



Τόμος 01, Τεύχος 03, 4^η Περίοδος

DOI:

Ωοθηκική εγκυμοσύνη – Μια σπάνια μαιευτική επιπλοκή

Ιωάννης Κ. Θανασάς, MD, MPH, PhD

Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα, Ελλάδα

Περίληψη: Η παρουσίαση του περιστατικού μας αφορά στην έγκαιρη διάγνωση και τη συντηρητική επεμβατική αντιμετώπιση ασθενούς με έκτοπη ωοθηκική εγκυμοσύνη. Έγκυος τεταρτοτόκος με πολλαπλές διακοπές κύησης στο ιστορικό της και φέρουσα ενδομήτριο αντισυλληπτικό σπείραμα προσήλθε στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας αναφέροντας από τις τελευταίες ημέρες μικρή κοιλιακή αιμόρροια συνοδευόμενη από βύθιο, ήπιο άλγος στην περιοχή του υπογαστρίου. Το test κύησης των ούρων ήταν θετικό. Η δευτεροπαθής αιμηνόρροια, όπως αυτή εκτιμήθηκε με βάση την τελευταία κανονική έμμηνου ρύση υπολογίσθηκε στις 8 εβδομάδες και 3 ημέρες. Το διακολπικό υπερηχογράφημα έθεσε τη διάγνωση της έκτοπης κύησης και αποφασίσθηκε η χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς. Διεχειρητικά διαπιστώθηκε η παρουσία ωοθηκικής εγκυμοσύνης δεξιά και εκτελέσθηκε σφηνοειδής εκτομή της σύστοιχης ωοθήκης. Η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα. Στην παρούσα εργασία επιχειρείται με βάση τα σύγχρονα δεδομένα μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση της σπάνιας αυτής μαιευτικής επιπλοκής, αναφορικά κυρίως με την αιτιοπαθογένεια, τη διάγνωση, την αντιμετώπιση και την πρόγνωση.

Λέξεις-κλειδιά: ωοθηκική κύηση, αιτιοπαθογένεια, διάγνωση, αντιμετώπιση, πρόγνωση.



Τόμος 01, Τεύχος 03, 4^η Περίοδος

DOI:

Ovarian pregnancy – A rare obstetrics complication

Ioannis K. Thanasas

Department of Obstetrics & Gynecology of General Hospital of Trikala, Trikala, Greece

Abstract: The presentation of our incident regard to early diagnosis and conservative invasive management of patients with excision of ovarian pregnancy. Pregnant multiparous with multiple termination of pregnancy in the historic and which contraceptive IUD went to the emergency outpatient clinics quoting from the last days vaginal hemorrhage accompanied by aching sold by pelvic pain. The urinary pregnancy test was positive. The secondary amenorrhea, as assessed based on the last normal menstrual period was estimated at 8 weeks and 3 days. The transvaginal ultrasound raised the diagnosis of ectopic pregnancy and decided surgical treatment of patients. Intraoperative revealed the presence of ovarian pregnancy on the right side and executed wedge resection of the ipsilateral ovary. The patient was discharged from our clinic on the fourth postoperative day. This paper attempts on the basis of current data a brief literature review of this rare obstetric complication, in particular in the pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis.

Keywords: ovarian ectopic pregnancy, etiopathogeny, diagnosis, management, prognosis.



1. Εισαγωγή

Ως έκτοπη κύηση ορίζεται η παθολογική κατάσταση κατά την οποία η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου γίνεται έξω από το ενδομήτριο της φυσιολογικής κοιλότητας της μήτρας (Fox, 2003). Ο ακριβής αιτιοπαθογενετικός μηχανισμός εμφύτευσης και ανάπτυξης της έκτοπης βλαστοκύστης μέχρι σήμερα δεν έχει ακόμη απόλυτα διευκρινισθεί. Γενικά, η ανώμαλη μορφολογία των σαλπίνγων, οι μεταβολές του ορμονικού περιβάλλοντος που επηρεάζουν την κινητικότητα των σαλπίνγων, οι ανωμαλίες στη διάπλαση της μήτρας, τα ξένα σώματα, οι ανωμαλίες του γονιμοποιημένου ωαρίου και το κάπνισμα σχετίζονται με τη συχνότητα εμφάνισης της έκτοπης κύησης (Kazandi and Turan, 2011).

