

Bibliografie

1. Egorov V., Strătilă M., Sprincean M., Mișina A., Tabac E., Varzari A., Rusu L., Sacara V. Dinamica frecvenței malformațiilor congenitale de dezvoltare conform datelor registrului național (2005 – 2007). În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. Chișinău, 2008, nr. 5 (19). p. 243-248.
2. Situația copiilor din Republica Moldova în anul 2008. [citat: 20 Decembrie, 2009]; Disponibil pe Internet: <http://www.statistica.md/newsview>.
3. Sprincean M., Barbova N., Strătilă M., Halabudenco E., Nour V., Secrieru V., Cebotarescu A. Consultul medico-genetic – aspecte ale profilaxiei malformațiilor congenitale la gravidele din grupul de risc. În: Buletin de Perinatologie. 2011, nr. 2 (50), p.21-28.
4. Stratulat P., Moșin V., Stratila M., Ușurelu N., Sacara V., Barbova N., Sprincean M. Malformațiile congenitale / elab. sub red. P. Stratulat, Stratila Mihai. Chișinău, 2011, 120 p.
5. Кречмар М.В. Особенности пренатального медико-генетического консультирования. Журн. акушерства и женских болезней. 2007, Т. 1, вып. 1.-е. с.16-20.
6. Пренатальная диагностика наследственных и врожденных болезней. Под ред. акад. РАМН, проф. Э. К. Айламазяна, чл.-корр. РАМН, проф. В.С. Баранова. 2-е изд. Москва, 2007, 416 с.

UNELE ASPECTE CLINICE ȘI SOCIO-PSIHOLOGICE ALE SARCINII ȘI NAȘTERII LA ADOLESCENTE (reviu al literaturii)

Olga Cernetchi, Svetlana Jubîrcă, Natalia Bursacovschi

Catedra Obstetrica și Ginecologie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

*Some clinical and socio-psychological aspects of pregnancy and birth in teenage girls
(review of literature)*

Juvenile pregnancy presents a socio-medical and economic problem of high risk, both in Moldova and abroad. A high number of juvenile pregnancies (from 2.9% to 6.3%) has been recorded over 2003-2011 in RM. Sexual liberalization trends among young people have a negative impact by increasing unintended pregnancies and unwanted medical and criminal abortions etc. The actuality is determined by the increased number of pregnancy at teens, whose immaturity of adaptation systems, psycho-emotional lability, low health index lead to the development of complications during pregnancy, childbirth and the postpartum period both for the mother and newborns.

Rezumat

Sarcina juvenilă prezintă o problemă socio-medicală și economică de risc înalt, atât în Republica Moldova, cât și în străinătate. În RM s-a înregistrat un nivel stabil ridicat a numărului de gravidități juvenile de la 2,9% până la 6,3% pe parcursul anilor 2003-2011. Tendințele liberalizării sexuale în rândurile populației tinerilor au un impact negativ, prin creșterea sarcinilor neplanificate și nedorite, avorturilor medicale și criminale etc. Actualitatea temei este determinată de tendința creșterii numărului de sarcini la adolescente, la care imaturitatea sistemelor de adaptare, labilitatea psiho-emoțională, indexul de sănătate scăzut conduc la dezvoltarea complicațiilor pe parcursul gravidității, nașterii și perioadei de lăuzie atât la mame, cât și la nou-născuți.

Actualitatea

Sarcina juvenilă prezintă o problemă socio-medicală și economică de risc înalt, atât în Republica Moldova, cât și în străinătate. Tendințele liberalizării sexuale în rândurile populației tinerilor au un impact negativ prin creșterea numărului sarcinilor neplanificate și nedorite, avorturilor medicale și criminale etc. Aceste procese se suprapun cu nivelul scăzut educațional, lipsa programelor școlare de educație sexuală, folosirea alcoolului, narcomania, fumatul, ceea ce crează o imagine nefavorabilă a viitorului apropiat (Singh S., Darroch J.E., 2000, Montenegro H., 2000). Din punct de vedere economic sarcinile la femeile minore sunt conjugate cu cheltuieli enorme pentru realizarea programelor de susținere socială, crearea fondurilor pentru asigurarea cetățeanului tânăr care temporar nu este apt de muncă și întrerupe procesul educațional (Lehana și Rhyn, 2003; Olausson, Cnattingius, Halund și Weitoft, 2001).

