

# Έκτοπη εγκυμοσύνη ύστερα από πρόσφατη αμφοτερόπλευρη περιέδεση σαλπίνγων

Καρκανάκη Α., Διαμαντοπούλου Α., Κοντομανώλης Ε., Τσόνογλου Δ.

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών

Αλληλογραφία: Άρτεμις Καρκανάκη  
Ιωαννίνων 30, 54639 Θεσσαλονίκη  
Τηλ.: 6932315022  
E-mail: kartemis2004@hotmail.com

## Περίληψη

Η στειροποίηση αποτελεί την πιο ασφαλή και συχνή μέθοδο αντισύλληψης. Το ποσοστό αποτυχίας αναφέρεται στο 0,13-1,5% και, στην περίπτωση αυτή, η πιθανότητα έκτοπης κύησης είναι υψηλή. Εξαιτίας της σπανιότητας, θεωρήθηκε σκόπιμη η περιγραφή μιας περίπτωσης ρήξης σαλπινγικής εγκυμοσύνης που ακολούθησε δέκα μήνες ύστερα από αμφοτερόπλευρη περιέδεση σαλπίνγων. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με επείγουσα λαπαροτομία και αφαίρεση της δεξιάς σάλπιγγας με το κύημα.

Λέξεις κλειδιά: εξωμήτριος εγκυμοσύνη, στειροποίηση, περιέδεση σαλπίνγων

## Εισαγωγή

Η πρώτη στειροποίηση που έχει αναφερθεί διενεργήθηκε το 1880 από τον Samuel Smith Lungren of Toledo στις ΗΠΑ (Lungren, 1881). Σήμερα, η στειροποίηση αποτελεί την πιο ασφαλή μέθοδο αντισύλληψης και χρησιμοποιείται περισσότερο από κάθε άλλη συστηματική μέθοδο (Peterson, 2008). Το ποσοστό αποτυχίας αναφέρεται στο 0,13-1,5%. Αναλυτικότερα, η αποτελεσματικότητα είναι υψηλότερη, αρχικά, ενώ μειώνεται ελάχιστα σταδιακά, αφού μπορεί να αποκατασταθεί η διαβατότητα ή να δημιουργηθεί επικοινωνία μέσω σαλπινγοπεριτοναϊκού συριγγίου (Awonuga et al., 2009). Η αποτυχία δεν αποκαλύπτεται παρά μόνο όταν διαπιστώνεται εγκυμοσύνη. Τότε, η πιθανότητα

έκτοπης κύησης είναι πολύ υψηλή (Wittich, 2004) και εξαρτάται από την ηλικία, τη μέθοδο στειροποίησης, το χρόνο που έχει μεσολαβήσει και, φυσικά, τον οργανισμό και το ιστορικό της γυναίκας.

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού ρήξης σαλπινγικής εγκυμοσύνης, ύστερα από αμφοτερόπλευρη περιέδεση των σαλπίνγων.

## Παρουσίαση περιστατικού

Η ασθενής, Α.Γ., ηλικίας 30 ετών, προσήλθε αιτιώμενη άλγος υπογαστρίου από διώρου, με αιφνίδια έναρξη, οξύ χαρακτήρα και, συνεχώς, επιδεινούμε-

νο. Εξετάσθηκε, αρχικά, στα ΕΙ της χειρουργικής, από όπου και παραπέμφθηκε στη γυναικολογική κλινική. Η ασθενής είχε όψη βαρέως πάσχοντος και αδυναμία βάδισης, με ζωτικά σημεία: Α.Π. 90/55mmHg και 104 σφύξεις/min. Το ατομικό και οικογενειακό της ιστορικό ήταν ελεύθερο.

Η ασθενής παρουσίαζε αμηνόρροια, διάρκειας δύο μηνών και μαιευτικό ιστορικό τριών καισαρικών τομών, με την τελευταία πριν από δέκα μήνες με ταυτόχρονη αμφοτερόπλευρη περιίδεση σαλπίγγων, ως επιλεγμένη μέθοδο αντισύλληψης. Η πρώτη έμμηνος ρύση ήταν σε ηλικία 14 ετών ενώ ο εμμηνορροσιακός της κύκλος είχε διάρκεια 30-45 ημερών και η εμμηνορροσία επτά ημέρες.

Κατά τη γυναικολογική εξέταση διαπιστώθηκε έντονη ευαισθησία στην περιοχή του δεξιού εξαρτήματος. Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός, χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα (Ht:31,7%, Hb:10,4g/dl). Ωστόσο, το τυπικό τεστ κύησης απέβη θετικό και επαναλήφθηκε με το ίδιο αποτέλεσμα.

