

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ορολογία	100	Υποχοριονικό αιμάτωμα	102
Ιστορική ορολογία	100	Κύηση αγνώστου βιωσιμότητας	203
Σύγχρονη ορολογία	100	Αποβολή	105
Επιλογή γυναικών για έλεγχο πρώιμης εγκυμοσύνης	100	Κυήσεις αγνώστου εντόπισης	110
Διάρκεια της κύησης	100	Έκτοπη κύηση	111
Χοριακή γοναδοτροπίνη ορού	100	Τροφοβλαστική νόσος	118
Τεστ κύησης	101	Κύηση και Ενδομήτριες συσκευές αντισύλληψης	119
Κλινικό ερώτημα	101	Ινομύωματα της μήτρας	119
Ασυμπτωματικές γυναίκες	101	Προβλήματα των ωοθηκών στην πρώιμη κύηση	120
Έλεγχος της πρώιμης κύησης με παρουσία συμπτωμάτων	101		

Το κεφάλαιο αυτό πραγματεύεται την τεχνική εξέτασης των κοινών προβλημάτων της πρώιμης κύησης, μεταξύ των 4 και 10 εβδομάδων.

Οι στόχοι του κεφαλαίου είναι να σας καταστήσει ικανούς να

- περιγράφετε τα υπερηχογραφικά ευρήματα των πιο κοινών προβλημάτων που απαντούν στην πρώιμη κύηση:
 - του υποχοριακού αιματώματος
 - της κύησης αγνώστου βιωσιμότητας
 - της αποβολής
 - της κύησης αγνώστου εντόπισης
 - της έκτοπης κύησης
 - της τροφοβλαστικής νόσου
 - της κύησης παρουσία ενδομήτριας συσκευής αντισύλληψης
 - των ινομυωμάτων της μήτρας και των ωοθηκικών κύστεων
 - εκθέτετε τα αποτελέσματα του υπερηχογραφήματος
 - προβληματίζεστε σχετικά με το πώς να επικοινωνήσετε με ευαισθησία με μια γυναίκα σε πρώιμη κύηση.
- Οι διαταραχές της πρώιμης κύησης είναι από τις πιο συχνές ενδείξεις παραπομπής στα επείγοντα ιατρεία του νοσοκομείου και ευθύνονται για τα τρία τέταρτα περίπου

των επειγουσών γυναικολογικών εισαγωγών. Οι συχνότεροι λόγοι παραπομπής είναι η κολλική αιμόρροια, το κοιλιακό άλγος ή και τα δύο. Ο πρωταρχικός ρόλος της υπερηχογραφικής εξέτασης στο χειρισμό αυτών των κυήσεων είναι να διακρίνει μεταξύ μιας εξελισσόμενης ενδομήτριας εγκυμοσύνης, μιας αποβολής και μιας έκτοπης κύησης. Η δυνατότητα να γίνει αυτό εξαρτάται από την ηλικία κύησης και τη σχολαστικότητα με την οποία εξετάζετε την πύελο.

Η αποβολή είναι η πιο κοινή επιπλοκή της εγκυμοσύνης, και παρατηρείται στο 20% των κυήσεων. Τα κλινικά συμπτώματα είναι συχνά δραματικά και περιλαμβάνουν πυελικό άλγος και αιμορραγία. Αυτά, σε συνδυασμό με το φόβο της γυναίκας περί της απώλειας της εγκυμοσύνης, συντελούν στην ευκολία με την οποία αυτή επισκέπτεται το Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων της κοντινότερης Μονάδας Πρώιμης Κύησης. Κατά την υπερηχογραφική εξέταση θα πρέπει να προσπαθήσετε να τεκμηριώσετε την αιτία του λόνου ή της αιμορραγίας, αν και οι λόγοι συχνά δεν είναι εμφανείς με το υπερηχογραφικά ευρήματα. Η δυνατότητα της παρακολούθησης της εξέτασης στην οθόνη είναι καλοδεχούμενη από τις περισσότερες γυναίκες, οπότε ιδανικά πρέπει να διατίθενται δύο οθόνες, όπως συζητείται στο Κεφάλαιο 2.

Όπως παρουσιάζεται στο Κεφάλαιο 5, η υπερηχογραφική

κή εμφάνιση της φυσιολογικής πρώιμης ενδομήτριας κύησης έχει συγκεκριμένη διαδοχή, μεταβάλλεται γρήγορα και εξαρτάται από την ηλικία κύησης. Πριν την έναρξη της μελέτης, επομένως, είναι σημαντικό να γνωρίζει η γυναίκα ότι ο στόχος της εξέτασης είναι, πρώτον, να επιβεβαιώσει την παρουσία ενδομήτριας κύησης και, δεύτερον, να

επιβεβαιώσει ότι η κύηση εξελίσσεται. Η ικανότητά σας να το επιτύχετε αυτό εξαρτάται πρωτίστως από την αναμενόμενη ηλικία κύησης. Η γυναίκα πρέπει να καταλάβει ότι ενδεχομένως να μη μπορείτε να τη διαβεβαιώσετε για το δεύτερο αν η ηλικία κύησης δεν υπερβαίνει τον ουδό αναγνώρισης της καρδιακής λειτουργίας του εμβρύου.

ΟΡΟΛΟΓΙΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΟΡΟΛΟΓΙΑ

Οι ακόλουθοι όροι χρησιμοποιήθηκαν στο παρελθόν για να κατηγοριοποιήσουν τους διάφορους τύπους αποβολών και να περιγράψουν τις υπερηχογραφικές εικόνες:

- *παλίνδρομη αποβολή (missed miscarriage)*: η εγκυμοσύνη έχει χαθεί αλλά δεν έχει σημειωθεί κοιλική αιμόρροια
- *αναπόφευκτη αποβολή (inevitable miscarriage)*: εγκυμοσύνη που επιπλέκεται με κοιλική αιμορραγία και διαστολή του έξω στομίου του τραχήλου
- *κενό ωάριο (blighted ovum)*: σάκος κύησης εντός του οποίου δεν αναγνωρίζεται λεκιθικός ασκός ή έμβρυο
- *ανεμβρυονική κύηση (anembryonic pregnancy)*: σύγχρονη ονομασία του κενού ωαρίου.

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΟΡΟΛΟΓΙΑ

Οι ιστορικοί αυτοί όροι έχουν πλέον αντικατασταθεί από τους εξής:

- αποβολή (*miscarriage*)
 - πρώιμος εμβρυονικός θάνατος (*early embryonic demise*)
 - πρώιμος εμβρυϊκός θάνατος (*early fetal demise*)
 - καθυστερημένη αποβολή (*delayed miscarriage*)
 - ατελής αποβολή (*incomplete miscarriage*)

- *κενός σάκος (empty sac)*

- *επαπειλούμενη αποβολή (threatened miscarriage)* .

Η *επαπειλούμενη αποβολή* αναφέρεται στην εγκυμοσύνη που σχετίζεται με κοιλική αιμόρροια και στην οποία το έξω στόμιο του τραχήλου είναι κλειστό. Πρακτικά ο όρος χρησιμοποιείται για να δηλώσει μια κύηση που επιπλέκεται με κοιλική αιμόρροια στην οποία δεν είναι γνωστό αν το στόμιο είναι ανοικτό ή κλειστό. Η εκτίμηση του τραχήλου θα πρέπει να γίνει οπτικά με τη βοήθεια κολποδιαστολέα.

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι ο όρος έκτρωση δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για κανένα λόγο.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΠΡΩΙΜΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Οι απόψεις δίστανται σχετικά με τα κριτήρια επιλογής του πότε θα πρέπει να προτείνεται η διακολπική εξέταση σε συμπτωματικές και ασυμπτωματικές γυναίκες σε πρώιμη εγκυμοσύνη.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Ορισμένα τμήματα δεν εξετάζουν γυναίκες με κύηση που θεωρείται μικρότερη των 6 εβδομάδων, λόγω της διαφορετικής διάγνωσης των ευρημάτων από τη μήτρα στις κυήσεις αυτής της ηλικίας. Οι γυναίκες αυτές πρέπει να παρακολουθούνται με βιοχημικές εξετάσεις του ορού και να επανεξετάζονται σε άλλη χρονική στιγμή ανάλογα με τις τιμές και την κίνηση των εξετάσεων αυτών πριν γίνει

εφικτή η τελική διάγνωση. Ωστόσο, γυναίκες με έκτοπες κυήσεις συχνά παρουσιάζονται με πόνο και αιμορραγία πριν τις 6 εβδομάδες.

Επομένως, η μέθοδος αυτή επιλογής μπορεί να καταλήξει σε άνευ λόγου καθυστέρηση στη διάγνωση μιας δυνητικά επικίνδυνης έκτοπης κύησης. Επίσης θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς ότι αν η έκτοπη κύηση αναγνωριστεί νωρίτερα θα είναι μικρότερη και η διαχείρισή της πιο ασφαλής.

ΧΟΡΙΑΚΗ ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΗ ΟΡΟΥ

Άλλα τμήματα προτιμούν να εξετάζουν γυναίκες με επίπεδα χοριακής γοναδοτροπίνης ορού (hCG) υψηλότερα

από 1000 IU/L. Πολλοί συγγραφείς αναφέρουν το επίπεδο αυτό σαν την καθοριστική τιμή ή ουδό, πάνω από την οποία ο ενδομήτριος σάκος κύησης θα πρέπει να είναι εμφανής με το διακοπτικό υπερηχογράφημα. Ωστόσο, έκτοπες κύσεις μπορεί να απεικονιστούν και σε γυναίκες με επίπεδα hCG ορού χαμηλότερα από 1000 IU/L.

Άρα και αυτή η μέθοδος επιλογής μπορεί να οδηγήσει σε άσκοπη καθυστέρηση της αναγνώρισης μιας δυνητικά επικίνδυνης έκτοπης κύησης.

ΤΕΣΤ ΚΥΗΣΕΩΣ

Κάποιες μονάδες παρέχουν την εξέταση σε κάθε συμπτωματική γυναίκα με θετικό τεστ εγκυμοσύνης, ανεξάρτητα από την ηλικία κύησης. Αυτή η πρακτική είναι ωφέλιμη στη σημαντική σε αριθμό ομάδα (15–45%) των γυναικών που δεν θυμούνται την ημερομηνία της τελευταίας εμμηνουόρυσιας ή που έχουν συλλάβει ενώ χρησιμοποιούν μέθοδο αντισύλληψης που διακόπτει την εμμηνορροσία. Έτσι, πολλές μονάδες εξετάζουν συμπτωματικές γυναίκες με θετικό τεστ κύησης στα ούρα, το οποίο αντιστοιχεί σε τιμή hCG 25 IU/L. Η εφαρμογή αυτής της πολιτικής είναι πιθανό να οδηγήσει σε μεγάλο αριθμό μη διαγνωστικών υπερηχογραφημάτων. Παρόλα αυτά, προσφέρει την ευκαιρία της πρώιμης αναγνώρισης των γυναικών με έκτοπη εγκυμοσύνη και εκείνων που απαιτούν πιο στενή παρακολούθηση εφόσον το επιτρέπουν οι υποδομές.

ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ

Άλλες μονάδες καθορίζουν την πολιτική διενέργειας υπερηχογραφημάτων με βάση τα κλινικά συμπτώματα της γυναίκας και επομένως το κλινικό ερώτημα που τίθεται. Έτσι, όπου υπάρχει κλινική υποψία έκτοπης κύησης, το κλινικό ερώτημα είναι εάν μπορεί να φανεί σάκος κύησης εντός της μήτρας. Από την άλλη πλευρά, όταν η κλινική υποψία αφορά το ενδεχόμενο αποβολής, το κλινικό ερώτημα είναι εάν μπορεί να φανεί ζων έμβρυο εντός του σάκου κύησης.

Ο σάκος κύησης φυσιολογικά μπορεί να αναγνωριστεί εντός της μήτρας από τις 5⁺³ εβδομάδες ή και νωρίτερα, και το ζων έμβρυο από τις 6⁺³ εβδομάδες. Ένας εφικτός τρόπος να κινητοποιήσει κανείς τους ενδεχομένως περι-

ορισμένους πόρους είναι να διαχειρίζεται τις υπερηχογραφικές εξετάσεις των συμπτωματικών πρώιμων κύσεων στη βάση των αναμενόμενων αποτελεσμάτων-δηλαδή να αναβάλλει την εξέταση μέχρι τις 6⁺³ εβδομάδες αν υποψιάζεται αποβολή, και να εξετάζει νωρίτερα, στις 5⁺³ εβδομάδες, αν υποψιάζεται έκτοπη κύηση. Παρά ταύτα, τα κλινικά συμπτώματα μπορεί να ποικίλλουν και να είναι μη ειδικά. Ένα υπερηχογράφημα που προγραμματίζεται με βάση τις αναμενόμενες ημερομηνίες μπορεί να αποδειχθεί ότι διεξάγεται σε σημαντικά πιο πρώιμη ή όψιμη κύηση από ό,τι είχε θεωρηθεί. Όπως φαίνεται, και πάλι αυτή η μέθοδος επιλογής μπορεί να καταλήξει σε καθυστέρηση στη διάγνωση μιας δυνητικά επικίνδυνης έκτοπης κύησης.

Θα πρέπει να θυμάται κανείς ότι είναι η εμφάνιση του παχέος τροφοβλαστικού δακτυλίου που περιβάλλει τον έκκεντρα τοποθετημένο σάκο κύησης που τεκμηριώνει την πρώιμη ενδομήτρια κύηση. Η απεικόνιση του λεκθικού ασκού μάλλον παρέχει επιπλέον εξασφάλιση ότι η υπό μελέτη δομή είναι ο σάκος κύησης, παρά επιβεβαιώνει ότι πρόκειται περί εξελισσόμενης εγκυμοσύνης.

ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Αν και η πλειοψηφία των γυναικών που προσέρχονται για εκτίμηση μιας πρώιμης κύησης θα είναι συμπτωματικές, ένα ποσοστό ασυμπτωματικών γυναικών θα παραπεμφθεί για επιβεβαίωση ότι υπάρχει μια εξελισσόμενη, ενδομήτρια εγκυμοσύνη λόγω του προηγούμενου ιστορικού τους. Οι γυναίκες αυτές συνήθως εμπίπτουν σε τρεις κατηγορίες, και ειδικότερα είναι εκείνες που είχαν:

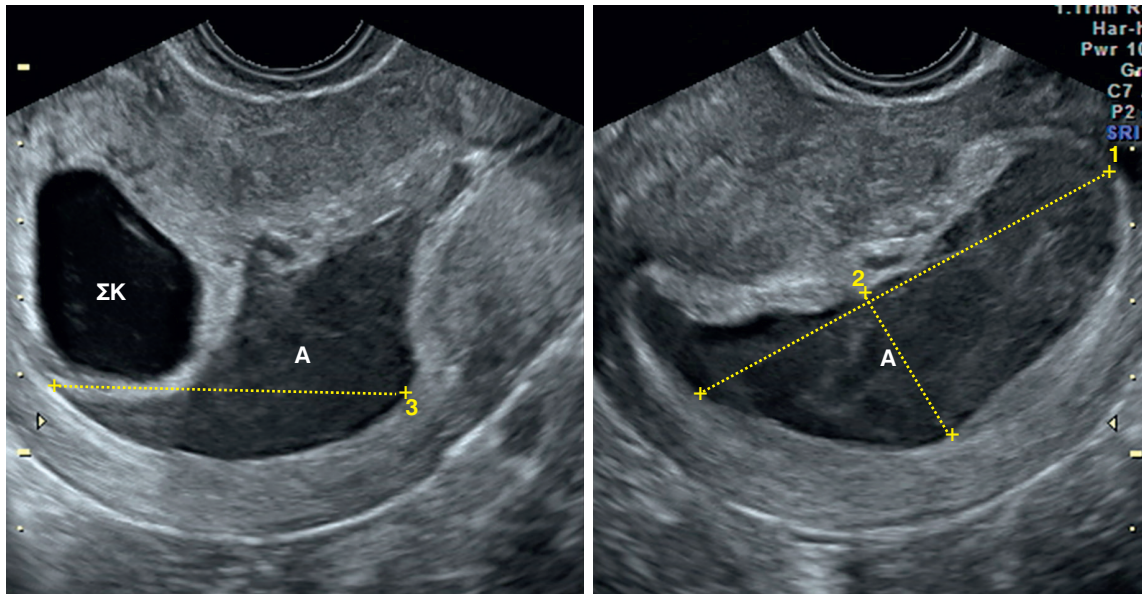
- προηγούμενη έκτοπη κύηση
- προηγούμενη μύλη κύηση
- τρεις ή περισσότερες αποβολές στο παρελθόν.

Το κλινικό ερώτημα που τίθεται για τις ασυμπτωματικές γυναίκες είναι εάν αναγνωρίζεται ή όχι ζων έμβρυο εντός του ενδομητρίου σάκου κύησης. Η υπερηχογραφική εξέταση των ασυμπτωματικών γυναικών με ιστορικό προβλημάτων σε πρώιμη κύηση, ιδανικά προγραμματίζεται για μετά τις 6⁺³ εβδομάδες ώστε να αυξηθεί η πιθανότητα να απεικονιστεί το ζων έμβρυο, υπό την προϋπόθεση ότι η παρούσα κύηση εξελίσσεται φυσιολογικά.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΜΕ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Δεν υπάρχουν κλινικοί λόγοι για τους οποίους η υπερηχογραφική εξέταση μιας εγκύου γυναίκας που παρουσιάζεται με κοιλιακή αιμόρροια, κοιλιακό άλγος ή και τα δύο, δεν θα πρέπει να γίνεται διακοπτικά.

