Αιμορραγίες 1ου τριμήνου & κύηση αγνώστου εντόπισης

Γεώργιος Ανδρουτσόπουλος

Αναπλ. Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας

Υπεύθυνος Μονάδας Γυναικολογικής Ογκολογίας

Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής

Ιατρικού Τμήματος Πανεπιστημίου Πατρών

Δεν έχω ουδεμία σύγκρουση συμφερόντων.

Αίτια

Τα πιο συχνά αίτια αιμορραγίας κατά το 1ο τρίμηνο της κύησης, είναι τα ακόλουθα:

- αυτόματη έκτρωση,
- έκτοπη κύηση,
- τροφοβλαστική νόσος της κύησης,
- τραυματισμός τραχήλου,
- φλεγμονές τραχήλου,
- τραχηλικός πολύποδας,
- καρκίνος τραχήλου.

- Hendriks E, et al. Am Fam Physician 2019.

Αυτόματη έκτρωση

Ορισμός

Σύμφωνα με τον World Health Organization, αυτόματη έκτρωση είναι η διακοπή της κύησης πριν από την 20η εβδομάδα ή με βάρος εμβρύου κάτω από 500gr.

Ορισμός

Σύμφωνα με την Ελληνική Νομοθεσία, αυτόματη έκτρωση είναι η διακοπή της κύησης πριν από την 24η εβδομάδα.

Επιδημιολογία

Επιδημιολογία

Η συχνότητα των αυτόματων εκτρώσεων ανέρχεται στο 10% του συνόλου των κυήσεων.

- ACOG. Obstet Gynecol 2018. [*ACOG Practice Bulletin #200*]

Αιτιολογία

Αιτιολογία

Οι αυτόματες εκτρώσεις μπορεί να οφείλονται σε παράγοντες σχετιζόμενους με:

- το έμβρυο,
- την μητέρα,
- τον πατέρα.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

Αιτιολογία

Οι παράγοντες του εμβρύου που σχετίζονται με αυτόματες εκτρώσεις είναι:

- χρωμοσωμικές ανωμαλίες:
  - ανευπλοειδίες (μονοσωμίες, τρισωμίες, τριπλοειδίες, τετραπλοειδίες),
  - δομικές ανωμαλίες.

- Eiben B, et al. Am J Hum Genet 1990.
- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

Gestational Age, Number of Abortions, and Frequency of Pathological Karyotypes

Week of Gestation	No. of Abortions Karyotyped	% of Chromosomally Abnormal Abortions
5–7	50	50.0
8–9	142	51.4
10–11	300	56.0
12–13	142	50.0
14–15	55	38.2
⩾16	35	22.9
Unknown	26	38.5
Overall	750	50.1[a]

[a] Hydatidiform moles excluded.

- Eiben B, et al. Am J Hum Genet 1990.

Karyotypes of 750 Spontaneous Abortions, by Gestational and Maternal Age

Karyotype	No. of Abortions	Mean ± SEM Gestational Age (wk)	Mean ± SEM Maternal Age (years)
Normal	370	11.3 ± 2.7	28.8 ± 6.1
Abnormal:	380	10.7 ± 2.3	31.6 ± 5.9
Polyploidy:			
3*n*	46	11.5 ± 2.3	28.4 ± 5.0
3*n* + 1	1		
4*n*	16	11.3 ± 1.4	29.8 ± 5.3
4*n* + 1	1		
4*n*/2*n*	16		
4*n*/2*n* + 1	2		
Trisomy:			
All	236	10.6 ± 2.6	33.5 ± 6.3
Single	229	10.6 ± 2.6	33.5 ± 6.2
Double/triple	7	9.6 ± 1.1	35.1 ± 9.6
Monosomy X	40	10.9 ± 2.0	28.0 ± 6.0
Structural anomaly	18	8.9 ± 1.5	27.8 ± 5.4
Hydatidiform mole	4		

- Eiben B, et al. Am J Hum Genet 1990.

Αιτιολογία

Οι παράγοντες της μητέρας που σχετίζονται με αυτόματες εκτρώσεις είναι:

- λοιμώξεις (Brucella abortus, Campylobacter fetus, Listeria monocytogenes, Chlamydia trachomatis, Toxoplasma gondii, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Treponema pallidum, HIV-1, group B streptococci),
- χρόνιες παθήσεις (σακχαρώδης διαβήτης, παχυσαρκία, υποθυρεοειδισμός, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος),
- καρκίνος (ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία),
- ανοσολογικοί παράγοντες,
- κληρονομική θρομβοφιλία,

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

Αιτιολογία

- χειρουργικές επεμβάσεις (που επηρεάζουν το ωχρό σωμάτιο),
- ανωμαλίες της μήτρας (ινομυώματα, σύνδρομο Asherman, συγγενείς ανωμαλίες διάπλασης, ανεπάρκεια τραχήλου μήτρας),
- τρόπος ζωής (αλκοόλ, καφεΐνη, κάπνισμα)
- επαγγελματικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες (τοξικές ουσίες).

