

SARCINĂ OVARIANĂ PRIMARĂ LA O PACIENTA CU TEST DE SARCINA NEGATIV

M. Bejenaru, Ioana Iftimie-Nastase, I. Gheju, M. Beuran
Departamentul de Chirurgie, Spitalul Clinic de Urgență, București

ECTOPIC OVARIAN PREGNANCY IN A PATIENT WITH NEGATIVE PREGNANCY TEST (ABSTRACT): Ectopic ovarian pregnancy is rarely diagnosed, its incidence accounting for 0.3-3% of all ectopic pregnancies. Of late there has been an increase in the incidence of ovarian pregnancies due to better diagnostic modalities and certain risk factors. Here we report a case of ruptured ovarian pregnancy in a 35 year-old woman, missed initially due to a negative urine pregnancy test, which was successfully managed surgically.

KEY WORDS: ECTOPIC, OVARIAN, PREGNANCY.

Correspondență: Dr. Ioana Iftimie-Nastase, Departamentul de Chirurgie, Spitalul Clinic de Urgență - Calea Floreasca nr 8, București, e-mail: dr_iftimienastaseioana@yahoo.com*.

INTRODUCERE

Sarcina extrauterină reprezintă cea mai frecventă urgență medico-chirurgicală din sfera ginecologică și este responsabilă de 10% din mortalitatea maternală [1,2].

Cea mai frecventă localizare a sarcinii extrauterine este reprezentată de trompa uterină (în 93% din cazuri) [2], cea de-a doua localizare ca frecvență fiind la nivelul ovarului (0.3-3% din sarcinile ectopice) [1-6]. Conform datelor din literatura de specialitate, incidența sarcinii ovariene este de 1:6000 până la 1:40000 de sarcini [1].

PREZENTARE DE CAZ

Pacienta în vârstă de 35 de ani, din mediul urban, nulipară, s-a prezentat la camera de gardă pentru dureri situate în etajul abdominal inferior, predominant în fosa iliacă stângă, însoțite de greață și vărsături, simptomatologia debutând cu cca 8 h anterior. Din antecedentele medicale personale patologice reținem hipotiroidism în tratament cu hormoni tiroidieni (25 mcg/zi), colecistectomie (1998) și apendicectomie (1992). Antecedentele personale fiziologice includ cicluri menstruale regulate, ultima menstră survenind cu 29 de zile anterior, fără metroragii.

La momentul internării, pacienta era afebrilă și prezenta o ușoară paloare tegumentară, TA= 110/65 mm Hg, AV=97 bpm, ritm sinusal. Examenul clinic local a relevat durere abdominală, mai ales la nivelul fosei iliace stângi. Tușeul vaginal a evidențiat un uter de dimensiuni normale, fără durere la mobilizarea colului uterin, fără leucoree sau sângerare vaginală.

* received date: 08.09.2011

accepted date: 21.10.2011

Ecografia abdominală a evidențiat o fină lamă de lichid printre ansele intestinale, în fundul de sac Douglas, în recesul hepato-renal drept, precum și prezența unor formațiuni chistice de 2.5 cm la nivelul ambelor ovare, fără a se decela prezența unui sac gestațional intrauterin.

Din punct de vedere bioumoral s-au constatat următoarele modificări: 13100/mm³ leucocite, 10.2 g/dl de hemoglobină, un hematocrit de 30.2%, restul analizelor fiind în limite normale.

S-a efectuat un test de sarcină urinar, care a fost negativ, astfel încât diagnosticul de internare a fost chist ovarian eclatat. În cursul pregătirii preoperatorii starea generală a pacientei s-a deteriorat, durerile abdominale devenind intense, obiectiv constatându-se tahicardie (AV=109 bpm), hipotensiune arterială (TA=88/72 mm Hg), o valoare a hemoglobinei de 8.2 g/dl, cu hematocrit de 25.2% și 10200 de leucocite/mm³.

S-a intervenit chirurgical, la cca 5 h de la internare, pacienta având o valoare a hemoglobinei de 7 g/dl și s-a practicat laparoscopie exploratorie. Intraoperator, s-a constatat hemoperitoneu mediu (cca 800 ml), precum și un hematom pelvin voluminos, ce ascensiona spre etajul inframezocolic, motiv pentru care s-a decis conversia. S-a practicat laparotomie exploratorie pubo-subombilicală, intraoperator constatându-se sânge și cheaguri sanguine în cantitate mare, uterul și anexa dreaptă fiind de aspect normal, la nivelul anexei stângi decelându-se o formațiune chistică cu dimensiuni de 8/6 cm, hematică, eclatată și cu sângerare activă moderată (Fig.1). S-a practicat chistectomie cu ovarorafie stângă, lavajul cavității peritoneale, urmat de drenaj Douglas.



Fig. 1 Aspect intraoperator al sarcinii ovariene

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, pacienta având o recuperare rapidă, fiind externată a 4-a zi postoperator.

