά των πολλαπλών δόσεων (48%) και η ενδομυϊκή από την ενδοφλέβια χορήγηση (Al-Khan et al., 2004; Murray et al., 2005). Δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες για

**Πίνακας 1:** Κριτήρια αποκλεισμού συντηρητικής αντιμετώπισης με μεθοτρεξάτη (Stovall, 1995; Lipscomb et al., 1999)

#### **Απόλυτα**

- Αιμοδυναμική αστάθεια
- Μη συμμόρφωση με τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού
- Πεπτικό έλκος
- Ανοσοανεπάρκεια
- Πνευμονοπάθεια
- Ηπατοπάθεια
- Νεφροπάθεια
- Αλκοολισμός
- Παθήσεις του αίματος
- Θηλασμός
- Παρουσία υγρού στο δουλάσσειο σε συνδυασμό με πόνο στην περιοχή
- Γνωστή ευαισθησία στη μεθοτρεξάτη

#### **Σχετικά (αυξημένη συχνότητα αποτυχίας)**

- Εξαρτηματική μάζα διαμέτρου  $\geq 3.5$  cm
- Θετική καρδιακή λειτουργία
- Επίπεδα βHCG > 10000 mU/m

τη χορήγηση της μεθοτρεξάτης στην αντιμετώπιση της ΔΚ, λόγω του μικρού αριθμού περιστατικών και συνήθως ακολουθούνται τα πρωτόκολλα που εφαρμόζονται για τις υπόλοιπες εντοπίσεις ΕΚ. Αν και υπάρχει μικρός αριθμός των μελετών που αφορούν την ενδοφλέβια χορήγηση μεθοτρεξάτης στη ΔΚ, φαίνεται να έχει καλύτερη αποτελεσματικότητα (περίπου 90%) σε σύγκριση με την ενδομυϊκή χορήγηση (Tang et al., 2006).

Οι αντενδείξεις για την αντιμετώπιση ΕΚ με μεθοτρεξάτη φαίνονται στον πίνακα 1.

Η ασθενής θα πρέπει να αποφύγει εγκυμοσύνη για ένα τρίμηνο μετά τη θεραπεία με μεθοτρεξάτη (κίνδυνος τερατογένεσης).

Σε μικρό αριθμό ασθενών αναφέρετε ο συνδυασμός της χορήγησης μεθοτρεξάτης με εκλεκτικό εμβολισμό της μητριαίας αρτηρίας με καλά αποτελέσματα (Ophir et al., 2004; Deruelle et al., 2005).

Η χειρουργική θεραπεία (με λαπαροτομία ή λαπαροσκοπική) συνίσταται στην αφαίρεση του κέρατος με τη σύστοιχη σάλπιγγα. Συντηρητικότερη προσέγγιση αποτελεί η διάνοιξη του σύστοιχου κέρατος, η αφαίρεση του κηρήματος και η διατήρηση της σάλπιγγας. Η λαπαροσκοπική αντιμετώπιση (με ή χωρίς εκτομή του κέρατος) εφαρμόζεται όλο και συχνότερα σε ασθενείς με άρρηκτη ΔΚ, αλλά και σε περιπτώσεις με ρήξη σε αιμοδυναμικά σταθερές ασθενείς. Βασικό ρόλο στην επιλογή της μεθόδου αντιμετώπισης έχει η εμπειρία του χειρουργού στη λαπαροσκοπική και παραδοσιακή χειρουργική (Lau and Tulandi, 1999; Bremner, 2000; Jourdain et al., 2003). Σπανιότερα μπορεί να γίνει υστερεκτομή, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις με ρήξη (Confino and Gleicher, 1989).

Rhesus ανοσοποίηση είναι απαραίτητη σε Rhesus αρνητικές ασθενείς με ΔΚ.

