

Prognosticul sarcinii ectopice

Prognosis of ectopic pregnancy

Dr. Seham SALAMA¹, Prof Dr. D. NANU^{1,2}

¹Clinica de Obstetrică-Ginecologie „Bucur”, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Ioan”, București

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

REZUMAT

Sarcina ectopică (SE) este o sarcină care se dezvoltă în altă zonă decât endometrul, adevărata incidență fiind greu de stabilit. Majoritatea sarcinilor ectopice pot fi diagnosticate înainte de ruptură, ceea ce permite dezvoltarea unei forme de abordare mai conservatoare. În ciuda îmbunătățirii metodelor de diagnostic și tratament chirurgical al SE, fertilitatea ulterioară este încă redusă. Diagnosticul precoce și tratamentul sarcinii ectopice, medicamentos sau chirurgical, va oferi un pronostic mai bun, cu menținerea fertilității și a vieții. Există o tendință generală în favoarea chirurgiei conservatoare, care apelează la laparoscop, pe lângă utilizarea mai largă a tratamentului medicamentos pe baza diferitelor substanțe.

Cuvinte cheie: sarcină ectopică, sarcină tubară, incidența sarcinii ectopice, fertilitate ulterioară

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is one that develops at any site other than the endometrium, the real incidence being difficult to establish. The majority of ectopic pregnancies are able to be diagnosed prior to rupture, which opens up a range of more conservative forms of management. Despite improved diagnostic methods and surgical treatment of EP, subsequent fertility is still poor. We conclude that the early diagnosis and treatment of ectopic pregnancy either medically or surgically will make a better prognosis with preservation of fertility and life. There is a general trend to conservative surgery using the operative laparoscope, besides the more extensive use of medical treatment by different substances.

Keywords: ectopic pregnancy, tubal pregnancy, incidence of ectopic pregnancy, subsequent fertility

INTRODUCERE

Sarcina ectopică (SE) este o sarcină care se dezvoltă în altă zonă decât endometrul: trompe uterine – 97,7% din cazuri; abdomen – 1,4%; ovare sau cervix – sub 1%.

Adevărata incidență este greu de stabilit, din cauza studiilor asupra unor populații diverse, în-

să variază de la 1/64 la 1/241 de sarcini, cu o medie de aproximativ 20 la 1.000 de sarcini. În ultimele două decenii, numărul acestora a crescut de patru ori. Sarcina ectopică continuă să fie cea mai frecventă cauză a decesului matern în prima jumătate a sarcinii și a doua la nivel general, reprezentând 10-15% din totalul deceselor materne. La această creștere au contribuit mai

Adresă de corespondență:

Dr. Seham Salama, Clinica de Obstetrică-Ginecologie „Bucur”, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Ioan”, Șoseaua Vitan-Bârzești nr. 13 București
E-mail: alloush.doctor@yahoo.com

mulți factori de risc, mai ales combinația dintre cazurile tot mai numeroase de salpingită și antibioticele tot mai puternice administrate, ceea ce duce la permeabilitatea trompelor în urma infecțiilor, când trompa este permeabilă, dar prezintă leziuni luminale. Printre factorii mai puțini importanți se numără o sarcină ectopică anterioară, microchirurgia tubară, utilizarea dispozitivelor intrauterine din cupru, anticoncepționalele cu conținut exclusiv de progesteron, expunerea la dietilstilbestrol, metodele de diagnosticare mai bune și mai rapide (ultrasunete, β -hCG). (1)

Imaginea clinică a sarcinii tubare s-a modificat în mediul occidental în ultimii ani: majoritatea sarcinilor ectopice sunt diagnosticate înainte de a distruge zona afectată, iar situația dramatică a unei rupturi tubare, cu hemoragie masivă în cavitatea peritoneală și pacienta în stare de șoc este acum mai puțin întâlnită (14). Cu toate acestea, nu trebuie să uităm că sarcina ectopică rămâne o afecțiune cu potențial letal, iar deși mortalitatea s-a diminuat, există încă câteva cazuri de deces în Regatul Unit ca urmare a sarcinii ectopice.

Cauza schimbării imaginii rezidă, pe de o parte, în faptul că femeile au devenit mai informate privind sarcina normală, simptomele acesteia și manifestările unei sarcini anormale, și pe de altă parte, în existența unui grad ridicat de suspiciune din partea medicilor generaliști și a ginecologilor, alături de disponibilitatea ecografiilor de calitate și a analizelor cantitative ale β -hCG. Astfel, majoritatea sarcinilor ectopice pot fi diagnosticate înainte de ruptură, ceea ce permite dezvoltarea unei forme de abordare mai conservatoare.