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

Αιτιολογία

Ο παράγοντας του πατέρα που σχετίζεται με αυτόματες εκτρώσεις είναι:

- ηλικία.

- de La Rochebrochard E, et al. Am J Obstet Gynecol 2003.
- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

Table II. Effect of paternal age on risk of delay in pregnancy onset and of difficulties in having a baby among different maternal age groups

Maternal age (y)	Paternal age (y)	No.	Delay in pregnancy onset* %	Delay in pregnancy onset* Adjusted odds ratio‡	Difficulties in having a baby† %	Difficulties in having a baby† Adjusted odds ratio‡
Men with a female partner aged <30 y (n = 2287)						
<30	<40	2243	24.12	1.00	26.21	1.00
	≥40	44	27.27	1.18 (0.60, 2.32)	29.55	1.18 (0.61, 2.28)
Men with a female partner aged 30-34 y (n = 771)						
30-34	<40	716	25.00	1.00	28.21	1.00
	≥40	55	29.09	1.17 (0.63, 2.18)	40.00	1.65 (0.93, 2.93)
Men with a female partner aged 35-39 y (n = 200)						
35-39	<40	132	27.27	1.00	32.58	1.00
	≥40	68	45.59	2.21 (1.13, 4.33)	58.82	3.02 (1.56, 5.85)
Men with a female partner aged ≥40 y (n = 29)						
≥40	<40	10	50.00	—§	90.00	—§
	≥40	19	78.95	—	84.21	—

*No conception after 12 months of regular sexual relationship without the use of a birth control method.

†Delay in pregnancy onset (cf.*) or having a pregnancy that did not result in a live birth (ie, ectopic pregnancy, miscarriage or stillbirth).

‡The confidence interval is indicated in parentheses; adjusted variables were country, number of previous pregnancies, female smoking, male smoking, sexual activity, history of miscarriage, and a history of induced abortion.

§The logistic model could not be estimated because of insufficient observations.

- de La Rochebrochard E, et al. Am J Obstet Gynecol 2003.

Κλινική ταξινόμηση

Κλινική ταξινόμηση

Οι αυτόματες εκτρώσεις ταξινομούνται κλινικά σε:

- επαπειλούμενη έκτρωση,
- αναπόφευκτη έκτρωση,
- ατελή έκτρωση,
- τελεία έκτρωση,
- παλίνδρομη κύηση,
- σηπτική έκτρωση,
- καθ' έξιν εκτρώσεις.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

Επαπειλούμενη έκτρωση

Στην επαπειλούμενη έκτρωση υπάρχει αιμορραγία, αλλά το τραχηλικό στόμιο είναι κλειστό και δεν υπάρχουν πόνοι.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

Αναπόφευκτη έκτρωση

Στην αναπόφευκτη έκτρωση υπάρχει αιμορραγία, το τραχηλικό στόμιο είναι ανοικτό και υπάρχουν πόνοι.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

Ατελής έκτρωση

Στην ατελή έκτρωση αποβάλλεται μέρος του κυήματος και υπάρχουν υπολείμματα στην ενδομήτρια κοιλότητα.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

Τελεία έκτρωση

Στην τελεία έκτρωση αποβάλλεται ολόκληρο το κύημα και ο φθαρτός, η μήτρα συσπάται και σταματά η αιμορραγία.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

Παλίνδρομη κύηση

Στην παλίνδρομη κύηση, η εμβρυική απώλεια δεν προκαλεί αιμορραγία ή πόνους για αρκετό χρονικό διάστημα.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

Σηπτική έκτρωση

Σηπτική έκτρωση είναι συνήθως ατελής έκτρωση ή παλίνδρομη κύηση που επιπλέκεται με μικρόβια και το περιεχόμενο της μήτρας γίνεται σηπτικό.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

Καθ' έξιν εκτρώσεις

Καθ' έξιν εκτρώσεις είναι οι τρεις ή περισσότερες κλινικά αναγνωρισμένες εμβρυικές απώλειες, πριν από την 20η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

Table III. Predicted percentage success rate of subsequent pregnancy according to age and previous miscarriage history

Age (years)	Number of previous miscarriages			
	2	3	4	5
20	**92 (86–98)**	**90 (83–97)**	**88 (79–96)**	85 (74–96)
25	**89 (82–95)**	**86 (79–93)**	**82 (75–91)**	79 (68–90)
30	**84 (77–90)**	**80 (74–86)**	**76 (69–83)**	71 (61–81)
35	77 **(69–85)**	**73 (66–80)**	**68 (60–75)**	62 (51–74)
40	69 (57–82)	64 (52–76)	58 (45–71)	52 (37–67)
45	60 (41–79)	54 (35–72)	48 (29–67)	42 (22–62)

Values are percentages with 95% confidence intervals (CI) shown in parentheses. Where the CI <20%, the values are shown in bold print.