Το παρόν κείμενο υποθέτει ότι εσείς, ο χειριστής, κάθιστε στα αριστερά, ή στο κάτω μέρος, της εξεταστικής κλίνης, κρατάτε τον ηχοβολέα με το δεξί σας χέρι, η γυναίκα είναι ξαπλωμένη στα δεξιά σας και αντικρίζετε ο



Εικόνα 6.1 Μεγάλο υποχοριονικό αιμάτωμα (A) εντοπιζόμενο κάτω από τον σάκο κύησης (ΣΚ) μετρημένο σε τρία επίπεδα κάθετα μεταξύ τους.

έναν τον άλλο. Η εικόνα είναι έτσι προσανατολισμένη ώστε η κορυφή της να φαίνεται στο επάνω μέρος της οθόνης, η αριστερή πλευρά της πυέλου της μητέρας να βρίσκεται στο δεξιό μέρος της οθόνης και η δεξιά πλευρά της πυέλου της μητέρας να βρίσκεται στο αριστερό μέρος της οθόνης.

Η προτεινόμενη μέθοδος ανεύρεσης και μέτρησης του ενδομήτριου σάκου κύησης περιγράφεται στο Κεφάλαιο 5.

ΥΠΟΧΟΡΙΟΝΙΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ

Ο όρος υποχοριονικό αιμάτωμα (subchorionic haematoma-SCH) περιγράφει μια αιμορραγία που εντοπίζεται μεταξύ της χοριακής μεμβράνης και του εσωτερικού τοιχώματος της μήτρας (Εικ. 6.1). Συνήθως η γυναίκα θα έχει παρατηρήσει κολπική αιμόρροια. Το υποχοριονικό αιμάτωμα συχνά λαμβάνει ημισεληνοειδές σχήμα. Η υπερηχογραφική εικόνα του μπορεί να ποικίλλει από υπόηχο μέχρι υπερηχογενές, αναλόγως του χρόνου που έχει παρέλθει από την αρχική αιμορραγία. Το αιμάτωμα πρέπει να μετράται σε τρία επίπεδα κάθετα μεταξύ τους. Αυτό μπορεί να είναι δύσκολο καθώς το υποχοριονικό αιμάτωμα πολλές φορές εκτείνεται γύρω από το σάκο με τρόπο ώστε η αιμορραγική περιοχή να μην αναδεικνύεται εύκολα σε τρεις διαστάσεις. Θα πρέπει να περιγράφεται η εντόπιση του αιματώματος σε σχέση με τον ενδομήτριο σάκο κύησης-για παράδειγμα, αν βρίσκεται από κάτω, στο ίδιο επίπεδο (δεξιά ή αριστερά) ή επάνω από τον σάκο κύησης. Ένα αιμάτωμα μι-

κρότερο από το 20% του μεγέθους του σάκου θεωρείται μικρό, ενώ αν ξεπερνά το 50% του μεγέθους του σάκου θεωρείται μεγάλο.

Το υποχοριονικό αιμάτωμα μπορεί να συνυπάρχει με βιώσιμη ενδομήτρια κύηση, με κύηση άγνωστης βιωσιμότητας και με αποβολή. Η παρουσία του αυξάνει τον κίνδυνο αποβολής. Η πλειονότητα των υποχοριονικών αιματωμάτων απορροφάται. Τα μεγαλύτερα αιματώματα παρακολουθούνται συνήθως με επαναληπτικό υπερηχογράφημα, ιδίως αν υπάρχει ιστορικό προηγούμενης αποβολής.

Υπάρχουν πέντε κύριες διαφορικές διαγνώσεις που θα πρέπει να έχετε υπ' όψιν σας όταν διενεργείτε ένα υπερηχογράφημα σε πρώιμη κύηση και είναι οι ακόλουθες:

- κύηση αγνώστου βιωσιμότητας
- αποβολή
- κύηση αγνώστου εντόπισης
- έκτοπη κύηση
- τροφοβλαστική νόσος.

Καθεμία από αυτές έχει χαρακτηριστικά υπερηχογραφικά ευρήματα αλλά, όπως συμβαίνει με πολλές υπερηχογραφικές εικόνες, αυτές μπορεί να σχετίζονται με περισσότερες της μιας διαγνώσεις. Επομένως πρέπει να θυμάται κανείς ότι σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι αδύνατον να οδηγηθεί σε τελικό συμπέρασμα από τα υπερηχογραφικά δεδομένα και ότι μπορεί να χρειάζεται επαναληπτική εξέταση προκειμένου να τεθεί κλινική διάγνωση.

ΚΥΗΣΗ ΑΜΦΙΒΟΛΟΥ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

Η κύηση αγνώστου βιωσιμότητας αντιστοιχεί σε δύο διακριτές υπερηχογραφικές εμφανίσεις του ενδομήτριου σάκου κύησης. Συγκεκριμένα:

- σάκος κύησης με μέγεθος μικρότερο του ουδού απεικόνισης του λεκιθικού ασκού και του εμβρύου
- σάκος κύησης που περιέχει έμβρυο, το μήκος του οποίου είναι μικρότερο από τον ουδό αναγνώρισης καρδιακής λειτουργίας.

Η κύηση δεν μπορεί να χαρακτηριστεί «εξελισσόμενη» μέχρι να απεικονιστεί ζων έμβρυο στον ενδομήτριο σάκο κύησης. Ο λεκιθικός ασκός δεν είναι φυσιολογικά ορατός σε σάκο κύησης με μέση διάμετρο μικρότερη των 10,0 mm. Οι καρδιακοί παλμοί και το ίδιο το έμβρυο δεν είναι φυσιολογικά ορατά σε σάκο κύησης με μέση διάμετρο μικρότερη των 18,0 mm. Έτσι μια φυσιολογική πολύ πρώιμη κύηση δεν είναι σπάνιο να διαθέτει έναν ενδομήτριο σάκο κύησης στον οποίο να μην μπορεί να αναγνωρισθεί ούτε λεκιθικός ασκός ούτε ζων έμβρυο.

Οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες επισημαίνουν ότι λεκιθικός ασκός και έμβρυο θα πρέπει να φαίνονται σε σάκο κύησης με μέση διάμετρο 25,0 mm ή μεγαλύτερη. Εγκυμοσύνες στις οποίες παρατηρείται κενός σάκος με διάμετρο μικρότερη των 25,0 mm πρέπει να χαρακτηρίζονται ως κύηση αγνώστου βιωσιμότητας.

Οι καρδιακοί παλμοί συχνά, αλλά όχι πάντα, θα είναι εμφανείς κατά τη χρονική στιγμή που το ίδιο το έμβρυο γίνεται ορατό, δηλαδή από τα 2–3 mm σε μήκος και πάνω. Οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες επισημαίνουν ότι οι καρδιακοί παλμοί πρέπει να είναι πάντα αναγνωρίσιμοι όταν το κεφαλουραίο μήκος είναι 7,0 mm ή μεγαλύτερο, ενώ μια κύηση με κεφαλουραίο μήκος κάτω από 7,0 mm και χωρίς καρδιακούς παλμούς θα πρέπει να χαρακτηρίζεται ως κύηση αγνώστου βιωσιμότητας.

Είναι σημαντικό, ανεξάρτητα από τις κλινικές ενδείξεις του υπερηχογραφήματος, και την αναμενόμενη ηλικία κύησης, να εφαρμόζετε την ίδια συστηματική προσέγγιση στην εξέταση, να λαμβάνετε υπ' όψιν σας τις τοπικές και εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες και να συμπεριλαμβάνετε όλες τις σχετικές πληροφορίες στο πόρισμα της υπερηχογραφικής εξέτασης.

Η Αναγνώριση της Κύησης Αγνώστου Βιωσιμότητας

Κατ' αρχήν, βεβαιωθείτε ότι παρατηρούνται τα τυπικά χαρακτηριστικά του ενδομήτριου σάκου κύησης, δηλαδή ο φωτεινός τροφοβλαστικός δακτύλιος και η έκκεντρη θέση του σάκου στο ενδομήτριο.

Στη συνέχεια, είναι αναγκαίο να εφαρμόσετε τα απα-

ραίτητα διαγνωστικά κριτήρια για να διακρίνετε μεταξύ κύησης αγνώστου βιωσιμότητας και αποβολής.

Όπως περιγράφηκε προηγουμένως, η υπερηχογραφική εμφάνιση της κύησης αγνώστου βιωσιμότητας είναι τυπική εγκυμοσύνης μεταξύ 5 και 6 εβδομάδων οπότε είναι πολύ νωρίς για να απεικονιστούν τα εμβρυϊκά ορόσημα που επιβεβαιώνουν την βιώσιμη ενδομήτρια κύηση. Η εμφάνιση αυτή μπορεί επίσης να παρατηρηθεί σε ενδομήτριες εγκυμοσύνες που βρίσκονται σε διαδικασία αποτυχίας ή έχουν αποτύχει και θα οδηγήσουν σε αποβολή. Η διαφορική διάγνωση των παρόμοιων αυτών υπερηχογραφικών εικόνων οδηγεί σε εξαιρετικά ανόμοια αποτελέσματα.

Πρέπει να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια ώστε να εξασφαλιστεί ότι η μέση διάμετρος του σάκου κύησης μετράται σωστά και με ακρίβεια για να ελαττωθεί το λάθος στην επαναληψιμότητα μεταξύ του ίδιου ή άλλου παρατηρητή. Πρέπει να θυμάστε ότι οι πληροφορίες σχετικά με την τελευταία έμμηνο ρύση μπορεί να είναι αναξιόπιστες, και ότι η αιμορραγία στην πρώιμη κύηση δεν προαναγγέλει υποχρεωτικά δυσμενή έκβαση.

Δεν πρέπει να υποθέσετε ότι μια γυναίκα που αναφέρει κολπική αιμόρροια, είναι βέβαιη ότι είναι, ας πούμε, έγκυος 8 εβδομάδων και στην οποία το υπερηχογράφημα δείχνει κενό ενδομήτριο σάκο με μέση διάμετρο 12,0 mm, είχε αποβολή. Σε τέτοια περίπτωση θα πρέπει να εξηγηθεί στη γυναίκα ότι η εξέταση δεν ανέδειξε ζων έμβρυο μεγέθους συμβατού με την αναφερόμενη από την ίδια κύηση 8 εβδομάδων. Ωστόσο, φάνηκε κενή ενδομήτρια κύηση μεγέθους συμβατού περισσότερο με 6 εβδομάδες κύησης και επομένως πρόκειται για εγκυμοσύνη αγνώστου βιωσιμότητας. Απαιτείται επαναληπτική εξέταση για να τεκμηριωθεί αν πρόκειται ή όχι για μια εξελισσόμενη εγκυμοσύνη νεότερης ηλικίας από την αρχικά θεωρούμενη, ή για εγκυμοσύνη που οδηγείται σε αποτυχία.

Ποικίλα υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά ή συμπτώματα έχουν αναφερθεί ως σχετιζόμενα με αυξημένο κίνδυνο αποβολής. Στα πρώτα περιλαμβάνονται η απουσία λεκιθικού ασκού, ο λεκιθικός ασκός με διάμετρο μεγαλύτερη των 5,0 mm, η βαρεία κολπική αιμορραγία και η αυξημένη ηλικία της μητέρας. Οι κλινικοί μπορούν να χρησιμοποιούν αυτά τα στοιχεία για να αυξάνουν το δείκτη υποψίας ενόψει μιας πιθανής αποβολής. Εσείς δεν θα πρέπει να αφήνετε να επηρεάζουν την ερμηνεία των υπερηχογραφικών δεδομένων σας ως προς την πιθανή έκβαση, όταν έχετε ευρήματα συμβατά με κύηση αγνώστου βιωσιμότητας.

Ένα ποσοστό γυναικών θα παρουσιάσουν σημαντική επιδείνωση των συμπτωμάτων τους πριν τον προγραμματισμένο επανέλεγχό τους. Οι εξεταζόμενες θα πρέπει να προειδοποιούνται ότι κάτι τέτοιο μπορεί να συμβεί και ότι σε ανάλογη περίπτωση είναι σκόπιμο να απευθυνθούν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ή σε μια Μονάδα Πρώιμης Κύησης. Στην περίπτωση αυτή, αν ενδείκνυται

κλινικά, μια υπερηχογραφική εξέταση θα επιβεβαιώσει αν υπάρχει αποβολή.

Επαναληπτικός Έλεγχος και Διάγνωση

Προκειμένου να τεκμηριωθεί το κατά πόσον η κύηση αγνώστου βιωσιμότητας είναι εξελισσόμενη ή έχει χαθεί, χρειάζεται επαναληπτικό διακολπικό υπερηχογράφημα αφού παρέλθει μεσοδιάστημα τουλάχιστον 78 ημερών. Η επαναληπτική εξέταση απαιτεί τα ακόλουθα:

- εκτίμηση της αύξησης του σάκου κύησης
- απεικόνιση ή μη του λεκιθικού ασκού και/ή του εμβρύου
- αύξηση του εμβρύου εάν ήταν ορατό εξαρχής
- επιβεβαίωση παρουσίας ή απουσίας καρδιακών παλμών του εμβρύου.

Είναι λογικό να καθυστερεί ο προγραμματισμός της επαναληπτικής εξέτασης μέχρι ο άδειος σάκος κύησης, που έχετε εντοπίσει και μετρήσει σωστά, και ο οποίος φυσιολογικά αυξάνεται σε διάμετρο με ρυθμό 1,0 mm την ημέρα, να έχει φθάσει μια αναμενόμενη μέση διάμετρο τουλάχιστον 25,0 mm.

Όπου υπάρχει έμβρυο μικρότερο από 7,0 mm αλλά δεν ανιχνεύονται καρδιακοί παλμοί, ο επανέλεγχος πρέπει να προγραμματίζεται σε μια εβδομάδα.

Η διάγνωση εξελισσόμενης κύησης τίθεται προφανώς στον επανέλεγχο αν απεικονίζεται ζων έμβρυο.

Αν ο επανέλεγχος έχει κανονιστεί πολύ σύντομα μετά την αρχική εκτίμηση και ο σάκος κύησης έχει αναπτυχθεί ως αναμενόμενος (~1,0 mm/ημέρα) αλλά παραμένει κάτω από 25,0 mm σε μέση διάμετρο, ή υπάρχει πλέον έμβρυο αλλά μικρότερο των 7,0 mm σε μήκος και δεν αναγνωρίζονται καρδιακοί παλμοί, τα ευρήματα υποδεικνύουν εξελισσόμενη κύηση αλλά πρέπει να γνωματευθούν ως κύηση αγνώστου βιωσιμότητας.

Η Σύνταξη του Αρχικού Πορίσματος για Κύηση Αγνώστου Βιωσιμότητας

Επιπροσθέτως των πληροφοριών που εμπεριέχονται στο πρότυπο πορίσματος (βλ. Κεφάλαιο 5), προτείνουμε να περιλαμβάνονται και οι ακόλουθες πληροφορίες στην αρχική υπερηχογραφική έκθεση μιας κύησης αγνώστου βιωσιμότητας:

- εξήγηση ότι ο κενός σάκος κύησης μπορεί να είναι φυσιολογικό εύρημα όταν η μέση διάμετρος αυτού είναι μικρότερη των 25,0 mm
- να αναφέρεται η απουσία καρδιακών παλμών και να εξηγείται ότι αυτό μπορεί να είναι φυσιολογικό εύρημα όταν το κεφαλουραίο μήκος είναι μικρότερο από 7,0 mm
- συμπέρασμα των υπερηχογραφικών ευρημάτων και

σύσταση για επαναληπτικό έλεγχο, μετά από διάστημα 7-14 ημερών, ανάλογα με το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την επίτευξη διάγνωσης. Στο συμπέρασμα θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται η δήλωση: *“Τα ευρήματα είναι συμβατά με κύηση αγνώστου βιωσιμότητας. Επαναληπτική εξέταση έχει προγραμματιστεί σε ___ ημέρες για να επανεκτιμηθούν τα σημερινά ευρήματα.”*

Η διάγνωση της αποτυχίας της εγκυμοσύνης ή της αποβολής μπορεί να τεθεί στον επανέλεγχο αν προκύψουν τα ακόλουθα:

- η μέση διάμετρος του σάκου κύησης είναι ίση ή μεγαλύτερη των 25,0 mm και δεν υπάρχει λεκιθικός ασκός ή έμβρυο
- το κεφαλουραίο μήκος είναι 7,0 mm ή μεγαλύτερο και δεν φαίνονται καρδιακοί παλμοί
- η μέση διάμετρος του σάκου κύησης έχει αυξηθεί, αλλά ελάχιστα, και παραμένει κάτω από 25,0 mm
- το κεφαλουραίο μήκος έχει αυξηθεί, αλλά ελάχιστα, και παραμένει κάτω από 7,0 mm, και δεν φαίνονται καρδιακοί παλμοί.