DISCUȚII

Primul caz de sarcină ovariană a fost raportat în 1689 de către St. Maurice [5], incidența crescând de-a lungul timpului datorită disponibilității crescute a mijloacelor diagnostice moderne (ecografia transvaginală, dozarea β -HCG), precum și a unor factori de risc ce includ utilizarea dispozitivelor contraceptive intrauterine, inseminarea

artificială, transferul embrionar, boala inflamatorie pelvină, endometrioza și utilizarea hormonilor care stimulează ovulația [1,4,7].

Diagnosticul de sarcină constituie o provocare medicală, existând foarte puține cazuri în care acesta s-a putut stabili preoperator [7,8].

Diagnosticul pozitiv se stabilește în urma coroborării informațiilor obținute în urma ecografiei abdominale și/sau transvaginale, a dozărilor hormonale, a examenului clinic, a intervenției chirurgicale și a expertizei anatomo-patologice [7].

Din punct de vedere ecografic, sarcina intrauterină se diferențiază de cea ectopică prin evidențierea a două inele, reprezentate de decidua parietală și cea capsulară, prezente în sacul gestațional intrauterin și, respectiv, identificarea unui singur inel al sacului pseudogestațional în sarcina ectopică, cu ecogenitate mai mare decât cea a ovarului [3,7]. Aceste caracteristici sunt sugestive, dar nu definitive pentru diagnosticul de sarcină, ele putând fi întâlnite și în abcesele tubo-ovariene. Ecografia transvaginală este mult mai fidelă și constituie metoda imagistică preferată [9,10]. Sacul gestațional este identificabil la un nivel al hormonului beta HCG > 2000/ml, care reprezintă valoarea discriminatorie pentru sarcină [9].

Un nivel al hormonului beta-HCG de >6500UI/ml coroborat cu aspectul ecografic de sac gestațional intrauterin și posibilitatea extrem de mică de coexistență a unei sarcini intrauterine și a uneia ectopice, constituie criteriile de bază în diagnosticarea sarcinii intrauterine [7].

Unii autori raportează că în până la 35% din sarcinile ectopice modificările anexiale pot fi absente [9].

Din punct de vedere clinic, prezența durerii abdominale, a șocului hipovolemic, a durerii iradiate în umăr constituie semne sugestive ale complicării sarcinii ectopice, adică ruptura capsulei ovariene, cu hemoperitoneu secundar [2,8,9].

Laparoscopia exploratorie este din ce în ce mai des implementată în protocolul de diagnostic și tratament al sarcinilor ectopice, întrucât permite o mai bună explorare și abordare terapeutică a leziunilor constatate, mai ales în procedurile care asociază prezervarea ovarului [2, 4,11].

Terapia medicamentoasă cu metotrexat este indicată doar în sarcinile ectopice întregi, de vârstă mică, cu valori serice ale beta HCG <5000-10000 mUI/ml, fără activitate cardiacă fetală și dimensiuni ale complexului anexial <3-4 cm. Rata succesului la administrarea unei doze unice de metotrexat este de 87%, 8% dintre paciente necesitând și o a doua doză [4].

Din punct de vedere macroscopic, sarcina ovariană este confundată cel mai frecvent cu un corp galben hemoragic, cu un hematom ovarian sau cu o sarcină ectopică ruptă [7].

Criteriile propuse de Spiegelberg în 1882, pentru diagnosticarea sarcinii ovariene sunt valabile și astăzi și includ [3]: integritatea trompei uterine, aceasta trebuind să fie net detașată de ovar; poziția sacului gestațional trebuie să corespundă cu cea normală a ovarului; existența ligamentului utero-ovarian intact (între uter și ovar); existența de țesut ovarian normal pe piesa anatomo-patologică.

Din punct de vedere histologic, sarcina ovariană poate fi [3,8,12]: intrafoliculară, când ovulul fecundat este nidat pe fața internă a corpului galben; juxtafoliculară, când ovulul fecundat este implantat la nivelul cicatricii foliculare și depășind corticala ovariană; juxta-corticală, când sarcina este fixată în totalitate la nivelul corticalei ovariene; interstițială, când sarcina este nidată în totalitate în ovar.

Mecanismul fiziopatologic al sarcinii ovariene rezidă în capacitatea ovulului fecundat de a se implanta preferențial la nivelul cicatricei ostiumului folicular originar, care prezintă un conținut bogat în fibrină și vase de angiogeneză. Acest mecanism explică formarea sarcinilor intra și juxtafoliculare. În situații foarte rare și printr-un mecanism fiziopatologic încă necunoscut, ovulul fecundat se poate implanta la distanță de corpul galben sau chiar pe ovarul controlateral, corespunzătoare formelor histologice juxtacorticale și interstițiale [2,8]. Și mai rar, sarcina ovariană poate fi bilaterală sau componentă a unei sarcini heterotopice [2,8,9].