Ο όρος «έκτοπη» είναι προτιμότερος από εκείνον της εξωμήτριας εγκυμοσύνης, διότι κάθε έκτοπη εγκατάσταση της βλαστοκύστης δεν είναι απαραίτητα και εξωμήτρια, όπως για παράδειγμα συμβαίνει στην κερατική, τη θυλακική ή την εκκολπωματική έκτοπη κύηση. Η πιο συχνή μορφή έκτοπης κύησης είναι η σαλπινγική με συχνότερη εντόπιση στη λήκυθο, στον ισθμό και στον κώδωνα, η οποία αφορά περίπου στο 95% του συνόλου των έκτοπων κυήσεων. Σπανιότερη είναι η εντόπιση στο διάμεσο τμήμα της σάλπιγγας (διάμεση έκτοπη εγκυμοσύνη) με επίπτωση που αφορά περίπου στο 2.5% των περιπτώσεων. Οι εξωσαλπινγικές εντοπίσεις της έκτοπα εγκατεστημένης τροφοβλάστης στην ωοθήκη, στον τράχηλο και στην περιτοναϊκή κοιλότητα είναι σπάνιες και αφορούν περίπου στο υπόλοιπο 2.5% του συνολικού αριθμού των έκτοπων κυήσεων (Condous, 2004; Λώλης, 2004).

2. Περιγραφή περίπτωσης

Ασθενής με τέσσερις φυσιολογικούς τοκετούς στο ιστορικό της η οποία φέρουσα ενδομήτριο αντισυλληπτικό σπείραμα προσήλθε στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας αναφέροντας από τις τελευταίες ημέρες μικρή κοιλιακή αιμόρροια συνοδευόμενη από βύθιο, ήπιο άλγος στην περιοχή του υπογαστρίου και της οσφυϊκής χώρας. Η ασθενής ήταν απύρετη, αιμοδυναμικά σταθερή και σε καλή γενική κατάσταση. Η κοιλιά της ήταν μαλακή, ευπίεστη και ανώδυνη κατά την ψηλάφηση. Με βάση την τελευταία κανονική έμμηνο ρύση η δευτεροπαθής αμηνόρροια υπολογίσθηκε στις 8 εβδομάδες και 2 ημέρες. Το test κύησης στα ούρα ήταν θετικό. Από τον επείγοντα εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε: Ht 36.9%, Hb 12.7 gr/dl, PLT 294x10³/ml, WBC 6.36x10³/ml, NEUT 54.4%. Ο πήκτικός μηχανισμός, ο βιοχημικός έλεγχος και η γενική εξέταση των ούρων ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο έλεγχος της ομαλής εξέλιξης της εγκυμοσύνης με τον ποσοτικό προσδιορισμό της β – χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης (β – hCG) που ολοκληρώθηκε 48 ώρες αργότερα έδειξε μη βιώσιμο έμβρυο (1ο δείγμα = 1040 mlU/mL, 2ο δείγμα = 1040 mlU/mL). Κατά την εισαγωγή της ασθενούς στην κλινική μας με τη γυναικολογική εξέταση διαπιστώθηκε μικρή κοιλιακή αιμόρροια σκούρου χρώματος. Το έξω τραχηλικό στόμιο ήταν κλειστό. Με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση διαπιστώθηκε ήπια ευαισθησία στη μετακίνηση του τραχήλου της μήτρας. Το διακολπικό υπερηχογράφημα ανέδειξε την παρουσία σάκου κύησης χωρίς εμβρυικά στοιχεία στην ανατομική θέση του δεξιού εξαρτήματος.