În ultimii 20 de ani, s-au produs schimbări majore în managementul sarcinii ectopice, ca urmare a diagnosticării precoce. Sarcina intrauterină ulterioară este posibilă în urma unei intervenții chirurgicale conservatoare și datorită tratamentelor medicale și echipamentelor de chirurgie laparoscopică performante.

TABELUL 1. Rezultatul reproducerii în cazul pacientelor ce doresc să rămână însărcinate după o intervenție chirurgicală radicală versus una conservatoare

Tipul de intervenție	Femei care doresc să rămână însărcinate	Femei cu sarcină intrauterină	Femei cu sarcină extrauterină
Chirurgie radicală	1.630	667 (40,9%)	231 (14%)
Chirurgie conservatoare	442	201 (45,5%)	51 (11,5%)

În unele centre, peste 90% din sarcinile ectopice sunt acum abordate laparoscopic și mai

mulți autori au menționat o frecvență a sarcinilor intrauterine de peste 50% în urma apelării la o procedură chirurgicală conservatoare, spre deosebire de o salpingectomie.

INCIDENȚA ȘI PREVALENȚA SARCINILOR ECTOPICE TUBARE

Sarcina ectopică este principala cauză de mortalitate maternă, fiind răspunzătoare de 12,2% din decesele materne, conform investigațiilor confidențiale ale deceselor materne din Marea Britanie, 1997-1999 (Confidential Enquiries into Maternal Deaths, CEMD) (HMSO, 2001).

Incidența sarcinilor ectopice este în creștere, grație unei combinații de factori, cum ar fi diagnosticarea mai rapidă și mai exactă și tehnicile de reproducere asistată. Cu toate acestea, un număr necunoscut de sarcini ectopice dispar spontan și rămân astfel nediate diagnosticate. Sarcinile ectopice apar, cu siguranță, la femeile sub 15 ani și peste 42 ani (6). Trebuie specificat și faptul că numărul per sarcini raportate este subestimat deoarece nu include copiii născuți morți și avorturile spontane, precum și o estimare corectă a avorturilor legale. Indiferent de metoda de calcul, toate frecvențele au crescut de trei-patru ori în ultimii 20 de ani.

Incidența crescută a sarcinilor ectopice în rândul femeilor mai în vârstă a fost documentată în Marea Britanie (3) și în Suedia (19). Frecvențele sunt exprimate cel mai adesea folosindu-se raportarea la 1.000 de sarcini înregistrate.

Incidența sarcinilor ectopice este mai crescută în rândul femeilor de altă rasă decât cea albă. În plus, cifrele pentru femeile din altă rasă decât cea albă sunt mai ridicate în cazul fiecărei grupe de vârstă și diferența crește în funcție de rasă. Factorii combinați, rasă și vârstă mai înaintată sunt cumulativi. De exemplu, femeile din altă rasă decât cea albă, cu vârstă între 35 și 44 de ani, erau de cinci ori mai susceptibile să aibă o sarcină ectopică decât femeile din rasa albă cu vârsta între 15 și 24 de ani. La nivel general, în 1987, o femeie din altă rasă decât cea albă prezenta un risc de sarcină ectopică de 1,4 ori mai mare decât una din rasa albă (10).

Astfel, din 1970 și până în 1987, frecvența sarcinilor ectopice în SUA a crescut de 4,9 ori. Această creștere notabilă a vizat mai mult femeile din altă rasă decât cea albă și, pentru ambele grupe rasiale, incidența a crescut odată cu vârsta (11), pentru femeile albe cu vârste între 35 și 44 de ani, 1,75 din fiecare 100 de sarcini erau ectopice; cifra pentru femeile din altă rasă decât cea albă este de 2,05 (11).

PROGNOSTICUL SARCINII TUBARE

În ciuda îmbunătățirii metodelor de diagnostic și tratament chirurgical al SE, fertilitatea ulterioară este încă redusă. Mai multe studii arată că frecvența cumulată a sarcinilor vii este de aproximativ 60% și recurența SE între 10% și 30% (7,9,12). Faptul că multe paciente au suferit de infertilitate înainte de prima SE arată că există și alți factori, în afara leziunilor provocate de o sarcină tubară, care contribuie la reducerea fertilității (17).

În general, sarcinile tubare nerupte și avorturile tubare au un pronostic mai favorabil pentru fertilitatea ulterioară decât sarcinile tubare rupte (8).

Diagnosticarea precoce, alegerea procedurii chirurgicale corecte, curățarea minuțioasă a cavității peritoneale și a sacului Douglas după hemostaza completă, alături de utilizarea soluțiilor de irigare în timpul operației și de hidrotubarea postoperatorie pot îmbunătăți fertilitatea ulterioară și pot reduce riscul de repetare a SE (2).