Actualitatea problemei date este determinată de tendința creșterii numărului de sarcini la adolescente, la care imaturitatea sistemelor de adaptare, labilitatea psiho-emoțională, indexul de sănătate scăzut conduc la dezvoltarea complicațiilor pe parcursul gravidității, nașterii și perioadei de lăuzie atât la mame, cât și la nou-născuți. Astfel în RM s-a înregistrat un nivel crescut al numărului de sarcini juvenile de la 2,9% până la 6,3% pe parcursul anilor 2003-2011. Conform datelor OMS (2000-2007) sarcina la adolescente are o frecvență în România - 3,5%, Rusia 2,8%, SUA - 4,1%, Canada, Australia 1,4%-1,5%, Japonia - 0,5%, Germania - 1,0%, Franța - 0,8%, Marea Britanie, Italia - 2,6%. În fiecare an, nașterea are loc la 15 milioane de adolescente, reprezentând 2-4,5% din totalul nașterilor [7,13].

Un șir de cercetători asociază creșterea numărului de adolescente gravide în ultimii ani cu " liberalizare sexuală" a relațiilor din societate [15,17]. Vârsta medie de debut a vieții sexuale în prezent este în Brazilia de 12.1 ani, Nigeria - 15.1 ani [2], în Africa de Sud - 16 ani , în Rusia - 16.1 ani[24]., Franța - 17.4 ani [1]. În relațiile sexuale până la 15 ani întră 20-25% din minorele gravide [31]. J.Quinlivan (2001) indică faptul că 29,2% dintre adolescentele gravide sunt victime a violenței [11].

Până în prezent nu există o opinie comună referitor la vârsta instalării sarcinii și nașterii, pentru a fi apreciată ca juvenilă. Unii autori consideră vârsta până la 17 ani inclusiv (Briuhina E.V.,1997), Armstrong, Brace (2001) - până la 18 ani, iar Zagoreliskaia L.G., Nikonorova N.M., și alt., (2001) - până la 20 ani [23,26,27]. Conform recomandărilor OMS juvenile se consideră femeile până la 19 ani [25].

Analiza lucrărilor contemporane în domeniul comportamentului sexual al adolescentelor demonstrează, că sarcina la adolescente este neplanificată în 50-60% cazuri și, ca urmare nedorită în 30-40% cazuri (Gurchin Iu.A., Susloparov L.A., Ostrovscaea E.A., 2001) [25].

Datele unor cercetători indică coraportul nașteri/avorturi la adolescente ca 1/5 (16,4%/69,1%) în favoarea avortului [21,25]. În același timp, rata sarcinilor repetate cu antecedente de avort medical constituie 40%, de nașteri repetate 17,9% (Semark C., 2001). Conform rapoartelor OMS este îngrijorător faptul, că rata deceselor la adolescente de 15-19 ani este dublă față de femeile cu vârsta mai mare de 20 ani.

Autorii Jewkes R, Vundule C., 2001 relevă că în Africa de Sud fiecare a cincea gravidă minoră este HIV-pozitivă [11]. Prescripția pe larg a contraceptivelor este de multe ori însoțită de folosirea rezervată a prezervativului, în special în rândul adolescenților care nu percep riscul bolilor cu transmitere sexuala. Factorii asociați ca utilizarea corectă a contraceptivelor în rândul tinerilor sexual activi, includ succesul academic în școală, anticiparea unui viitor îndeplinit cu implicare într-o relație stabilă cu un partener sexual [12].

Haffner D.V., și alții relevă că aproximativ 50% din sarcini la adolescente survin în primele 6 luni de inițiere a vieții sexuale. Există mai mulți predictorii ai debutului timpuriu al vieții sexuale la adolescente, inclusiv dezvoltarea sexuală precoce, o istorie de abuz sexual, sărăcia, lipsa părinților atenți, modele de familie cu experiență sexuală precoce, lipsa preocupărilor școlare sau a carierei, folosirea alcoolului și a drogurilor, rezultatele școlare slabe sau chiar abandonarea școlii [2,12]. Unii factori asociați cu o amânare a vieții sexuale includ

traul cu ambii părinți într-un mediu familial stabil, frecventarea cu regularitate a instituțiilor de învățământ [12].

