

# SARCINA ECTOPICĂ

Natalia Damir

(Coordonator științific – Dr. habilitat, prof.universitar Ludmila Chiroșca)

Catedra Anatomie Topografică și Chirurgie Operatorie

## Summary

### Ectopic Pregnancy

Pregnancy begins when an ovum is fertilized by a sperm, forming the embryo. Normally the embryo implants itself in the mother's uterus.

The Ectopic Pregnancy is implanted in outside the uterus. The most common one is the tubal pregnancy. In some cases, the abdominal and ovarian pregnancy have been registered.

The predisposing factors in ectopic pregnancy are tubal occlusion, an intrauterine contraceptive device, tumors, pelvic infections, or abnormal tubal development. A tubal pregnancy requires surgical removal of a part or all of the affected tube, to prevent ruptures of the ovarian tube, which is a dangerous complication. An untreated ectopic pregnancy can be fatal in a short time.

### Rezumat

Sarcina începe odată cu fecundarea ovulului de către spermatozoid, formînd embrionului. În mod normal, embrionul se implantează în uterul mamei.

Sarcina Ectopică este cea în care embrionul se implantează în afara uterului. Cea mai frecvent întâlnită este sarcina tubară. În cazuri rare pot fi întâlnite și sarcini abdominale sau ovariene. Factorii predispozanți ai sarcinii ectopice sunt ocluzia tubară, dispozitivele contraceptive intrauterine, tumorile, infecțiile pelviene precum și anomalii de dezvoltare a trompelor uterine. În cazul sarcinii tubare este necesar de a înlătura chirurgical o parte sau tot salpingele afectat pentru a preveni complicații periculoase. O sarcină ectopică netratată, în scurt timp poate fi fatală.

### Introducere

În mod normal, la începutul sarcinii, oul fertilizat călătorește din trompa uterină către uter, unde se implantează și crește. În aproximativ 2% din sarcini oul fertilizat, adică zigotul, se implantează pe o suprafață din afara uterului determinînd astfel dezvoltarea unei sarcini ectopice (cunoscută și sub numele de sarcină extrauterină sau sarcină tubară)[1].

Aproape toate sarcinile extrauterine se dezvoltă într-una din trompele uterine dar se mai pot localiza și la nivelul ovarului, cervixului (partea inferioară a uterului) sau în interiorul abdomenului [2]. O sarcină extrauterină nu poate susține fetusul în viață foarte mult timp. Dacă este lăsată netratată, sarcina ectopică tubară poate determina ruptura trompei uterine și hemoragie masivă, complicații ce pun în pericol viața gravidei [7-9]. De aceea, în cazul unei sarcini extrauterine diagnosticate, care nu determină prin ea însăși avort spontan, este necesară întreruperea acesteia, fie prin metode medicale ce opresc dezvoltarea sarcinii, fie prin metode chirurgicale ce înlătură mecanic zigotul implantat anormal.

### Obiectivele lucrării

Avînd în vedere faptul că incidența sarcinilor ectopice este destul de înaltă în ultima vreme, am făcut o privire de ansamblu asupra acestei probleme. Deoarece cazurile fatale se întîmplă de cele mai dese ori din neglijența femeii, care nu se adresează la timp medicului, am încercat să evidențiez în acest raport simptomele precum și factor de risc de care trebuie să țină cont fiecare doamnă.

### Tipuri de sarcini ectopice

În marea majoritate a cazurilor de sarcini extrauterine ( 99%) embrionul se implantează în una din salpinge și anume :

în ampulă – 64% ;

în istm – 25% ;

în infundibul - 9% :

în joncțiuni intramurale -2% .

Dar se întâlnește și implantarea embrionului în ovar (0.5%), în abdomen (0.1%), în cervix (0.4%) și intraligamentar (0.05%) [5,6].