Rotmensch & Jaffe (15) au descoperit că 80% din sarcinile ce urmează unei sarcini tubare care a fost soluționată chirurgical vor fi intrauterine. O permeabilitate a trompelor de 72-86% a fost demonstrată de histerosalpingografie. Frecvența SIU și frecvența de repetare a SE în urma îndepărtării chirurgicale laparoscopice au fost de 67% respectiv 10,8%. S-a descoperit că șansele de reproducere în urma salpingectomiei, utilizate ca soluție pentru o sarcină ectopică, erau semnificativ mai mici (13,14).

Langer et al (7) au revizuit cazurile de sarcină ectopică ce au fost operate prin cele două me-

tode, conservatoare și radicală. Vermesh & Presser (18) au documentat rezultatele reproducerii la un an și la trei ani de la tratarea SE prin laparoscopie și laparotomie, rezultatele fiind prezentate în Tabelele 2 și 3.

După un an, 56% din paciente concepuseră după laparoscopie, respectiv 58% după laparotomie. După trei ani, 74% respectiv 86% din paciente concepuseră. Numărul total de concepții pentru ambele grupuri nu a diferit semnificativ (laparoscopie – 16, laparotomie – 26). Deși a existat o proporție mai mare de sarcini intrauterină (SIU) viabilă în cazul grupului cu laparoscopie și de AS și SE în cazul grupului cu laparotomie, diferența nu a atins o relevanță statistică. Ei au descoperit și faptul că 75% din toate concepțiile după laparoscopie au survenit într-un interval de 16 luni, față de doar 54% din concepțiile după laparotomie. Au raportat și că potențialul reproductiv după două tratamente consecutive ale unei a doua SE nu prezintă decât o importanță redusă. Aceste paciente ar trebui să fie informate asupra fertilității scăzute și a unui risc foarte ridicat pentru o altă SE, dacă trompa afectată este păstrată (Vermesh & Presser, 1992).

PERMEABILITATEA TUBARĂ ÎN URMA TRATAMENTULUI MEDICAL AL SARCINII ECTOPICE NERUPTE

J. Elito Jr., K.K. Han, L. Camano (2005) au descoperit că din 80 de paciente care au fost supuse histerosalpingografiei (HSG) după tratamentul clinic al sarcinii tubare, în perioada aprilie 1994 – februarie 2002, 30 au fost tratate cu o

TABELUL 2. Situația reproducerii în cazul pacientelor care au încercat să conceapă în urma salpingostomiei liniare prin laparoscopie sau laparotomie

Paciente care au încercat să conceapă	12 luni		36 de luni	
	Laparoscopie (n=18)	Laparotomie (n=19)	Laparoscopie (n=19)	Laparotomie (n=21)
Paciente cu SIU viabilă	8 (44%)	7 (3,7%)	12 (63%)	11 (52%)
Paciente cu AS (avort spontan)	1 (6%)	1 (5%)	1 (5%)	4 (19%)
Paciente cu SE	1 (6%)	3 (16%)	1 (5%)	4 (19%)
Total	10 (56%)	11 (58%)	14 (74%)	18 (86%)

TABELUL 3. Compararea numărului și tipului de sarcini între cele două grupuri de paciente

Nr. de sarcini	12 luni		36 de luni	
	Laparoscopie (n=10)	Laparotomie (n=11)	Laparoscopie (n=16)	Laparotomie (n=26)
SIU viabilă	8 (80%)	7 (64%)	14 (88%)	15 (58%)
AS	1 (10%)	1 (9%)	1 (6%)	6 (23%)
SE	1 (10%)	3 (27%)	1 (6%)	5 (19%)

TABELUL 4. Permeabilitatea trompei ipsilaterale observate prin HSG după tratamentul cu metotrexat (MTX) și management expectativ al sarcinii ectopice nerupte

Starea trompei	Tratament cu MTX N (%)	Management expectativ N (%)	Total N (%)
Obstrucție	5 (16)	11 (22)	16 (20)
Permeabilitate	25 (84)	39 (76)	64 (80)
Total	30 (100)	50 (100)	80 (100)

TABELUL 5. Permeabilitatea trompei contralaterale observate prin HSG după tratament cu metotrexat și management expectativ al sarcinii ectopice nerupte

Starea trompei	Tratament cu MTX N (%)	Management expectativ N (%)	Total N (%)
Obstrucție	1 (3)	4 (8)	5 (6)
Permeabilitate	29 (97)	46 (96)	75 (94)
Total	30 (100)	50 (100)	80 (100)

singură doză de MTX și 50 au fost doar urmărite. Rezultatele sunt prezentate în Tabelele 4 și 5.