- Brigham SA, et al. Hum Reprod 1999.

Διαγνωστική προσέγγιση

Διαγνωστική προσέγγιση

Η διαγνωστική προσέγγιση της αυτόματης έκτρωσης γίνεται με:

- κλινική εξέταση,
- υπερηχογράφημα,
- διαδοχικές μετρήσεις β-hCG.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

Θεραπευτική προσέγγιση

Θεραπευτική προσέγγιση

Αν και παραμένει αμφιλεγόμενη, η θεραπευτική προσέγγιση της επαπειλούμενης αυτόματης έκτρωσης βασίζεται σε:

- χορήγηση φαρμάκων (προγεστερόνη),
- κλινοστατισμό.

- ACOG. Obstet Gynecol 2018. [*ACOG Practice Bulletin #200*]

Θεραπευτική προσέγγιση

Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις αυτόματης έκτρωσης γίνεται:

- εκκένωση της μήτρας από το περιεχόμενό της:
  - φαρμακευτικά (προσταγλανδίνες),
  - μηχανικά.
- χορήγηση αντιβιοτικών για πρόληψη λοιμώξεων.

- ACOG. Obstet Gynecol 2018. [*ACOG Practice Bulletin #200*]

Έκτοπη κύηση

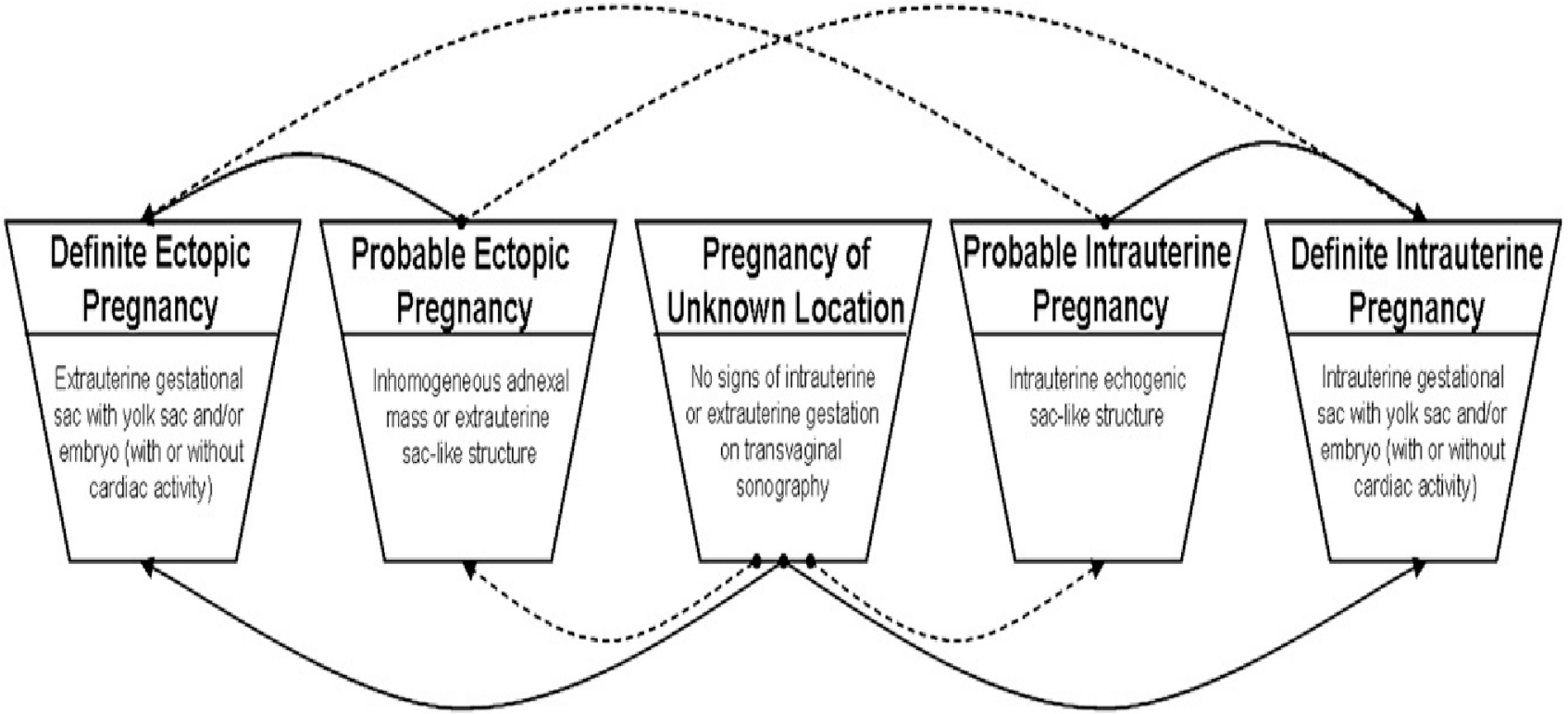
Ορισμός

Έκτοπη χαρακτηρίζεται η κύηση στην οποία η βλαστοκύστη εμφυτεύεται εκτός της ενδομητρίου κοιλότητας.

- Barnhart K, et al. Fertil Steril 2011.
- ACOG. Obstet Gynecol 2018. [*ACOG Practice Bulletin #193*]

FIGURE 1

Classification of ultrasound findings for a woman with a positive pregnancy test.



Barnhart. Nomenclature for pregnancy of unknown location. Fertil Steril 2011.

- Barnhart K, et al. Fertil Steril 2011.

Επιδημιολογία

Επιδημιολογία

Η συχνότητα της έκτοπης κύησης ανέρχεται στο 2% του συνόλου των κυήσεων.

- CDC. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1995.

Προδιαθεσικοί παράγοντες

Προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση εκτόπου κυήσεως είναι:

- φλεγμονές και συμφύσεις σαλπίγγων,
- φλεγμονές και συμφύσεις παρακειμένων οργάνων,
- χειρουργικές επεμβάσεις σε σάλπιγγες και σε παρακείμενα όργανα,
- συγγενείς ανωμαλίες έσω γεννητικών οργάνων,
- ενδομητρίωση,
- ιστορικό εκτόπου κυήσεως,
- υπογονιμότητα και υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.