Ακολούθησε διακολπικός υπερηχογραφικός έλεγχος, κατά τον οποίο διαπιστώθηκε μήτρα φυσιολογικών διαστάσεων και συμπαγή υφή, με πάχος ενδομητρίου 19mm, ωθήκες άμφω φυσιολογικών διαστάσεων και μορφολογίας, καθώς και μικρή ποσότητα υγρού στο δουλγάσειο. Ο όγκος του υγρού, που απεικονίσθηκε στο δουλγάσειο, διπλασιάσθηκε ύστερα από μία ώρα, οπότε επαναλήφθηκε ο υπέρηχος. Παράλληλα ολοκληρώθηκε ο δεύτερος εργαστηριακός έλεγχος, ο οποίος έδειξε πτώση του αιματοκρίτη (Ht:23,0%, Hb:7,4g/dl).

Αφού τέθηκε η διάγνωση της ρήξης εξωμητρίου κύησης, διενεργήθηκε επείγουσα λαπαροτομία. Κατά την επέμβαση ανευρέθηκε η έκτοπη κύηση

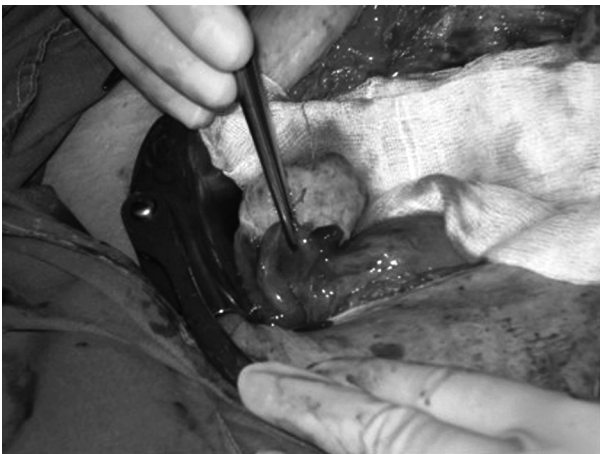
στον ισθμό της δεξιάς σάλπιγγας (Εικόνα 1). Στο σημείο εμφύτευσης διακρινόταν εντύπωμα από την προηγηθείσα περιίδεση, η οποία αποτελούσε παραλλαγή της μεθόδου Pomeroy (Εικόνα 2). Στη συνέχεια, αφαιρέθηκε η δεξιά σάλπιγγα με το κύημα. Η ασθενής παρουσίασε ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Μεταγγίσθηκε με μία μονάδα συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων και εξήλθε σε καλή κατάσταση. Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε την κλινική διάγνωση της σαλπινγικής κύησης, χωρίς στοιχεία κακοήθειας.

### Συζήτηση

Η στειροποίηση είναι γνωστό ότι αποτυγχάνει σε ποσοστό 1%, περίπου. Η πιθανότητα αποτυχίας γίνεται υψηλότερη όσο περνάει ο χρόνος από τη διενέργεια της στειροποίησης, αφού, μπορεί να αποκατασταθεί η διαβατότητα των σαλπίγγων ή να δημιουργηθεί επικοινωνία μέσω σαλπινγοπεριτοναϊκού συριγγίου. Ο μόνος τρόπος για να διαγνωσθεί η αποτυχία της μεθόδου είναι μέσω της υστεροσαλπινγογραφίας.

Ο έλεγχος της διαβατότητας των σαλπίγγων με σαλπινγογραφία δεν αποτελεί εξέταση ρουτίνας για τις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε στειροποίηση. Εξάλλου, δεν υπάρχουν βιβλιογραφικά δεδομένα, ούτε συστάσεις για την αναγκαιότητα διενέργειας σαλπινγογραφίας ή για τη συχνότητα με την οποία πρέπει να γίνεται ο έλεγχος στις γυναίκες αυτές.

Όπως είναι γνωστό, η στειροποίηση στις γυναίκες μπορεί να γίνει με λαπαροτομία ή λαπαροσκοπικά. Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι στειροποίησης. Η γνωστότερη είναι η διπλή περιίδεση που μπορεί να



**Εικόνα 1:** Η θέση της έκτοπης κύησης στον ισθμό της δεξιάς σάλπιγγας.



**Εικόνα 2:** Εντύπωμα από την προηγηθείσα περιίδεση πριν από το σημείο της έκτοπης κύησης.

συνδυάζεται με εκτομή ενός τμήματος της σάλπιγγας (μέθοδος Pomeroy). Εναλλακτικά, μπορεί να τοποθετηθεί κλιπ ή δακτύλιος σιλικόνης, που διακόπτει την αιματική ροή και προκαλεί τοπική ουλοποίηση με ινώδη μεταπλασία των ιστών και, συνεπώς, διακοπή της διαβατότητας. Απλούστερα, μπορεί να γίνει ηλεκτροπηξία ή καυτηριασμός ενός τμήματος της σάλπιγγας. Τελευταία, εφαρμόζεται και η διακολπική τοποθέτηση ενδοσαλπιγγικής σπείρας από τα κέρατα της μήτρας. Η επιλογή της μεθόδου γίνεται με βάση τις ιδιαίτερες συνθήκες.