Odată ce o adolescentă a avut un copil, ea are un risc sporit de a avea altul. Aproximativ 25% din adolescentele gravide nu sunt primipare [15,21].

Conform datelor Haffner D.V., 83% din adolescentele care nasc și 61% care au avorturi sunt din familiile sărace. Cel puțin o treime din adolescenții părinți (atât bărbați cât și femei) sunt însuși născuți de parinți adolescenți.

Studiile raportează un interval de la 7% până la 67% de sarcini la adolescentele unde tata e un adult. Deși mai mult de două treimi din partenerii sexuali ai adolescentelor sunt de aceeași vârstă, unii parteneri sunt cu mai mult de 4 ani mai în vârstă.[10]

Riscurile medicale ale sarcinii la adolescente.

Datele literaturii de specialitate ce reflectă particularitățile de sarcină, naștere, de dezvoltare a fătului și starea nou-născutului la femeile tinere sunt controversate. Este de așteptat, că evoluția clinică a sarcinii, nașterii și a stării intrauterine a fătului la adolescente are anumite particularități, determinate de gradul de imaturitate biologică a organismului. Dimensiunile bazinului osos nu întotdeauna ating mărimile finale (la 10-15% se constată bazin strîmtat), ce conduce la traumatizarea nou-născuților. Hipoplazia uterului adesea poate conduce la anomalii ale forțelor de contracție și hemoragii uterine masive. Reacțiile homeostatice la adolescente sunt nestabile, ce agravează prognoza pentru mamă și făt. Nivelul scăzut al secreției de estrogeni și progesteron, în perioada preconcepțională, determină formarea insuficienței fetoplacentare, hipoxiei și hipotrofiei fătului (Baranov A.N., 2000; Van der Klis K.A., Westenberg L., Chan A., și alt., 2002) [19,22].

Astfel, S.Ziadeh (2001) relevă rezultate perinatale ale sarcinii la mamele adolescente mai favorabile, comparativ cu parturientele de vârstă mai mare. Potrivit părerii autorului dat, anemia și gestoza sunt la fel de frecvente atât la adolescentele nulipare cât și la femeile nulipare la vârsta de 20-29 de ani. La femeile sub 18 ani creșterea în greutate anormală în timpul sarcinii, diabetul gestațional, și copiii cu greutate mică la naștere, potrivit autorului dat, sunt mai puțin frecvente. Unii cercetători pe baza observațiilor clinice proprii n-au observat creșterea numărului complicațiilor obstetricale la minore, comparativ cu femeile de vârstă matură [5,30]. Autorii mexicani L.Villanueva, M.Peres-Fajardo, N.Martinez-Ayala (1999) au constatat devieri în complicațiile obstetricale doar la minorele în vârstă < 15 ani, comparativ cu femeile gravide de alte grupe de vârstă. G.Smiht și J.Pell (2001) au analizat prima și a doua sarcină la adolescente. Ei au descoperit, că la prima sarcină adolescentele sunt mai predispuse decât femeile adulte la naștere prin cezariană. În același timp, la a doua sarcină la aceleași adolescente riscul de naștere prematură, nașterea unui făt mort crește de 3 ori. Riscul de a naște un copil cu greutate mică la naștere (< 2500 g) în rîndul adolescentelor este dublu față de adulți, și rata decesului neonatal (în termen de 28 zile de la naștere) este aproximativ de 3 ori mai mare, conform datelor lui Jonathan D. Klein 2005 [12]. Aproximativ 14% din copiii născuți de adolescente în vârstă de 17 ani sau mai tinere sunt prematuri față de 6% la femeile între 25 și 29 de ani [2,12,29].