- ACOG. Obstet Gynecol 2018. [*ACOG Practice Bulletin #193*]

Ταξινόμηση

Ταξινόμηση

Ανάλογα με την θέση εμφύτευσης, η έκτοπη κύηση ταξινομείται σε:

- σαλπιγγική 95-96%
- ωοθηκική 1-3%,
- τραχηλική 1%,
- κοιλιακή 1%,
- ουλή καισαρικής τομής 1-3%.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.
- ACOG. Obstet Gynecol 2018. [*ACOG Practice Bulletin #193*]

Table I. Distribution of the sites of ectopic pregnancy (EP): Auvergne register (France) 1992–2001

	Interstitial	Isthmic	Ampullary	Fimbrial	Ovarian	Abdominal	Total
n	41	201	1175	186	54	22	1679
%	2.4	12.0	70.0	11.1	3.2	1.3	
Variations across 2 year time periods[a]							
1992–1993	1.2	11.1	72.1	10.3	2.4	2.9	341
1994–1995	1.8	9.0	73.6	12.1	2.6	0.8	387
1996–1997	3.0	11.1	70.3	10.1	5.1	0.7	297
1998–1999	4.2	14.0	65.3	12.5	3.6	0.6	337
2000–2001	2.2	15.1	68.1	10.1	2.8	1.6	317

[a]$P < 0.04$ for the comparison between the distributions of EP sites.

- Bouyer J, et al. Hum Reprod 2002.

Κλινική εικόνα

Κλινική εικόνα

Αρχικά, οι ασθενείς με έκτοπη κύηση εμφανίζουν:

- καθυστέρηση εμμήνου ρύσεως,
- άλγος υπογαστρίου,
- κολπική αιμόρροια.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

Κλινική εικόνα

Η έκτοπη κύηση που δεν έχει ραγεί, μπορεί να γίνει αντιληπτή σαν πυελική μάζα.

- ACOG. Obstet Gynecol 2018. [*ACOG Practice Bulletin #193*]

Κλινική εικόνα

Η έκτοπη κύηση μπορεί να καταλήξει τελικά σε:

- ρήξη,
- ωαγωγική έκτρωση,
- παλινδρόμηση.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

Κλινική εικόνα

Σε περίπτωση ρήξης της έκτοπης κύησης, οι ασθενείς εμφανίζουν:

- συμπτώματα και σημεία εσωτερικής αιμορραγίας.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.
- ACOG. Obstet Gynecol 2018. [*ACOG Practice Bulletin #193*]

Διαγνωστική προσέγγιση

Διαγνωστική προσέγγιση

Η διάγνωση της έκτοπης κύησης γίνεται με:

- κλινική εξέταση,
- υπερηχογράφημα,
- διαδοχικές μετρήσεις β-hCG.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.
- ACOG. Obstet Gynecol 2018. [*ACOG Practice Bulletin #193*]

