

Αγγελική Γερεντέ, Σταμάτιος Πετούσης
Γ' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική
Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Οξύ κοιλιακό άλγος- τεστ κύησης θετικό

Περίληψη

Ο όρος “οξύ κοιλιακό άλγος” αναφέρεται σε κλινική εικόνα με διάχυτο ή εντοπισμένο κοιλιακό πόνο, τον οποίο χαρακτηρίζει συνήθως ο ερεθισμός του περιτοναίου. Κατά την πρόωμη κύηση τα συμπτώματα συνοδεύονται συχνά από κολπική αιμόρροια.

Η άμεση χρήση διαγνωστικών υπερηχογραφικών απεικονιστικών μεθόδων και ιδιαίτερα της κολπικής υπερηχογραφίας ως μέσο πρώτης επιλογής, εξασφαλίζει παράλληλα με τη στοχευμένη λήψη λεπτομερούς ιστορικού, την κλινική εξέταση και την εργαστηριακή διερεύνηση, τόσο την ταχεία και ακριβή διάγνωση όσο και την έγκαιρη αντιμετώπιση.

Πρωταρχικό στόχο της υπερηχογραφικής διάγνωσης αποτελεί η διαπίστωση αν η κύηση είναι ενδομήτρια κι αν απεικονίζεται έμβρυο με θετική καρδιακή λειτουργία. Επιπλέον, επιβάλλεται σε κάθε περίπτωση η αξιολόγηση της μήτρας, των ωοθηκών και του Δουγλάσειου χώρου.

Απαιτείται συστηματική προσέγγιση και διαφορική διάγνωση όλων των πιθανών αιτιών του κοιλιακού άλγους που μπορεί να σχετίζονται με την κύηση ή να είναι ανεξάρτητα από αυτή. Το γεγονός αυτό καθιστά συχνά απαραίτητη τη στενή συνεργασία μεταξύ των διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων.

Λέξεις - κλειδιά: επιπλοκές πρόωμης κύησης, κολπικό υπερηχογράφημα, οξεία κοιλία

Αλληλογραφία:
Αγγελική Γερεντέ
Γ' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική
Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

E-mail: agerede@otenet.gr

Εισαγωγή

Κάθε γυναικολόγος-μαιευτήρας καλείται καθημερινά να αντιμετωπίσει περιστατικά γυναικών με κοιλιακό άλγος-



Εικόνα 1: Απειλούμενη κύηση 7+3 εβδ. με οπισθοχοριοιλικό αιμάτωμα



Εικόνα 2: Δρομολογημένη αποβολή 8+6 εβδ. με μεγάλο οπισθαμνιακό αιμάτωμα



Εικόνα 3: Ατελής εκβολή 8+3 εβδ με υπολείμματα κύησης εντός του τραχηλικού αυλού.

που συνοδεύεται από διαταραχές του εμμηνορροιακού κύκλου. Η παρουσία θετικού τεστ κύησης (συνιστάται πάντα ο ποσοτικός προσδιορισμός της ελεύθερης β-χοριακής γοναδοτροπίνης ορού) δεν αποκλείει μη μαιευτικά-γυναικολογικά αίτια. Η συμπτωματολογία σε επεισόδια πυελικού άλγους στην αρχή της κύησης είναι παρόμοια με εκείνη σε μη έγκυες ασθενείς και οφείλεται σε περιτοναϊκό ερεθισμό, ο οποίος συνοδεύεται συχνά τόσο από διαταραχές του κυκλοφορικού με πτώση της αρτηριακής πίεσης, όσο και από γαστρεντερικές διαταραχές με εμέτους και διαταραχές περισταλισμού του εντέρου. Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού σχετικά με την αρχή, ένταση και διάρκεια της τελευταίας γνωστής εμμήνου ρύσης καθώς και η χρονική διάρκεια των πρόσφατων εμμηνορροιακών κύκλων είναι εξίσου σημαντική με τα χαρακτηριστικά του κοιλιακού άλγους και συγκεκριμένα την αρχή, διάρκεια, περιοδικότητα, ένταση και θέση του κοιλιακού πόνου. Στη σύγχρονη εποχή, η κλινική εξέταση πρέπει να συνοδεύεται απαραίτητα από την υπερηχογραφική. Η κολπική υπερηχογραφία θεωρείται η πλέον κατάλληλη μέθοδος στη διαφορική διάγνωση των αιτίων του κοιλιακού άλγους. Σκοπός αυτού του άρθρου είναι η περιγραφή των κύριων υπερηχογραφικών

ευρημάτων σε γυναίκες με πρώιμη κύηση και οξύ κοιλιακό άλγος μαιευτικής-γυναικολογικής αιτιολογίας. Τα αίτια αυτά αφορούν κυρίως την αυτόματη αποβολή, τη σηπτική έκτρωση, την έκτοπη κύηση, την κύηση με ενδομήτριο σπείραμα, την τροφοβλαστική νόσο, τις κύστες ωχρού σωματίου κύησης και σπανιότερα επιπλοκές λειομυωμάτων (πίνακας 1).

Αυτόματη αποβολή

Η αυτόματη αποβολή αποτελεί τη συχνότερη αιτία οξέος κοιλιακού άλγους κατά την πρώιμη κύηση. Ο ρόλος της κολπικής υπερηχογραφίας συνιστάται στην επιβεβαίωση ύπαρξης ενδομήτριας κύησης (ήδη από την 4η-5η εβδομάδα), καθώς και στην ανίχνευση πιθανών δυσμενών προγνωστικών ενδείξεων σχετικά με τη βιωσιμότητα της κύησης. Η ανίχνευση λεκιθικού ασκού αναμένεται όταν η διάμετρος του εμβρυικού σάκου ξεπερνά τα 10 mm. Η απεικόνιση εμβρυικού πόλου επιτυγχάνεται συνήθως όταν το μέγεθος του εμβρυικού σάκου είναι διαμέτρου ≥ 16-20mm, ενώ καρδιακή λειτουργία θα πρέπει να είναι ορατή σε έμβρυα με κεφαλοουραίο μήκος (CRL) ≥ 5mm (κατευθυντήριες οδηγίες RCOG σχετικά με τη βιωσιμότητα πρώιμης κύησης).