Totuși, cei mai mulți cercetători cred că sarcina și nașterea în adolescență este asociată cu o mulțime de complicații (46.8 - 84.6%), comparativ cu femeile mai în vârstă. Datele din literatură cu privire la frecvența apariției complicațiilor variază foarte mult. Astfel, unii cercetători în studiile lor au demonstrat, că în sarcina juvenilă preeclampsia apare în 12-76,5% din cazuri, anemia - la 4-78%, iminența de avort spontan - 4,7-49%, insuficiența fetoplacentară cronică - 11-76%, gestoza precoce - 15,2-29,9% [2,10,12,29]. Alți cercetători, așa ca Синчихин С.П., Коколина В.Ф., și alți., (2008), relevă particularitățile nașterii la minore: prematuritatea (7,4-28,3%), nașterea rapidă și în asalt, ruperea precoce a pungii amniotice [12,29]. Printre alte complicații ale nașterii la tineri se observă: anomalia forțelor de contracție (6,5-37,2%), hemoragia, bazinul strîmtat (5,7-10,8%), trauma obstetricală (4-25,5%), intervențiile chirurgicale (2,1-17%), dezlipirea prematură a placentei (1-1,9%), infecțiile puerperale (20-71,7%) [2,9,10,12,30]. Cercetătorii Cowden A. și Funkhouser E. (2001) consideră, că, excluzînd sarcina juvenilă, s-ar putea de micșorat cu 4-8% mortalitatea infantilă. În același timp, alți autori n-au

găsit diferență vădită dintre noi-născuții femeilor minore și cei ai femeilor mature [6,14]. În R.Moldova, o astfel de lucrare științifică, axată pe particularitățile avorturilor la adolescente, a fost prezentată 10 ani în urmă, și a pus în evidență aspectele medico-sociale ale acestui grup de femei (Larisa Boderscova 2005) [4,20]. Problema statutului psihoemoțional și a durerii la aceste gravide s-a studiat doar tangențial. La momentul dat, R Moldova nu poate prezenta asemenea corelații, neavând evidența statistică din ultimul deceniu, axată pe sarcinile la adolescente.

Aspectele psihosociale ale sarcinii la adolescente.

Problemele psihosociale ale sarcinii în adolescență includ: întreruperea învățămîntului în instituțiile școlare, sărăcia persistentă, oportunitățile profesionale limitate, divorțul și ca rezultat separarea copilului de la tată, sarcina repetată. Factorii asociați cu creșterea ratei de absolvire a instituțiilor de învățămînt includ: creșterea într-o familie cu număr redus de copii, prezența materialelor de lectură la domiciliu, încadrarea în câmpul de muncă a mamei, prezența în familie a părinților cu studii superioare. Cercetările lui Jonathan D. Klin (2005) sugerează că rezultatele sociale negative pe termen lung nu sunt inevitabile [12].

Merită o atenție deosebită aspectul psihoemoțional al sarcinilor juvenile prin influența extrem de nefavorabilă a debutului timpuriu al vieții sexuale și al sarcinii asupra psihicului și statutului psihoemoțional al adolescentelor. Crește riscul apariției stresului, stărilor psihoneurotice, depresiilor, anxietății, care sunt favorizate de imaturitatea sistemului neurovegetativ și psihic al tinerelor (Hudson, Elek și Campbell-Grossman 2000). Perioada de pubertate incompletă prezintă un fond favorabil pentru dezvoltarea patologiilor mixte ale sistemului nervos, endocrin, reproductiv. Conform datelor Figueiredo și alt., (2007) depresia în perioada după naștere la adolescente în primele 2-3 luni a constituit 25,9% în comparație cu 9,3% la femeile mature. Alt fapt alarmant este acela, că depresia legată de sarcină și naștere în adolescență se menține pînă la 4 ani (Schmidt și alt., 2006).

Deci, starea psihoemoțională pe fond de imaturitate poate provoca dereglări în decursul sarcinii și nașterii, cu dezvoltarea complicațiilor în naștere, indiferent de starea sănătății somatice anterioare. Cerințele față de conduita nașterii și atitudinea individuală în naștere la adolescente, sporesc dublu comparativ cu nașterile similare la femeile de vîrstă reproductivă matură. Privind diversitatea datelor din literatură a evoluției sarcinii și nașterii timpurii, revenim la ideea particularităților specifice dependente de imaturitatea fiziologică a adolescentelor, ce explică importanța științifico-practică înaltă a studierii schimbărilor adaptive ale organismului tinerelor în sarcină, în naștere și în perioada postpartum.