Table 2. Overall Minimal Increase in Human Chorionic Gonadotropin Concentration From Initial Presentation

Initial hCG level (Milli-International Units/mL)	1 D Later	2 D Later	7 D Later
100	1.37	1.84	6.43
500	1.29	1.64	4.28
1,000	1.25	1.55	3.53
1,500	1.23	1.49	3.12
2,000	1.22	1.46	2.86
2,500	1.20	1.43	2.66
3,000	1.19	1.40	2.50
3,500	1.18	1.38	2.38
4,000	1.18	1.36	2.27
4,500	1.17	1.35	2.17
5,000	1.16	1.33	2.09

hCG, human chorionic gonadotropin.
Data represent the predicted increase (multiples of initial value) at the first percentile for women with ongoing intrauterine pregnancies.

- Barnhart KT, et al. Obstet Gynecol 2016.

Table 1. Serum β-Human Chorionic Gonadotropin Levels and Predicted Probability of Detection in Viable Intrauterine Gestations (n=366)

	β-hCG Level for Given Predicted Probability (95% CI) of Visualizing Structure*				
	50%	90%	95%	99%	Highest β-hCG Where Structure Not Seen
Gestational sac	879 (553–1,310)	1,918 (1,368–3,970)	2,363 (1,641–5,201)	3,510 (2,294–8,910)	2,317
Yolk sac	1,826 (1,211–2,516)	5,412 (3,843–9,037)	7,832 (5,293–15,007)	17,716 (10,264–48,132)	9,975
Fetal pole	10,091 (7,753–12,619)	24,599 (20,120–31,982)	30,982 (25,021–41,374)	47,685 (37,346–66,919)	35,486

β-hCG, β-human chorionic gonadotropin; CI, confidence interval.

* Logistic regression model using fractional polynomials to quantify the association between serum β-hCG level and probability of visualizing each structure through transvaginal ultrasonography. Gestational sac and fetal pole modeled using $\beta\text{-hCG}^{0.5}$.

- Connolly A, et al. Obstet Gynecol 2013.

Διαγνωστική προσέγγιση

Όταν υπάρχουν διαγνωστικές δυσκολίες, μπορούμε να προχωρήσουμε σε:

- παρακέντηση δουγλάσειου χώρου,
- διαγνωστική απόξεση,
- διαγνωστική λαπαροσκόπηση.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

Θεραπευτική προσέγγιση

Θεραπευτική προσέγγιση

Η αντιμετώπιση της έκτοπης κύησης περιλαμβάνει:

- χορήγηση μεθοτρεξάτης,
- χειρουργική εξαίρεση της έκτοπης κύησης.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

TABLE 1

Contraindications to MTX therapy (25, 26, 29–31).

Absolute contraindications

- Intrauterine pregnancy
- Evidence of immunodeficiency
- Moderate to severe anemia, leukopenia, or thrombocytopenia
- Sensitivity to MTX
- Active pulmonary disease
- Active peptic ulcer disease
- Clinically important hepatic dysfunction
- Clinically important renal dysfunction
- Breastfeeding
- Ruptured ectopic pregnancy
- Hemodynamically unstable patient

Relative contraindications

- Embryonic cardiac activity detected by transvaginal ultrasonography
- High initial hCG concentration (>5,000 mIU/mL)
- Ectopic pregnancy >4 cm in size as imaged by transvaginal ultrasonography
- Refusal to accept blood transfusion
- Inability to participate in follow-up

Note: MTX = methotrexate.

Practice Committee. Medical treatment of ectopic pregnancy. Fertil Steril 2013.

- ASRM. Fertil Steril 2013. [*Committee Opinion*]

TABLE 3

Single-dose MTX treatment protocol (33).