Υπάρχει ασάφεια σχετικά με τη διαχείριση των κυήσεων στις οποίες υπάρχει αύξηση του σάκου κύησης αλλά η μέση διάμετρος είναι κάτω από 25,0 mm στον επανέλεγχο και δεν αναγνωρίζεται έμβρυο εντός αυτού, ή υπάρχει αύξηση στο κεφαλουραίο μήκος αλλά όχι πάνω από τα 7,0 mm και δεν υπάρχουν καρδιακοί παλμοί. Κάποιες μονάδες προγραμματίζουν μια τρίτη υπερηχογραφική εξέταση πριν θέσουν τη διάγνωση της όψιμης αποβολής, ενώ άλλες βασίζουν την κλινική συμπερασματολογία τους στα συγκριτικά αποτελέσματα των δύο πρώτων υπερηχογραφήματων. Οι γυναίκες συχνά δυσκολεύονται να κατανοήσουν ότι η διάγνωση της όψιμης αποβολής μπορεί να τεθεί στη βάση του ανεπαρκούς ρυθμού αύξησης του σάκου, τη στιγμή που υπάρχει αύξηση.

Οι περισσότερες γυναίκες αγωνίζονται να θυμηθούν τις πληροφορίες που τους δόθηκαν κατά την εξέταση. Όλα τα εργαστήρια θα πρέπει να παρέχουν ένα πληροφοριακό φυλλάδιο στις ασθενείς για κάθε ειδικό πρόβλημα της πρώιμης κύησης, με επεξηγήσεις των υπερηχογραφικών ευρημάτων, λεπτομέρειες σχετικά με τη συνέχεια, στοιχεία επικοινωνίας και το σημαντικότερο, συμβουλές για το τι να κάνουν αν επιδεινωθούν τα συμπτώματά τους.

Η Σύνταξη του Πορίσματος της Επανεξέτασης για Κύηση Αγνώστου Βιωσιμότητας

Επιπλέον των πληροφοριών που εμπεριέχονται στο πρότυπο πορίσματος (βλ. Κεφάλαιο 5), προτείνουμε να περιλαμβάνονται και οι ακόλουθες πληροφορίες στην επαναληπτική υπερηχογραφική έκθεση μιας κύησης αγνώστου

βιωσιμότητας όταν η διάγνωση είναι αυτή της αποτυχημένης εγκυμοσύνης:

- μέτρηση της μέσης διαμέτρου του σάκου κύησης (mm), αναφορά της ανεπαρκούς αύξησης με βάση την αναμενόμενη αύξηση του 1,0 mm περίπου την ημέρα (θεωρώντας ότι δεν διακρίνεται λεκιθικός ασκός ή έμβρυο στο σάκο) και εξήγηση ότι αυτό είναι ενδεικτικό αποτυχίας της εγκυμοσύνης
- η παρουσία ή απουσία λεκιθικού ασκού και εμβρύου
- μέτρηση του κεφαλουραίου μήκους και αναφορά της ανεπαρκούς αύξησης αν το έμβρυο ήταν ορατό στην αρχική εξέταση
- αναφορά στην απουσία καρδιακών παλμών και εξήγηση ότι αυτό είναι ενδεικτικό αποτυχίας της κύησης όταν το κεφαλουραίο μήκος είναι 7,0 mm ή μεγαλύτερο
- εξήγηση ότι ο κενός σάκος κύησης ίσος ή μεγαλύτερος από 25,0 mm είναι ενδεικτικός αποτυχίας της κύησης
- συμπέρασμα των υπερηχογραφικών ευρημάτων που να περιλαμβάνει την ακόλουθη δήλωση: «Τα ευρήματα είναι συμβατά με αποτυχία της κύησης».

ΑΠΟΒΟΛΗ

Η επαπειλούμενη αποβολή απαντά στο ένα τρίτο περίπου των κήσεων. Ο ορισμός της είναι η παρουσία κολπικής αιμορραγίας με ή χωρίς κοιλιακό άλγος πριν την 24^η εβδομάδα κύησης. Η κλινική εκτίμηση από μόνη της σπάνια είναι αρκετή για να τεκμηριώσει τη σωστή διάγνωση σε γυναίκες με επαπειλούμενη αποβολή και ως εκ τούτου η υπερηχογραφική εξέταση χρησιμοποιείται κατά ρουτίνα σε αυτές τις περιπτώσεις. Είναι σημαντικό να θυμάται κανείς ότι αποβολές μπορεί να συμβούν και σε ασυμπτωματικές γυναίκες. Ένα ποσοστό πρώιμων υπερηχογραφημάτων που διενεργούνται λόγω ενδείξεων όπως το ιστορικό υποτροπιαζουσών αποβολών, η υποβοηθούμενη σύλληψη ή η ύπαρξη υποκειμένων νοσημάτων όπως ο διαβήτης, μπορεί να αναδείξουν μια αποβολή.

Ορισμένες γυναίκες μπορεί να φθάσουν και στις 12 εβδομάδες κύησης χωρίς να υπάρχουν ενδείξεις ότι η εγκυμοσύνη δεν προχωρά φυσιολογικά και μόνο τη στιγμή του προγραμματισμένου υπερηχογραφήματος να μάθουν ότι η εγκυμοσύνη έχει οδηγηθεί σε αποβολή. Είναι ιδιαίτερα δύσκολο να ανακοινώσει κανείς τα παθολογικά ευρήματα όταν δεν υπάρχει σχετική υποψία και συλλαμβάνουν απροετοίμαστους τόσο τον εξεταστή όσο και τη γυναίκα.

Ο κύριος ρόλος της υπερηχογραφικής εξέτασης είναι να θέσει την τελεσίδικη διάγνωση της αποβολής και να παράσχει τις πληροφορίες που θα βοηθήσουν στην επιλογή μεταξύ της συντηρητικής και χειρουργικής αντιμετώπισης.

Υπερηχογραφική Διάγνωση της Αποβολής

Η κατάταξη των αποβολών βασίζεται στα υπερηχογραφικά ευρήματα και περιλαμβάνει τους ακόλουθους τύπους:

- πρώιμος εμβρυονικός θάνατος (early embryonic demise)
- πρώιμος εμβρυϊκός θάνατος (early fetal demise)
- καθυστερημένη αποβολή (delayed miscarriage)
- ατελής αποβολή (incomplete miscarriage)
- πλήρης αποβολή (complete miscarriage).

Τι θα Πρέπει να Αναζητάτε, να Μετράτε και να Συμπεριλαμβάνετε στο Πόρισμα για μια Αποβολή

Ο αναγνώστης του πορίσματός σας χρειάζεται να είναι πεπεισμένος ότι η διάγνωση της αποβολής που θέσατε έχει τεθεί σωστά. Έτσι είναι σημαντικό να αναφέρονται στο πόρισμα οι υπερηχογραφικές παράμετροι που μετρήθηκαν και τα κριτήρια που εφαρμόστηκαν για να στοιχειοθετηθεί η διάγνωση. Αν ο σάκος κύησης είναι ανωμάλου σχήματος, για παράδειγμα, ή υπάρχουν ενδείξεις αιματώματος, αυτά τα ευρήματα πρέπει να τεκμηριώνονται στην έκθεση. Οποιαδήποτε τυχαία ευρήματα, όπως ένα ή περισσότερα ινομώματα ή ωοθηκικές κύστες, πρέπει να περιγράφονται, να μετρώνται και να τεκμηριώνονται στην έκθεση.

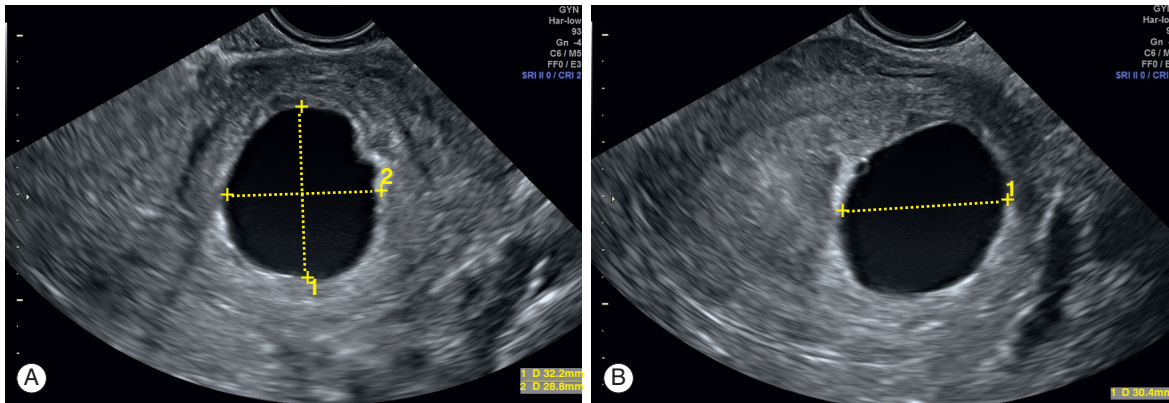
Ο τύπος της αποβολής θα πρέπει να προκύπτει από την περιγραφή των ευρημάτων. Παρόλα αυτά, πάντα πρέπει να υπάρχει ένα συμπέρασμα σχετικά με το ότι τα δεδομένα είναι συμβατά με αποβολή, στο οποίο θα δηλώνεται και ο τύπος αυτής.

Αν η γυναίκα προτιμά τη συντηρητική αντιμετώπιση σε περίπτωση αποβολής, όλες οι σχετικές πληροφορίες πρέπει να περιλαμβάνονται στο πόρισμα ώστε να διευκολύνεται η σύγκριση με τα μελλοντικά υπερηχογραφήματα.

Αποβολή, Πρώιμος Εμβρυονικός Θάνατος

Τα διακοπτικά υπερηχογραφικά ευρήματα του πρώιμου εμβρυονικού θανάτου περιλαμβάνουν ενδομήτριο σάκο κύησης με μέση διάμετρο ίση ή μεγαλύτερη των 25,0 mm στον οποίο δεν υπάρχουν στοιχεία λεκιθικού ασκού ή έμβρυο (Εικ. 6.2). Ο κενός σάκος κύησης μπορεί να φαίνεται σε σύμπτωση και επιμηκυσμένος. Επίσης μπορεί να βρίσκεται πιο κοντά στο σώμα της μήτρας παρά στον τυθμένα.

Αν και μπορεί να μην είναι δυνατόν να αναγνωριστεί λεκιθικός ασκός ή έμβρυο, η αμνιακή μεμβράνη, που περιβάλλει την αμνιακή κοιλότητα, ίσως είναι ορατή εντός του σάκου. Ενδέχεται η μεμβράνη να έχει συσπαστεί μέσα στο σάκο και να δίνει την εντύπωση μεγάλου λεκιθι-



Εικόνα 6.2 Α και Β. Οβελιαία και εγκάρσια τομή της μήτρας που απεικονίζουν κενό σάκο κύησης. Η μέση διάμετρος του σάκου ήταν 30,4 mm. Η γυναίκα ήταν έγκυος 12⁺⁵ εβδομάδων με βάση τις ημερομηνίες της εμμήνου ρύσεως και απευθύνθηκε στη Μονάδα Πρώιμης Κύησης με πόνο και αιμορραγία. Οι υπερηχογραφικές εικόνες είναι συμβατές με αποβολή, του τύπου του πρώιμου εμβρυονικού θανάτου.

κού ασκού. Θυμηθείτε ότι ο λεκιθικός ασκός βρίσκεται έξω από την αμνιακή κοιλότητα, στη χοριακή κοιλότητα (Εικ. 6.3). Αν μόνο μια σακοειδής δομή είναι ορατή, είναι πολύ πιθανότερο, από εμβρυολογική αναπτυξιακή σκοπιά, να είναι αμνιακή κοιλότητα παρά λεκιθικός ασκός εντός της δομής που υποθέτετε ότι πρέπει να είναι η χοριακή κοιλότητα. Η παρουσία λεκιθικού ασκού σημαίνει επίσης ότι η εικόνα δεν μπορεί να γνωματευθεί σαν αποβολή του τύπου του πρώιμου εμβρυονικού θανάτου.

Τα διακολλητικά υπερηχογραφικά κριτήρια της αποβολής του τύπου του πρώιμου εμβρυονικού θανάτου είναι τα εξής:

- μέση διάμετρος του σάκου κύησης 25,0 mm ή μεγαλύτερη
- μη ορατός λεκιθικός ασκός ή έμβρυο εντός του σάκου κύησης.

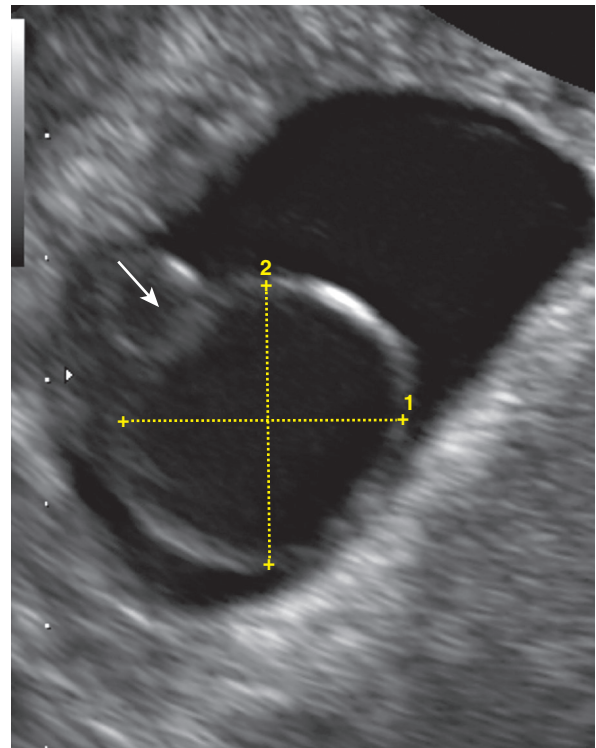
Αν και στην αποβολή με πρώιμο εμβρυονικό θάνατο δεν απεικονίζονται στοιχεία εμβρύου με το υπερηχογράφημα, συχνά υπάρχουν ιστολογικά ή βιοχημικά τεκμήρια του πρώιμου εμβρυονικού θανάτου. Κάποιες μονάδες αναφέρουν τον τύπο αυτό αποβολής ως καθυστερημένη αποβολή, καθώς επιλέγουν να μην ταξινομούν τις αποβολές με βάση τα υπερηχογραφικά κριτήρια.

Ο πρώιμος εμβρυονικός θάνατος παλαιότερα αναφερόταν ως κενό ωάριο (blighted ovum) ή ανεμβρυονική κύηση (anembryonic pregnancy).

Σύνταξη του Πορίσματος για Αποβολή του τύπου του Πρώιμου Εμβρυονικού Θανάτου

Επιπλέον των πληροφοριών που εμπεριέχονται στο πρότυπο πορίσματος (βλ. Κεφάλαιο 5), προτείνουμε να περιλαμβάνονται και οι ακόλουθες πληροφορίες στο πόρισμα της αποβολής του τύπου του πρώιμου εμβρυονικού θανάτου:

- εξήγηση ότι ένας κενός σάκος κύησης διαμέτρου 25,0



Εικόνα 6.3 Ενδομήτριος σάκος κύησης που περιέχει αμνιακό σάκο (μετρητής) και λεκιθικό ασκό (βέλος). Παρατηρήστε ότι ο λεκιθικός ασκός βρίσκεται έξω από την αμνιακή κοιλότητα. Δεν υπάρχουν ενδείξεις εμβρύου-πρόκειται για κύηση αγνώστου βιωσιμότητας. Προγραμματίστηκε επανεξέταση η οποία και διέγινωσε αποβολή.

mm ή μεγαλύτερος είναι ενδεικτικός αποτυχίας της εγκυμοσύνης

- συμπέρασμα των υπερηχογραφικών ευρημάτων, που να περιλαμβάνει τη φράση: «*Τα ευρήματα είναι συμβατά με αποβολή, του τύπου του πρώιμου εμβρυονικού θανάτου*».

Αποβολή, Πρώιμος Εμβρυϊκός Θάνατος

Λόγω του ότι ο όρος *έμβryo (fetus)* σωστά χρησιμοποιούμενος αναφέρεται στο κύημα ηλικίας 10 εβδομάδων και πάνω, η χρήση του όρου *πρώιμος εμβρυϊκός θάνατος* για την περιγραφή αποτυχίας μιας εγκυμοσύνης μικρότερης των 10 εβδομάδων στην οποία υπάρχει νεκρό κύημα είναι εσφαλμένη.

Ωστόσο, επειδή αυτή είναι η φράση που συνήθως περιγράφει αυτό τον τύπο αποβολής, την χρησιμοποιούμε και στο βιβλίο αυτό για να αποφύγουμε τη σύγχυση.

Τα διακολλητικά υπερηχογραφικά ευρήματα του πρώιμου εμβρυϊκού θανάτου περιλαμβάνουν ένα κύημα ή έμβryo μήκους 7,0 mm ή μεγαλύτερου στο οποίο δεν αναγνωρίζεται καρδιακή λειτουργία (Εικ. 6.4). Είναι επίσης σημαντικό να υπολογίσετε και να αναφέρετε την μέση διάμετρο του σάκου κύησης. Ορισμένα εργαστήρια χρησιμοποιούν τις οριακές τιμές του κεφαλουραίου μήκους και της μέσης διαμέτρου του σάκου κύησης για να καθορίσουν ποιες επιλογές αντιμετώπισης θα προσφέρουν στις ασθενείς τους.