Bibliografie

1. Athea N. L'entree dans la sexualite et ses aleas (Entry into sexuality and its Hazards). Arch Pediatr 2001; 8 (4): 433.
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Adolescent pregnancy - current trends and issues: 1998. Pediatrics. 1999; 103:516 -520
3. Bailley PE, Bruno ZV, Bezerra MF et al. Adolescent pregnancy 1 year later: the effects of abortion vs. motherhood in Northeast Brazil. J Adolesc Health 2001; 29 (3): 223.
4. Boderscova L., „Aspectele medico-sociale ale sarcinii și nașterii la adolescente în Republica Moldova „, Avtoreferat, Chișinău 2005.
5. Bukulmez O, Deren O. Perinatal outcome in adolescent pregnancies a case-control study from a Turkish university hospital. Eur J Obstet Gyn Reprod Biol 2000; 88 (2): 207
6. Cowden AS, Funkhouser E. Adolescent pregnancy, infant mortality for birth: Alabama residential live births, 1991-1994. J Adolesc Health 2001; 29 (1): 37-45.
7. Darroch JE, Landry DJ, Oslak S. Age differences between sexual partners in the United States. Fam Plann Perspect. 1999; 31:160 -167
8. Elo IT, King RB, Furstenberg FF. Adolescent females: their sexual partners and the fathers of their children. J Marriage Fam. 1999; 61:74 - 84
9. Gueorguieva R, Carter R, Ariet M et al.. Effect of teenage pregnancy on educational disabilities in kindergarten. Am J Epidemiol 2001; 154 (3): 212-32.

10. Haffner DW, ed. Facing Facts: Sexual Health for America's Adolescents: The Report of the National Commission on Adolescent Sexual Health. New York, NY: Sexuality Information and Education Council of the United States; 1995
11. Jewkes R, Vundule C, Mafarah F, Jordaan E. Women's health research unit. Medical Research Council, Pretoria, South Africa. Soc Sci Med 2001; 52 (5): 733–44.
12. Jonathan D. Klein, MD, MPH, and the Committee on Adolescence. Pediatrics, 2005, p. 281-286
13. Kirby D. Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy (Summary). Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 2001
14. Kumbi S, Ischak A. Obstetric outcome of teenage pregnancy in northwestern Ethiopia. East Afr Med J 1999; 76 (3): 138–40.
15. Manzini N. Sexual initiation and child-bearing among adolescent girls in KwaZulu Natal, South Africa. Reprod Health Matters 2001; 9 (17): 44–52
16. Michelle R. Schmidt, M.D., M.P.H.a, Constance M. Wiemann, Ph.D.b, Vaughn I. Rickert, Psy.D.c, and E. O'Brian Smith, Ph.D. Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years postpartum. Journal of Adolescent Health 38 (2006) 712–718
17. Okpani AO, Okpani JU. Sexual activity and contraceptive use among female adolescents – a report from Port Harcourt, Nigeria. Afr J Reprod Health 2000; 4 (1): 40–7
18. Semark C. Design or accident? The natural history of teenage pregnancy. J R Soc Med 2001; 94 (6): 282–7.
19. Van der Klis KA, Westenberg L, Chan A, Dekker G, Keane RJ. Teenage pregnancy: trends, characteristics and outcomes in South Australia and Australia. Aust NZJ Public Health 2002 Apr; 26(2):125-131.
20. <http://www.avort.md/ro/avortul/informatii-pentru-medici/146-situatia-actuala-a-sanatatii-reproducerii-in-republica-moldova>
21. Агарков Н.М., Павлова О.Г. Медико-социальные проблемы беременных в юном возрасте. Пробл. соц. гигиены и истории мед. 1997; 4: 18–21.
22. Баранов А.Н., Рогозин И.Н. Перинатальная заболеваемость и ее снижение у несовершеннолетних. Материалы республиканской научно-практической конференции "Актуальные вопросы перинатологии". Екатеринбург, 1996; 38
23. Брюхина Е.В. Беременность и роды у девочек-подростков. Предупреждение осложнений, реабилитация. Автореф. дис... д-ра мед. наук. М., 1997.
24. Буркин М.М., Теревников В.А., Шевцова О.В., Ананьева Н.Ю. Детская безнадзорность и проституция. Материалы конгресса по детской психиатрии. М., 2001; 170–1.
25. Гуркин Ю.А., Сулопаров Л.А., Островская Е.А. Основы ювенильного акушерства. СПб.: Фолиант, 2001.
26. Заведова А.С., Юровская В.П. Взаимосвязь физического, полового развития и менструальной функции у девочек. Труды 2-го съезда акушеров-гинекологов РСФСР. М., 1967; 196–7.
27. Загорельская Л.Г., Никонорова Н.М., Иванян А.Н., Севастьянова Т.А. Состояние здоровья юных беременных, проживающих в различных экологических условиях. Материалы III Российского форума "Мать и дитя". М., 2001; 58.
28. Загорельская Л.Г., Шестакова В.Н., Иванян А.Н., Севастьянова Т.А. Динамика состояния здоровья у юных женщин во время беременности и родов. Материалы III Российского форума "Мать и дитя". М., 2001; 58–9.
29. Синчихин С.П., Коколина В.Ф., Мамиев О.Б., Синчихина М.Е. Социальные и медицинские аспекты беременности у несовершеннолетних // Consilium Medicum, Гинекология №4 том 10 / 2008