Λόγω του μικρού αριθμού των περιστατικών είναι δύσκολο να δημιουργηθούν κατευθυντήριες οδηγίες για το χειρισμό των ασθενών με ΔΚ σε μια επόμενη κύηση. Η ύπαρξη τομής στη μήτρα μπορεί να αποτελέσει ευένδοτο σημείο στο τοίχωμά της και να προδιαθέσει σε ρήξη σε μια επόμενη εγκυμοσύνη ή κολπικό τοκετό. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ρήξη κατά τη διάρκεια του δευτέρου τριμήνου της κύησης, μετά από αντιμετώπιση ΔΚ με εκτομή του σύστοιχου κέρατος (Weissman and Fishman, 1992), καθώς και μετά από ΔΚ που παλινδρόμησε αυτόματα (Downey and Tuck, 1994). Αρκετοί προτιμούν τη διενέργεια του τοκετού με εκλεκτική καισαρική τομή, με μόνη ένδειξη την προηγούμενη επέμβαση στη μήτρα (Advincula and Senapati, 2004). Από την άλλη πλευρά υπάρχουν

αναφορές για ανεπίπλεκτο φυσιολογικό τοκετό μετά από χειρουργική ή φαρμακευτική αντιμετώπιση ΔΚ. Φαίνεται ότι η εκλεκτική καισαρική τομή σε κύηση μετά από ΔΚ δεν είναι αναγκαία, εφόσον δεν υπάρχουν άλλες ενδείξεις, αλλά δεν θα πρέπει να αγνοείται ο κίνδυνος ενδεχόμενης ρήξης της μήτρας (Tulandi and Al-Jaroudi, 2004).

## Interstitial pregnancy - Case report

**K. Almaloglou, P. Blaxokostas, X. Aidonopoulos**

Department of Gynecology, General Hospital of Thessaloniki "Agios Dimitrios"

Correspondence: K. Almaloglou str., Feidiou 20, 56431 Stauroupoli, Thessaloniki, Greece, Tel.: +30 2310-641340, E-mail: cosalm@gmail.com

### Summary

Interstitial pregnancy is a rare condition, occurs in 2-4% of all ectopic pregnancies.

We describe a case of an unruptured interstitial pregnancy where the patient failed to respond to the conservative management with methotrexate, attempt for pregnancy termination with dilation and curettage was unsuccessful and finally managed surgical, with cornual incision and removal of the pregnancy products, without cornual resection.

*Key words:* ectopic pregnancy, interstitial pregnancy, methotrexate

### Βιβλιογραφία

- Ackerman, T.E., Levi, C.S., Dashefsky, S.M. et al. (1993) Interstitial line: sonographic finding in interstitial (cornual) ectopic pregnancy. *Radiology*, 189, 83 - 87.
- Advincula, A.P. and Senapati, S. (2004) Interstitial pregnancy. *Fertil. Steril.* 82, 1660 - 1661.
- Al-Khan, A., Jones, R., Fricchione, D. and Apuzzio, J. (2004) Intravenous methotrexate for treatment of interstitial pregnancy: a case report. *J. Reprod. Med.* 49, 121 - 122.
- Barnhart, K., Spandorfer, S. and Coutifaris, C. (1997) Medical treatment of interstitial pregnancy. A report of three unsuccessful cases. *J. Reprod. Med.* 42, 521-524.
- Beigi, R.H., Wang, J., Nakamoto, D.A., et al. (2000) Interstitial pregnancy. *Fertil. Steril.* 73, 1232 - 1233.
- Bremner, T., Cela, V. and Luciano, A.A. (2000) Surgical