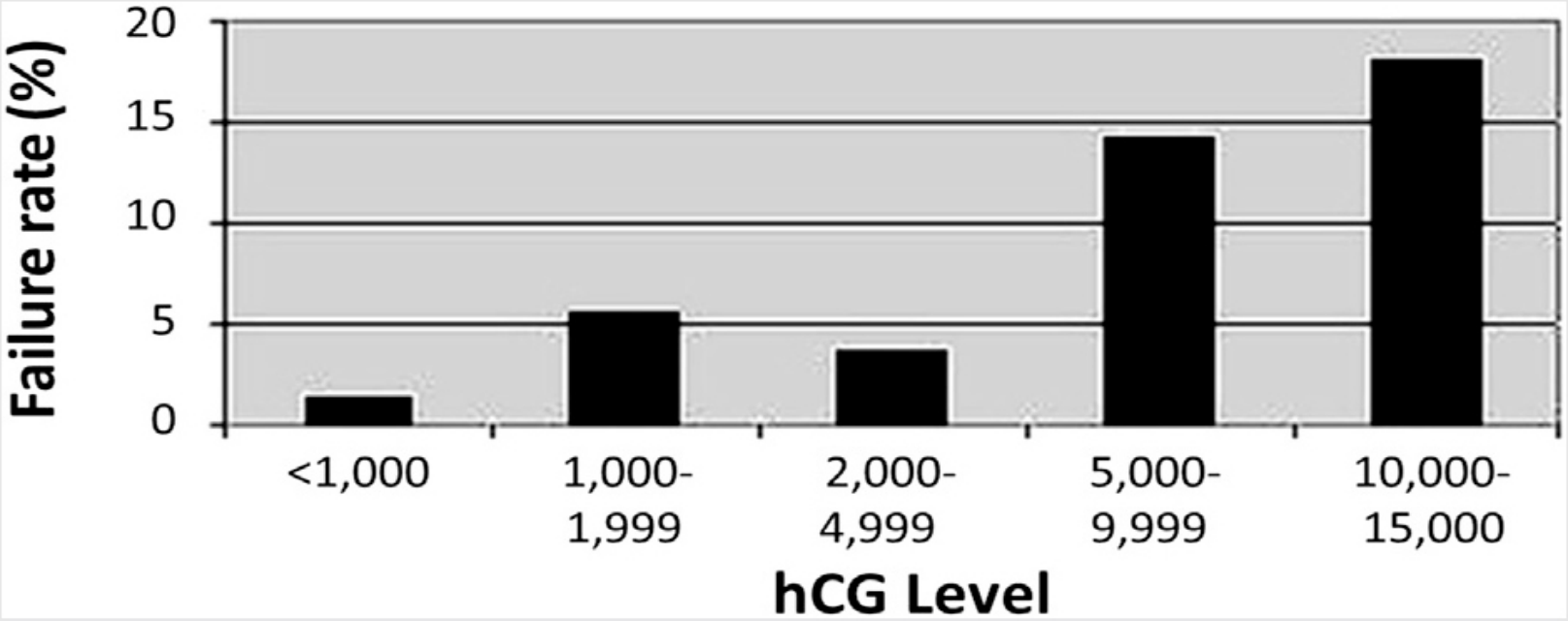
Treatment day	Laboratory evaluation	Intervention
Pretreatment	hCG, CBC with differential, liver function tests, creatinine, blood type, and antibody screen	Rule out spontaneous abortion Rhogam if Rh negative
1	hCG	MTX 50 mg/m^2 IM
4	hCG	
7	hCG	MTX 50 mg/m^2 IM if β-hCG decreased <15% between days 4 and 7

Note: CBC = complete blood count; MTX = methotrexate; IM = intramuscularly.

Practice Committee. Medical treatment of ectopic pregnancy. Fertil Steril 2013.

- ASRM. Fertil Steril 2013. [*Committee Opinion*]

FIGURE 1



Single-dose MTX treatment failure based on hCG level. ASRM Practice Committee, Fertility and Sterility 2008, Medical Management of Ectopic Pregnancy.

Practice Committee. Medical treatment of ectopic pregnancy. Fertil Steril 2013.

- ASRM. Fertil Steril 2013. [*Committee Opinion*]

Τροφοβλαστική νόσος της κύησης

Ορισμός

Η τροφοβλαστική νόσος της κύησης προέρχεται από τον παθολογικό πολλαπλασιασμό των κυττάρων της τροφοβλάστης.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.
- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]

Ταξινόμηση

Ταξινόμηση

Η τροφοβλαστική νόσος της κύησης ταξινομείται σε:

- υδατιδώδη μύλη κύηση,
- τροφοβλαστική νεοπλασία της κύησης.

- Lurain JR. Am J Obstet Gynecol 2010.
- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]

TABLE

Clinicopathologic features of gestational trophoblastic disease

Gestational trophoblastic disease	Pathologic features	Clinical features
Hydatidiform mole, complete	46,XX (mainly); 46,XY Absent fetus/embryo Diffuse swelling of villi Diffuse trophoblastic hyperplasia	15-20% trophoblastic sequelae hCG often >100,000 mIU/mL Medical complications
Hydatidiform mole, partial	Triploid (69, XXY; 69, XYY; 69 XXX) Abnormal fetus/embryo Focal swelling of villi Focal trophoblastic hyperplasia	<5% trophoblastic sequelae hCG usually <100,000 mIU/mL Rare medical complications
Invasive mole	Myometrial invasion Swollen villi Hyperplastic trophoblast	15% metastatic–lung/vagina Most often diagnosed clinically, rather than pathologically
Choriocarcinoma	Abnormal trophoblastic hyperplasia and anaplasia Absent villi Hemorrhage, necrosis	Vascular spread to distant sites–lung/brain/liver Malignant disease
PSTT	Tumor cells infiltrate myometrium with vascular/lymphatic invasion Intermediate cells/absent villi Less hemorrhage and necrosis Tumor cells stain positive for hPL	Extremely rare hCG levels less reliable indicator Relatively chemoresistant Mainly surgical treatment

hCG, human chorionic gonadotropin; *hPL*, human placental lactogen; *PSTT*, placental site trophoblastic tumor.