Αναλόγως του χρονικού διαστήματος που έχει παρέλθει μεταξύ του θανάτου και του υπερηχογραφήματος, το έμβryo μπορεί να εμφανίζεται άμορφο και δύσκολα αναγνωρίσιμο. Υπάρχει επίσης συχνά δυσαρμονία μεταξύ του μεγέθους του σάκου κύησης και του νεκρού εμβρύου, με τον σάκο να είναι δυσανάλογα μεγάλος σε σχέση με το μήκος του εμβρύου.

Όταν η οριστική διάγνωση δεν είναι εφικτή εξ αιτίας της πτωχής ποιότητας της εικόνας για οποιοδήποτε λόγο, θα πρέπει να προγραμματίζεται επανέλεγχος.

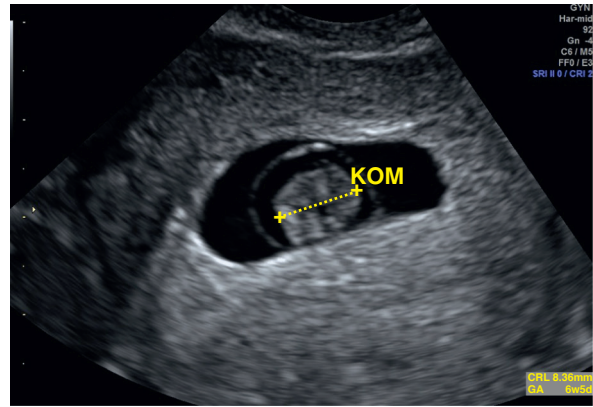
Τα διακολλητικά υπερηχογραφικά κριτήρια της αποβολής του τύπου του πρώιμου εμβρυϊκού θανάτου είναι τα εξής:

- έμβryo με κεφαλουραίο μήκος μεγαλύτερο ή ίσο με 7,0 mm
- απουσία καρδιακής λειτουργίας.

Ορισμένες μονάδες επιλέγουν να αναφέρονται και στον τύπο αυτό αποβολής ως καθυστερημένη αποβολή. Στο παρελθόν, ο πρώιμος εμβρυϊκός θάνατος αναφερόταν ως παλίνδρομη αποβολή (missed miscarriage).

Σύνταξη του Πορίσματος για Αποβολή του τύπου του Πρώιμου Εμβρυϊκού Θανάτου

Επιπλέον των πληροφοριών που εμπεριέχονται στο πρότυπο πορίσματος (βλ. Κεφάλαιο 5), προτείνουμε να



Εικόνα 6.4 Ενδομήτριος σάκος κύησης που περιέχει έμβryo χωρίς ενδείξεις καρδιακής λειτουργίας. Το κεφαλουραίο μήκος (KOM) μετρήθηκε στα 8,4 mm, αντίστοιχο με κύηση 6⁺⁵ εβδομάδων. Απεικόνιση συμβατή με αποβολή, του τύπου του πρώιμου εμβρυϊκού θανάτου. Σημειώστε την άμορφη εμφάνιση του εμβρύου.

περιλαμβάνονται και οι ακόλουθες πληροφορίες στο πόρισμα της αποβολής του τύπου του πρώιμου εμβρυϊκού θανάτου:

- αναφορά της απουσίας καρδιακών παλμών και εξήγηση ότι αυτό υποδεικνύει αποτυχία της εγκυμοσύνης όταν το κεφαλουραίο μήκος είναι 7,0 mm ή μεγαλύτερο
- συμπέρασμα των υπερηχογραφικών ευρημάτων, που να περιλαμβάνει τη φράση: «*Τα ευρήματα είναι συμβατά με αποβολή, του τύπου του πρώιμου εμβρυϊκού θανάτου*».

Πολλά εργαστήρια συμφωνούν και οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν ότι και ένας δεύτερος εξεταστής θα πρέπει να επιβεβαιώσει τη διάγνωση της αποβολής, είτε πρώιμου εμβρυονικού είτε πρώιμου εμβρυϊκού θανάτου. Δυστυχώς, οι υποδομές συχνά δεν επιτρέπουν την άμεση διαθεσιμότητα ενός δεύτερου πεπειραμένου εξεταστή, οπότε η παροχή της δεύτερης γνώμης γίνεται μη πρακτική σε ένα συμφορημένο σύστημα υπηρεσιών στο οποίο το εξειδικευμένο προσωπικό μπορεί να βρίσκεται σε γεωγραφικά διαφορετικές και απομακρυσμένες τοποθεσίες.

Αν δεν υπάρχει διαθέσιμος δεύτερος χειριστής, τα διαγνωστικά κέντρα πρέπει να λάβουν τοπική απόφαση σχετικά με το χειρισμό των διαγνώσεων αποβολών. Μια επιλογή είναι να προγραμματίζεται ένα επαναληπτικό υπερηχογράφημα το οποίο να διεκπεραιώνει διαφορετικούς εξεταστής. Αν οι δυνατότητες του εργαστηρίου δεν το επιτρέπουν, είναι επιτακτικό ένας λιγότερο έμπειρος χειριστής που έχει οποιαδήποτε αμφιβολία σχετικά με την παρουσία ή απουσία καρδιακής λειτουργίας, να ζητά πάντα από έναν πιο έμπειρο συνάδελφο μια δεύτερη γνώμη.

Ατελής Αποβολή

Η ατελής αποβολή αναφέρεται στα υπερηχογραφικά ευρήματα των προϊόντων της σύλληψης εντός της κοιλότητας της μήτρας και/ή των κατακρατηθέντων προϊόντων της σύλληψης εντός της κοιλότητας της μήτρας. Ο όρος ατελής αποβολή χρησιμοποιείται συχνά σαν γενικός όρος που καλύπτει όλο το εύρος των ευρημάτων. Παρόλα αυτά, οι υπερηχογραφικές εμφανίσεις αυτών είναι πολύ διαφορετικές και γι' αυτό περιγράφονται ξεχωριστά.

Προϊόντα της σύλληψης

Καθώς τα προϊόντα της σύλληψης εντός της κοιλότητας της μήτρας μπορεί να περιλαμβάνουν πλακουντιακό ιστό, τον σάκο κύησης που έχει συμπέσει (Εικ. 6.5), εμβρυονικό ή εμβρυϊκό ιστό, θρόμβους αίματος, οι υπερηχογραφικές εικόνες ποικίλλουν. Ωστόσο, με την εξαίρεση του μη θρομβωμένου αίματος, η τυπική εμφάνιση είναι αυτή μιας σαφώς αφοριζόμενης περιοχής μεικτών ή ετερογενών ηχητικών στοιχείων εντός της διατεταμένης κοιλότητας της μήτρας. Το μη θρομβωμένο αίμα είναι ηχητικά ομοιογενές και έτσι ουσιαστικά μαύρου χρώματος. Η εικόνα αυτή απαντά επίσης σε έκτοπη κύηση, όπου συνήθως περιγράφεται σαν «ψευδοσάκος».

Θα παρατηρήσετε ότι τα προϊόντα της σύλληψης στην κοιλότητα τείνουν να ολισθαίνουν πάνω-κάτω εντός αυτής, ιδίως αν εφαρμοσθεί ελαφρά πίεση με τον διακολπικό ηχοβολέα. Αν αντίθετα, ασκηθεί ελαφρά πίεση σε μη θρομβωμένο αίμα στην κοιλότητα της μήτρας, δεν προκαλείται το ίδιο αποτέλεσμα. Καθώς τα προϊόντα στην κοιλότητα της μήτρας δεν τροφοδοτούνται πλέον με αίμα από την ενδομητρική κυκλοφορία, δεν θα βλέπετε ενδείξεις αιματικής ροής σε αυτά με την εφαρμογή του έγχρωμου Doppler.

Για να κάνετε μετρήσεις στα προϊόντα, αρχικά βρείτε μια οβελιαία τομή της μήτρας και της διατεταμένης κοιλότητας αυτής. Εξασφαλίστε ότι έχετε απεικονίσει το μέγιστο μήκος των προϊόντων με ήπιες κινήσεις περιστροφής και σάρωσης του ηχοβολέα. Μετρήστε τη μέγιστη επιμήκη και την μέγιστη προσθιοπίσθια διάμετρό τους. Περιστρέψτε την κεφαλή κατά 90°, επαναλάβετε την ήπια περιστροφή και σάρωση για να βρείτε τη μέγιστη εγκάρσια τομή και να μετρήσετε την εγκάρσια διάμετρο των προϊόντων. *Όλες οι μετρήσεις πρέπει να γίνονται από εσωτερική σε εσωτερική επιφάνεια και να καταγράφονται σε χιλιοστά του μέτρου.*

Σύνταξη του Πορίσματος για τα Προϊόντα της Σύλληψης

Επιπλέον των πληροφοριών που εμπεριέχονται στο πρότυπο πορίσματος (βλ. Κεφάλαιο 5), προτείνουμε να περι-



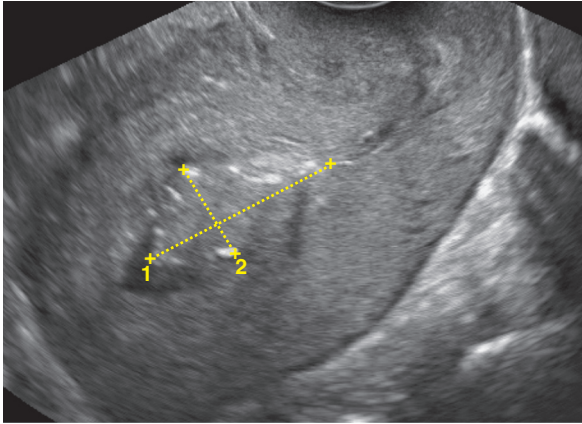
Εικόνα 6.5 Οβελιαία τομή της μήτρας. Ο σάκος κύησης βρίσκεται σε σύμπτωση, είναι ακανόνιστος και κείται πλησίον του τραχήλου. Εντός αυτού το άμνιο είναι σε σύμπτωση και υπάρχει έμβρυο χωρίς καρδιακή δραστηριότητα. Υπερηχογραφική εξέταση 2 εβδομάδες νωρίτερα είχε δείξει ζωντανή ενδομήτρια κύηση. Τα ευρήματα είναι ενδεικτικά ατελούς αποβολής.

λαμβάνονται και οι ακόλουθες πληροφορίες στο πόρισμα περί των προϊόντων της σύλληψης εντός της διατεταμένης κοιλότητας της μήτρας:

- περιγραφή της διατεταμένης κοιλότητας της μήτρας με τη μετρημένη περιοχή θρόμβου/ιστού/αίματος (Επ × Εγκ × ΠΟ mm)
- συμπέρασμα των υπερηχογραφικών ευρημάτων, που να περιλαμβάνει τη φράση: «*Τα ευρήματα είναι συμβατά με ατελή αποβολή με παρουσία προϊόντων σύλληψης εντός της κοιλότητας της μήτρας.*»

Κατακρατηθέντα Προϊόντα της Σύλληψης

Τα κατακρατηθέντα προϊόντα της σύλληψης είναι, όπως προκύπτει από το όνομά τους, τα τροφοβλαστικά ή πλακουντιακά κατάλοιπα μιας αποτυχεύσας κύησης, τα οποία παραμένουν εντός της κοιλότητας της μήτρας. Η χειρουργική επέμβαση για την απομάκρυνση μιας προηγούμενης διαγνωσθείσας καθυστερημένης αποβολής μπορεί να μην απομακρύνει επιτυχώς όλους τους ιστούς. Στις περιπτώσεις αυτές το τεστ κήσεως θα παραμείνει θετικό, και πιθανότατα ενδείκνυται υπερηχογραφικός έλεγχος, αν συνεχίζεται η αιμορραγία για περισσότερο από μία εβδομάδα μετά την επέμβαση, για να αποκλειστεί η κατακράτηση προϊόντων της σύλληψης. Η τυπική υπερηχογραφική εμφάνιση των κατακρατηθέντων προϊόντων της σύλληψης είναι αυτή μιας διακριτής περιοχής ήχων φωτεινότερης από το περιβάλλον ενδομήτριο. Η εφαρμογή έγχρωμου Doppler συχνά θα αναδείξει ροή προς και εντός της περιοχής αυτής, επιβεβαιώνοντας ότι παραμένει κάποια ενδομητρική αιματική τροφοδοσία προς τα ιστικά κατάλοιπα. Πρέπει να μετρώνται οι τρεις μέγιστες διαμέτροι (Επ, Εγκ



Εικόνα 6.6 Οβελιαία τομή της μήτρας με μετρημένες τη μέγιστη επιμήκη και προσθιοπίσθια διάμετρο των κατακρατηθέντων προϊόντων της σύλληψης.

και ΠΟ [mm]) με τοποθέτηση των δεικτών μέτρησης στο έξω χείλος της μετρούμενης δομής (εξωτερικό με εξωτερικό χείλος), και να αναφέρονται στο πόρισμα όπως έχει περιγραφεί προηγουμένως (Εικ. 6.6). Υπερηχογραφικές εξετάσεις για τον αποκλεισμό κατακράτησης προϊόντων σύλληψης διενεργούνται και μετά τον τοκετό, αν υπάρχει υποψία ότι δεν έχει αποβληθεί πλήρως ο πλακούντας. Καθώς η κοιλική αιμορραγία την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό είναι φυσιολογική, ο έλεγχος για προϊόντα σύλληψης έχει μικρή αξία στην περίοδο αυτή και καλύτερα να διενεργείται τουλάχιστον 7 ημέρες μετά τον τοκετό.

Σύνταξη του Πορίσματος για Προϊόντα Σύλληψης

Επιπλέον των πληροφοριών που εμπεριέχονται στο πρότυπο πορίσματος (βλ. Κεφάλαιο 5), προτείνουμε να περιλαμβάνονται και οι ακόλουθες πληροφορίες στο πόρισμα περί των κατακρατηθέντων προϊόντων της σύλληψης εντός του ενδομητρίου:

- επιβεβαίωση της απουσίας ενδομητρίου σάκου κύησης και/ή ζώντος εμβρύου
- περιγραφή της περιοχής εντός της κοιλότητας της μήτρας με αναφορά των μετρήσεων
- καταγραφή της παρουσίας ή απουσίας ροής αίματος προς και εντός της περιοχής με τη βοήθεια του έγχρωμου Doppler
- συμπέρασμα των υπερηχογραφικών ευρημάτων, που να περιλαμβάνει τη φράση: «*Τα ευρήματα είναι συμβατά με ατελή αποβολή με κατακράτηση προϊόντων σύλληψης*».

Είναι σημαντικό επίσης να αναλογίζεστε την πιθανότητα πλήρους ή μερικής μύλης κύησης-δηλαδή τροφολαστικής νόσου-στη διαφορική διάγνωση της ατελούς αποβολής. Η τροφολαστική νόσος συζητείται αργότερα

στο παρόν κεφάλαιο. Παρόλο που τα κλασσικά σημεία της πλήρους και της μερικής μύλης κύησης είναι διαφορετικά από τις τυπικές εμφανίσεις της ατελούς αποβολής, μπορούν να παρουσιαστούν με παρόμοιες εικόνες. Δεν είναι ασύνηθες μια μερική μύλη να διαγιγνώσκεται εσφαλμένα ως ατελής αποβολή και αντίστροφα.

Πλήρης Αποβολή

Το εύρημα μιας κενής μήτρας με λεπτό ενδομήτριο σε γυναίκες που είχαν σοβαρή κοιλική αιμορραγία με παρουσία πηγμάτων είναι συμβατό με πλήρη αποβολή (Εικ. 6.7). Μια υποκειμενική εκτίμηση της κοιλότητας της μήτρας πρέπει πάντα να γίνεται για να εξασφαλιστεί ότι δεν υπάρχουν κατακρατηθέντα προϊόντα σύλληψης. Ωστόσο, η συγκεκριμένη υπερηχογραφική διάγνωση θα πρέπει να τίθεται μόνο όταν σε προηγούμενη εξέταση απεικονιζόταν είτε βιώσιμη είτε αποτυχημένη ενδομήτρια κύηση. Γυναίκες που δεν είχε επιβεβαιωθεί η κύησή τους σε προηγούμενο υπερηχογράφημα θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν να πρόκειται για κύηση άγνωστης εντόπισης (βλ. επόμενη ενότητα). Η παρακολούθησή τους θα περιλαμβάνει επαναληπτικές μετρήσεις χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG) για να τεκμηριωθεί η έκβαση της κύησης.

Διαχείριση της αποβολής

Μια αποτυχημένη εγκυμοσύνη μπορεί να αντιμετωπιστεί κλινικά με τους ακόλουθους τρεις τρόπους:

- χειρουργική αντιμετώπιση
- φαρμακευτική αντιμετώπιση
- αναμονή.

Χειρουργική αντιμετώπιση

Τα τελευταία 50 χρόνια, η χειρουργική απομάκρυνση των κατακρατηθέντων προϊόντων έχει γίνει κοινά αποδεκτή ως η μέθοδος εκλογής για την αντιμετώπιση της αποβολής. Το αρχικό έρεισμα για τη χρήση της απόξεσης ήταν ο πιθανολογούμενος κίνδυνος σήψης και αιμορραγίας σχετιζόμενης με την αυτόματη αποβολή. Πιθανώς ένας αριθμός επιπλεγμένων αποβολών εκείνη την εποχή αντιπροσώπευε κατακράτηση προϊόντων σύλληψης μετά από παράνομες διακοπές κυήσεων, που συνέβαλαν στη βαρύτητα της κλινικής εικόνας. Η βελτίωση της γενικής υγείας των γυναικών και η νομιμοποίηση της διακοπής της κύησης σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες, έχουν πλέον οδηγήσει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των περισσότερων λοιμώξεων με αντιβιοτικά.