• **Απειλούμενη αποβολή**

Η απειλούμενη αποβολή κατά το 1ο τρίμηνο της κύησης χαρακτηρίζεται συνήθως από άλγος στην περιοχή της κάτω κοιλίας και/ή κολπική αιμόρροια ποικίλης βαρύτητας χωρίς διαστολή του τραχήλου και χωρίς έξοδο στοιχείων κύησης. Κατά την υπερηχογραφική εξέταση διαπιστώνεται ενδομήτριος κύηση με θετική εμβρυική καρδιακή λειτουργία. Συχνά απεικονίζεται μερική αποκόλληση του άμνιου με τη δημιουργία οπισθοχοριοιλικού αιματώματος (εικ.1). Σε εγκάρσια απεικόνιση ένα τέτοιο πρόσφατο αιμάτωμα θα μπορούσε να εκληφθεί λανθασμένα ως δεύτερος αμνιακός σάκος. Το οπισθοχοριοιλικό αιμάτωμα είναι συνήθως μικρής έκτασης και εμφα-

Πίνακας

Κύρια αίτια οξέος πυελικού άλγους σε πρώιμη κύηση

- Αυτόματη αποβολή
- Έκτοπη κύηση
- Κύηση με ενδομήτριο σπείραμα
- Τροφοβλαστική νόσος
- Ρήξη-συστροφή κύστης ωχρού σωματίου κύησης
- Επιπλοκές λειομυωμάτων



Εικόνα 4: Τελεία εκβολή 7+3 εβδ.: κενή ενδομήτρια κοιλότητα με λεπτό ηχογενές ενδομήτριο



Εικόνα 5: Παλίνδρομη κύηση 9+1εβδ. (με βάση ΤΕΡ)



Εικόνα 6: Σύνδρομο κενού σάκου σε κύηση 9+4 εβδ. (με βάση ΤΕΡ)

νίζεται στον κάτω πόλο του εμβρυϊκού σάκου. Μεγάλα αιματώματα απεικονίζονται ως ζώνες μικρής ηχογένειας μεταξύ του τοιχώματος της μήτρας και του χορίου το οποίο έχει διαχωριστεί από τον φθαροτό^{3,4,44}(εικ.2).

Δυσμενή προγνωστικά κριτήρια για τη συνέχιση μιας πρώιμης κύησης αποτελούν^{1,8,44}:

- αναντιστοιχία μεγέθους εμβρύου-εμβρυϊκού σάκου για την ηλικία κύησης
- εμβρυϊκή βραδυκαρδία <85 παλμοί/λεπτό μεταξύ 5ης και 8ης εβδομάδας κύησης²
- πολύ μικρός ή επασβεστωμένος λεκιθικός ασκός ο οποίος έχει χάσει το στρογγυλό του σχήμα
- υδρωπικός λεκιθικός ασκός (διαμέτρου >6mm)

Η παρουσία θετικής εμβρυϊκής καρδιακής λειτουργίας 100-170 παλμών/λεπτό συνδέεται στατιστικά με συνέχιση της κύησης σε ποσοστό >90%.^{1,8}

Αναπόφευκτη αποβολή

Σε περίπτωση που η αποβολή ενδομήτριας κύησης είναι αναπόφευκτη, το κοιλιακό άλγος και η κολπική αιμορραγία συνοδεύονται από διαστολή του τραχήλου, χωρίς έξοδο στοιχείων κύησης. Υπερηχογραφικά απεικονίζεται παραμορφωμένος εμβρυϊκός σάκος που μετακινείται προς το ανοιχτό έσω τραχηλικό στόμιο (εικ.2).

Ατελής εκβολή

Κλινικά διαπιστώνεται ανοιχτός τραχηλικός αυλός με συνοδό έξοδο στοιχείων κύησης. Στο υπερηχογράφημα δεν απεικονίζεται τυπικός ενδομήτριος σάκος με έμβρυο. Αντ' αυτού, εμφανίζονται στο εσωτερικό της ενδομήτριας κοιλότητας πολυάριθμες ηχογενείς δομές με ανώμαλη επιφάνεια, οι οποίες αντιστοιχούν σε στοιχεία κύησης^{5,6,8}. Πολλές φορές υπολείμματα της κύησης απεικονίζονται μέσα στον τραχηλικό σωλήνα δίνοντας την ψευδή εικόνα μιας τραχηλικής κύησης (εικ.3).

Τελεία εκβολή

Πρόκειται για αποβολή όλων των στοιχείων της κύησης. Η ενδομήτρια κοιλότητα απεικονίζεται κενή με την τυπική εικόνα του φθαροποιημένου ενδομητρίου βλεννογόνου ως λεπτή ηχογενής ταινιοειδής δομή⁴⁴ (εικ.4).

Παλίνδρομη κύηση

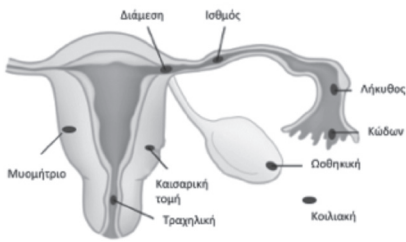
Παλίνδρομη χαρακτηρίζεται μια κύηση χωρίς σημεία βιωσιμότητας, η οποία όμως έχει αποβληθεί από την κοιλότητα της μήτρας. Ενδεικτικό υπερηχογραφικό εύρημα είναι η παρουσία μεγάλου εμβρυϊκού σάκου με ακανόνιστο σχήμα, εντός του οποίου απεικονίζεται μικρό για την ηλικία κύησης έμβρυο με απουσία εμβρυϊκών κινήσεων και χωρίς καρδιακή λειτουργία.^{8,44}(εικ.5).

Σύνδρομο κενού σάκου

Πρόκειται για διαταραχή κατά την οποία σε μια κύηση δημιουργείται ο εμβρυϊκός σάκος χωρίς το σχηματισμό λεκιθικού ασκού και εμβρύου. Υπερηχογραφικά απεικονίζεται ανηχοϊκός εμβρυϊκός σάκος ο οποίος κατά τις πρώτες εβδομάδες κύησης παρουσιάζει την αναμενόμενη διάμετρο, στην πορεία όμως εμφανίζει επιβράδυνση της αύξησής του και χάνει το στρογγυλό σχήμα του αποκτώντας ασαφή όρια (εικ.6). Διαφοροδιαγνωστικά θα πρέπει να αποκλειστεί η φυσιολογική πρώιμη κύηση στην οποία λεκιθικός ασκός και έμβρυο δεν έχουν ακόμα σχηματιστεί.

Σηπτική έκτρωση

Συμπτώματα σηπτικής έκτρωσης αποτελούν το ιδιαίτερα έντονο πυελικό άλγος, η ευαισθησία στη μετακίνηση του τραχήλου και την κολπική αιμόρροια, ο υψηλός πυρετός και οι δύσσομες κολπικές εκκρίσεις^{1,8}. Η κολπική υπερηχογραφία είναι απαραίτητη για τον αποκλεισμό υπολειμμάτων υλικού κύησης στην ενδομήτρια κοιλότητα. Η εικόνα αντιστοιχεί



Εικόνα 7: Πιθανές θέσεις εμφύτευσης έκτοπης κύησης



Εικόνα 8: Εξωμήτριο κύηση 7+3 εβδ. Απεικονίζεται πεπαχμένο εκκριτικό ενδομήτριο με ψευδοσάκο σε κεντρική θέση



Εικόνα 9: Ενδομήτριο εμβρυϊκός σάκος 5η εβδομάδα κύησης με τυπικό διπλό δακτύλιο

σε εκείνη της ατελούς εκβολής.