### **Cauze**

Principala cauză ce determină apariția unei sarcini ectopice este existența unei trompe uterine anormale care împiedică oul fertilizat să ajungă în uter și astfel determină implantarea acestuia la nivelul trompei sau oriunde în afara uterului. Trompa uterină anormală poate apărea în urma unei infecții pelvine, în urma unei intervenții chirurgicale la nivelul acesteia sau datorită existenței endometriozei (prezența de mucoasă uterină în afara uterului). Un ovul fertilizat poate fi prins într-o porțiune anormală a uneia din trompe, unde începe să crească. Au existat și cazuri de sarcini ectopice pentru care nu s-a găsit nici o cauză din cele cunoscute.

La rîndul lor trompele uterine anormale pot apărea din cauza existenței în antecedentele gravidei a unei boli inflamatorii pelvine cauzate de infecții cu Chlamydia sau Neisseria gonorrhoeae, ce determină apariția de țesut cicatricial la nivelul trompei uterine [4]. O altă cauză poate fi intervenția chirurgicală la nivelul trompei uterine, deseori în scopul de a reface o trompă uterină ligaturată sau pentru a repara o trompă uterină blocată cu țesut cicatricial.

Deși apariția unei sarcini este rară, după ce s-a efectuat ligatura tubară sau după implantarea unui dispozitiv intrauterin (ambele sunt metode de contracepție), sarcinile care totuși apar în aceste condiții au un risc destul de mare de a fi extrauterine.

### **Simptomele Sarcinii Ectopice**

Inițial, sarcina extrauterină nu se poate deosebi pe baza simptomelor de o sarcină normală. O femeie cu sarcină extrauterină prezintă precoce aceleași simptome ca și într-o sarcină normală: absența menstruației, sîni sensibili la palpare, oboseală, greață și micțiuni frecvente [7] .

Pe măsură ce sarcina extrauterină progresează pot apărea și alte simptome cum ar fi durerea abdominală sau pelvină (de obicei la 6-8 săptămîni de la absența menstruației); durerea se poate intensifica cînd gravida se mișcă sau se încordează. Poate apărea o sîngerare vaginală ușoară sau abundentă. Durerea din timpul actului sexual sau din timpul examinării pelvine ne poate vorbi despre o posibilă sarcină ectopică. Deasemenea se instalează semne de șoc - amețeala, senzația de leșin sau chiar leșin cauzate de o hemoragie internă. Un alt simptom este durerea la nivelul umerilor determinată de hemoragia intraabdominală subdiafragmatică. Sîngele irită diafragma și această iritație este resimțită ca durere la nivelul umerilor - simptomele avortului spontan care sunt adesea asemănătoare cu semnele precoce de sarcină [8,9].

### **Complicații**

Sarcina extrauterină poate determina distrugerea trompei uterine la nivelul căreia se dezvoltă ceea ce înseamnă că va fi mai dificil pentru femeia afectată să aibă o nouă sarcină. Sarcinile ectopice sunt descoperite, de obicei, destul de precoce pentru a preveni complicațiile ce amenință viața gravidei, cum ar fi hemoragiile severe. O sarcină ectopică ruptă necesită tratament chirurgical de urgență pentru a preveni hemoragia masivă intraabdominală. Trompa uterină afectată este înlăturată parțial sau în întregime.

### **Factorii de risc**

Factorii care pot crește riscul apariției unei sarcini extrauterine sunt:

- existența unei sarcini ectopice în antecedente;
- existența unui diagnostic de boală inflamatorie pelvină, cauzate în special de infecții cu Chlamydia sau Neisseria gonorrhoeae;
- endometrioza (prezența de mucoasă uterină în afara uterului) poate determina apariția de țesut cicatricial în interiorul sau în jurul trompei uterine;
- expunerea gravidei la substanțe chimice de tip dietilstilbestrol (produs de tip estrogenic) în perioada sa de viață intrauterină (înainte să se nască) ;
- fumatul - riscul de a avea o sarcină extrauterină crește proporțional cu numărul de țigarete fumate; cercetătorii cred că fumatul afectează funcțiile trompei uterine .
- folosirea dispozitivelor intrauterine nu cresc riscul total de a avea o sarcină extrauterină; folosirea unui dispozitiv intrauterin de cupru ca metodă contraceptivă scade riscul total

de a avea o sarcină extrauterină, deoarece chiar probabilitatea de a avea o sarcină cu un dispozitiv intrauterin montat este doar între 1-6 la 1000 de paciente pe an; este adevărat că aceste sarcini rare au probabilitatea mult mai mare de a fi extrauterine [3].