30. Хамошина М.Б. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девушек-подростков (по материалам г. Владивостока). Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 1997.
31. Хаджиева Э.Д., Яковлева Н.А., Гайдуква И.Р. К вопросу о родах у юных первородящих. Материалы и тезисы докладов 3-й Всероссийской научно-практической конференции "Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии". СПб., 1998; 180–2

ROLUL EXAMENULUI ULTRASONOGRAFIC ÎN DIAGNOSTICUL SARCINII EXTRAUTERINE

Olga Cernetchi, Ludmila Tihon

Catedra de Obstetrica si Ginecologie FECMF, USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

The role of the ultrasound examination in the diagnosis of ectopic pregnancy

Transvaginal sonography is now the imaging modality of choice for the diagnosis of ectopic pregnancy with overall reported sensitivities of > 90%. Specific sonographic criteria exist for the diagnosis of tubal and non-tubal pregnancies. Diagnosis is based on the visualization of an ectopic mass. This chapter discusses the specific criteria used for the diagnosis of ectopic pregnancy and examines the literature assessing the accuracy of ultrasound as a diagnostic tool.

Rezumat

Ecografie transvaginala este modalitatea imagistică de alegere pentru diagnosticul de sarcina extrauterina cu o sensibilitate raportată > 90 %. Există criterii ultrasonografice specifice pentru diagnosticul de sarcini tubară și non-tubară. Diagnosticul se bazează pe vizualizarea unei formațiuni ectopice în afara uterului. Acest articol indică la criteriile specifice utilizate pentru diagnosticul de sarcină ectopică și prezintă datele literaturii despre exactitatea examenului ultrasonografic ca instrument de diagnostic.

Actualitatea

Sarcina extrauterină (SE) este una dintre cele mai grave boli ale tractului reproductiv al femeilor tinere, deoarece deseori necesită intervenții chirurgicale de urgență, iar uneori, după indicații vitale. Această entitate nozologică se înregistrează la 2-10 de 1000 de femei de la 15 la 40 ani, dar mai frecvent în perioada de fertilitate maximă (20-35 ani).

Conform literaturii de specialitate, evaluarea reală a frecvenței acestei boli este dificilă deoarece este apreciată în raport cu indicatori diferiți – numărul de sarcini, nașteri, care sunt foarte variați de la o țară la alta.

Majoritatea autorilor sunt de acord că frecvența sarcinii extrauterine la sfârșitul secolului XX și începutul secolului XXI este în creștere și în prezent este aproximativ de 2 - 3 ori mai mare decât cea înregistrată cu 2 decenii în urmă. Creșterea gradului de urbanizare, scăderea vârstei de debut a vieții sexuale, incidența sporită a infecțiilor specifice și clamidiozei, apariția noțiunii de "poluare sexuală" are o influență nefavorabilă asupra stării funcției de reproducere a organismului feminin și determină instalarea sarcinii extrauterine [5,8].

Termenul de sarcina extrauterină sau ectopică reunește toate cazurile de implantare și dezvoltare a oului fetal în afara uterului : în trompa uterină, în istmul trompei, între foițele ligamentului lat, în cavitatea abdominală. Cea mai frecventă formă a bolii este sarcina tubară (96,5- 99,2%), de aceea această formă este, de obicei, identificată cu noțiunea de sarcină extrauterină.