Έκτοπη κύηση

Ως έκτοπη ορίζεται η κύηση, κατά την οποία η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου πραγματοποιείται σε περιοχή εκτός της ενδομήτριας κοιλότητας. Η συχνότητα της αναφέρεται στη σύγχρονη βιβλιογραφία με ποσοστό 1,5-3%^{1,7,8,44,45}. Σε κάθε γυναίκα με κοιλιακό άλγος και θετικό τεστ κύησης, ανεξάρτητα από παρουσία ή όχι διαταραχών του εμμηνορροιακού κύκλου, θα πρέπει οπωσδήποτε να αποκλείεται η έκτοπη κύηση (εικ.7). Η εξωμήτριο κύηση αποτελεί την κύρια αιτία μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης^{1,9,10}. Οι σύγχρονοι υπερηχοτομογράφοι υψηλής ευκρίνειας επιτρέπουν την διακολπική απεικόνιση ενδομήτριου εμβρυϊκού σάκου από τιμές της β-HCG >1500 IU/l¹³.

Άμεση υπερηχογραφική ένδειξη εξωμήτριας κύησης αποτελεί η απεικόνιση έκτοπου τροφοβλαστικού δακτυλίου με κεντρική παρουσία υπόηχου εμβρυϊκού σάκου εντός του οποίου διαπιστώνονται λεκιθικός ασκός και έμβρυο. Το εύρημα αυτό όμως διαπιστώνεται σε μεμονωμένες περιπτώσεις¹³. Η απεικόνιση λεκιθικού ασκού επιτυγχάνεται σε ποσοστό περίπου 30%, ενώ παρουσία εμβρύου με θετική καρδιακή λειτουργία απαντάται μόνο στο 24-27% των περιστατικών έκτοπης κύησης^{11,12}. Σε περίπτωση τιμών β-HCG >2000 IU/l και αδυναμίας απεικόνισης ηχογενούς τροφοβλαστικού δακτυλίου, εντός ή εκτός της μήτρας, πρέπει να ελέγχονται πιθανά έμμεσα σημεία έκτοπης κύησης^{12,14}. Σε αυτά περιλαμβάνονται:

- διόγκωση της μήτρας με παχύ εκκριτικού τύπου και φθαρτοποιημένο ενδομήτριο
- πιθανή απεικόνιση εμβρυϊκού ψευδοσάκου κεντρικά στην ενδομήτριο κοιλότητα (εικ.8)

- διόγκωση ενός εξαρτήματος (εικ.10)
- συλλογή ελεύθερου υγρού στο Δουγλάσειο χώρο (εικ. 11)

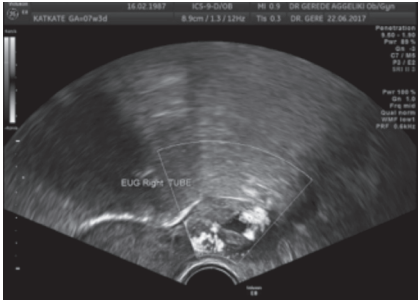
Η απεικόνιση ψευδοσάκου οφείλεται σε μικρή κεντρική συλλογή αίματος στην ενδομήτρια κοιλότητα. Η παρουσία του σε περίπτωση έκτοπης εμφύτευσης αναφέρεται σε ποσοστό 20%⁷. Η διάμετρος μπορεί να κυμαίνεται από 1cm έως 5cm⁸. Εκτός από την κεντρική του θέση ο εμβρυϊκός ψευδοσάκος περιβάλλεται από έναν μόνο ηχογενή δακτύλιο (φθαρτός) (εικ.8). Αντίθετα, ο πραγματικός εμβρυϊκός ασκός εμφανίζει υπερηχογραφικά το σημείο του διπλού δακτυλίου(φθαρτός και τροφοβλάστη) και εμφυτεύεται πάντα έκκεντρα στην ενδομήτρια κοιλότητα. Αυτό διαπιστώνεται καλύτερα στην εγκάρσια απεικόνιση του σώματος της μήτρας(εικ.9).

Πιθανές θέσεις εμφύτευσης έκτοπης κύησης (εικ.7)

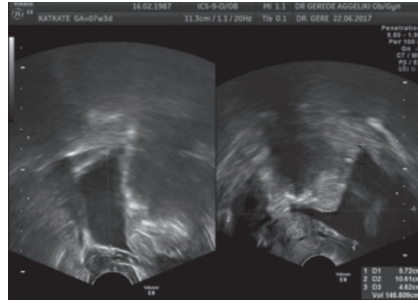
Σαλπγγική κύηση

Το 96-98% περίπου έκτοπης εμφύτευσης εντοπίζεται στη σάλπιγγα, ιδιαίτερα στην περιοχή της ληκύθου^{1,7,8,44,45}. Η υπερηχογραφική εικόνα διαφέρει ανάλογα με το αν πρόκειται για ακέραιη σαλπγγική κύηση, σαλπγγική αποβολή ή αν έχει ήδη επέλθει ρήξη της σάλπιγγας¹⁴.

Στην περίπτωση ακέραιης σαλπγγικής κύησης απεικονίζεται ένας μικρός ηχογενής δακτύλιος τροφοβλάστης με κεντρικό, χαμηλής ηχογένειας, εμβρυϊκό σάκο. Η εμφύτευση είναι δυνατό να γίνει σε κάθε μέρος της σάλπιγγας: ισθμική- (6-12%), ληκυθική- (εως 75%), κωδωνική-(εως 15%)^{1,7,8,44,45} κύηση. Όταν η εμφύτευση πραγματοποιείται στον σαλπγγικό ισθμό, ο εμβρυϊκός σάκος απεικονίζεται κοντά στο σαλπγγικό στόμιο, δίπλα στο πυθμένα της μήτρας(εικ.10). Όσο απομακρύνεται η θέση εμφύτευσης από τον σαλπγγικό ισθμό κατά μήκος της σάλπιγγας, τόσο περισσότερο διαφοροποιείται η υπερηχογραφική εικόνα. Έτσι η θέση της είναι



Εικόνα 10: Εξωμήτριος κύηση 7+3 εβδ. Απεικονίζεται εμβρυϊκός σάκος στον ισθμό της δεξιάς σάλπιγγας.