Τα διαφορετικά ποσοστά αποτυχίας που αναφέρονται οφείλονται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της γυναίκας, την εμπειρία του γυναικολόγου, την επιλεγμένη μέθοδο και στο χρόνο σεξουαλικής επαναστασιοποίησης. Ο μηχανισμός και οι αιτίες αποτυχίας παραμένουν αδιευκρίνιστες στην πλειονότητα των περιπτώσεων (Varma and Gupta, 2007). Επίσης, δεν υπάρχει επίσημος φορέας καταγραφής των περιστατικών και των δεδομένων. Η διερεύνηση πρέπει να γίνεται με συνδυασμένη μακροσκοπική και ιστολογική εξέταση και υστεροσαλπιγγογραφία.

Όσον αφορά τα δεδομένα της κλινικής, στα τελευταία 24 χρόνια διενεργήθηκαν 214 στείρωσεις. Αναλυτικότερα, μία έγινε λαπαροσκοπικά και 213 με λαπαροτομία (μία ύστερα από αποτυχία λαπαροσκοπικής). Οι 208 στείρωσεις έγιναν με την ευκαιρία καισαρικής τομής και έξι ανεξάρτητα. Σε 24 περιπτώσεις έγινε περίδεση και εκτομή τμήματος (Pomeroy), σε μία περίπτωση έγινε ηλεκτροκαυτηρίαση και διατομή των σαλπίγγων και σε 189 περιπτώσεις έγινε περίδεση των σαλπίγγων, χωρίς εκτομή τμήματος. Η μοναδική περίπτωση αποτυχίας είναι αυτή που αναφέρεται στη παρούσα εργασία (ποσοστό αποτυχίας 0,47%).

Συμπερασματικά, η υποψία εγκυμοσύνης, και μάλιστα έκτοπης, πρέπει να τίθεται σε κάθε περίπτωση γυναίκας με στείρωση που προσέρχεται με κοιλιακό άλγος. Ο έλεγχος της επιτυχίας της στείρωσης θα ήταν, ενδεχομένως, χρήσιμος για την αποφυγή ανεπιθύμητων και, κυρίως, εξωμήτριων κηύσεων. Ασφαλώς, είναι απαραίτητες μελέτες μεγάλης κλίμακας, για την διεξαγωγή συμπερασμάτων αναφορικά με την απόδοση οφέλους και κόστους από τον έλεγχο των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε στείρωση.

## Ectopic pregnancy after bilateral tubal ligation

Karkanaki A., Diamantopoulou A., Kontomanolis E., Tsonoglou D.

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

Correspondence: A. Karkanaki, 30 Ioanninon str., 54639 Thessaloniki, tel. 6932315022, E-mail: kartemis2004@hotmail.com

### Summary

Sterilization is the most safe and common method of contraception. Failure rate is referred to 0.13-1.5%, and in this case, the possibility of ectopic pregnancy is high. Because of the scarcity, we are describing a case of a ruptured tubal pregnancy, following ten months after bilateral tubal ligation. The patient was treated with urgent laparotomy and removal of right salpinx with the fetus.

*Key words:* ectopic pregnancy, sterilization, tubal ligation

### Βιβλιογραφία

- Awonuga, A.O., Imudia, A.N., Shavell, V.I. et al. (2009) Failed female sterilization: a review of pathogenesis and subsequent contraceptive options. *J. Reprod. Med.* 54, 541-547.
- Lungren, S.S. (1881) A case of cesarean section twice successfully performed on the same patient, with remarks on the time, indications, and details of the operation. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 14, 78-94.
- Peterson, H.B. (2008) Sterilization. *Obstet. Gynecol.* 111, 189-203.
- Varma, R. and Gupta, J.K. (2007) Predicting negligence in female sterilization failure using time interval to sterilization failure: analysis of 131 cases. *Hum. Reprod.* 22, 2437-2443.
- Wittich, A.C. (2004) Primary ovarian pregnancy after postpartum bilateral tubal ligation: a case report. *J. Reprod. Med.* 49, 759-761.