Η χαρακτηριστική υπερηχογραφική απεικόνιση (εικόνα 1) σε συνδυασμό με τον ποσοτικό προσδιορισμό της β – hCG έθεσε τη διάγνωση της έκτοπης κύησης και αποφασίσθηκε η χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς. Στο χειρουργείο υπό γενική αναισθησία μετά τη διάνοιξη του κοιλιακού τοιχώματος και του περιτοναίου διαπιστώθηκε διόγκωση της δεξιάς ωοθήκης με παρουσία μικρής ερυθρωπής μάζας στην επιφάνεια αυτής, χωρίς τη συμμετοχή της σύστοιχης σάλπιγγας στη βλάβη. Τέθηκε η διάγνωση της πιθανής έκτοπης ωοθηκικής κύησης και εκτελέσθηκε σφηνοειδής εκτομή της πάσχουσας ωοθήκης. Η ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος



επιβεβαίωσε τη διάγνωση (εικόνα 2). Μετά από ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας την 4^η μετεγχειρητική ημέρα με οδηγία για επανεξέταση στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο. Τρεις εβδομάδες αργότερα η τιμή της β - hCG ήταν μηδενική.

3. Συζήτηση

Στην ωθηκική εγκυμοσύνη η εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου αφορά στην επιφάνεια ή στο εσωτερικό του φλοιού της ωθήκης. Η ωθηκική εγκυμοσύνη δεν είναι συχνή. Αποτελεί τη συχνότερη μορφή μη σαλπινγικής έκτοπης κύησης και υπολογίζεται ότι αφορά περίπου στο 3% του συνόλου των έκτοπων κυήσεων, με επίπτωση η οποία εκτιμάται ότι αφορά σε 1: 7000 έως 40000 κυήσεις (Álvarez – Goris Mdel et al, 2015). Παρόλα αυτά όμως, η αυξημένη αγγείωση που γενικά χαρακτηρίζει την εγκυμοσύνη και η γεινίαση της έκτοπα στην ωθήκη εγκατεστημένης τροφοβλάστης με τα ωθηκικά και τα μητριαία αγγεία, είναι δυνατόν να οδηγήσει σε μαζική αιμορραγία επικίνδυνη και απειλητική για τη ζωή της εγκύου, αυξάνοντας τη μητρική θνησιμότητα κατά 10% έως 15% (Goswami et al, 2011; Bazán – Ruiz et al, 2015).

Η ωθηκική εγκυμοσύνη δεν είναι συχνή. Λιγότερες από 300 έως 400 περιπτώσεις έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία, η μεγάλη πλειονότητα των οποίων διαγιγνώσκεται στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (Álvarez – Goris Mdel et al, 2015; Elwell et al, 2015). Η ωθηκική εγκυμοσύνη διακρίνεται σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή. Η πρωτοπαθής ωθηκική έκτοπη κύηση είναι σπανιότερη και υπολογίζεται ότι αφορά σε 1: 25000 έως 1: 40000 κυήσεις (Thara et al, 2010). Η δευτεροπαθής ωθηκική εγκυμοσύνη είναι το αποτέλεσμα της γονιμοποίησης που έγινε στη σάλπιγγα και στη συνέχεια ο χοριακός ιστός εμφυτεύθηκε στην επιφάνεια της ωθήκης. Στην πρωτοπαθή μορφή της νόσου ο έκτοπος τροφοβλαστικός ιστός εγκαθίσταται στο εσωτερικό του φλοιού της ωθήκης. Η πρωτοπαθής ωθηκική κύηση μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της γονιμοποίησης και εμφύτευσης του ωαρίου μέσα στο ραγέν ωοθυλάκιο, ή το αποτέλεσμα της γονιμοποίησης που έγινε στη σάλπιγγα και το ωάριο παλινδρόμησε και εμφυτεύθηκε μέσα στο ωοθυλάκιο από το οποίο προήλθε ή μέσα σε άλλο ωοθυλάκιο. Επίσης, πρωτοπαθής ωθηκική εγκυμοσύνη μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της γονιμοποίησης που έγινε στη σάλπιγγα και το ωάριο παλινδρόμησε και εμφυτεύθηκε σε κάποια περιοχή της επιφάνειας της ωθήκης, από όπου στη συνέχεια προχώρησε στο εσωτερικό της (Παπανικολάου, 1994).