CONCLUZIE

Atât sarcinile tubare nerupte, cât și avorturile tubare prezintă un pronostic mai favorabil pentru fertilizarea ulterioară decât sarcinile rupte. A fost raportată o performanță obstetrică mediocră în cazul pacientelor cu sarcină ectopică repetată. Scăderea notabilă a numărului de decese se datorează importanțelor progrese ale metodelor de diagnostic și tratament.

Tipurile de sarcini ectopice localizate în alte zone decât trompele sunt diagnosticate prin mijloace clinice, sonografice, de laborator și laparoscopice și tratate fie chirurgical, fie medicamentos.

Concluzionăm că diagnosticul precoce și tratamentul sarcinii ectopice, medicamentos sau chirurgical, va oferi un pronostic mai bun, cu menținerea fertilității și a vieții. Există o tendință generală în favoarea chirurgiei conservatoare, care apelează la laparoscop, pe lângă utilizarea mai largă a tratamentului medicamentos pe baza diferitelor substanțe.

BIBLIOGRAFIE

- Ankun W.M., Van der Veen F., Hamerlynk J.V., Lammes F.B.** Transvaginal sonography and human chorionic gonadotropin measurements in suspected ectopic pregnancy: a detailed analysis of a diagnostic approach. *Hum Reprod* 1996; 8: 1307-11
- Barnes A.B., Colera N.C., Barnes B.A.** Ectopic pregnancy: incidence and review of determinant factors. *Obstet. Gynecol Survey*. 2003; 38:345
- Beral V.** An epidemiological study for recent trends in ectopic pregnancy. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 1975; 82:775
- Coleman B.G., Baron R.L., Arger P.H., Arenson R.L., Axel L., Mayer D.P., Costello P.** Ectopic embryo detection using real time sonography. *J. Clin. Ultrasound*, 1995; 13:545-554
- Drfee R.B., Pernoll M.L.** Early pregnancy risks. In Pernoll M.L. (ed.) *Current Obstetrics and Gynecology diagnosis and treatment*. 17th ed. California, Appleton and Lange. 2003, pp. 308-320
- Goldner T.E., Lawson H.W., Xia Z., Atrash H.K.** Surveillance for ectopic pregnancy – United States, 1970-1989. *MMWR CDC Surveillance Summary*, 2005; 42:22-6; 73
- Langer R., Raziel A., Ron-El R., Golan A., Bukovsky I., Caspi E.** Reproductive outcome after conservative surgery for unruptured tubal pregnancy: a 15-years experience. *Fertil. Steril.* 1999; 54:451-455
- Marana R., Muzii L., Rizzi M., Lucisano A., Dell'Acqua S., Mancuso S.** Slapngoscopy in patients with contralateral ectopic pregnancy. *Fertil. Steril.* 2001 (April) Vol. 55, No. 4, p838
- Mitchell D.E., Mc Swain H.F., Peterson H.B.** Fertility after ectopic pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1999; 161:576-580
- Nederlof K.P., Lawson H.W., Saftlas A.F., Atrash H.K., Finch, E.L.** Ectopic pregnancy surveillance. United States, 1970-1987. *MMWR*, 1999; 39(Suppl.4):9
- Ory H.W.** Ectopic pregnancy and IUCD: New perspectives. *Obstet. Gynecol.* 1999; 57:137
- Lundorff P.** Modern management of ectopic pregnancy. Early recognition, laparoscopic treatment and fertility prospects. *Acta Obstet. Gynecol Scand.* 2002; 71:158 -159
- Pouly J., Manhes H., Mage G., Canis M., Pruhar M.** Conservative laparoscopic treatment of 321 ectopic pregnancies. *Fertil. Steril.* 2004; 46:1093-1097
- Pouly J.L., Chapron C., Manhes H., Canis M., Wattiez A., Bruhat M.A.** Multifactorial analysis of fertility after conservative laparoscopic treatment of ectopic pregnancy – an analysis of 223 patients. *Fertil. Steril.* 2004; 56:453 -460
- Rotmensch S., Jaffe R.** Non surgical management of ectopic pregnancy. *Fertil. Steril.* 2000; 48:752
- Bader T.J.** Incidence of ectopic pregnancy. *Obstet. Gynecol. Secrets* 2005. Page 89
- Tuomivaara L., Kaupilla A., Puolakka J.** Ectopic pregnancy – an analysis of the etiology, diagnosis and treatment in 552 cases. *Arch Gynecol.* 1998; 237:135 (Quoted from Williams Obstetrics 18th Edition 30:513.)
- Vermesh M.** Conservative management of ectopic gestation. *Fertil. Steril.* 1999; 51:559
- Westrom L., Bengtsson L.P.H., Mardh P.A.** Incidence, trends and risks of ectopic pregnancy in a population of women. *Br. Med. J.*, 1981; 282:15