Lurain. Gestational trophoblastic disease I. Am J Obstet Gynecol 2010.

- Lurain JR. Am J Obstet Gynecol 2010.

Υδατιδώδης μύλη κύηση

Η υδατιδώδης μύλη κύηση ταξινομείται σε:

- μερική μύλη κύηση (το φυσιολογικό ωάριο γονιμοποιείται από 2 σπερματοζωάρια και προκύπτει τριπλοειδισμός),
- ολική μύλη κύηση (ένα κενό ωάριο γονιμοποιείται από 1 σπερματοζωάριο και μετά τον διπλασιασμό των πατρικών χρωμοσωμάτων προκύπτει μη βιώσιμο έμβρυο).

- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2018. [*Figo Cancer Report*]
- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]

Τροφοβλαστική νεοπλασία της κύησης

Η τροφοβλαστική νεοπλασία της κύησης ταξινομείται σε:

- διεισδυτική μύλη,
- χοριοκαρκίνωμα,
- τροφοβλαστικό όγκο στη θέση του πλακούντα,
- επιθηλιοειδή τροφοβλαστικό όγκο.

- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2018. [*Figo Cancer Report*]
- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]

Διεισδυτική μύλη

Η διεισδυτική μύλη διηθεί το μυομήτριο.

Στο 15% των περιπτώσεων δίνει μεταστάσεις στους πνεύμονες ή στον κόλπο.

- Lurain JR. Am J Obstet Gynecol 2010.

Χοριοκαρκίνωμα

Το χοριοκαρκίνωμα είναι αιμορραγικός και νεκρωτικός όγκος.

Διηθεί το μυομήτριο και τα αγγεία δίνοντας απομακρυσμένες αιματογενείς μεταστάσεις (πνεύμονες, εγκέφαλο, ήπαρ, νεφρά, πεπτικό, σπλήνα και κόλπο).

- Lurain JR. Am J Obstet Gynecol 2010.
- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]

Χοριοκαρκίνωμα

Το 50% των περιπτώσεων χοριοκαρκινώματος αναπτύσσεται ύστερα από υδατιδώδη μύλη κύηση, το 25% ύστερα από τελειόμηνη κύηση και το 25% ύστερα από αυτόματη έκτρωση ή έκτοπη κύηση.

- Lurain JR. Am J Obstet Gynecol 2010.
- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]

Τροφοβλαστικός όγκος στη θέση του πλακούντα

Ο συγκεκριμένος τροφοβλαστικός όγκος εμφανίζεται στην θέση εμφύτευσης του πλακούντα και συνήθως δίνει λεμφογενείς μεταστάσεις.

- Lurain JR. Am J Obstet Gynecol 2010.

Επιθηλιοειδής τροφοβλαστικός όγκος

Ο επιθηλιοειδής τροφοβλαστικός όγκος είναι σπάνια μορφή τροφοβλαστικού όγκου στη θέση του πλακούντα και μοιάζει με καρκίνωμα.

Συνήθως εμφανίζεται αρκετά χρόνια μετά από τελειόμηνη κύηση.

- Lurain JR. Am J Obstet Gynecol 2010.

Επιδημιολογία

Επιδημιολογία

Η συχνότητα της υδατιδώδους μύλης κύησης είναι αυξημένη στην Ιαπωνία και στη Νοτιοανατολική Ασία.

Στην Ευρώπη η συχνότητα της είναι 0,57-1,1 περιπτώσεις ανά 1000 εγκυμοσύνες.

- Lurain JR. Am J Obstet Gynecol 2010.

Επιδημιολογία

Η συχνότητα της τροφοβλαστικής νεοπλασίας της κύησης είναι αυξημένη στην Ιαπωνία και στη Νοτιοανατολική Ασία.

Στην Ευρώπη η συχνότητα της είναι 1 περίπτωση ανά 40000 εγκυμοσύνες.

- Lurain JR. Am J Obstet Gynecol 2010.

Επιδημιολογία

Η τροφοβλαστική νεοπλασία της κύησης αναπτύσσεται στο 15 έως 20% των περιπτώσεων ολικής υδατιδώδους μύλης κύησης και στο 5% των περιπτώσεων μερικής υδατιδώδους μύλης κύησης.