Ο ακριβής αιτιοπαθογενετικός μηχανισμός της ωθηκικής εγκυμοσύνης δεν έχει ακόμη απόλυτα διευκρινισθεί. Ο κυριότερος προδιαθεσικός παράγοντας κινδύνου που μέχρι σήμερα έχει ενοχοποιηθεί για την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου στην περιοχή του ωθηκικού ιστού είναι η χρήση των αντισυλληπτικών ενδομήτριων συσκευών (Avila – Vergara et al, 2015), όπως και στη δική μας περίπτωση. Γενικά, εκτιμάται ότι η επίπτωση της ωθηκικής έκτοπης κύησης είναι κατά πολύ μεγαλύτερη σε γυναίκες που φέρουν ενδομήτριο αντισυλληπτικό σπείραμα συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό (Annaiah and Gemmell, 2009). Επίσης, η πυελική φλεγμονώδης νόσος γενικότερα, η εφαρμογή των διαφόρων σύγχρονων τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις στην περιοχή της πυέλου συμπεριλαμβάνονται στους αιτιολογικούς παράγοντες που ευθύνονται για τη σπάνια αυτή επιπλοκή της αρχόμενης εγκυμοσύνης (Hong et al, 2010; Kamath et al, 2010; Zhu et al, 2014). Επίσης, ενδεικτικά αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία περιπτώσεις έκτοπης ωθηκικής κύησης μετά από υφολική υστερεκτομία (Fylstra, 2010).



Τόμος 01, Τεύχος 03, 4^η Περίοδος

DOI:

Η διάγνωση της ωθηκικής εγκυμοσύνης δεν είναι εύκολη και εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση στη σύγχρονη μαιευτική κλινική πράξη (Melcer et al, 2015). Οι κλινικές εκδηλώσεις δε διαφέρουν ουσιαστικά από εκείνες των έκτοπων σαλπινγικών κύψεων. Η δευτεροπαθής αιμνόρροια, το άλλοτε άλλης έντασης κοιλιακό άλγος και η ανώμαλη κοιλιακή αιμορραγία αποτελούν τα κύρια κλινικά γνωρίσματα πριν από τη ρήξη της ωθήκης, από τα οποία όμως κανένα δεν είναι παθολογικό για τη διάγνωση της ωθηκικής εγκυμοσύνης, διότι μπορούν να παρατηρηθούν και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις (Eynvazzabeh and Levine, 2006; Nama and Manyonda, 2009). Σε περίπτωση που συμβεί ρήξη της ωθηκικής εγκυμοσύνης η διαφορική διάγνωση από τη ρήξη κύστης ωχρού σωματίου ή από τη ρήξη συστραφείας κύστης ωθήκης είναι δύσκολη έως αδύνατη (Nwanodi and Khulpateea, 2006). Η ανώμαλη κοιλιακή αιμορραγία ως αποτέλεσμα της φυσιολογικής απόπτωσης του φθαρτού από την ενδομήτρια κοιλότητα μετά από τη διακοπή της τροφοβλαστικής δραστηριότητας συνήθως συνοδεύεται από ήπιο, βύθιο έως μεγαλύτερης έντασης κοιλιακό άλγος εντοπιζόμενο στο υπογάστριο και κυρίως στην περιοχή του σύστοικου λαγονίου βόθρου με την έκτοπη ωθηκική κύηση (Choi et al, 2011).