Η χειρουργική αντιμετώπιση μπορεί να επιτευχθεί με χειροκίνητη αναρρόφηση σε επίπεδο εξωτερικού ιατρεί-



Εικόνα 6.7 Κενή μήτρα με λεπτό ενδομήτριο σε γυναίκα με σοβαρή κοιλιακή αιμορραγία με παρουσία πηγμάτων, ευρήματα συμβατά με πλήρη αποβολή. Η συγκεκριμένη υπερηχογραφική διάγνωση μπορεί να τεθεί καθώς το προηγούμενο υπερηχογράφημα έδειχνε αποτυχία της ενδομήτριας κύησης.

ου υπό τοπική αναισθησία ή χειρουργική απομάκρυνση στο χειρουργείο υπό γενική αναισθησία.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Η *φαρμακευτική αντιμετώπιση* της αποβολής περιλαμβάνει αγωγή διακολλικά ή από του στόματος για επαγωγή της αποβολής. Η κοιλιακή αιμορραγία, ακολουθούμενη από την αποβολή, φυσιολογικά θα ξεκινήσει εντός 24 ωρών από τη λήψη των φαρμάκων. Σε περιπτώσεις πρώιμου εμβρυϊκού θανάτου η φαρμακευτική αντιμετώπιση μπορεί να αποτύχει και να απαιτηθεί χειρουργική προσέγγιση.

Αναμονή

Τα τελευταία χρόνια σημειώνεται μια αυξανόμενη περισκεψη σχετικά με την αλόγιστη και χωρίς κριτήριο χρήση της χειρουργικής παρέμβασης στη θεραπεία της αποβολής. Ο σκεπτικισμός αφορά και τη νοσηρότητα που συνεπάγονται οι δυνητικές χειρουργικές και αναισθησιολογικές επιπλοκές. Η αναμονή στην ατελή αποβολή είναι μια ελκυστική επιλογή. Ακολουθεί τη φυσική ιστορία της νόσου, δεν χρησιμοποιεί αγωγή και άρα αποφεύγει οποιαδήποτε ιατρογενή προβλήματα που σχετίζονται είτε με τη φαρμακευτική αγωγή είτε με τη χειρουργική παρέμβαση και γι' αυτό είναι πιθανώς οικονομικά υπέρτερη. Η αναμονή αναφέρεται στο ότι η αποβολή φυσιολογικά θα ολοκληρωθεί σε 7–14 ημέρες από την υπερηχογραφική διάγνωση της αποτυχίας της κύησης, και μέχρι τότε η αιμορραγία και ο πόνος που σχετίζονται με την αποβολή θα έχουν υποχωρήσει.

Η προσέγγιση της αναμονής μπορεί να περιλαμβάνει διακολλικά υπερηχογραφήματα σε δεκαπενθήμερα δια-

στήματα ώστε να εκτιμώνται οι μεταβολές στην υπερηχογραφική απεικόνιση της μήτρας, με τα ευρήματα να χρησιμοποιούνται για να καθορίσουν κατά πόσον η συνέχιση της αναμονής παραμένει κλινικά ασφαλής.

Όπως συζητήθηκε παραπάνω, σε περιπτώσεις πρώιμου εμβρυϊκού θανάτου η αναμονή μπορεί να αποβεί ομοίως ανεπιτυχής. Ενδεχομένως να είναι κατάλληλη μόνο για γυναίκες με ισχυρό κίνητρο ή εκείνες που δυσκολεύονται να αποδεχτούν τη διάγνωση της αποτυχίας της κύησης και αδυνατούν να λάβουν γρήγορη απόφαση σχετικά με τη χειρουργική θεραπεία.

ΚΥΗΣΕΙΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ

Μια *κύηση αγνώστου εντόπισης* (*pregnancy of unknown location-PUL*) αφορά την περίπτωση στην οποία δεν υπάρχουν διακολλικά υπερηχογραφικά σημεία ούτε ενδομήτριας ούτε εξωμήτριας κύησης ή κατακρατηθέντα προϊόντα σύλληψης σε γυναίκα με θετικό τεστ κύησης. Πρέπει να θυμάται κανείς ότι όλες οι γυναίκες με κύηση αγνώστου εντόπισης μπορεί να έχουν έκτοπη εγκυμοσύνη μέχρι να καθοριστεί η ακριβής εντόπιση.

Η διακολλική υπερηχογραφική εμφάνιση της κύησης αγνώστου εντόπισης (Εικ. 6.8) περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- μια μήτρα στην οποία δεν απεικονίζεται σάκος κύησης. Το ενδομήτριο μπορεί να ποικίλλει σε πάχος από πολύ λεπτό (~3,0 mm) μέχρι πολύ παχύ (> 15,0 mm)
- φυσιολογική απεικόνιση αμφοτέρων των ωοθηκών. Η παρουσία ωχρού σωματίου θα πρέπει να αναζητάται προσεκτικά
- απουσία μάζας παραμητρίων σε οποιαδήποτε πλευρά
- απουσία ελεύθερου υγρού στην πύελο.

Όπως συζητήθηκε προηγουμένως, η ικανότητα να αναγνωριστεί μια κύηση με το υπερηχογράφημα εξαρτάται κυρίως από την ηλικία κύησης αλλά και από την εντόπισή της. Η εμπειρία του εξεταστή επηρεάζει σημαντικά την πιθανότητα ανίχνευσης των πρώιμων ενδομητρίων και των εκτόπων κυήσεων, κάτι που υποστηρίζεται από διάφορους συγγραφείς που αναφέρουν ότι η υπερηχογραφική διάγνωση μιας ύποπτης παθολογικής πρώιμης κύησης δεν είναι εφικτή στην αρχική επίσκεψη μέχρι και στο 30% των περιπτώσεων.

Υπάρχουν τέσσερις κύριες εξηγήσεις για μια κύηση αγνώστου εντόπισης:

- μια πολύ πρώιμη, αποτυχημένη ενδομήτρια ή έκτοπη κύηση. Αυτή υποχωρεί αυτόματα
- μια πολύ πρώιμη εγκυμοσύνη που δεν μπορεί ακόμα να φανεί υπερηχογραφικά. Η επιθυμία ορισμένων γυναικών να αναζητούν επιβεβαίωση της κύησης όσο νωρίτερα γίνεται, γυναίκες που παρέχουν ασαφείς πληροφορίες σχετικά με τις ημερομηνίες της εγκυμοσύνης και η πο-

φυτεύονται στη λήκυθο. Εμφυτεύσεις στον ισθμό ή τον κροσσωτό κώδωνα ευθύνονται για άλλο 12% και 11% των εκτόπων κήσεων, αντίστοιχα. Οι υπόλοιπες θέσεις είναι σπάνιες και περιλαμβάνουν διάμεσες, ωθηκικές, κοιλιακές, τραχηλικές κήσεις, και κήσεις σε ουλή προηγηθείσης Καισαρικής τομής.

Οι έκτοπες κήσεις τυπικά παρουσιάζονται με κοιλιακό άλγος, με ή χωρίς κολπική αιμορραγία. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί δραματική αύξηση της επίπτωσης των εκτόπων κήσεων παγκοσμίως, αν και στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει παραμείνει σταθερή, σε 11,3/1000 κήσεις το 2006-2008, από 11,1/1000 κήσεις το 2003-2005. Αν και η επίπτωση των εκτόπων κήσεων έχει διατηρηθεί σταθερή στο Ηνωμένο Βασίλειο την τελευταία τριετία, η μητρική θνησιμότητα έχει σχεδόν υποδιπλασιαστεί από την εκτιμώμενη 31,2/100.000 εκτιμώμενες έκτοπες κήσεις μεταξύ 2003-2005 στις 16,9/100.000 στο διάστημα 2006-2008.

Τα κλινικά σημεία και συμπτώματα της έκτοπης κήσης είναι παρόμοια με εκείνα της αποβολής και συχνά γυναίκες παραπέμπονται εσπευσμένα στο νοσοκομείο για να τεθεί η σωστή διάγνωση. Επιπρόσθετα, η έκτοπη κήση συχνά εμφανίζεται σαν απειλητική για τη ζωή κατάσταση, εκτός αν η διάγνωση γίνει εγκαίρως, πριν εγκατασταθούν σοβαρές επιπλοκές.

Γυναίκες με ιστορικό παθολογίας των ωθηκών ή χειρουργικών επεμβάσεων καθώς και εκείνες με ενδομήτριες συσκευές αντισύλληψης διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο έκτοπης εγκυμοσύνης. Το ενδεχόμενο έκτοπης κήσης θα πρέπει πάντα να πιθανολογείται σε τέτοιες περιπτώσεις γυναικών οι οποίες παρουσιάζονται με εγκυμοσύνη, ακόμη και εν απουσία συμπτωμάτων.

Όπως συζητήθηκε προηγουμένως, κάποιες έκτοπες κήσεις θα λυθούν αυτόματα και είναι πλέον γνωστό ότι δεν χρειάζεται πάντα χειρουργική παρέμβαση. Είναι επίσης σαφές ότι πολλές έκτοπες κήσεις ανιχνεύονται σε πολύ πρωιμότερο στάδιο από ό,τι, για παράδειγμα πριν δέκα χρόνια. Ένα μέρος αυτών θα είχε οδηγήσει σε αυτόματη αποβολή χωρίς ούτε η γυναίκα ούτε ο ιατρός να το αντιληφθούν.

Υπερηχογραφικά Ευρήματα της Έκτοπης Κήσης (Σαλλιγγικής)

Παραδοσιακά, τα ευρήματα ενός θετικού τεστ κήσης και μιας μήτρας χωρίς σάκο κήσης στο υπερηχογράφημα, ήταν συνώνυμα της έκτοπης κήσης και πολλές γυναίκες παραπέμπονταν για λαπαροσκόπηση. Πλέον, δεν είναι αποδεκτό να ισχυριστεί κανείς ότι «μια έκτοπη κήση δεν μπορεί να αποκλειστεί» στο πόρισμά του. Αν δεν υπάρχουν ενδείξεις ενδομήτριας ή εξωμήτριας εγκυμοσύνης, η τελευταία θα πρέπει να αναφέρεται σαν κήση αγνώστου εντόπισης και αντιμετωπίζεται ανάλογα. Ο ερχομός

του διακολπικού υπερηχογραφήματος υψηλής ευκρίνειας έχει οδηγήσει σε μια αύξηση του ποσοστού των εκτόπων κήσεων, επί του παρόντος στο 85% των περιπτώσεων, που μπορούν να απεικονιστούν άμεσα στην αρχική υπερηχογραφική εξέταση.

Η εκτίμηση του ενδομητρίου και της κοιλότητας της μήτρας

Το πρώτο βήμα στην διαπίστωση της θέσης της εγκυμοσύνης είναι η διερεύνηση της μήτρας για ενδείξεις ενδομητρίου σάκου κήσης εντός του ενδομητρίου.

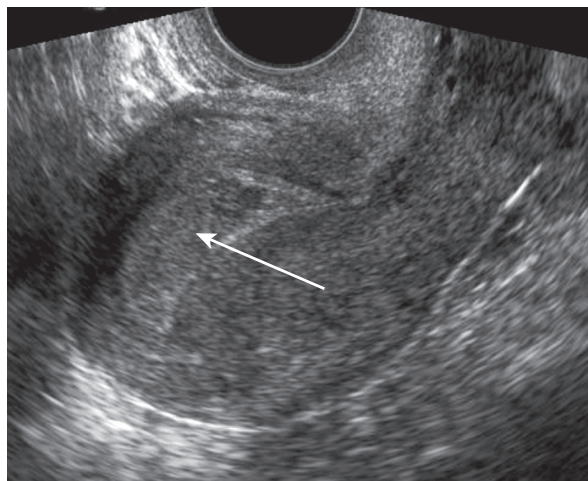
Αν δεν υπάρχουν τέτοιες ενδείξεις, εξετάστε την κοιλότητα της μήτρας προσεκτικά για ενδείξεις υγρού, αίματος ή άλλων προϊόντων. Η παρουσία υγρού ή αίματος στην κοιλότητα της μήτρας συχνά αναφέρονται ως «ψευδοσάκος». Όπως συζητείται στο Κεφάλαιο 5, σε μια προσπάθεια να αποθαρρυνθεί η συνεχιζόμενη χρήση ενός λανθασμένου και μη βοηθητικού κλινικά όρου, προτείνουμε το υγρό εντός της μήτρας να αναφέρεται ως «υγρό εντός της κοιλότητας της μήτρας» και όχι ως «ψευδοσάκος».

Υγρό εντός της κοιλότητας της μήτρας είναι ορατό ως και στο 30% των εκτόπων κήσεων και αντιπροσωπεύει τη συσσώρευση μη θρομβωμένου αίματος στην κοιλότητα της μήτρας. Όπως ειπώθηκε ήδη στο Κεφάλαιο 5, το εύρημα αυτό δεν θα πρέπει να συγχέεται με σάκο πρώιμης κήσης. Καθώς το υγρό βρίσκεται στην κοιλότητα της μήτρας, περιβάλλεται από το ενδομήτριο, το οποίο εμφανίζεται σαν μια λεπτή, φωτεινή παρυφή που περικλείει το κεντρικά τοποθετημένο υγρό. Το σχήμα της συλλογής του υγρού αντικατοπτρίζει το σχήμα της κοιλότητας της μήτρας και επομένως, σε επιμήκη τομή, συχνά θυμίζει σταγόνα. Εναλλακτικά, η κοιλότητα μπορεί να διατείνεται λόγω της παρουσίας αίματος, το οποίο έχει θρομβωθεί, οπότε και εμφανίζεται υπερηχογενές (Εικ. 6.9).

Στην εξέταση με το έγχρωμο Doppler, το υγρό/ψευδοσάκος τυπικά παρουσιάζεται ανάγγειο, εν αντιθέσει με το σάκο πρώιμης κήσης, ο οποίος είναι έκκεντρα τοποθετημένος στο ενδομήτριο και περιβάλλεται από ένα παχύ, φωτεινό πλαίσιο από τροφοβλάστη, που εμφανίζει ροές υψηλών ταχυτήτων όταν εξετάζεται με το έγχρωμο Doppler.

Αν η κοιλότητα της μήτρας είναι κενή, πρέπει να μετράται το ενδομήτριο όπως περιγράφεται στο κεφάλαιο 16. Το ενδομήτριο αποτελείται από το πρόσθιο και το οπίσθιο έταλο, τα οποία βρίσκονται σε παράθεση, παράλληλα μεταξύ τους και σχεδόν σε επαφή. Η διεπιφάνεια μεταξύ των δύο πετάλων-η οποία αντιστοιχεί στην κενή κοιλότητα της μήτρας-μπορεί να φανεί σαν μια λεπτή, φωτεινή γραμμή, η οποία αναφέρεται ως γραμμή της κοιλότητας (Εικ. 6.10).

Αν αδυνατείτε να απεικονίσετε ενδομήτριο σάκο κήσης και η κοιλότητα είναι κενή, πρέπει να προβείτε σε



Εικόνα 6.9 Οβελιαία τομή της μήτρας σε γυναίκα με έκτοπη σαλπινγική εγκυμοσύνη. Η λεπτή, φωτεινή παρυφή του ενδομητρίου περιβάλλει το κεντρικά τοποθετημένο αίμα (βέλος).

εξονυχιστική μελέτη των ωοθηκών και παραμητρίων αμφοτερόπλευρα καθώς και του Δουγλάσσειου για να επιβεβαιώσετε ή να αποκλείσετε την έκτοπη κύηση.

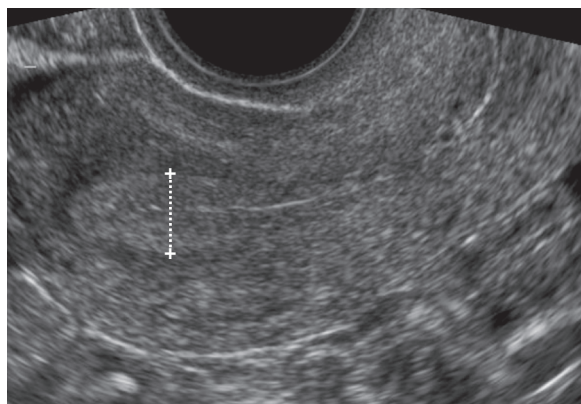
Η εκτίμηση των ωοθηκών

Η αναγνώριση του ωχρού σωματίου μπορεί να βοηθήσει στην εντόπιση μιας έκτοπης κύησης διότι περίπου 75% των εκτόπων κυήσεων βρίσκονται ομόπλευρα του ωχρού σωματίου. Απαξ και εντοπίσετε το ωχρό σωματίο, θα είναι σάφρον να επικεντρώσετε την έρευνά σας στην πλευρά αυτή αρχικά, καθώς στατιστικά εκεί είναι πιο πιθανό να βρεθεί η έκτοπη κύηση (αν υπάρχει).

Η εκτίμηση των παραμητρίων

Αν και πολύ σπάνια η έκτοπη κύηση εμφυτεύεται στην ωοθήκη, μερικές φορές είναι δύσκολο να διαχωρίσει κανείς μεταξύ ενός ωχρού σωματίου στην ωοθήκη και μιας πιθανής έκτοπης εγκυμοσύνης, που είναι πιθανότερο να εντοπίζεται στον ωαγωγό ή τον κροσσωτό κώδωνα αλλά βρίσκεται σε άμεση γειτνίαση με την ωοθήκη. Το «σημείο ολίσθησης οργάνων» είναι βοηθητικό στην περίπτωση αυτή για τη διάκριση μεταξύ ενός προβάλλοντος ωχρού σωματίου και μιας εξω-ωοθηκικής έκτοπης κύησης.

