

PROTOCOL

SARCINA ECTOPICĂ

1. EVALUARE ȘI DIAGNOSTIC

Suspiciunea unei sarcini ectopice este obligator a fi pusă în discuție în fața unor paciente aflate la vârsta reproductivă, cu amenoree, test de sarcină pozitiv (seric sau urinar), sarcină nelocalizată în cavitatea uterină ecografic, paciente cu durere abdominală, cu sau fără sângerare vaginală în primul trimestru de sarcină, pe fondul unor factori de risc constând din SE în antecedente, chirurgie tubară în antecedente, BIP în antecedente, DIU cu test de sarcină pozitiv, sarcină obținută prin tehnici de RUA, intervenții chirurgicale la nivel cervical sau uterin (în cazul SE cervicale).

SE heterotopică trebuie suspiciunată în fața unor criterii cum ar fi: sarcină obținută după FIV, uter mărit de volum, prezența unei mase anexiale, pe fond de durere abdominală, cu semne de iritație peritoneală.

SE cervicală ridică suspiciunea în fața asocierii criteriilor clinice constând din sângerare vaginală abundentă nedureroasă sau durere în hipogastru, crampe abdominale.

Diagnosticul formelor necomPLICATE de SE

Criterii anamnestice (asociate variabil): amenoree de durată variabilă, durere sub formă de colică în una din fosele iliace, metroragie negricioasă, redusă cantitativ, semne neurovegetative de sarcină.

Criterii clinice: modificări de sarcină la nivelul uterului, discordanța dintre mărimea uterului și durata amenoreei, decelarea unei formațiuni la nivelul unei zone anexiale, mobilă, dureroasă, separată de uter.

Sarcina ectopică cervicală – formă necompliată se suspectează când la examenul cu valvele orificiul cervical extern este deschis, cu posibilitatea vizualizării țesutului ovular, volumul cervixului crescut, colorație violacee; la tușeul vaginal: cervix cu consistență redusă, mărit de volum comparativ cu uterul (în clepsidră). În clinică recomandăm evitarea explorării digitale a canalului cervical în astfel de situații care pot declanșa hemoragii dramatice, indicând explorarea ecografică.

Sarcina ectopică heterotopică în formă necompliată apare în special după FIV și o suspiciunăm în caz de durere abdominală, masă anexială latero-uterină, uter mărit de volum.

Subliniem faptul că nediagnosticarea tempestivă a formelor necomPLICATE ale tuturor localizărilor ectopice posibile conduce la complicații severe materne cu risc vital.

Diagnosticul formelor complicate de SE

Diagnosticul acestor forme se suspicionează pe **criterii anamnestice:** amenoree, metroragii capricioase, negricioase, dureri în etajul abdominal inferior, lipotimie, și pe **criterii clinice** (pentru SE tubară sau heterotopică): semnele șocului hemoragic (instabilitate hemodinamică), fundul de sac Douglas deformat, sensibil.

Pentru sarcina ectopică cervicală complicația se caracterizează prin sângerare uneori fudroaiantă, durere în etajul abdominal inferior, cervix cu caracterele menționate la formele necomPLICATE, prezentând în plus deschiderea orificiului cervical extern cu sângerare abundentă.

Diagnostic paraclinic

Indicăm obligator la pacientele cu sângerare vaginală sau durere pelvină explorarea ecografică ca test diagnostic inițial, argumentând acest gest prin faptul că evidențierea unei mase anexiale sugestive pentru un sac ovular, în prezența unui test de sarcină pozitiv și a unei cavități uterine fără sac ovular induce prezumpția pentru sarcină ectopică tubară.

La categoria pacientelor cu risc de sarcină ectopică și la care s-a practicat o tehnică de RUA monitorizăm prin ecografie transvaginală din primele zile de amenoree sau odată cu pozitivarea hCG-ului.

Examenul ecografic endovaginal utilizat pentru diagnosticarea semnelor directe și indirecte de SE tubară constă în: absența sacului ovular în cavitatea uterină, pseudosac gestațional, formațiune anexială, vizualizarea embrionului cu sau fără activitate cardiacă în afara cavității uterine, vizualizarea veziculei ombilicale în afara cavității uterine, lichid în Douglas.

Subliniem că vizualizarea sacului ovular intrauterin exclude prezența unei SE (excepție: sarcina heterotopică, sarcina cornuală).

Considerăm diagnosticul de SE în cazul vizualizării unui sac gestațional ectopic cu sau fără activitate cardiacă.