Σε αντίθεση με τα κλινικά κριτήρια, η χρήση σήμερα της διακολπικής υπερηχογραφίας σε συνδυασμό με τον ποσοτικό προσδιορισμό της β - hCG έχουν αυξήσει σημαντικά τη διαγνωστική ακρίβεια της νόσου (Karasahin et al, 2009). Υπερηχογραφικά ευρήματα, όπως είναι η απουσία ενδομήτριας κύησης, η παρουσία σάκου κύησης στην επιφάνεια ή στο εσωτερικό του φλοιού της ωθήκης με ύπαρξη χαμηλής αντίστασης σήμα το οποίο είναι ξεχωριστό από την ωθήκη και ενδεικτικό πλακουντιακής ροής αίματος συνηγορούν υπέρ της ωθηκικής εγκυμοσύνης (Comstock et al, 2005; Valentin, 2009). Είναι αδιαμφισβήτητη σήμερα η σημασία της έγκαιρης έναρξης της προγεννητικής φροντίδας με την εκτέλεση υπερηχογραφήματος κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση της παθολογικής κύησης (Lee et al, 2014). Παρόλα αυτά όμως η διάγνωση συνήθως τίθεται διεγχειρητικά (δική μας περίπτωση) (Chelli et al, 2009), ενώ την επιβεβαίωση της διάγνωσης παρέχει μόνο η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος (Ranaivoson et al, 2016). Παθολογοανατομικά κριτήρια, όπως είναι η μη συμμετοχή της σύστοικης σάλπιγγας στη βλάβη, η ύπαρξη εμβρυικού σάκου μέσα στην ωθήκη, η σύνδεση με τη μήτρα μέσω του μητροωθηκικού συνδέσμου και η παρουσία ωθηκικού ιστού στο τοίχωμα του εμβρυικού σάκου σε πολλά σημεία που απέχουν μεταξύ τους επιβεβαιώνουν τη διάγνωση της έκτοπης ωθηκικής εγκυμοσύνης (Nadarajah et al, 2002). Τέλος, στις περιπτώσεις εκείνες που τα κλινικά και υπερηχογραφικά ευρήματα είναι ασαφή και υπάρχει έντονο διαγνωστικό πρόβλημα η λαπαροσκόπηση είναι δυνατόν να βοηθήσει στη διάγνωση και επιπρόσθετα παρέχει το πλεονέκτημα της ταυτόχρονης θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου (Odejinmi et al, 2009; Begum et al, 2015).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ωθηκικής κύησης η οποία θα πρέπει να εξαρτάται από τη χρονική στιγμή της αρχικής διάγνωσης διακρίνεται σε χειρουργική και φαρμακευτική. Πιο συχνά χρησιμοποιείται η χειρουργική θεραπεία και σπανιότερα η φαρμακευτική. Η μεθοτρεξάτη αποτελεί το πιο ευρέως διαδεδομένο φαρμακευτικό σκεύασμα με τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα (Panda et al, 2009; Fritz and Speroff, 2011). Η κλασική χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου με ανοικτή ή λαπαροσκοπική προσπέλαση συνίσταται στη σφηνοειδή εκτομή της ωθήκης και τη συρραφή του εναπομείναντος ωθηκικού ιστού, όπως και στη δική μας περίπτωση. Για τις περιπτώσεις εκείνες που η διάγνωση τίθεται καθυστερημένα είναι δυνατόν να απαιτηθεί η εκτέλεση ωθηκεκτομίας ή και εξαρτηματεκτομίας (Odejinmi et al, 2009).



Η πρόγνωση εξαρτάται κυρίως από την ηλικία της εγκυμοσύνης και τη διαβρωτική δραστηριότητα της έκτοπα εγκατεστημένης τροφοβλάστης. Η αυτόματη αιμορραγία που προκαλείται μετά από τη ρήξη της ωθητικής αποτελεί την κύρια επιπλοκή της νόσου με σημαντικά αυξημένα ποσοστά μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας (Melcer et al, 2016). Στην ωθητική εγκυμοσύνη μετά από την έγκαιρη χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου τα ποσοστά επιτυχίας μελλοντικών κυήσεων θεωρούνται παρά πολύ ικανοποιητικά (Manjula et al, 2010).

4. Συμπεράσματα

Η σύγχρονη διαγνωστική προσέγγιση της ωθητικής έκτοπης εγκυμοσύνης αποτελεί ένα πολύ σημαντικό βήμα για την επιτυχή αντιμετώπιση αυτής της σπάνιας, αλλά και ταυτόχρονα επικίνδυνης για τη ζωή της εγκύου μαιευτικής επιπλοκής. Η πρώτη αναγνώριση των συμπτωμάτων και των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τη νόσο, καθώς και η σωστή εφαρμογή της σύγχρονης εξελιγμένης τεχνολογίας επιτρέπουν σήμερα την έγκαιρη διάγνωση και την άμεση εφαρμογή των πλέον κατάλληλων σύγχρονων διαθέσιμων θεραπευτικών χειρισμών, προκειμένου να εξασφαλισθεί η συντηρητικότερη αντιμετώπιση της νόσου και να μειωθεί ο αυξημένος κίνδυνος μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Αναφορές