- management of interstitial pregnancy. *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.* 7, 387 - 389.
- Chang, J., Elam-Evans, L.D., Berg, C.J. et al. (2003) Pregnancy-related mortality surveillance-United States, 1991-1999. *MMWR Surveill. Summ.* 52, 1 - 8.
- Chen, G.D., Lin, M.T. and Lee, M.S. (1994) Diagnosis of interstitial pregnancy with sonography. *J. Clin. Ultrasound*, 22, 439 - 442.
- Confino, E., Gleicher, N. (1989) Conservative surgical management of interstitial pregnancy. *Fertil. Steril.* 52, 600 - 603.
- De, B.F., Tutschek, B., Hucke, J. and Crombach, G. (1998) Interstitial pregnancy treated with local and systemic methotrexate. *Gynecol. Obstet. Invest.* 46, 133 - 138.
- Deruelle, P., Lucot, J.P., Lions, C. and Robert, Y. (2005) Management of interstitial pregnancy using selective uterine artery embolization. *Obstet. Gynecol.* 106, 1165 - 1167.
- Dorfman, S.F., Grimes, D.A., Cates, W. Jr., et al. (1984) Ectopic pregnancy mortality, United States, 1979 to 1980: Clinical aspects. *Obstet. Gynecol.* 64, 386.
- Downey, G.P. and Tuck, S.M. (1994) Spontaneous uterine rupture during subsequent pregnancy following non-excision of an interstitial ectopic gestation. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 101, 162 - 163.
- Jermey, K., Thomas, J., Doo, A. and Bourne, T. (2004) The conservative management of interstitial pregnancy. *BJOG*, 111, 1283 - 1288.
- Lau, S. and Tulandi, T. (1999) Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. *Fertil. Steril.* 72, 207 - 215.
- Jourdain, O., Fontanges, M., Schiano, A. et al. (2003) Management of other ectopic pregnancies (cornual, interstitial, angular, ovarian). *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. 32 (Suppl), 93 - 100.
- Katz, D.L., Barrett, J.P., Sanfilippo, J.S. and Badway, D.M. (2003) Combined hysteroscopy and laparoscopy in the treatment of interstitial pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 188, 1113 - 1114.
- Lawson, H.W., Atrash, H.K., Saftlas, A.F. et al. (1988) Ectopic pregnancy surveillance, United States, 1970-1985. *MMWR CDC Surveill. Summ.* 37, 9 - 18.
- Lipscomb, G.H., McCord, M.L., Stovall, T.G., et al. (1999) Predictors of success of methotrexate treatment in women with tubal ectopic pregnancies. *N. Engl. J. Med.* 341, 1974 - 1978.
- Murray, H., Baakdah, H., Bardell, T. and Tulandi, T. (2005). Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ.* 173, 905 - 912.
- Nederlof, K.P., Lawson, H.W., Saftlas, A.F. et al. (1990) Ectopic pregnancy surveillance, United States, 1970-1987. *MMWR CDC Surveill. Summ.* 39, 9 - 17.
- Nishikawa, A., Tanaka, S. and Kudo, R. (1998) Full-term interstitial pregnancy with live birth. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 63, 57 - 58.
- Ophir, E., Singer-Jordan, J., Oettinger, M. et al. (2004) Uterine artery embolization for management of interstitial twin ectopic pregnancy: case report. *Hum. Reprod.* 19, 1774 - 1777.
- Sanz, L.E. and Verosko, J. (2002) Hysteroscopic management of cornual ectopic pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 99, 941 - 944.
- Stovall, T.G. (1995) Medical management should be routinely used as primary therapy for ectopic pregnancy. *Clin. Obstet. Gynecol.* 38, 3436.
- Tang, A., Baartz, D. and Khoo, S.K. (2006) A medical management of interstitial ectopic pregnancy: a 5-year clinical study. *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* 46, 107 - 111.
- Tulandi, T. and Al-Jaroudi, D. (2004) Interstitial pregnancy: results generated from the Society of Reproductive Surgeons Registry. *Obstet. Gynecol.* 103, 47 - 50.
- Ugwumadu, A.H., Hamid, R. and Ross, L.D. (1997) Live infant salvaged from a ruptured cornual (interstitial) pregnancy at 33-weeks gestation. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 58, 247 - 249.
- Weissman, A. and Fishman, A. (1992) Uterine rupture following conservative surgery for interstitial pregnancy. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 44, 237 - 239.
- Zhang, X., Liu, X. and Fan, H. (2004) Interstitial pregnancy and transcervical curettage. *Obstet. Gynecol.* 104, 1193-1195.

---

ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ 4/5/2006 ΕΓΙΝΕ ΑΠΟΔΕΚΤΗ 14/7/2006