Εφαρμόστε ήπια πίεση στη μάζα με την κορυφή του ηχοβολέα. Το θετικό σημείο ολίσθησης σημαίνει κίνηση της μάζας ανεξάρτητα από την κίνηση της ωοθήκης. Το αρνητικό είναι το αντίθετο, δηλαδή δεν υπάρχει κίνηση ούτε της ωοθήκης ούτε της μάζας ή, αν υπάρχει κίνηση, τόσο η μάζα όσο και η ωοθήκη κινούνται μαζί. Το πόρι-



Εικόνα 6.10 Οβελιαία τομή της μήτρας. Το πρόσθιο και οπίσθιο πέταλο του ενδομητρίου βρίσκονται σε παράθεση. Η λεπτή κεντρική γραμμή αντιπροσωπεύει τη γραμμή της κοιλότητας. Τα ενδεικτικά σημεία μέτρησης έχουν τοποθετηθεί για μέτρηση του ενδομητρίου (6,8 mm).

σμά σας θα πρέπει να περιέχει αναφορά στο θετικό ή αρνητικό σημείο ολίσθησης.

Πρέπει να δίδεται φροντίδα να μην συγχέεται μια στατική εντερική έλικα, μια υδροσάλπιγγα, συμφύσεις ή ένα ενδομητρίωμα με έκτοπη κύηση. Η εμφάνιση αυτών των δομών περιγράφεται στο Κεφάλαιο 18 .

Περιστασιακά μπορεί να είναι δύσκολο να απεικονίσετε και αν εκτιμήσετε το ένα ή και τα δύο παραμήτρια λόγω της παρουσίας μεγάλων ινομυωμάτων. Σε τέτοιες περιπτώσεις, αν δεν βρίσκετε ενδείξεις έκτοπης κύησης με τη διακολπική οδό, θα πρέπει να σκεφτείτε τη χρήση της διακοιλιακής, η οποία μπορεί να διευκολύνει την ανάδειξη μιας έκτοπης κύησης που βρίσκεται πέραν της εστιακής ζώνης της διακολπικής κεφαλής.

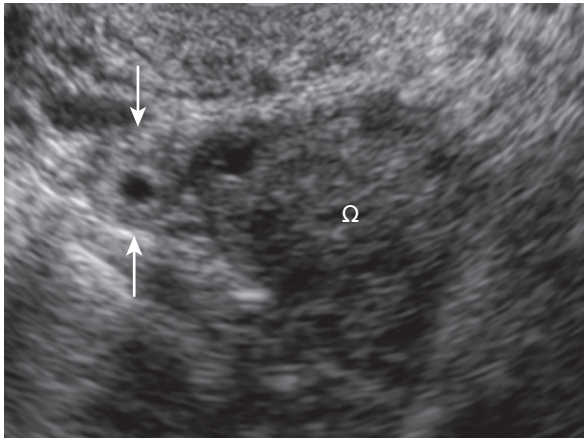
Η επαρκής οπτικοποίηση μπορεί επίσης να δυσχεραίνεται από τις τεχνικές δυσκολίες που σχετίζονται με την διακολπική απεικόνιση της πυέλου σε γυναίκες με υψηλό δείκτη μάζας σώματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι απίθανο η διακοιλιακή προσπέλαση να προσφέρει καλύτερες εικόνες της πυέλου από αυτές που ήδη έχουν ληφθεί διακολπικά.

Η Εκτίμηση της Έκτοπης Κύησης

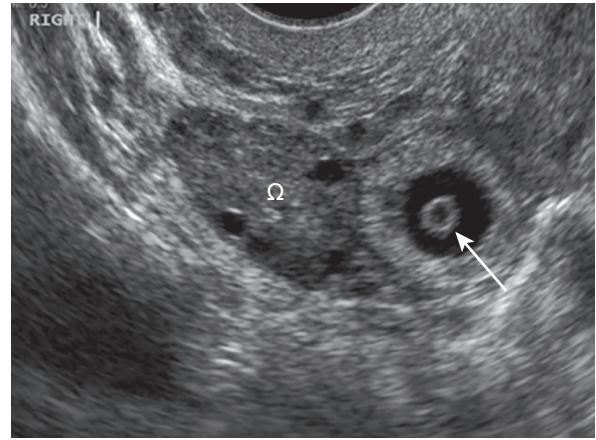
Εφόσον έχει διαπιστωθεί η ύπαρξη μάζας στο παραμήτριο και θεωρείται ότι η πιθανότητα να πρόκειται για έκτοπη κύηση είναι υψηλή, η διάγνωση είναι πολύ πιθανό να είναι αυτή της έκτοπης κύησης αν η μάζα έχει μια από τις ακόλουθες υπερηχογραφικές εμφανίσεις:

Μια σύμπλοκη μάζα, πιο συχνά στρογγυλού σχήματος.

Αυτή είναι η πιο κοινή εμφάνιση της έκτοπης κύησης



Εικόνα 6.11 Εγκάρσια τομή της αριστερής ωοθήκης. Επί τα εντός της ωοθήκης (Ω) αναδεικνύεται αριστερή σαλπγγική εγκυμοσύνη (βέλη). Ο υπερηχογενής δακτύλιος αντιπροσωπεύει την τροφοβλάστη που περιβάλλει την υπόψη χοριακή κοιλότητα (σημείο μπέιγκελ-bagel sign). Το θετικό σημείο ολίσθησης επιβεβαιώνει μετακίνηση της μάζας ανεξάρτητα από την κίνηση της ωοθήκης.



Εικόνα 6.12 Δεξιά σαλπγγική εγκυμοσύνη. Αναγνωρίζεται καθαρά ο λεκιθικός ασκός μέσα στον σάκο κύησης (βέλος). Η έκτοπη κύηση είναι διαχωρισμένη από την ωοθήκη (Ω). Το θετικό σημείο ολίσθησης επιβεβαιώνει μετακίνηση της μάζας ανεξάρτητα από την κίνηση της ωοθήκης. Στην ετερόπλευρη ωοθήκη αναγνωρίστηκε ωχρο σωματίο.

και η δυσκολότερη να ταυτοποιηθεί. Η μάζα μπορεί να είναι υπερηχογενής ή φωτεινή και ομοιογενής, ή μεικτής ηχογένειας και αντιπροσωπεύει την αποβλημένη ή ερηγμένη έκτοπη κύηση μαζί με την συνοδό αιμοσάλπιγγα. Η μάζα πρέπει να μετράται σε τρία κάθετα μεταξύ τους επίπεδα (από έξω σε έξω χείλος), σε χιλιοστόμετρα, και οι διαστάσεις της να περιλαμβάνονται στο πόρισμα. Αυτό είναι σημαντικό διότι το μέγεθος της μάζας του παραμητρίου επηρεάζει τις θεραπευτικές επιλογές της έκτοπης κύησης. Μπορεί να υπάρχει περιφερική ροή αίματος, αν και όχι ως σταθερό εύρημα. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι αυτό το «δακτυλίδι της φωτιάς» παρατηρείται επίσης στο ωχρο σωματίο ή και σε φυσιολογικά ωριμάζοντα ωοθυλάκια.

Ο σαλπγγικός δακτύλιος, που αποτελεί την δεύτερη συχνότερη εικόνα μιας έκτοπης κύησης και συναντάται στο 40-68% των περιπτώσεων. Η τυπική υπερηχογραφική εικόνα αυτή ενός υπερηχογενούς, φωτεινού δακτυλίου που περιβάλλει ένα υπόηχο κέντρο. Ο δακτύλιος προέρχεται από την τροφοβλάστη της κύησης και το τοίχωμα του ωαγωγού. Το σκοτεινό κέντρο αντιπροσωπεύει τη χοριακή κοιλότητα του σάκου κύησης (Εικ. 6.11). Ορισμένοι συγγραφείς περιγράφουν την εμφάνιση αυτή σαν «σημείο Μπέιγκελ» ('bagel sign'). (Σ.τ.Μ. Ψωμάκι σε σχήμα κουλουριού-με τρύπα στη μέση)

Ένας σάκος κύησης στον οποίο μπορεί να διακρίνεται λεκιθικός ασκός και/ή έμβρυο. Αυτή είναι η λιγότερο

συχνή από όλες τις εμφανίσεις της έκτοπης κύησης, και απαντά περίπου στο 15% των περιπτώσεων, αλλά η ευκολότερη να αναγνωριστεί. Μπορεί να φανεί καρδιακή δραστηριότητα στο έμβρυο-το οποίο επιβεβαιώνει τη διάγνωση της ζωντανής έκτοπης κύησης. Επί απουσίας εμβρυϊκής καρδιακής δραστηριότητας, τίθεται η διάγνωση της μη βιώσιμης έκτοπης κύησης (Εικ. 6.12).

Ακόμα και όταν δεν αναγνωρίζεται μάζα στα παραμήτρια, πρέπει να θυμάστε ότι υπάρχει ακόμα κίνδυνος (περί το 5%) να είναι παρούσα μια άρρηκτη έκτοπη κύηση. Αυτό συμβαίνει στο 15-35% των γυναικών με έκτοπη κύηση. Η επίπτωση σχετίζεται με την ηλικία κύησης τη στιγμή της υπερηχογραφικής εξέτασης και με την εμπειρία του εξεταστή.

Η Εκτίμηση του Χώρου του Douglas (Δουγλάσσειου)

Διαυγές ελεύθερο υγρό στο χώρο του Douglas δεν είναι σπάνιο σε φυσιολογικές εξελισσόμενες εγκυμοσύνες. Η παρουσία αίματος ή θρόμβων είναι ενδεικτική διαρροής αίματος από το κροσσωτό κωδωνοειδές άκρο του ωαγωγού ή ρήξης έκτοπης κύησης. Το αίμα παρουσιάζεται σαν χαμηλής έντασης, ομοιογενές ηχητικό σήμα, ενώ οι θρόμβοι τείνουν να είναι πιο ετερογενείς και η μορφολογία τους ποικίλλει με την ηλικία του θρόμβου. Παρουσία αίματος στο χώρο του Douglas μπορεί να παρατηρηθεί και σε ρήξη κύστης ωχρού σωματίου.

Η ποσότητα του ελεύθερου υγρού στην πύελο είναι δύσκολο να εκτιμηθεί. Προτείνουμε να χρησιμοποιούνται οι ακόλουθοι όροι προκειμένου να περιγράψουν την ποσότητα του υγρού που απεικονίζεται στο Δουγλάσσειο όπισθεν της μήτρας σε οβελιαία τομή της πυέλου:

ελαχίστη: κάθετο βάθος 5,0 mm ή μικρότερο και περιορισμένο στο Δουγλάσσειο

αξιοσημείωτη: κάθετο βάθος μεγαλύτερο από 5,0 mm αλλά περιορισμένο στο Δουγλάσσειο

σημαντική: το ελεύθερο υγρό εκτείνεται από το χώρο του Douglas μέχρι γύρω από τον πυθμένα της μήτρας. Το μέγιστο κάθετο βάθος και η θέση του στην πύελο πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο πόρισμα της εξέτασης (Εικ. 6.13)

εκτεταμένη: το ελεύθερο υγρό εκτείνεται από το χώρο του Douglas στο χώρο του Morrison όταν η κοιλία εξετάζεται με διακοιλιακό ηχοβολέα. Το μέγιστο κάθετο βάθος και η θέση του πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο πόρισμα της εξέτασης.

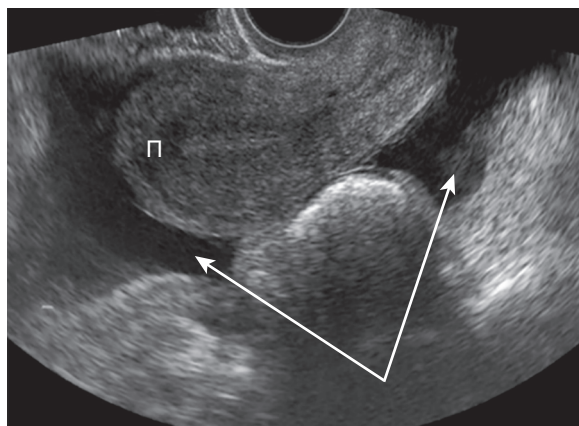
Διαχείριση της έκτοπης κύησης

Όπως και στην αποβολή της ενδομήτριας εγκυμοσύνης, υπάρχουν τρεις επιλογές για την διαχείριση μιας έκτοπης κύησης, ήτοι η χειρουργική αντιμετώπιση, η φαρμακευτική αντιμετώπιση και η αναμονή. Διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν την τελική επιλογή, όπως η μορφολογία της έκτοπης κύησης, το αν η γυναίκα είναι αιμοδυναμικά σταθερή, η βαρύτητα των συμπτωμάτων, τα επίπεδα της hCG σε διαδοχικές μετρήσεις και η επιθυμία της γυναίκας σχετικά με τη μελλοντική γονιμότητα.

Τι θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στο πόρισμα μιας έκτοπης κύησης

Η μορφολογία της έκτοπης κύησης όπως περιγράφεται υπερηχογραφικά πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν στην επιλογή της καλύτερης διαχείρισης για τη γυναίκα. Επομένως είναι σημαντικό να περιλαμβάνονται τα ακόλουθα σημεία στο πόρισμα της εξέτασης:

- περιγραφή της μορφολογίας (παρουσία σύμπλοκης μάζας, σαλπινγικού δακτυλίου ή σάκου κύησης)
- αναφορά στο μέγεθος της έκτοπης κύησης. Να περιλαμβάνονται οι διαστάσεις της έκτοπης μάζας σε τρία επίπεδα κάθετα μεταξύ τους, μετρημένες από «έξω σε έξω χείλος»
- όταν υπάρχει εμφανής σάκος κύησης, αναφορά στην παρουσία ή απουσία λεκιθικού ασκού ή εμβρύου
- όταν υπάρχει έμβρυο, η μέτρηση του κεφαλουραίου μήκους και η δήλωση ύπαρξης ή όχι καρδιακής δραστηριότητας
- τεκμηρίωση παρουσίας ή απουσίας ελεύθερου υγρού



Εικόνα 6.13 Οβελιαία τομή της πυέλου. Υπάρχει σημαντική ποσότητα ελεύθερου υγρού (βέλη) που εκτείνεται από το χώρο του Douglas μέχρι γύρω από τον πυθμένα της μήτρας (Π).

- αν υπάρχει ελεύθερο υγρό, περιγραφή της εμφάνισής του και δήλωση κατά πόσον η εμφάνιση αυτή είναι συμβατή με υγρό/μη θρομβωμένο αίμα ή θρομβωμένο αίμα
- μέτρηση του ελεύθερου υγρού και χαρακτηρισμός του ως ελάχιστο, αξιοσημείωτο, σημαντικό ή εκτεταμένο
- σχόλιο ως προς το αν η γυναίκα αισθάνεται πόνο κατά τη διάρκεια της υπερηχογραφικής εξέτασης.

Διαχείριση της Έκτοπης Κύησης

Αναμονή

Η αναμονή γίνεται προοδευτικά πιο σημαντική καθώς αυξάνεται η δυνατότητα να ανιχνεύονται μικρές έκτοπες κυήσεις και σαλπινγικές αποβολές. Κριτήρια απόρριψης της αναμονής αποτελούν η παρουσία αιμοπεριτοναίου, ζωντανής έκτοπης κύησης και έκτοπης μάζας μεγαλύτερης των 3,0 cm. Αυτές οι περιπτώσεις θεωρούνται ακατάλληλες για οποιαδήποτε αντιμετώπιση εκτός από τη χειρουργική. Οι γυναίκες που αντιμετωπίζονται με αναμονή παρακολουθούνται σε εξωτερική βάση και επισκέπτονται το εργαστήριο για διαδοχικές μετρήσεις της hCG και παρακολούθηση της έκτοπης εγκυμοσύνης υπερηχογραφικά.

Στο υπερηχογράφημα παρακολούθησης, η έκτοπη μάζα πρέπει να μετράται όπως περιγράφηκε νωρίτερα, και να τεκμηριώνονται τυχόν ενδείξεις συνοδού αιμοσάλπιγγας ή αιμοπεριτοναίου.

Η αναμονή δεν είναι πάντα επιτυχής μέθοδος διότι οι γυναίκες πρέπει να συμμορφώνονται με την συγκεκριμένη αντιμετώπιση και/ή πολλές θα χρειαστούν επιπρόσθετη αγωγή με μεθοτρεξάτη ή χειρουργική επέμβαση.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Η *φαρμακευτική αντιμετώπιση* είναι η θεραπεία της έκτοπης κύησης με μεθοτρεξάτη. Η μεθοτρεξάτη είναι ένας ανταγωνιστής του φυλλικού οξέος, που προκαλεί παρεμβολή στη σύνθεση του DNA και στον κυτταρικό πολλαπλασιασμό στο κύημα. Μπορεί να δοθεί είτε ενδομυϊκά είτε με απευθείας έγχυση στην έκτοπη εγκυμοσύνη υπό λαπαροσκοπική/υπερηχογραφική καθοδήγηση.