Εικόνα 11: Εξωμήτριος κύηση 7+3 εβδ. Παρουσία ελεύθερου υγρού στον Δουγλάσειο χώρο.



Εικόνα 12: Αιματοσάλπιγγα σε σαλπινγική αποβολή 8+5 εβδ.

δυνατό να διαπιστώνεται υπερηχογραφικά πλησίον της αντίστοιχης ωοθήκης ή ακόμα και στο Δουγλάσειο χώρο. Πολλές φορές, μια σαλπινγική κύηση μπορεί να συγγέεται με μια κύστη ωχρού σωματίου. Το ωχρό σωματίο περιβάλλεται από έναν πολύ λεπτό ηχογενή δακτύλιο και απεικονίζεται πάντα να συνδέεται με τον ωοθηκικό ιστό (εικ.23).

Ρήξη σάλπιγγας

Σε περίπτωση σαλπινγικής κύησης με ρήξη σάλπιγγας, είναι δυνατό να απεικονίζεται μεγάλη ποσότητα αίματος ενδοπεριτοναϊκά και ιδιαίτερα στο Δουγλάσειο χώρο. Όταν πρόκειται για πρόσφατη ρήξη, απεικονίζεται πίσω από τη μήτρα μια εκτεταμένη περιοχή χαμηλής ηχογένειας (φρέσκο αίμα). Σε περίπτωση παλαιότερης ρήξης παρουσιάζονται υπερηχογραφικά έντονα ηχογενείς ζώνες ως ένδειξη οργάνωσης παλαιού αιματώματος¹⁵ (εικ.11).

Πρέπει να σημειωθεί ότι συνήθως κατά την πρώτη υπερηχογραφική εξέταση δε διαπιστώνεται αιμορραγία προς την περιτοναϊκή κοιλότητα.Τη διάγνωση δυσχεραίνει το γεγονός ότι η συλλογή υγρού στο Δουγλάσειο χώρο αποτελεί φυσιολογικό εύρημα και μετά την ωοθηλακιορρηξία, ενώ διαπιστώνεται και σε παθολογικές καταστάσεις φλεγμονής στην ελάσσονα πύελο.

Σαλπινγική αποβολή (ωαγωγική έκτρωση)

Η σαλπινγική αποβολή απεικονίζεται υπερηχογραφικά συνήθως ως ακανόνιστη διόγκωση μιας σάλπιγγας με μεμονωμένα ή πολλαπλά ηχογενή στοιχεία στο εσωτερικό της (αιματοσάλπιγγα), τα οποία είναι δυνατό να καταλαμβάνουν ολόκληρο το μήκος της φτάνοντας ως και το Δουγλάσειο χώρο (εικ.12). Όταν πρόκειται για σαλπινγική αποβολή, η μικρή ποσότητα αίματος που προκύπτει είναι δυνατό να διασκορπίζεται μεταξύ των εντερικών ελίκων διαφεύγοντας έτσι πολλές φορές της υπερηχογραφικής

διάγνωσης. Με βάση μόνο το υπερηχογράφημα και χωρίς τη βοήθεια εργαστηριακών εξετάσεων (β-HCG, CRP, ΤΚΕ, γεν.αίματος) δεν είναι δυνατή η διαφορική διάγνωση από την εξαρτηματίτιδα (πυοσάλπιγγα)¹⁷.

**Σπάνιες θέσεις εμφύτευσης έκτοπης κύησης
Διάμεση κύηση**

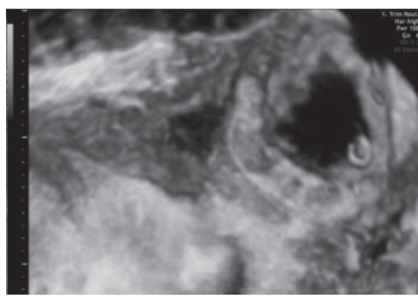
Στην περίπτωση διάμεσης κύησης η εμφύτευση πραγματοποιείται μέσα στο τοίχωμα της μήτρας (0,05-1,5% του συνόλου των έκτοπων κυήσεων)^{8,44,45}. Χαρακτηριστικό της υπερηχογραφικής εικόνας είναι ότι η ακριβής θέση του εμβρυϊκού σάκου δεν είναι δυνατό να προσδιοριστεί ούτε μέσα στη μητριαία κοιλότητα ούτε εντός της σάλπιγγας, αλλά εντοπίζεται πολύ περισσότερο στο μυομήτριο (εικ.13,14). Η διαφορική διάγνωση από ενδομήτρια κύηση με εμφύτευση πολύ κοντά στο σαλπινγικό στόμιο ή εντός του μικρότερου κέρατος δίκερης μήτρας αποτελεί πολλές φορές πρόκληση για τον υπερηχογραφιστή^{18,19,20}.

Τραχηλική κύηση

Η τραχηλική κύηση καταλαμβάνει το 0,1-0,4%^{21,22,45} του γενικού συνόλου των έκτοπων κυήσεων. Η υπερηχογραφική διάγνωση στηρίζεται στην απεικόνιση εμβρυϊκού σάκου εντός του ενδοτραχηλικού αυλού, κάτω από το έσω τραχηλικό στόμιο.Το σώμα της μήτρας απεικονίζεται χωρίς αύξηση του φυσιολογικού μεγέθους και με πάχυνση του ενδομητρίου. Τα τροφοβλαστικά αγγεία συνδέονται με τους κατώτερους μητριαίους κλάδους. Έτσι, με τη βοήθεια του έγχρωμου Doppler διαπιστώνεται έντονη δακτυλιοειδής αιμάτωση του έκτοπου σάκου. Η διαφορική διάγνωση από μια ατελή ενδομήτρια εκβολή με απεικόνιση υλικού κύησης στον ενδοτραχηλικό αυλό είναι σε πολλές περιπτώσεις δύσκολη.(εικ.15)



Εικόνα 13: Διάμεση κύηση 6+2 εβδ. στο (αφ) σαλπιγγικό στόμιο



Εικόνα 14: Διάμεση κύηση 6η εβδ. στο (αφ) σαλπιγγικό στόμιο



Εικόνα 15: Τραχηλική κύηση 7+3 εβδ.

Κύηση στην περιοχή ουλής καισαρικής τομής

Η εμφύτευση στο μυομήτριο στην περιοχή της ουλής προηγηθείσας καισαρικής τομής αν και ιδιαίτερα σπάνια (0,15-0,5%)^{23,7,45} δείχνει να αποκτά τα τελευταία χρόνια μεγάλο ενδιαφέρον, τόσο λόγω της δραματικής αύξησης του ποσοστού των καισαρικών τομών, όσο και λόγω του εξαιρετικά υψηλού κινδύνου που συνεπάγεται μια τέτοιου είδους κύηση για την έγκυο. Υπερηχογραφικά απεικονίζονται εμβρυϊκός σάκος και έμβρυο στην περιοχή της μηροτομής (εικ.16).