Tratamentele sau manevrele medicale care pot crește riscul de a avea o sarcina extrauterina:

- eșecul ligaturii tubare (în rare ocazii după ligatura tubară poate apărea o nouă sarcină, ce are un risc mai mare decât de obicei de a fi ectopică) sau dezlegarea ligaturii tubare (dezlegarea ligaturii predispune mai mult la o sarcină ectopică);
- tratamentul infertilității cu medicamente ce determină superovulație (cum ar fi citratul de clomifen) ;
- tratamentele ce folosesc tehnologia asistată de reproducere, cum este fertilizarea in vitro - în acest caz sarcina ectopică poate rezulta prin revărsarea în trompa uterină a oului fertilizat care a fost implantat în uter;
- existența mai multor parteneri sexuali;
- intervenții chirurgicale abdominale sau pelvine, care determină apariția de țesut cicatricial (aderențe), ce uneori, pot afecta trompele uterine crescând riscul de sarcină ectopică ;
- existența în antecedente a unui avort urmat de infecție. [4]

Factorii intrinseci par să nu contribuie în nici un fel la dezvoltarea unei sarcini ectopice. Un șir de analize cromozomiale făcute embrionilor implantați anormal au arătat că aceștia aveau cariotipuri normale [5,6].

### **Investigații**

Majoritatea sarcinilor ectopice pot fi detectate printr-o ecografie pelvină și teste de sânge. Ecografie pelvină poate detecta uterul sau trompa uterină în tensiune, uter de dimensiuni mai mici față de cele care erau de așteptat în cazul unei sarcini sau existența unei formațiuni în zona pelvină. Se fac două sau mai multe teste sanguine pentru detectarea gonadotropinei corionice umane (HCG) luate la distanța de 48 de ore (această substanță este un hormon eliberat în circulația maternă de către placentă). În primele săptămâni de sarcină normală, nivelul HCG se dublează la fiecare 2 zile. Un nivel scăzut sau un ritm de creștere mai mic al nivelului HCG, sugerează precoce o sarcină anormală, cum ar fi o sarcină ectopică sau posibilitatea producerii unui avort spontan. Dacă nivelul HCG este scăzut, se vor face în continuare alte teste pentru a determina cauza [10].

Ecografia pelviană (abdominală sau transvaginală) folosește ultrasunete, pentru a produce o imagine a organelor și structurilor din abdomenul inferior. O ecografie transvaginală arată localizarea sarcinii cu mai multă acuratețe. O sarcină este vizibilă în uter la 6 săptămâni de la ultima menstruație [11]. Sarcina ectopică este sugerată de absența imaginii unui embrion sau fătus la ecografie care se asociază nivelului în creștere ale HCG.

Uneori, poate fi nevoie de o intervenție chirurgicală exploratorie - **laparoscopie** - pentru a vedea o sarcină ectopică. O sarcină ectopică peste 5 săptămâni poate fi diagnosticată și tratată cu ajutorul laparoscopiei [13]. Laparoscopia nu este folosită frecvent pentru a determina precoce o sarcină ectopică, deoarece ecografia și testele sanguine oferă destulă acuratețe.

### **Tratament**

În majoritatea cazurilor, sarcina ectopică este tratată imediat ce este diagnosticată, pentru a evita ruptura organelor și hemoragia severă. Metoda de tratament este aleasă în funcție de precocitatea diagnosticului și de starea generală a gravidei.