Η χρήση της μεθοτρεξάτης αντενδείκνυται όταν η διάμετρος της έκτοπης μάζας είναι μεγαλύτερη ή ίση των 35,0 mm, σημειώνεται παρουσία ζώντος εμβρύου, τα επίπεδα της hCG είναι 5000 IU/L και άνω ή η γυναίκα αναφέρει έντονο άλγος στην πύελο.

Το ποσοστό επιτυχούς θεραπείας της έκτοπης κύησης με τη μεθοτρεξάτη κυμαίνεται μεταξύ του 74% και 94%. Η γονιμότητα μετά τη θεραπεία με μεθοτρεξάτη είναι συγκρίσιμη με εκείνη μετά από χειρουργική θεραπεία. Οι γυναίκες παρακολουθούνται σε εξωτερική βάση και μπορεί να χρειαστούν υπερηχογραφικό επανέλεγχο επί κλινικών ενδείξεων-για παράδειγμα, αν υπάρχει υποψία ρήξης ωαγωγού.

Χειρουργική αντιμετώπιση

Η *χειρουργική αντιμετώπιση* χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που ανιχνεύεται ζωντανή έκτοπη κύηση. Είναι επίσης η μέθοδος εκλογής σε αιμοδυναμικά ασταθείς ασθενείς και σε όσες αναφέρουν σοβαρά συμπτώματα (π.χ. επί ενδείξεων ή κλινικής υποψίας ρήξης της έκτοπης κύησης).

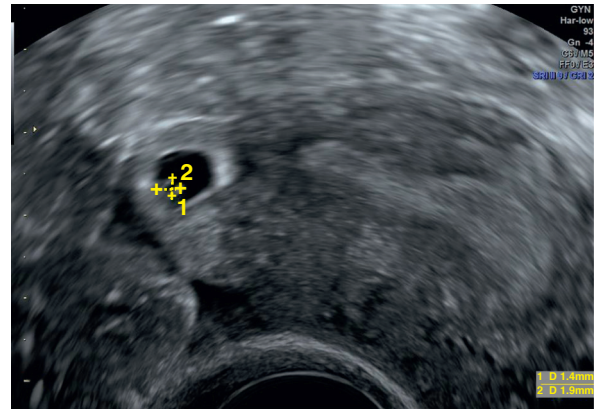
Οι χειρουργικές επιλογές περιλαμβάνουν τη σαλπινγεκτομή ή σαλπινγγοστομία, με ανοικτή ή λαπαροσκοπική μέθοδο. Η λαπαροσκοπική έχει αποδειχθεί ανώτερη της λαπαροτομίας σε αιμοδυναμικά σταθερές ασθενείς. Με τη λαπαροσκοπική προσέγγιση υπάρχει μικρότερη απώλεια αίματος, λιγότερες ανάγκες σε αναλγητικά και βραχύτερος χρόνος νοσηλείας. Παρόλα αυτά, η εμμένουσα τροφολάστη είναι μια πιθανή επιπλοκή και συμβαίνει συχνότερα μετά από λαπαροσκοπική επέμβαση.

Η μετεγχειρητική παρακολούθηση με εβδομαδιαίες μετρήσεις της hCG του ορού είναι αναγκαία σε όλες τις γυναίκες μετά από σαλπινγγοτομή με διατήρηση του ωαγωγού.

Επί απουσίας εμφανούς σαλπινγικής έκτοπης κύησης, θα πρέπει να αναζητούνται εξωσαλπινγικές εντοπίσεις. Παρότι σπάνιες, είναι σημαντικό να έχετε υπ' όψιν σας τις αντίστοιχες υπερηχογραφικές εικόνες ώστε να μπορείτε να τις αποκλείσετε από τη διαφορική σας διάγνωση.

Διάμεση Έκτοπη Κύηση

Η *διάμεση κύηση* αναφέρεται στην εμφύτευση στο διάμεσο τμήμα του ωαγωγού (Εικ. 6.14). Αφορά το 2–6% όλων των εκτόπων κυήσεων. Η εμφύτευση του γονιμοποιημέ-



Εικόνα 6.14 Εγκάρσια τομή της μήτρας. Μια διάμεση κύηση εντοπίζεται στο δεξιό διάμεσο τμήμα του ωαγωγού. Ο σάκος κύησης περιέχει λεκιθικό ασκό. Βρίσκεται σε ανώμαλη πλάγια θέση και περιβάλλεται από λεπτό στρώμα μυομητρίου και δεν σχετίζεται με την κοιλότητα της μήτρας. Το υπερηχογράφημα αυτό έχει διενεργηθεί με την κορυφή της εικόνας να βρίσκεται στο κάτω μέρος της οθόνης.

νου ωαρίου είναι πιο πιθανό να συμβεί στο διάμεσο τμήμα του ωαγωγού μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση και προηγηθείσα σαλπινγεκτομή.

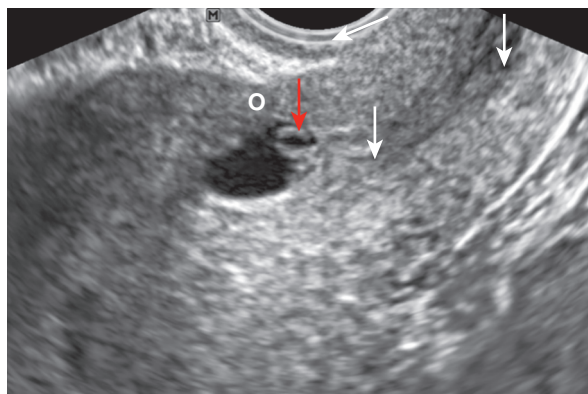
Θα πρέπει να σκέφτεστε τη διάγνωση αυτή όταν δεν υπάρχει σάκος κύησης στη φυσιολογική θέση στο ενδομήτριο αλλά τον εντοπίζετε προς τον πυθμένα της μήτρας, σε ανώμαλη πλάγια θέση και περιβαλλόμενο μόνο από ένα πολύ λεπτό πέταλο ιστού από τη μήτρα, που στην προκειμένη περίπτωση είναι μυομήτριο.

Παραδοσιακά, οι διάμεσες κυήσεις αντιμετωπίζονταν χειρουργικά με λαπαροτομία, καθώς η διάγνωση συνήθως διέλαθε μέχρι τη ρήξη. Η πρωιμότερη διάγνωση έχει επιτρέψει την εφαρμογή πιο συντηρητικής διαχείρισης. Η μεθοτρεξάτη είναι αποτελεσματική στη θεραπεία των πρώιμων διαμέσων κυήσεων και η χειρουργική παρέμβαση διαφυλάσσεται για τις περιπτώσεις που επιπλέκονται με ρήξη.

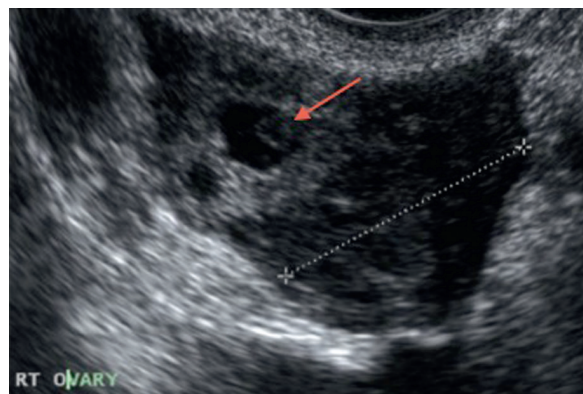
Τραχηλική Κύηση

Ο όρος *τραχηλική κύηση* περιγράφει την εμφύτευση κάτω από το επίπεδο του έσω στομίου. Η επίπτωση δεν ξεπερνά το 1% των εκτόπων κυήσεων.

Θα πρέπει να αναλογίζεστε τη διάγνωση της τραχηλικής εγκυμοσύνης αν δεν υπάρχει ένδειξη ενδομητρίου σάκου κύησης αλλά διαπιστώνετε διάταση του τραχηλικού σωλήνα. Εξετάστε τον τραχηλικό σωλήνα προσεκτικά για την παρουσία σάκου κύησης ή πλακουντιακού ιστού. Είναι πιθανό να υπάρχει περιφερική ροή αίματος γύρω από το σάκο κύησης στην εξέταση με το έγχρωμο



Εικόνα 6.15 Κύηση σε ουλή Καισαρικής τομής. Οβελιαία τομή της μήτρας. Ο σάκος κύησης περιέχει λεκιθικό ασκό (κόκκινο βέλος) και έμβρυο που βρίσκεται μέσα στη ουλή (O). Τα λευκά βέλη δείχνουν τον τράχηλο. Το κενό ενδομήτριο βρίσκεται στα αριστερά της εικόνας και ως εκ τούτου δεν είναι ορατό.



Εικόνα 6.16 Δεξιά ωοθηκική έκτοπη κύηση. Λεκιθικός ασκός (βέλος) αναγνωρίζεται εντός του σάκου κύησης. Το σημείο ολίσθησης είναι αρνητικό καθώς η έκτοπη μάζα εμπεριέχεται στην κάψα της ωοθήκης. Η διακεκομμένη γραμμή δείχνει τον φυσιολογικό ωοθηκικό ιστό.

Doppler. Το έσω στόμιο πρέπει να είναι κλειστό. Η διάγνωση της τραχηλικής εγκυμοσύνης τίθεται με ευκολία μόνο αν υπάρχει ζων έμβρυο εντός του σάκου κύησης, εφόσον αναγνωρίζεται καρδιακή δραστηριότητα.

Η δυσκολία έγκειται στη διάκριση μιας τραχηλικής κύησης από μια αναπόφευκτη αποβολή. Στη δεύτερη εμφανίζεται ένας ενδομήτριος σάκος κύησης που έχει αποκολληθεί από το ενδομήτριο, έχει περάσει στην κοιλότητα της μήτρας και στη συνέχεια έχει κατακρατηθεί στον τραχηλικό σωλήνα πριν απορριφθεί. Ήπια πίεση με τον ηχοβολέα θα αναδείξει ολίσθηση μεταξύ του σάκου και του τραχηλικού σωλήνα, σημείο που απουσιάζει στην αληθή τραχηλική εγκυμοσύνη.

Οι θεραπευτικές επιλογές για την τραχηλική κύηση περιλαμβάνουν τη χειρουργική επέμβαση με διαστολή και απόξεση, αλλά αυτό ενέχει τον κίνδυνο ανεξέλεγκτης αιμορραγίας με μεγάλη πιθανότητα υστερεκτομής. Εναλλακτικά, μπορούν να χρησιμοποιηθούν τοπικές ενέσεις μεθοτρεξάτης ή γλωριούχου καλίου υπό υπερηχογραφικό έλεγχο. Η συστηματική χορήγηση μεθοτρεξάτης είναι επίσης αποτελεσματική.

Κύηση σε Ουλή Καισαρικής Τομής

Η κύηση σε ουλή Καισαρικής τομής αφορά την εμφύτευση εντός του μυομητρίου μιας χαίνουσας ουλής από παλαιότερη Καισαρική τομή. Η επίπτωση αναφέρεται στην τάξη του 1/2000 όλων των κυήσεων και προοδευτικά αυξάνει. Η αύξηση αυτή αποδίδεται στην συχνότερη χρήση της Καισαρικής τομής και του διακολλητικού υπερηχογραφήματος υψηλής ανάλυσης.

Θα πρέπει να σκέφτεστε τη διάγνωση της κύησης σε

ουλή Καισαρικής όταν δεν υπάρχει ένδειξη σάκου κύησης εντός του ενδομητρίου αλλά αναγνωρίζετε σάκο στο επίπεδο του έσω στομίου στη θέση της ουλής προηγούμενης χαμηλής Καισαρικής τομής (Εικ. 6.15). Περιφερική ροή αίματος γύρω από το σάκο κύησης μπορεί να αναδειχθεί με το έγχρωμο Doppler. Ο σάκος κύησης θα έχει αρνητικό σημείο ολίσθησης-δηλαδή δεν θα μετακινείται από τη θέση του στο επίπεδο του έσω στομίου όταν εφαρμόζετε ελαφρά πίεση με τη διακολλητική κεφαλή.

Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν φαρμακευτική αντιμετώπιση, χειρουργική αντιμετώπιση ή αμνομήνη. Η φαρμακευτική περιλαμβάνει τη χορήγηση μεθοτρεξάτης συστηματικά και/ή τοπικά. Οι χειρουργικές επιλογές περιλαμβάνουν τη λαπαροτομία με εξαίρεση της μάζας της κύησης, την απόξεση με αναρρόφηση και τη λαπαροσκόπηση.

Ωοθηκική Κύηση

Η επίπτωση της ωοθηκικής εγκυμοσύνης βρίσκεται μεταξύ του 0.5% και του 6% όλων των εκτόπων κυήσεων και η διάγνωση βασίζεται στην παρουσία σάκου κύησης ή μάζας που προσομοιάζει σε αυτόν-δηλαδή μιας κύστης με ασυνήθιστα φωτεινά και πεπαχυσμένα όρια εντός του ωοθηκικού ιστού (Εικ. 6.16). Είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται το ωχρό σωμάτιο και να διακρίνεται από την πιθανή ωοθηκική κύηση για να αποφεύγεται διαγνωστική σύγχυση. Καθώς επομένως η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει το ωχρό σωμάτιο και άλλες παθολογικές καταστάσεις της ωοθήκης, η ακριβής διάγνωση της ωοθηκικής εγκυμοσύνης είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Το σημείο ολίσθησης, σε μια ωοθηκική κύηση, ως προς την ωοθήκη,

θα είναι αρνητικό-όπως επίσης και στην περίπτωση του ωχρού σωματίου.

Οι ωοθηκικές έκτοπες κύσεις συνήθως αντιμετωπίζονται με τοπική εκτομή.

Κοιλιακή Κύηση

Η κοιλιακή κύηση είναι μια σπάνια μορφή έκτοπης κύησης που αντιστοιχεί περίπου στο 1% όλων των εκτόπων. Αναφέρεται στην ενδοπεριτοναϊκή εμφύτευση, εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας δηλαδή, εκτός από τη μήτρα, τις ωοθήκες ή τους ωαγωγούς. Για να τεθεί η διάγνωση στο πρώτο τρίμηνο, ο σάκος κύησης ή εμβρυϊκά μέρη φαίνονται συνήθως πίσω από τη μήτρα στο χώρο του Douglas ή πλάγια, εντός του πλατέος συνδέσμου.

Ετερότοπη Κύηση

Η ετερότοπη κύηση είναι ο συνδυασμός ενδομήτριας και έκτοπης κύησης. Η επίπτωση της ετερότοπης κύησης στο γενικό πληθυσμό είναι περί το 1 στις 6000 αλλά είναι ιδιαίτερα υψηλή, της τάξης του 1–3%, στις γυναίκες που υποβάλλονται σε κάποια μέθοδο υποβοηθούμενης σύλληψης. Η διάγνωση επομένως μιας φυσιολογικής ενδομήτριας κύησης δεν αρκεί για να αποκλείσει μια συνυπάρχουσα έκτοπη εγκυμοσύνη, και πρέπει να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για αυτό σε κάθε συμπτωματική ασθενή.

ΤΡΟΦΟΒΛΑΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Η τροφοβλαστική νόσος καλύπτει το φάσμα από την καλοήγη υδατιδώδη μύλη κύηση μέχρι το κακόηθες χοριοκαρκίνωμα. Η μύλη κύηση συχνά αναφέρεται απλά ως μύλη και μπορεί να είναι «πλήρης» ή «μερική». Η πρώιμη διάγνωση επιτρέπει τον σχεδιασμό της κατάλληλης συμβουλής και αντιμετώπισης. Ωστόσο, η διάγνωση είναι δύσκολη στο πρώτο τρίμηνο καθώς οι κλινικές εκδηλώσεις, τα υπερηχογραφικά ευρήματα και τα παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά ποικίλλουν.

Πλήρης ή Ολική Υδατιδώδης Μύλη

Η πλήρης ή ολική υδατιδώδης μύλη αναφέρεται στο γενικευμένο οίδημα των λαχνών του πλακούντα και την διάχυτη υπερπλασία της τροφοβλάστης επί απουσίας εμβρυονικού ή εμβρυϊκού ιστού.

Η πλήρης μύλη προκύπτει με δύο τρόπους. Συχνότερα ένα «κενό» ωάριο χωρίς περιεχόμενο DNA γονιμοποιείται από ένα σπερματοζώαριο που έχει διπλασιαστεί και έτσι φέρει διπλοειδές χρωμοσωμικό περιεχόμενο 46XX.



Εικόνα 6.17 Πλήρης μύλη κύηση. Πολλαπλές υπόηκες κύστεις καταλαμβάνουν το ενδομήτριο.

Λιγότερο συχνά, το «κενό» ωάριο γονιμοποιείται από δύο σπερματοζώαρια που το καθένα φέρει απλοειδές χρωμοσωμικό φορτίο είτε 23X είτε 23Y. Το προκύπτον διπλοειδές χρωμοσωμικό σύνολο επομένως μπορεί να είναι είτε 46XX ή 46XY.