Ωοθηκική κύηση

Η συχνότητα μιας ωοθηκικής κύησης ανέρχεται σε (0,07-0,2%)^{24,45} και προέρχεται από γονιμοποίηση ενός ωαρίου πριν από την ωορρηξία ή από εμφύτευση του εμβρύου στην επιφάνεια της ωοθήκης. Η υπερηχογραφική διαφορική διάγνωση από κύηση στην περιοχή του σαλπιγγικού κώδωνα είναι δύσκολη. Η τυπική εικόνα περιλαμβάνει έντονα ηχογενή δακτυλιοειδή δομή εντός του ωοθηκικού ιστού. Σε μερικές περιπτώσεις είναι δυνατό να απεικονιστεί λεκιθικός ασκός ή και έμβρυο εντός εμβρυϊκού σάκου ο οποίος περιβάλλεται από ωοθηκικό ιστό^{24,25}.

Ενδοκοιλιακή κύηση

Εξαιτίας του μεγάλου δυναμικού διεύθυνσης του τροφοβλαστικού ιστού έχουν περιγραφεί έκτοπες εμφυτεύσεις στην περιοχή του διαφράγματος, του ήπατος, του σπλήνα, του μεσεντερίου, ακόμη και του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος²⁶. Η συχνότερη ενδοπεριτοναϊκή θέση εμφύτευσης είναι στην ελάσσονα πύελο κοντά στη μήτρα (0,03-0,05%)^{27,45}. Κατά την πρόωμη κύηση απεικονίζεται υπερηχογραφικά ηχογενής τροφοβλαστικός δακτύλιος με εμβρυϊκό σάκο κοντά σε κενή μήτρα με παχύ ενδομήτριο και σε απόσταση από τα φυσιολογικά εξαρτήματα. Προχωρημένες ενδοπεριτοναϊκές κύσεις είναι

πολύ δύσκολο να διαχωριστούν από ενδομήτρες. Κατά το διακοιλιακό υπερηχογράφημα το «τοιχώμα της μήτρας» γύρω από τον αμνιακό σάκο απεικονίζεται εξαιρετικά λεπτό, ιδιαίτερα στην περιοχή του πλακούντα.

Ετερότοπη κύηση

Η επιβεβαίωση ενδομήτριας πρόωμης κύησης σχεδόν αποκλείει μια έκτοπη κύηση, καθώς η συνύπαρξη ένδο- και εξωμήτριας κύησης (εικ. 26) (ετερότοπη κύηση) αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως εξαιρετικά σπάνια, με συχνότητα 1:30.000 κατόπιν αυτόματης σύλληψης. Ωστόσο, η ετερότοπος κύηση απαντάται πολύ συχνότερα σε κύσεις που προέκυψαν με χρήση μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (εως και 1:1000)^{15,16,45}.

Πρόωμη κύηση και ενδομήτριο σπείραμα (IUD)

Σε κύσεις που προκύπτουν παρά τη χρήση ενδομήτριου σπειράματος συνιστάται άμεση υπερηχογραφική εξέταση, κυρίως για τον αποκλεισμό έκτοπης κύησης. Όταν επιβεβαιώνεται ενδομήτριο κύηση η οποία είναι επιθυμητή, πρέπει να ελέγχεται η θέση του σπειράματος σε σχέση με τον εμβρυϊκό σάκο (εικ.17,18). Στις περισσότερες περιπτώσεις το σπείραμα απεικονίζεται στο κατώτερο τρίτο του σώματος της μήτρας ή εντός του τραχηλικού αυλού, οπότε και συνιστάται η αφαίρεση του καθώς μια παραμονή του στη μήτρα θα οδηγούσε σε αυξημένο κίνδυνο απώλειας της κύησης. Αντίθετα, εάν η θέση του σπειράματος εντοπίζεται στην ενδομήτρια κοιλότητα υψηλότερα από τον εμβρυϊκό σάκο θεωρείται προτιμότερη η παραμονή του, αφού μια προσπάθεια αφαίρεσης συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο τραυματισμού του σάκου και επακόλουθης αποβολής του. Επίσης, δε συνιστάται αφαίρεση του ενδομητρίου σπειράματος σε περιπτώσεις που η εγκυμοσύνη δι-



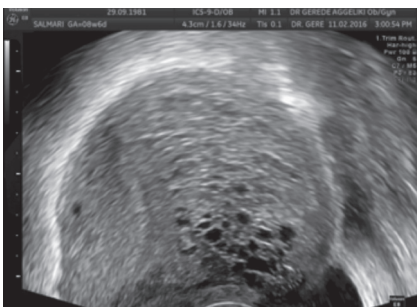
Εικόνα 16: Κύηση 5+6εβδ. στην ουλή και-σαρικής τομής



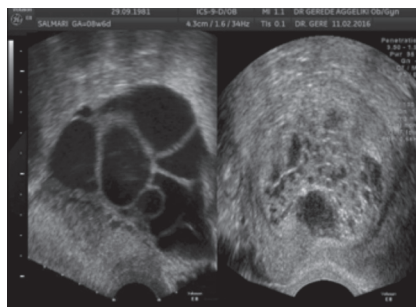
Εικόνα 17: Κύηση 6+6εβδ.- Παρουσία IUD



Εικόνα 18: Κύηση 6+6εβδ.- Παρουσία IUD



Εικόνα 19: Ολική μύλη κύηση 8+6 εβδ.



Εικόνα 20: Ολική μύλη κύηση 8+6 εβδ. - Παρουσία ωχρινικών κύστεων της θήκης στην αριστερή ωθήκη



Εικόνα 21: Μερική μύλη κύηση 16+6 εβδ. με παρουσία εμβρύου

απιστώνεται μετά την 12η εβδομάδα^{7,28,29}.

Τροφοβλαστική νόσος³⁰⁻³⁶

Για όλους τους τύπους τροφοβλαστικής νόσου στην κύηση, καθοριστικό ρόλο στη διάγνωση αποτελούν οι ιδιαίτερα αυξημένες τιμές β-HCG.