- Álvarez – Goris Mdel P, Mendoza – Moreno JM, Sánchez – Zamora R, Torres – Rivera RA, Galicia – Pedraza AK (2015). Ovarian ectopic pregnancy with little common clinical presentation. A case report and bibliographical review. *Ginecol Obstet Mex.*; 83(9): 545 – 550.
- Annaiah TK, Gemmell J (2009). Ovarian ectopic pregnancy with IUD in situ management by conservative laparoscopic surgery using the LigaSure V device. *J Obstet Gynecol*; 29: 266 – 268.
- Avila – Vergara MA, Peña – Ayón AR, Guzmán – Gutiérrez LE, Valenzuela – Verduzco JE, Caballero – Rodríguez CB, Vadillo – Ortega F (2015). A second trimester ovarian ectopic pregnancy: A case report. *Ginecol Obstet Mex.*; 83(11): 728 – 734.
- Bazán – Ruiz S, Anchayhua – Cucchi J, Ruiz – Leud M, Castillo – Pulido P (2015). Complicated ovarian ectopic pregnancy in the second trimester of pregnancy: report of a case. *Ginecol Obstet Mex.*; 83(8): 494 – 498.
- Begum J, Pallavee P, Samal S (2015). Diagnostic dilemma in ovarian pregnancy: a case series. *J Clin Diagn Res.*; 9(4): QR01 – 3.
- Chelli D, Gatri C, Boudara F, Guelmami K, Zouaoui B, Sfar E, et al (2009). Ovarian pregnancy. Report of three cases. *Tunis Med*; 87: 797 – 800.
- Choi HJ, Im KS, Jung HJ, Lim KT, Mok JE, Kwon YS (2011). Clinical analysis of ovarian pregnancy: a report of 49 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 158: 87 – 89.
- Comstock C, Huston K, Lee W (2005). The ultrasonographic appearance of ovarian ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol*; 105: 42 – 46.
- Condous G (2004). The management of early pregnancy complications. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*; 18: 37 – 57.