În clinică, asociem examenul ecografic endovaginal avut la dispoziție cu determinarea repetată a β hCG-ului seric; rareori, având la dispoziție, utilizăm tehnica ecografică Doppler color pentru aprecierea fluxului vascular peritrofoblastic.

SE heterotopică o luăm în considerare când vizualizăm ecografic: sac ovular atât în cavitatea uterină cât și în afara acesteia, sau evidențierea sacului ovular în cavitatea uterină și a hematocelului în fundul de sac Douglas.

Diagnosticul de SE cervicală îl luăm în calcul când din punct de vedere ecografic (inclusiv Doppler) vizualizăm un sac ovular înconjurat de un inel hiperecogen în interiorul canalului cervical.

Efectuarea chiuretajului uterin ca metodă de diagnostic a SE tubare nu tranșează diagnosticul, și este grevată de complicații, motiv pentru care îl utilizăm destul de rar în clinică.

Culdcenteza o practicăm exclusiv în cazuri de hemoperitoneu acut, fără să neglijăm alte surse posibile ale hemoperitoneului în afara sarcinii ectopice.

Diagnosticul diferențial în SE necomplicată se impune cu următoarele entități: sarcina intrauterină, avort incomplet efectuat, BIP, chistul ovarian complicat, apendicita acută, diverticulita, colica reno-ureterală; **în formele complicate** cu: peritonita, infarctul entero-mezenteric, ocluzia intestinală, alte cauze de hemoperitoneu, cancer de col uterin (SE cervicală).

2. CONDUITA

Tratamentul chirurgical al SE

Tratamentul chirurgical se instituie în caz de SE tubară ruptă cu instabilitate hemodinamică, lipsa complianței sau contraindicația tratamentului medical, eșecul tratamentului medical, β hCG peste 3000 UI/l ca valoare inițială, masă anexială peste 3,5 cm, activitate cardiacă embrionară evidențiată ecografic ectopic.

Tratamentul chirurgical al SE tubare necomplicate: în funcție de experiența medicului, abordul chirurgical va fi laparotomic sau laparoscopic, cu indicația de promovare a abordului laparoscopic în locul laparotomiei la pacientele hemodinamic stabile, ca tratament chirurgical de elecție al SE tubare necomplicate, având în vedere reducerea timpului intervenției chirurgicale, a cantității de sânge pierdut intraoperator, consum redus de analgezice, durată de spitalizare redusă.

Tratamentul chirurgical al SE tubare complicate. În aceste forme, sub terapie intensivă pre, intra și postoperatorie pentru echilibrare hemodinamică,

indicăm tratamentul chirurgical al sarcinii ectopice laparotomic, utilizând cea mai rapidă metodă terapeutică a SE rupte, scopul alegerii acestei metode fiind de a realiza cât mai rapid hemostaza, influențând favorabil prognosticul vital. Eventualitățile terapeutice chirurgicale pe care le practicăm sunt: salpingectomia (trompă compromisă, hemoragie incontrollabilă, recurență pe aceeași trompă, sarcină ectopică peste 5 cm, trompă contralaterală absentă sau patologică). În această situație funcționalitatea tubară postoperatorie este redusă.

Salpingotomia laparoscopică o efectuăm ca tratament primar în cazul sarcinii ectopice tubare asociată cu trompa contralaterală patologică, și când există dorința expresă de păstrare a fertilității. În această situație, pacienta trebuie informată asupra riscului recidivei SE tubare.

Tratamentul chirurgical al SE cervicale

La pacientele stabile hemodinamic, cu valoare biologică redusă a oului sau sarcină oprită în evoluție, practicăm chiuretajul uterin ca metodă de tratament. În mod izolat s-a practicat ligatura arterelor cervicale; nu am efectuat în clinică embolizarea arterelor uterine.

Histerectomia de necesitate a fost metoda hemostatică ideală în cazurile complicate cu instabilitate hemodinamică, sau la paciente care și-au încheiat planificarea familială.

Tratamentul chirurgical al sarcinii heterotopice a constat în clinica noastră, la puținele cazuri cu care ne-am confruntat, cu practicarea laparoscopică a salpingectomiei, în condiții de stabilitate hemodinamică.

Tratamentul medical al SE tubare și cervicale este o alternativă terapeutică de viitor, de care pot beneficia pacientele la care diagnosticul se face precoce, cu toleranță la medicament, fără afecțiuni hematologice, renale, hepatice. Acest tip de terapie îl aplicăm cu consimțământul informat, în scris al pacientelor, cărora li se expun succesele, dar și posibilele eșecuri. Terapia este din ce în ce mai agreată atât de medic cât și de pacientă, datorită ușurinței administrării și posibilității tratamentului ambulator, scăzând astfel costurile.