Μύλη κύηση

Η υπερηχογραφική εικόνα της μύλης κύησης ποικίλει σε σχέση κυρίως με την ηλικία κύησης κατά την οποία πραγματοποιείται η εξέταση. Στις πρώτες εβδομάδες η απεικόνιση μοιάζει με εκείνη μιας παλίνδρομης κύησης ή ατελούς εκβολής. Η παλαιότερα αναφερόμενη κλασική υπερηχογραφική εικόνα «χιονοθύελλας» στο δεύτερο τρίμηνο δεν είναι πλέον αναμενόμενη λόγω των σύγχρονων υπερηχοτομογράφων υψηλής ευκρίνειας³⁶. Συνήθως αναγνωρίζεται πληθώρα μικρών (έως 10mm σε διάμετρο) κυστικών σχηματισμών εντός μιας ιδιαίτερα διογκωμένης για την ηλικία κύησης μήτρας (εικ.19). Σε περίπτωση πλήρους μύλης κύησης δεν σχηματίζεται έμβρυο. Αντίθετα σε περιπτώσεις μερικής μύλης κύησης μπορεί να απεικονίζεται εμβρυϊκός σάκος με έμβρυο (εικ.21). Το έμβρυο τις περισσότερες φορές παρουσιάζει υπολειπόμενη ανάπτυξη. Η μερική μύλη κύηση συνδέεται σε μεγάλο ποσοστό με χρω-

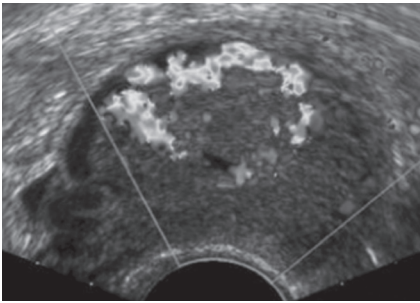
μοσωμικές ανωμαλίες του εμβρύου και ιδιαίτερα με τριπλοειδία και τρισωμίες³⁷⁻⁴⁰.

Διεισδυτική μύλη κύηση

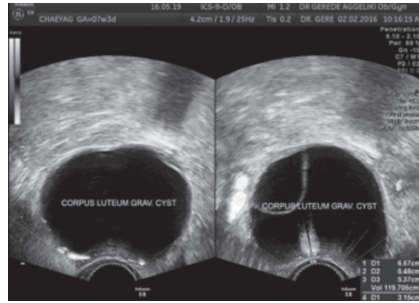
Μετά την ολοκλήρωση θεραπείας λόγω μύλης κύησης μπορεί να παρουσιαστεί διεισδυτική μύλη κύηση σε ποσοστό έως και 20%^{31,32}. Στην περίπτωση αυτή, εμφανίζεται επιθετική διεισδυση του τροφοβλαστικού ιστού στο μυομήτριο. Υπερηχογραφικά διαπιστώνεται μικρή αύξηση του μεγέθους της μήτρας με έντονα ηχογενείς εστίες εντός του μυομητρίου οι οποίες παρουσιάζουν ασαφή όρια. Η χρήση έγχρωμου Doppler φανερώσει μια ιδιαίτερα έντονη αιμάτωση των περιγεγραμμένων εστιών (εικ.22). Ο αποκλεισμός ενός χοριοκαρκινώματος δεν είναι δυνατός με τη χρήση υπερήχων.

Χοριοκαρκίνωμα

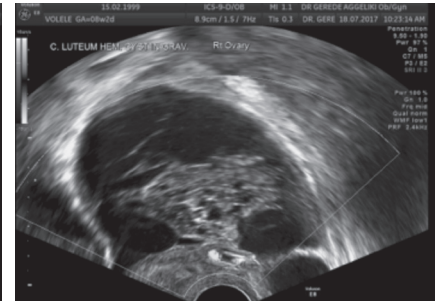
Πρόκειται για μια εξαιρετικά επιθετική, άτακτη ανάπτυξη συμπαγούς τροφοβλαστικού ιστού μέσα στο μυομήτριο συνήθως χωρίς σχηματισμό κύστεων. Τυπικά εμφανίζονται αιμορραγικές νεκρώσεις. Υπερηχογραφικά απεικονίζονται εντός του μυομητρίου τόσο ηχογενείς ασαφείς περιοχές με έντονη αιμάτωση, όσο και υποηχοϊκές εστίες οι οποίες αντιστοιχούν σε αιμορραγικές λίννες^{41,43}.



Εικόνα 22: Διεισδυτική μύλη κύηση



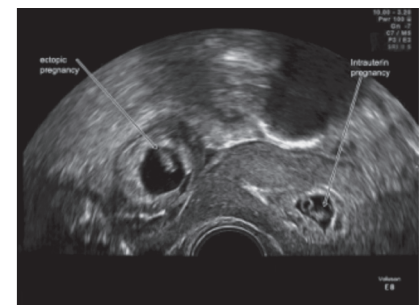
Εικόνα 23: Κύστη ωχρού σωματίου κύησης 7+3εβδ.



Εικόνα 24: Αιμορραγική κύστη ωχρού σωματίου κύησης 8+2εβδ.



Εικόνα 25: Ενδοτοιχωματικό λειομύωμα σε 16+2 εβδ. κύησης



Εικόνα 26: Ετερότοπη κύηση

Ωχρινικές κύστες της θήκης

Ένα τρίτο περίπου των ασθενών που παρουσιάζουν μύλη κύηση εμφανίζουν και ωχρινικές κύστες της θήκης^{36,37} συνήθως μάλιστα σε αμφοτέρες τις ωοθήκες (εικ.20). Η υπερηχογραφική διάγνωση τέτοιου είδους κύστεων έχει προγνωστική σημασία, καθότι 50% των ασθενών με μύλη κύηση και ωχρινικές κύστες διαμέτρου >5cm εμφανίζουν στη πορεία χοριοκαρκίνωμα.⁴³

Κύστες ωχρού σωματίου

Οι κύστες ωχρού σωματίου αποτελούν τα συχνότερα ωοθηκικά μορφώματα στην πρώιμη κύηση. Απαντώνται σε ποσοστό 20% περίπου σε αρχόμενες κύσεις και στην πλειοψηφία τους υποστρέφουν έως την 14η εβδομάδα^{7,8}. Υπερηχογραφικά απεικονίζονται ως μονόχωροι σχηματισμοί χαμηλής ηχογένειας, με λείο τοίχωμα και σαφή όρια, διαμέτρου συνήθως έως 5cm και απουσία ροής στο εσωτερικό τους (εικ.23). Σε περιπτώσεις αιμορραγικού ωχρού σωματίου κύησης απεικονίζονται ηχογενείς δομές και διαφραγμάτια εντός της κύστης (εικ.24). Οξύ κοιλιακό άλγος είναι δυνατό να προκαλέσουν ευμεγέθεις κύστες ωχρού σωματίου κύησης (σε κάποιες περιπτώσεις με συστροφή της κύστης ή ακόμα και του σύστοιχου

εξαρθήματος) καθώς και η ρήξη μιας τέτοιας κύστης (παρουσία υγρού στο Δουγλάσειο χώρο).