- Elwell KE, Sailors JL, Denson PK, Hoffman B, Wai CY (2015). Unruptured second – trimester ovarian pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.*; 41(9): 1483 – 1486.
- Eyvazzabeh AD, Levine D (2006). Imaging of pelvic pain in the first trimester of pregnancy. *Radiol Clin North Am*; 44: 863 – 877.
- Fox H (2003). Ectopic pregnancy. In: Fox H, Wells M, editors. Haines and Taylor obstetrical and gynecological pathology. 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, pp. 1045 – 1069.
- Fritz MA, Speroff L (2011). *Clinical Gynecologic Endocrinology and infertility*. 8th Ed. Philadelphia: 2011. p. 1409.
- Fylstra DL (2010). Ectopic pregnancy after hysterectomy: a review and insight into etiology and prevention. *Fertil Steril*; 94: 431 – 435.
- Goswami D, Zutshi V, Khurana N, Tyagi S, Batra S (2011). Contralateral ovarian pregnancy after single tubal recanalisation. *J Obstet Gynaecol Res*; 37: 1463 – 1465.
- Hong SY, Kim DW, Shin JH, Seo YS, Park EJ, Park WI (2010). A case of ovarian pregnancy after ipsilateral partial salpingectomy. *J Minim Invasive Gynecol*; 17: 397 – 398.
- Kamath MS, Aleyamma TK, Muthukumar K, Kumar RM, George K (2010). A rare case report: ovarian heterotopic pregnancy after in vitro fertilization. *Fertil Steril*; 94: 1910 e9 – 11.
- Karasahin E, Ulubay M, Alanbay I (2009). Three – dimensional transvaginal and four – dimensional transabdominal ultrasound to diagnose primary ovarian twin pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*; 106: 256 – 257.
- Kazandi M, Turan V (2011). Ectopic pregnancy; risk factors and comparison of intervention success rates in tubal ectopic pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol*; 38: 67 – 70.
- Lee ML, Li BC, Robins D, Tillmanns TD (2014). Live full – term ovarian ectopic pregnancy: a case report. *J Reprod Med.*; 59(11 – 12): 607 – 610.
- Λώλης ΔΕ. Εξωμήτριος κύηση. Στο: Λώλης ΔΕ. Γυναικολογία και Μαιευτική, τόμος Β'. 2η Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 2004: 251.
- Manjula NV, Sundar G, Shetty S, Sujani BK, Mamatha (2010). A rare case of a ruptured ovarian pregnancy. *Proc Obstet Gynecol*; 1: 4.
- Melcer Y, Smorgick N, Vaknin Z, Mendlovic S, Raziel A, Maymon R (2015). Primary Ovarian Pregnancy: 43 Years Experience in a Single Institute and still a Medical Challenge. *Isr Med Assoc J.*; 17(11): 687 – 690.
- Melcer Y, Maymon R, Vaknin Z, Pansky M, Mendlovic S, Barel O, et al (2016). Primary Ovarian Ectopic Pregnancy: Still a Medical Challenge. *J Reprod Med.*; 61(1-2): 58 – 62.
- Nadarajah S, Sim LN, Loh SF (2002). Laparoscopic management of an ovarian pregnancy. *Singapore Med J*; 43: 95 – 96.
- Nama V, Manyonda I (2009). Tubal ectopic pregnancy: diagnosis and management. *Arch Gynecol Obstet*; 279: 443 – 453.
- Nwanodi O, Khulpateea N (2006). The preoperative diagnosis of primary ovarian pregnancy. *J Natl Med Assoc*; 98: 796 – 798.
- Odejimi F, Rizzuto MI, Macrae R, Olowu O, Hussain M (2009). Diagnosis and laparoscopic management of 12 consecutive cases of ovarian pregnancy and review of literature. *J Minim Invasive Gynecol*; 16: 354 – 359.



Τόμος 01, Τεύχος 03, 4^η Περίοδος

DOI:

- Panda S, Darlong LM, Singh S, Borah T (2009). Case report of a primary ovarian pregnancy in a primigravida. *J Hum Reprod Sci*; 2: 90 – 92.
- Παπανικολάου ΝΑ, Παπανικολάου ΑΝ. Έκτοπη εγκυμοσύνη. Στο: Παπανικολάου ΝΑ, Παπανικολάου ΑΝ. Μαιευτική, 3η Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1994: 257.
- Ranaivoson HV, Ranaivomanana VF, Nomenjanahary L, Andriamampionona TF, Randrianjafisamindrakotroka NS (2016). Ovarian pregnancy: about 3 cases and review of the literature. *Pan Afr Med J.*; 25: 128.
- Thapa M, Rawal S, Jha R, Singh M (2010). Ovarian pregnancy: a rare ectopic pregnancy. *JNMA J Nepal Med Assoc*; 49: 52 – 55.
- Valentin L (2009). Characterizing acute gynaecological pathology with ultrasound: an overview and case examples. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*; 23: 577 – 593.
- Zhu Q, Li C, Zhao WH, Yuan JJ, Yan MX, Qin GJ, et al (2014). Risk factors and clinical features of ovarian pregnancy: a case – control study. *BMJ Open.*; 4(12): e006447.

Νέα σειρά Johnson's® cottontouch™

Μια αγκαλιά φροντίδας από την 1η ημέρα!



Με αγνό
βαμβάκι

100%
φροντίδα
0% χρωστικές,
θειικά άλατα
& parabens

Το Johnson's® πρωτοπορεί στην παγκόσμια επιστημονική
έρευνα για τη φροντίδα της βρεφικής επιδερμίδας.



Υποαλλεργική* σύνθεση,
με ισορροπημένο pH
για την επιδερμίδα



Ενισχύει το άγγιγμα
και ενεργοποιεί
τις αισθήσεις του μωρού



Με συστατικά
φυσικής προέλευσης

η δύναμη  της φροντίδας

*Σύνθεση που ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο αλλεργιών