În alegerea metodei de tratament trebuie să se ia în considerare faptul că metoda chirurgicală aplicată la nivelul trompei uterine va determina creșterea riscului deja existent pentru o viitoare sarcină ectopică sau chiar infertilitate. Chirurgia este însă necesară, dacă trompa uterină este deja afectată de sarcina ectopică ce se dezvoltă [12]. Sarcinile ectopice pot fi rezistente la tratamentul medical, astfel încât, tratamentul medical poate fi urmat în unele cazuri de tratament chirurgical mai ales când nivelul sanguin al hormonului de sarcină (HCG) nu scade sau când hemoragia nu scade. La rândul lui, tratamentul chirurgical poate fi urmat de tratament

medicamentos [15], dacă testele hormonale sugerează că nu a fost oprită creșterea celulară asociată cu sarcina.

Două din metodele de abordare chirurgicală a sarcinii ectopice sunt salpingostomia și salpingectomia.

Salpingostomia constă în îndepărtarea sarcinii ectopice printr-o mică incizie în lungimea trompei uterine (salpingostomie liniară); incizia poate fi lăsată să se închidă singură sau poate fi suturată [14]. Această metodă se poate face când embrionul nu depășește 3 cm.

Salpingectomia - constă în îndepărtarea unui segment din trompa uterină; restul trompei uterine care este sănătoasă este suturată la loc. Salpingectomia este necesară atunci când trompa uterină este ținută în tensiune de către sarcină și se poate rupe sau trompa uterină s-a rupt deja sau a fost grav avariata [14,15].

Ambele metode chirurgicale se pot face printr-o incizie mică folosind laparoscopia sau printr-o incizie abdominală largă folosind laparotomia. Chirurgia laparoscopică are puține riscuri, iar pacientul se vindecă mult mai repede decât după laparotomie. Oricum, laparotomia este folosită destul de des atunci când este nevoie de o intervenție chirurgicală de urgență pentru o sarcină ectopică abdominală sau tubară [13-15].

### **Concluzii**

Să prevenim sarcina extrauterină este practic imposibil. Însă, dacă femeia intră în grupele de risc enumerate mai sus, ea ar trebui să discute preventiv cu ginecologul despre această problemă.

Sarcinile ectopice pot rezulta cu un copil sănătos numai în cazuri foarte rare (când sarcina este abdominală). Dar de obicei acestea nu au nici o șansă să evolueze normal, deci trebuie înlăturate pentru a salva viața femeii.

### **Bibliografie**

1. Centers for Disease Control and Prevention: Ectopic pregnancy - United States, 1990-1992. *JAMA* 273(7), 533 (1995).
2. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N: Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum. Reprod.* 17(12), 3224-3230 (2002).
3. Furlong LA: Ectopic pregnancy risk when contraception fails. A review. *J. Reprod. Med.* 47(11), 881-885 (2002).
4. Ankum WM, Mol BW, van der Veen F, Bossuyt PM: Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil. Steril.* 65(6), 1093-1099 (1996).
5. Coste J, Fernandez H, Joye N *et al.*: Role of chromosome abnormalities in ectopic pregnancy. *Fertil. Steril.* 74(6), 1259-1260 (2000).
6. Goddijn M, van der Veen F, Schuring-Blom GH, Ankum WM, Leschot NJ: Cytogenetic characteristics of ectopic pregnancy. *Hum. Reprod.* 11(12), 2769-2771 (1996).
7. Barnhart K, Mennuti MT, Benjamin I, Jacobson S, Goodman D, Coutifaris C: Prompt diagnosis of ectopic pregnancy in an emergency department setting. *Obstet. Gynecol.* 84(6), 1010-1015 (1994).
8. Dart RG, Kaplan B, Varaklis K: Predictive value of history and physical examination in patients with suspected ectopic pregnancy. *Ann. Emerg. Med.* 33(3), 283-290 (1999).
9. Della-Giustina D, Denny M: Ectopic pregnancy. *Emerg. Med. Clin. North Am.* 21(3), 565-584 (2003).
10. McCord ML, Muram D, Buster JE, Arheart KL, Stovall TG, Carson SA: Single serum progesterone as a screen for ectopic pregnancy: exchanging specificity and sensitivity to obtain optimal test performance. *Fertil. Steril.* 66(4), 513-516 (1996).
11. Laing F, Frates MC: Ultrasound evaluation during the first trimester of pregnancy. In: *Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology (4th Edition)*. Callen P (Ed.). WB Saunders, PA, USA (2000)
12. Yao M, Tulandi T, Kaplow M, Smith AP: A comparison of methotrexate versus laparoscopic surgery for the treatment of ectopic pregnancy: a cost analysis. *Hum. Reprod.* 11(12), 2762-2766 (1996).