Συμπαγείς ωοθηκικοί όγκοι

Οι συμπαγείς όγκοι των ωοθηκών όπως π.χ. οι δερματοειδείς κύστες ή τα κυστοαδενώματα παρουσιάζουν (όπως και εκτός κύησης) ηχογενείς περιοχές ή/και διαφραγμάτια στο εσωτερικό τους. Κακοήθεις ωοθηκικοί όγκοι συναντώνται εξαιρετικά σπάνια στην κύηση. Επίσης σπάνιες είναι οι φλεγμονώδους αιτιολογίας όγκοι των εξαρτημάτων όπως πυοσαλπιγγες ή σαλπινγοωοθηκικά αποστήματα.

Λειομώματα μήτρας

Τα λειομώματα αποτελούν το δεύτερο σε συχνότητα τύπο μορφωμάτων των έσω γεννητικών οργάνων κατά την κύηση^{7,8}. Ανάλογα με τη θέση και το μέγεθος τους είναι σε θέση να επηρεάσουν την εξέλιξη της κύησης και τον τρόπο περάτωσης του τοκετού. Η νέκρωση ενός μεγάλου ινομυώματος ή η συστροφή του μίσχου ενός υπορογόνιου ινομώματος είναι δυνατό να προκαλέσουν οξύ κοιλιακό άλγος σε όλη τη διάρκεια της κύησης. Σε πολλές περιπτώσεις η απεικόνιση των ινομωμάτων επιτυγχάνεται καλύτερα με τη βοήθεια της διακοιλιακής παρά της

διακολπικής υπερηχογραφίας, ακόμα και κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Με τον τρόπο αυτό καθορίζονται πιο εύκολα η θέση και το μέγεθός τους (εικ.25). Τα λειομύματα παρουσιάζουν μικρότερη ηχογένεια σε σύγκριση με τον υπόλοιπο μυομητρικό ιστό εξαιτίας της αυξημένης τους αιμάτωσης στην κύηση. Υπορογόνια ινομύματα των πλαγίων τοιχωμάτων της μήτρας θα μπορούσαν να εκληφθούν λανθασμένα ως ωοθηκικοί όγκοι.

Συμπεράσματα

Η υπερηχογραφία και ιδιαίτερα το κολπικό υπερηχογράφημα αποτελεί στις μέρες μας το σημαντικότερο ίσως μέσο για τη διάγνωση επειγόντων περιστατικών οξείας κοιλιακού άλγους στην πρώιμη κύηση. Εκτός από τα μαιευτικά-γυναικολογικά αίτια που αναφέρθηκαν παραπάνω αναλυτικά, πρέπει να αποκλείονται επίσης η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου καθώς και συχνές παθήσεις του ουροποιητικού (λοίμωξη, λιθίαση, επίσχεση ούρων), του γαστρεντερικού (μετεωρισμός, δυσκοιλιότητα, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, γαστρεντερίτιδα, σκωληκοειδίτιδα, ελκώδης κολίτιδα, νόσος του Crohn, εκκολπωματίτιδα, ειλεός, περισφιγμένη κήλη, χολοκυστίτιδα, χολολιθίαση, παγκρεατίτιδα) και του μυοσκελετικού συστήματος (κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου).

Acute abdominal pain-pregnancy test positive

Angeliki Gerede MD, PhD, Stamatios Petousis MD, PhD
3rd Department of Ob/Gyn Aristotle University of Thessaloniki, Greece

Correspondence: Gerede A.

3rd Department of Ob/Gyn Aristotle
University of Thessaloniki, Greece
E-mail: agerede@otenet.gr

Summary

The term “acute abdominal pain” refers to diffuse or localized abdominal pain, usually characterized by peritoneal involvement. During early pregnancy, these symptoms often coexist with vaginal bleeding.

The immediate use of sonographic imaging methods, especially of vaginal ultrasound as a diagnostic tool of first choice, ensures a rapid and accurate diagnosis as well as a timely management and treatment.

The primary goal of ultrasound diagnosis is to determine an intrauterine pregnancy and the presence of an embryo with positive heart function. In addition, assessment of the uterus, the ovaries and the pouch of Douglas is necessary. A systematic approach and differential diagnosis of all possible causes of abdominal pain whether pregnancy-re-

lated or not, is required. This often necessitates close cooperation between different medical specialties.

Key words: early pregnancy complications, vaginal ultrasound, abdominal pain

Βιβλιογραφία

1. Donelle Laughlin & Robert A. Knuppel, Textbook Obstetrics.
2. Laboda, L.A., Estroff, J.A., Benacerraf, B.R.: First trimester bradycardia. A sign of impending fetal loss. J. Ultrasound Med. 8 (1989) 561-563.
3. Bromley, B., Lieberman, E., Benacerraf, B.R.: Subchorionic hemorrhage in first-trimester pregnancies: prediction of pregnancy outcome with sonography. Radiology 200 (1996) 803-806.
4. Weigel, M., Friese, K. Schmitt, W., Melchert, F.: Die prognostische Bedeutung intrauteriner Hämatome des I. und II. Trimesters für den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf. Geburtsh. u. Frauenheilk. 51 (1991) 876-881.
5. Alcazar, JLL, Balsonado, C, Laparte, C: The reliability of transvaginal ultrasonography to detect retained tissue after spontaneous first-trimester abortion, clinically thought to be complete. Ultrasound Obstet. Gynecol. 6 (1995) 126-129.
6. Milimrm, E, Brockerhoff, R, Merz, E., Beckmann, K.: Transvaginale sonographische Diagnostik im Notfall. Notfälle und Notsituationen in der Frühgravidität. Notfallmed 22 (1996) 212-218.
7. Eberhard Merz: Sonographische Diagnostik in Gynäkologie und Geburtshilfe Lehrbuch und Atlas 2012 Thieme Verlag.
8. Schneider - Husslein – Schneider: Die Geburtshilfe, Lehrbuch Springer Verlag, Auflage 2016.
9. Anderson FV, Hogan JG, Ansbacher R (2004) Sudden death: ectopic pregnancy mortality. ObstetGynecol 103(6): 1218– 1223.
10. Van den Eeden S, Shan J, Bruce C, Glasser M (2005) Ectopic pregnancy rate and treatment utilization in a large managed care organization. ObstetGynecol 105:1052-1057.
11. Condous G, Okaro E, Khalid A, Lu C, Van Huffel S, Timmermann D, Bourne T (2005) The accuracy of transvaginal ultrasonography for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgery. Hum Reprod 20(5): 1404-1409.
12. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy Green-top Guideline No. 21. RCOG/AEPU Joint Guideline | November 2016
13. Jurkovic D, Mavrelis D (2007) Catch me if you scan: ultrasound diagnosis of ectopic pregnancy. Ultrasound ObstetGynecol 30(1): 1-7.
14. The Practice Committee of the American Society of Reproductive Medicine (2004) Early diagnosis and management of ectopic pregnancy. FertilSteril 82(Suppl): 146-148.
15. Simsek T, Dogan A, Simsek M, Pestreli E (2008) Heterotopic triplet pregnancy (twin tubal) in a natural cycle with tubal rupture: case report and review of the literature. J ObstetGynaecol Res 34(4 Pt 2):759-762.
16. Reece, E.A., Petrie, R.H., Sirmans, M.F., Finster, M., Todd, W.D.: Combined intrauterine and extrauterine gestations: A review. Am. J. Obstet. Gynec. 146 (1983) 323-330.
17. Korhonen J, Stenman UH, Ylostalo P (1994) Serum human chorionic gonadotropin dynamics during spontaneous resolution of ectopic pregnancy. FertilSteril 61:632-636.
18. De Bruyne, F., Tutschel, B., Hucke, J., Crombach, G.: Interstitial pregnancy treated with local and systemic methotrexate.