Η υπερηχογραφική εμφάνιση μιας πλήρους μύλης είναι αυτή μιας μήτρας αυξημένου μεγέθους για την ηλικία κύησης, εντός της οποίας υπάρχουν πολλαπλές, μικρές, στρογγυλές, σκοτεινές, υπόηκες περιοχές, διαμέτρου 2-10 mm. Οι κυστικές αυτές περιοχές αντιπροσωπεύουν κυστίδια, που προκύπτουν από τον παθολογικό πολλαπλασιασμό της τροφοβλάστης (Εικ. 6.17). Ο ιστός της μύλης γεμίζει την ενδομητρική κοιλότητα χωρίς να εισβάλλει στο μυομήτριο. Η υπερηχογραφική αυτή εμφάνιση ανιχνεύεται ευκολότερα μεταξύ των 9 και 12 εβδομάδων κύησης. Οι υδατιδώδεις αλλοιώσεις των λαχνών είναι λιγότερο εμφανείς σε πρωιμότερα στάδια της κύησης, δυσχεραίνοντας τη διάγνωση. Το σύμπτωμα με το οποίο παρουσιάζεται η κατάσταση αυτή είναι γενικά η κοιλιακή αιμορραγία.

Οι τιμές της hCG του ορού θα είναι υψηλές στις γυναίκες αυτές, συνήθως περισσότερο από 2,5 φορές τη διάμεση τιμή, και θα συνεχίζουν να αυξάνονται όσο η εγκυμοσύνη προχωρά. Ωχρινικές κύστεις των κυττάρων της θήκης (κύστεις καλυπτόμενες από ωχρινοποιημένα κύτταρα και από κύτταρα της θήκης του ωοθυλακίου/theca-lutein cysts) σχετίζονται συνήθως με τα υψηλά επίπεδα κυκλοφορούσας hCG και κατά συνέπεια μπορεί να εμφανιστούν σε μύλη κύηση. Οι ωχρινικές κύστεις των κυττάρων της θήκης είναι συνήθως αμφοτερόπλευρες, πολλαπλές, πολύχρωμες και μπορεί να φθάσουν σε μεγάλο μέγεθος.

Η αντιμετώπιση της πλήρους υδατιδώδους μύλης συνίσταται σε χειρουργική διακοπή της εγκυμοσύνης με συνακόλουθες διαδοχικές μετρήσεις της hCG.

Μερική Υδατιδώδης Μύλη

Η μερική μύλη αναφέρεται στο εστιακό οίδημα των λαχνών και την εστιακή υπερπλασία της τροφοβλάστης του πλακούντα επί παρουσίας εμβρυονικού ή εμβρυϊκού ιστού.

Η μερική υδατιδώδης μύλη έχει τρία αντίτυπα χρωμοσωμάτων και επομένως παρουσιάζει τριπλοειδικό καρυότυπο που μπορεί να είναι 69XXX, 69XXY ή 69YY. Η μερική μύλη προκύπτει από γονιμοποίηση ενός φυσιολογικού ωαρίου είτε από δύο σπερματοζώαρια, το καθένα με φυσιολογικό απλοειδικό περιεχόμενο 23 χρωμοσωμάτων (23X ή 23Y), είτε από ένα σπερματοζώαριο του οποίου το απλοειδικό περιεχόμενο των 23 χρωμοσωμάτων έχει διπλασιαστεί παράγοντας ένα διπλοειδικό σύνολο 46 χρωμοσωμάτων (46XX ή 46YY) κατά τρόπο παρόμοιο όπως και στην πλήρη μύλη.

Οι υπερηχογραφικές εικόνες της μερικής μύλης περιλαμβάνουν παθολογικές πλακουντιακές και εμβρυϊκές εμφανίσεις. Οι πλακουντιακές εικόνες προσομοιάζουν εκείνες της πλήρους μύλης όπως περιγράφηκαν προηγουμένως. Σχεδόν πάντα απαντούν μείζονες δομικές ανωμαλίες και/ή σοβαρή ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης στο έμβρυο μιας μερικής μύλης. Όπως και στην πλήρη μύλη, οι πλακουντιακές αλλαγές είναι λιγότερο εμφανείς στις πρώιμες κυήσεις πριν τις 12 εβδομάδες, καθώς η μερική μύλη μπορεί να μην παρουσιάζει εμφανείς μακροσκοπικές κυστικές αλλαγές, αν και ο πλακούντας ενδέχεται να είναι μετρίως διογκωμένος. Η εμβρυϊκή εμφάνιση που υποδεικνύει τη διάγνωση της μερικής μύλης είναι απίθανο να βρεθεί στο πρώτο τρίμηνο. Έτσι, η υπερηχογραφική διάγνωση της μερικής μύλης είναι δυσχερής, με την συχνότητα αναγνώρισης να μην ξεπερνά το 30%.

Όταν οι αλλοιώσεις της μύλης κύησης ανιχνεύονται στον πλακούντα, η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει την μερική μύλη ή την δίδυμη κύηση όπου το ένα κύημα είναι φυσιολογικό και το άλλο πλήρης μύλη. Στην περίπτωση της μερικής μύλης, οι αλλοιώσεις του πλακούντα είναι διάσπαρτες σε όλη την πλακουντιακή μάζα. Αντίθετα, σε πλήρη μύλη που συνυπάρχει με φυσιολογικό έμβρυο, ο ένας πλακούντας έχει χαρακτηριστικά μύλης και ο άλλος είναι φυσιολογικός. Έτσι, η υπερηχογραφική εμφάνιση θα χαρακτηρίζεται από μια παθολογική πλακουντιακή μάζα σε άμεση επαφή αλλά διακριτή από τον φυσιολογικό πλακούντα του συνυπάρχοντος εμβρύου.

Διθητική Μύλη

Σε μικρό ποσοστό η πλήρης και η μερική υδατιδώδης μύλη μπορεί να γίνει διθητική. Στην κατάσταση αυτή ο τροφοβλαστικός ιστός διεισδύει και διηθεί το μυομήτριο με μεταστατική διασπορά σε άλλα όργανα. Κατά συνέπεια είναι σημαντικό να εκτιμάτε προσεκτικά το σημείο επαφής του ιστού της μύλης και του μυομητρίου ώστε να βεβαιωθείτε ότι η διεπιφάνεια είναι λεία και ομαλή.

Οποιοσδήποτε ακανόνιστος περιοχός στη διεπιφάνεια πρέπει να αντιμετωπίζονται με υψηλό δείκτη υποψίας και να ζητείται και η γνώμη πιο έμπειρου συναδέλφου.

Όπως συζητήθηκε νωρίτερα, είναι σημαντικό να θυμάστε ότι η μύλη κύηση, και ιδιαίτερα η μερική μύλη, και η ατελής αποβολή μπορεί να παρουσιαστούν με πολύ όμοιες υπερηχογραφικές εικόνες. Δεν είναι ασύνθητες μια ατελής αποβολή να διαγιγνώσκεται εσφαλμένα σαν μερική μύλη και το αντίστροφο.

ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Όταν προκύπτει μια ενδομήτρια κύηση ενώ υπάρχει τοποθετημένη μια ενδομήτρια συσκευή αντισύλληψης, η αφαίρεση της τελευταίας είναι η προτιμώμενη επιλογή. Η παραμονή της στη θέση της σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα αποβολής και κίνδυνο αιμορραγίας, σήψης, πρόωρου τοκετού και γέννησης θνησιγενούς νεογνού.

Η διακολπική υπερηχογραφική εξέταση πρέπει να διενεργείται όσο το δυνατόν νωρίτερα για να καθοριστεί αν η συσκευή είναι ακόμα στη μήτρα. Όταν συμβαίνει αυτό, η πιο συχνή θέση της είναι αμέσως κάτω από τον σάκο κύησης, διότι η ακατάλληλη τοποθέτηση των συσκευών είναι η κύρια αιτία αποτυχίας τους.

Αν τα νήματα είναι ορατά και η συσκευή φαίνεται διαχωρισμένη από τον σάκο κύησης, πρέπει να αφαιρεθεί. Αν τα νήματα έχουν χαθεί ή η συσκευή φαίνεται ενσωματωμένη με τον σάκο κύησης, δεν θα πρέπει να επιχειρείται αφαίρεση λόγω του κινδύνου πρόκλησης αποβολής.

Αν και οι έκτοπες κυήσεις παρατηρούνται συχνότερα όταν υπάρχει ενδομήτρια συσκευή, οι τελευταίες δεν αυξάνουν το συνολικό κίνδυνο έκτοπης εγκυμοσύνης σε σχέση με την απουσία αντισυλληπτικής μεθόδου. Ωστόσο, μια πρώιμη υπερηχογραφική εξέταση είναι επιβεβλημένη σε κάθε γυναίκα που συλλαμβάνει παρά την παρουσία ενδομήτριας συσκευής αντισύλληψης για να επιβεβαιωθεί η παρουσία ενδομήτριας εγκυμοσύνης και επομένως να αποκλεισθεί η έκτοπη.

ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Τα ινομύωματα ή λειομύωματα της μήτρας είναι καλοήθεις όγκοι των λείων μυϊκών της μήτρας. Αποτελούνται κυρίως από λεία μυϊκά κύτταρα οργανωμένα σε ομόκεντρους δακτυλίστους, και αυτή η πυκνή δομή των μυϊκών ινών παράγει τη χαρακτηριστική υπερηχογραφική εικόνα του ινομύωματος, δηλαδή μιας στρογγυλής, ομοιογενούς ηχητικής μάζας, η οποία τυπικά είναι ελαφρώς φωτεινότερη από το περιβάλλον μυομήτριο.

Μέχρι και 4% των κυήσεων σχετίζονται με ινομύωματα, και ινομύωματα απαντούν έως και στο 40% των γυναικών.

ναικών μετά τα 40 έτη. Τα ινομυώματα πρέπει να περιγράφονται με αναφορά στο μέγεθος και τη θέση τους, η οποία καθορίζει και τον τύπο τους. Υπάρχουν τέσσερις δυνατοί τύποι ινομυωμάτων:

- υποβλεννογόνια
- υπο-ορογόνια
- ενδοτοιχωματικά
- μισχωτά (έμμισχα).

Ο πιο κοινός τύπος είναι ο ενδοτοιχωματικός. Τα ινομυώματα δέον όπως χαρακτηρίζονται περαιτέρω με βάση την εντόπισή τους· για παράδειγμα, ένα ενδοτοιχωματικό ινομύωμα μπορεί να εντοπίζεται στο πρόσθιο ή το οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας, στον πυθμένα ή χαμηλά, προς τον τράχηλο. Η εκτίμηση των ινομυωμάτων συζητείται με μεγαλύτερη λεπτομέρεια στο Κεφάλαιο 18. Η μέγιστη διάμετρος του ινομυώματος πρέπει να μετράται σε τρία επίπεδα κάθετα μεταξύ τους.

Η παρουσία ινομυωμάτων ενδέχεται να οδηγήσει σε δυσκολίες απεικόνισης και επομένως ακριβούς μέτρησης του σάκου κύησης ή του εμβρύου. Επίσης μπορούν να περιορίσουν την δυνατότητα ανάδειξης και εκτίμησης των ωοθηκών και παραμητρίων σε βαθμό που να απαιτηθεί διακοιλιακή εξέταση συμπληρωματικά της διακολπικής όταν ενδείκνυται κλινικά ο αποκλεισμός παθολογίας των δομών αυτών.

Τα ινομυώματα μπορεί αν αυξηθούν σε μέγεθος κατά τη διάρκεια της κύησης λόγω των υψηλών επιπέδων των κυκλοφορούντων οιστρογόνων. Η μέτρησή τους επομένως επιτρέπει τη σύγκριση με τα μεταγενέστερα υπερηχογραφήματα για να διαπιστωθεί αν έχουν αυξηθεί σημαντικά σε μέγεθος. Η θέση τους είναι επίσης σημαντική διότι ένα ινομύωμα του πυθμένα δεν προβλέπεται να επηρεάσει τις ωδίνες και τον τοκετό ανεξάρτητα του μεγέθους του, ενώ ένα πολύ μικρότερο τραχηλικό μπορεί.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΚΥΗΣΗ

Η όλο και ελεύθερη του διακολπικού υπερηχογραφήματος στην πρώιμη κύηση έχει αυξήσει τον αριθμό της τυχαίας ανεύρεσης μάζων στα παραμήτρια. Η πλειοψηφία τους είναι φυσιολογικά ευρήματα στις ωοθήκες ή τυχαία ευρήματα παθολογικών καταστάσεων των ωοθηκών, που δεν σχετίζονται με τα συμπτώματα της γυναίκας. Ωστόσο, όλες οι μάζες των παραμητρίων οφείλουν να αξιολογούνται προσεκτικά.

Ωοθηκικές Κύστεις στην Κύηση

Η ωοθηκική μάζα που συχνότερα παρατηρείται στην εγκυμοσύνη είναι το ωχρό σωματίο. Η πλειοψηφία των

ωχρών σωματίων υποστρέφουν αυτόματα μέχρι το τέλος του πρώτου τριμήνου. Όπως συζητήθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, τα ωχρά σωματίια παρουσιάζουν ένα φάσμα υπερηχογραφικών εικόνων που αναγνωρίζεται εύκολα.

Κοινές παθολογικές καταστάσεις των ωοθηκών που απαντούν στην πρώιμη κύηση είναι οι δερμοειδείς κύστεις, τα καλοήγη κυσταδενώματα και τα ενδομητρίωματα. Αυτές οι ποικίλες κύστεις μπορούν να προκαλέσουν πόνο στην έγκυο, αλλά συχνότερα αποτελούν τυχαίο εύρημα σε ασυμπτωματικές εγκύους. Οι τυπικές υπερηχογραφικές εμφανίσεις αυτών των καταστάσεων διαφέρουν μεταξύ τους και γι' αυτό αναγνωρίζονται και διακρίνονται εύκολα. Αναλυτική περιγραφή γίνεται στο Κεφάλαιο 18.

Ωοθηκικές κύστεις των κυττάρων της θήκης (theca-lutein cysts) ανευρίσκονται συνήθως σε σχέση με υψηλά επίπεδα κυκλοφορούσας hCG. Έτσι μπορεί να συνυπάρχουν με μύλη κύηση ή σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών, αλλά και με φυσιολογική ενδομήτρια κύηση. Οι κύστεις αυτές είναι κατά κανόνα αμφοτερόπλευρες, πολλαπλές και πολύχωρες. Όπως συμβαίνει και με άλλες λειτουργικές κύστεις, συνήθως υποστρέφουν αυτόματα μέχρι τις 16 εβδομάδες κύησης, αν και αυτό εξαρτάται από την προέλευσή τους, ενώ το μέσο χρονικό διάστημα μέχρι την υποστροφή είναι 8 εβδομάδες.

Η αναμονή είναι η πρώτη επιλογή για τις καλοήθειες παθολογικές καταστάσεις στην έγκυο, με τον υπερηχογραφικό επανέλεγχο να γίνεται προς το τέλος της κύησης για να σχεδιαστεί η κατάλληλη μέθοδος τοκετού. Ο κίνδυνος κακοήθειας των ωοθηκών στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας είναι χαμηλός. Καθώς το υπερηχογράφημα σε έμπειρα χέρια συχνά μπορεί να διαχωρίσει με ακρίβεια μεταξύ καλοήθων και κακοήθων κύστεων, η χειρουργική εξαίρεση με λαπαροτομία δεν πραγματοποιείται συχνά σε ασυμπτωματικές γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη.

Ωοθηκικές Κύστεις με Δυσκολία στην Εκτίμηση

Οι επιπλεγμένες ωοθηκικές κύστεις στην εγκυμοσύνη θα πρέπει να αξιολογούνται συστηματικά από έμπειρο χειριστή και να εφαρμόζεται σύστημα βαθμολόγησης για την εκτίμηση της ύπαρξης ενδείξεων κακοήθειας ή οριακών αλλοιώσεων. Σε περίπτωση αμφιβολιών η εξέταση θα πρέπει να επαναλαμβάνεται από έναν υπερηχογραφιστή ή κλινικό με εξειδίκευση στο γυναικολογικό υπερηχογράφημα για την ακριβή εκτίμηση της ωοθηκικής μάζας. Οι ύποπτες περιπτώσεις για ωοθηκική κακοήθεια πρέπει πάντα να συζητώνται σε διεπιστημονική ομάδα για τον σχεδιασμό της βέλτιστης αντιμετώπισης. Το ίδιο σύστημα βαθμολόγησης και μεθοδολογία εφαρμόζεται στην αξιολόγηση των κύστεων αυτών ανεξάρτητα από το αν διαγιγνώσκονται σε εγκύους ή μη γυναίκες και αναλύεται στο Κεφάλαιο 19.

Περαιτέρω μελέτη

Bolaji I , Singh M , Goddard R 2012 Sonographic signs in ectopic pregnancy; update . Ultrasound 20 : 192 – 210

Bourne T , Condous G S (eds) 2006 Handbook of early pregnancy care . Informa UK , London

Condous G , Okaro E , Bourne T 2003 The conservative management of early pregnancy complications: a review of the literature . Ultrasound Obstet Gynecol 22 : 420 – 430

National Institute for Health & Clinical Excellence 2012 Ectopic pregnancy and miscarriage. Diagnosis and initial management in ear-

ly pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage. NICE Clinical Guideline 154 , [www://guidance.nice.org.uk/cg154](http://www.guidance.nice.org.uk/cg154)

Grudzinskas J G , O ' Brien P M S (eds) 1997 Problems in early pregnancy: Advances in diagnosis and management. RCOG Press, London , p 160 – 173

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004/2010 RCOG green top guideline number 21 . In : The management of tubal pregnancy. RCOG, London