Conform observațiilor noastre, efectele secundare ale methotrexatului au fost minime sau cel mai adesea absente. În cursul tratamentului, contactul sexual, consumul de alcool și preparatele conținând acid folic au fost contraindicate; contracepția cu estroprogestative a fost indicată pentru următoarele 6 luni.

Am respectat ca și contraindicație absolută pentru administrarea tratamentului medicamentos sarcina heterotopică; contraindicații relative: β hCG seric peste 3000 UI/l, masă anexială peste 3,5 cm, precum și contraindicațiile specifice methotrexatului.

Insistăm asupra consimțământului informat al pacientelor, asupra riscului vital pe care și-l asumă, posibilității unui tratament chirurgical ulterior, necesității monitorizării lor stricte în vederea depistării semnelor de alarmă, posibilelor efecte adverse consecutive tratamentului.

Am optat în clinică pentru tratamentul în doză unică, observând rata mai mică de efecte adverse, dar am avut și situații în care am utilizat și doze multiple, în special în cazurile care prezentau contraindicații relative (activitate cardiacă prezentă). Tratamentul îl efectuăm exclusiv parenteral, cu monitorizare clinică, biologică și ecografică, în colaborare cu secția de TI; am abandonat administrarea in situ, cu care am început tratamentul medicamentos, acest tip de administrare fiind mai invaziv, necesitând ghidaj ecografic sau laparoscopic.

În ceea ce privește atitudinea de expectativă, am adoptat-o în clinică la un număr mare de cazuri, de un număr mare de clinicieni care s-au confruntat cu un dubiu de diagnostic, la paciente stabile hemodinamic, asimptomatice sau paucisimptomatice, cu semne ecografice neconcludente pentru sarcină și localizarea ei, cu nivel inițial de β hCG seric sub 1000 UI/l, ulterior cu valori în descreștere.

La pacientele Rh negative fără izoimunizare, cu SE confirmată, recomandăm administrarea de imunoglobulină anti D.

3. URMĂRIRE ȘI MONITORIZARE

Monitorizarea a constat din urmărirea clinică, biologică și imagistică a pacientelor tratate medical sau expectativ.

La pacientele cu SE tratate medical am monitorizat apariția semnelor de alarmă (pelvialgii, sângerare vaginală, instabilitate hemodinamică, scădere nefavorabilă a concentrației de β hCG seric), întrucât nu se poate exclude posibilitatea rupturii tubare la concentrații minime de β hCG seric.

Din fericire, nu am constatat apariția efectelor secundare specifice tratamentului medicamentos (stomatite, gastrite, enterite, dermatite, neuropatie, alopecie, stare febrilă, grețuri, vărsături, creșterea transaminazelor).

Monitorizarea pacientelor supuse tratamentului expectativ am argumentat-o prin descrierea în literatură a unor cazuri de ruptură tubară la valori minime ale β hCG-ului seric.

4. ASPECTE ADMINISTRATIVE

Sarcina ectopică o considerăm urgență medico-chirurgicală și o tratăm ca atare.

Întrucât dispunem de toate posibilitățile de diagnostic precoce, în situația în care pacienta se prezintă în timp util, aceasta poate beneficia de toate opțiunile terapeutice.

Aspectul administrativ constă în faptul că echipamentul laparoscopic nu este întotdeauna complet, în stare de perfectă funcționare, iar numărul chirurgilor laparoscopiști pentru teritoriul pe care îl deservește spitalul este prea mic, lucru care poate fi remediat în viitorul apropiat.

Colectivul clinicii opiniază pentru creșterea indexului de suspiciune pentru acest tip de patologie aflată în creștere (1 – 4% din nașteri), și în special pentru formele non-tubare (3 – 5%), în contextul obstetricii contemporane.

Educația sanitară a femeilor aflate la vârsta procreației, cu factori de risc pentru SE, cu internare tempestivă în caz de suspiciune, conduc la un diagnostic precoce și implicit la o paletă largă de alternative terapeutice conservatoare, ameliorând prognosticul funcțional (fertilitatea) acestor paciente, alături de tehnicile de RUA.

Insistăm asupra asigurării cadrului organizatoric (aparatură adecvată) și formării de chirurgi laparoscopiști, pentru a asigura tratamentul celiochirurgical în SE necomplicată în orice moment.