13. ACOG Practice Bulletin. Medical management of tubal pregnancy. Number 3, December (1998). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 65(1), 97-103 (1999).
14. DiMarchi JM, Kosasa TS, Kobara TY, Hale RW: Persistent ectopic pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 70(4), 555-558 (1987).
15. Seifer DB, Gutmann JN, Grant WD, Kamps CA, DeCherney AH: Comparison of persistent ectopic pregnancy after laparoscopic salpingostomy versus salpingostomy at laparotomy for ectopic pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 81(3), 378-382 (1993).
16. Kadar N, Caldwell BV, Romero R: A method of screening for ectopic pregnancy and its indications. *Obstet. Gynecol.* 58(2), 162-166 (1981).

## **ENDOMETRITA PUERPERALA CA PROBLEMA MAJORA IN OBSTETRICA**

**Daniela Ciobanu, Liliana Untilă**

(Coordonator științific – conf. univ., d.m. Zinaida Sârbu)

Catedra Obstetrică și Ginecologie (rezidențiat)

### **Summery**

#### **Post-partum endometritis as major problem in obstetrics**

The retrospective research highlighted the risk factors in the development of puerperal endometritis time of pathology appearance afterbirth or caesarean section and confirmed the necessity of precociousdiagnostic and complex treatment.

### **Rezumat**

Studiul retrospectiv a evidențiat factorii de risc în dezvoltarea endometritei puerperale, timpul apariției patologiei date după naștere sau operația cezariană și a confirmat necesitatea diagnosticului precoce și tratamentului complex.

### **Actualitatea temei**

Afecțiunile puerperale purulento-septice constituie una din problemele actuale ale obstetricii și ginecologiei contemporane, deoarece în aproximativ o pătrime din cazuri se înregistrează o evoluție severă a procesului dat însoțit de complicații septice cu o posibilă generalizare a procesului până la o invalidizarea și decesul pacientei [8,9].

Conform datelor literaturii de specialitate endometrita puerperală are o incidență de 2,6-7% [2,4]. Decesului matern este cea mai severă complicație a infecțiilor septico-purulente și conform rezultatelor studiilor efectuate atât de savanții autohtoni cât și cei străini survine după sepsisul puerperal în 58,8% cazuri, șoc infecțio-toxic în 26,6% cazuri și peritonita difuză - 14,6% cazuri [1,8].

Literatura de specialitate evidențiază că în structura afecțiunilor purulento-septice formele nozologice cele mai frecvent întâlnite sunt: endometritele puerperale, ulcerările puerperale, dehiscenta suturilor plăgilor post-operatorii, inflamarea țesutului celular pelvian (parametrită, paracolpită)[5,6].

În etiologia complicațiilor puerperale un rol major îl are infecția bacteriană care în aproximativ 50-60% cazuri este prezentată de *Gardenela Vaginalis*, iar în 37-52% din cazuri de stafilococul D [5,6,8]. Factorul declanșator în apariția endometritei postpartum este starea de intoxicație endogenă, provocată de microorganismele partogene, prin endo- și exotoxinele lor reduc funcția sistemului reticuloendotelial, activitatea fagocitelor, titrul complementului, dereglează microcirculația în organe și țesuturi.

Deaceea problema complicațiilor septico-purulente este actuală si necesită studiere continuă.