În literatura de specialitate se raportează că aproximativ 91% din sarcinile ovariene sunt pierdute în primul trimestru, 5.3% în al 2-lea trimestru și 3.7% în trimestrul trei. Există un singur caz de sarcină ovariană la termen [3].

Particularitatea cazului de față constă în faptul că nu s-a suspiciat prezența unei sarcini ectopice, întrucât rezultatul testului de sarcina urinar efectuat a fost negativ, iar hormonul beta HCG nu a fost dozat datorită alterării stării generale a pacientei. Diagnosticul de sarcina ovariană a fost unul strict histologic, constatându-se țesut ovarian ce delimita cheaguri fibrino-hematice și care includea vilozități coriale, membrane amniotice cu vase cu hematii nucleate și elemente stromale decidualizate.

Retrospectiv, cele 4 criterii Spiegelberg au fost îndeplinite, pacienta având trompa uterină intactă, sarcina situându-se în poziția normală a ovarului, ovarul fiind legat de uter prin ligamentul utero-ovarian intact și prezența țesutului ovarian normal asociat sarcinii.

O altă particularitate a acestui caz a fost absența metroragiilor, pacienta prezentând menstrule regulate, probabil datorită opririi în evoluție a sarcinii ectopice.

CONCLUZII

Sarcina ovariană primară este o entitate clinică foarte rară, al cărei diagnostic pozitiv este cel mai frecvent unul histologic și se stabilește pe baza celor 4 criterii Spiegelberg.

Suspiciunea unei sarcini ovariene trebuie să existe la paciente de vârstă fertilă, care au urmat tratament de fertilizare in vitro sau care utilizează dispozitive contraceptive intrauterine, cu amenoree secundară, cu dureri abdominale și al căror examen ecografic identifică prezența unei formațiuni anecogene parauterine. Testul de sarcină urinar reprezintă o metodă rapidă și ieftină de depistare a sarcinii, dar este de preferat dozarea serică a hormonului beta HCG, dacă starea generală a pacientei o permite, și sarcina ectopică nu se complică.

Tratamentul poate fi medicamentos, dacă sunt îndeplinite anumite condiții și se realizează cu Methotrexat, sau chirurgical, când se efectuează intervenții radicale (anexectomie) sau cu preservare de țesut ovarian.

BIBLIOGRAFIE

1. Das S, Kalyani R, Lakshmi V, Harendra Kumar ML. Ovarian pregnancy. *Indian J Pathol Microbiol.* 2008; 51(1): 37-38.
2. Chelli D, Gatri C, Boudaya F, Guelmami K, Zouaoui B, Sfar E, Chennoufi MB, Chelli H. Ovarian pregnancy. Report of three cases. *Tunis Med.* 2009; 87(11): 797-800.
3. Sa N, Pk V, N S, N G, Gb A, Ka R. Unruptured ovarian pregnancy following in-vitro fertilization: Missed diagnosis followed by successful laparoscopic management. *J Hum Reprod Sci.* 2008; 1(1): 39-41.
4. Bagga R, Suri V, Verma P, Chopra S, Kalra J. Failed medical management in ovarian pregnancy despite favorable prognostic factors-a case report. *Med Gen Med.* 2006; 8(2): 35.

5. Panda S, Darlong LM, Singh S, Borah T. Case report of a primary ovarian pregnancy in a primigravida. *J Hum Reprod Sci.* 2009; 2(2): 90–92.
6. Nwanodi O, Khulpateea N. The preoperative diagnosis of primary ovarian pregnancy. *J Natl Med Assoc.* 2006; 98(5): 796-798.
7. Mehmood SA, Thomas JA. Primary ectopic ovarian pregnancy (report of three cases) *J Postgrad Med.* 1985; 31(4): 219-222.
8. Sergent F, Mauger-Tinlot F, Gravier A, Verspyck E, Marpeau L. Ovarian pregnancies: reevaluation of diagnostic criteria. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2002; 31(8): 741-746.
9. Lin EP, Bhatt S, Dogra VS. Diagnostic clues to ectopic pregnancy. *Radiographics.* 2008; 28(6): 1661-1671.
10. Atzori E. Transvaginal ultrasonography in the diagnosis of primary ovarian pregnancy: case report. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1993; 3(3): 217-218.
11. Tinelli A, Hudelist G, Malvasi A, Tinelli R. Laparoscopic management of ovarian pregnancy. *JSLs.* 2008; 12(2): 169-172.
12. Jourdain O, Fontanges M, Schiano A, Rauch F, Gonnet JM. Management of other ectopic pregnancies (cornual, interstitial, angular, ovarian). *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2003; 32(7 Suppl): S93-100.
13. Seiner P, Di Gregorio A, Arisio R. Ovarian pregnancy and operative laparoscopy: report of eight cases. *Hum Reprod.* 1997; 12(3): 608-610.