- Gynecol. Obstet. Invest. 46 (1998) 133-138.
19. Lau S, Tulandi T (1999) Conservative medical and surgical management of interstitial pregnancy. *FertilSteril* 72:207-215.
 20. Tulandi T, Al-Jaroudi D (2004) Interstitial pregnancy: results generated from the Society of Reproductive Surgeons Registry. *ObstetGynecol* 103:47-50.
 21. A I Acosta, DA; Cervical pregnancy - a forgotten entity in family practice. *J. Am. Bolard Farn. Pract* 10 (1997) 290-295.
 22. Pastorelli, G., Steiner, R., Haller, U: Die Zervikalschwangerschaft. Eine gynäkologisch-geburtshilfliche Notfallsituation. *Gynäkol. Geburtsh. Rundschau* 37 (1997) 209-215.
 23. Erfolgreiche Schwangerschaft mit Frühimplantation im Bereich der Sectionarbe. C Bartmann, M Rehn, A Hönig, J Dietl, U Zollner, Universitätsfrauenklinik Würzburg-Geburtshilfe-Frauenheilkunde 2012; 72 - P35. DOI: 10.1055/s-0032-1318556.
 24. Hönig, W., Reich, O.: Vaginale Sonographie bei ovarieller Gravidität. *Ultraschall Med.* 18 (1997) 233-236.
 25. Marcus, S.F., Brinsden, P.R.: Primary ovarian pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer: a report of seven cases. *Fertil. Steril.* 60 (1993) 167-169.
 26. Zaki, Z.M.: An unusual presentation of ectopic pregnancy. *Ultrasound Obstet. Gyr col.* 11 (1998) 456-458.
 27. Dubinsky, T.J., Guerra, F., Gormaz, G., Maklad, N.: Fetal survival in abdominal pregnancy: a review of 11 cases. *J. Clin. Ultrasound* 24 (1996) 513-517.
 28. Sviggum, O, Skjeldestad, F.E., Tuveng, J.M.: Ultrasonically guided retrieval of occult IUD in early pregnancy. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 70 (1991) 355-357.
 29. Tatum, H.J., Schmidt, F.H., Jain, A.K.: Management and outcome of pregnancies associated with the Cooper T intrauterine contraceptive device. *Amer. J. Obstet. Q nec.* 126 (1976) 869-879.
 30. Altman AD, Bentley B, Murray S, Bentley JR (2008) Maternal age-related rates of gestational trophoblastic disease. *ObstetGynecol* 112:244.
 31. Berkowitz RS, Goldstein DP (1995) Gestational trophoblastic disease. *Cancer* 76:2079-2085.
 32. Berkowitz RS, Goldstein DP (2013) Current advances in the management of gestational trophoblastic disease. *GynecolOncol* 112(3):654 – 662.
 33. Kerkmeijer LG, Wiclsma S, Massuger LF et al (2007) Recurrent gestational trophoblastic disease afterhCG normalization following hydatiform mole in The Netherlands. *GynecolOncol* 106:142 Khan F, Everard J, Ahmed S, Coleman RE, Aitken M, Hancock BW (2003).
 34. Low-risk persistent gestational trophoblastic disease treated with low-dose methotrexate: efficacy, acute and long-term effects. *Br J Cancer* 89:2197-2201.
 35. Kohorn EI (2012) Imaging practices in the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: an assessment. *J Reprod Med* 57:207.
 36. Steigrad SJ (2003) Epidemiology of gestational trophoblastic diseases. *Best Pract Res ClinObstetGynaecol* 17:837-847.
 37. Jauniaux, E., Kadri, R., HustinJ.: Partial mole and triploidy: screening patients with first-trimester spontaneous abortion. *Obstet. Gynecol.* 88 (1996) 661-619.
 38. Suvanto-Luukkonen, E., Sundstrom, H., Penttinen, J., Jouppila, P.: Hydatidiform co-existent with a live fetus. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 76 (1997) 380-381.
 39. Vargas R, Barroilhet LM, Esselen K, Diver E, Bernstein M, Goldstein DP, Berkowitz RS (2014) Subsequent pregnancy outcomes after complete and partial molar pregnancy, recurrent molar pregnancy, and gestational trophoblastic neoplasia: an update from the New England Trophoblastic Disease Center. *J Reprod Med* 59:188.
 40. Wee L, Jauniaux E (2005) Prenatal diagnosis and management of twin pregnancies complicated by a co-existing molar pregnancy. *PrenatDiagn* 25:772.
 41. Scott, P., Schupfer, G.K., Bruhwiler, H.: Chorionkarzinom nach In-vitro-Fertilisation Geburtshilfe Frauenheilk. 55 (1995) 285-286.
 42. Nugent D, Hassadia A, Everard J et al (2006) Postpartum-choriocarcinoma presentation, management and survival. *J Reprod Med* 51:819 Osborne R, Dodge J (2012) Gestational trophoblastic neoplasia. *ObstetGynecolClin North Am* 39:195.
 43. Sita-Lumsden A, Short D, Lindsay I et al (2012) Treatment outcomes for 618 women with gestational trophoblastic tumours following a molar pregnancy at the Charing Cross Hospital, 2000-2009. *BrJCancer* 107:1810.
 44. Feige, Rempen Würfel, Caffier, Jawny: Frauenheilkunde.
 45. Matthias Siebert, Anjeung Kang, Basel 2012, Medizin Forum.