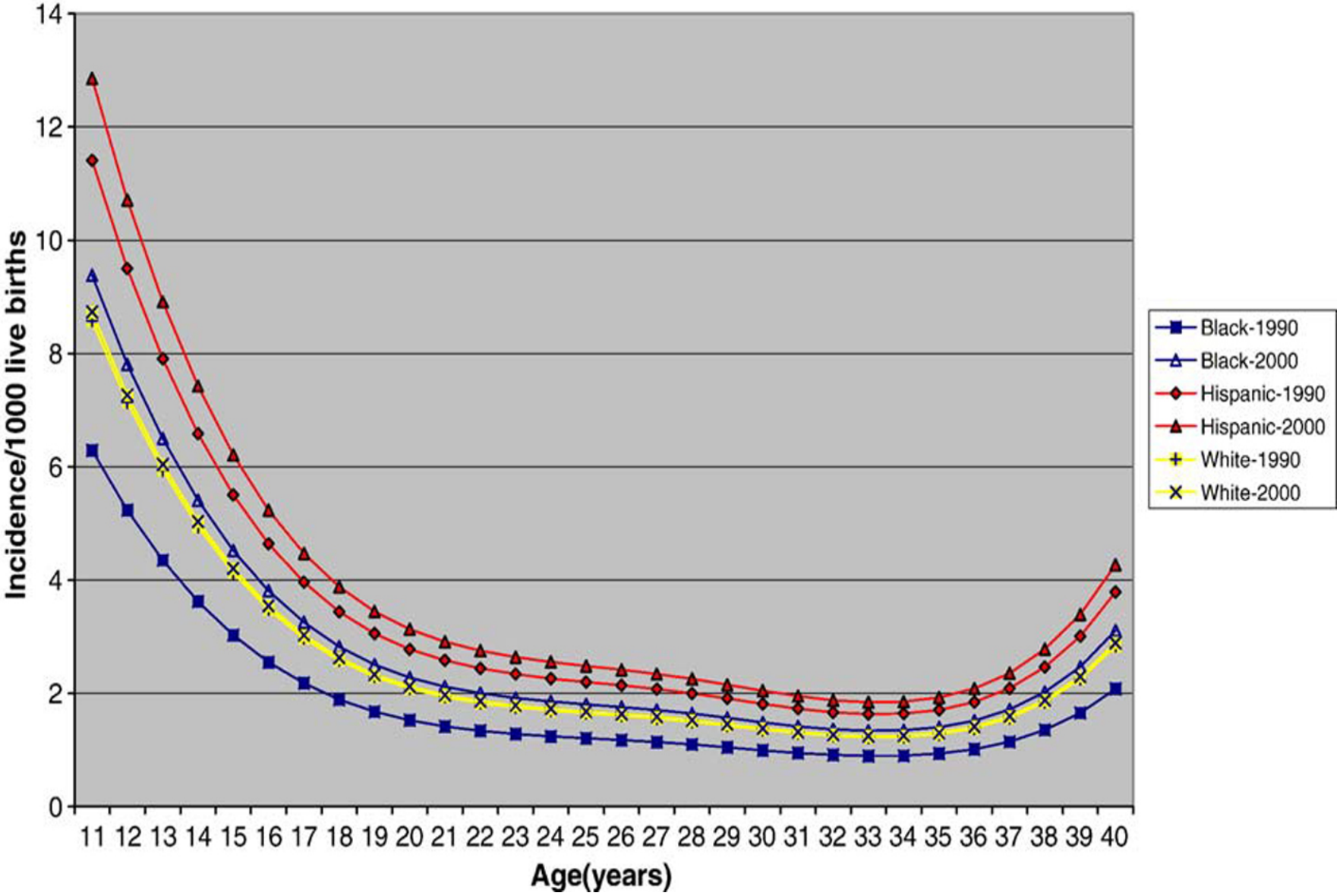
- Lurain JR. Am J Obstet Gynecol 2010.

Προδιαθεσικοί παράγοντες

Προδιαθεσικοί παράγοντες για την ανάπτυξη τροφοβλαστικής νόσου της κύησης είναι:

- η ηλικία (< 20 ετών και > 40 ετών),
- το ιστορικό υδατιδώδους μύλης κύησης,
- η καταγωγή (Ινδιάνες, Ασιάτισσες και Αφροαμερικανίδες),
- άλλοι παράγοντες:
  - αντισυλληπτικά (παρατεταμένη λήψη),
  - ιστορικό αυτόματων εκτρώσεων,
  - έλλειψη βιταμινών,
  - κάπνισμα.

- Lurain JR. Am J Obstet Gynecol 2010.



- Drake RD, et al. Gynecol Oncol 2006.

Table III. GTD risk by age and ethnicity (1973-1997)

	Category			
Factor	*Relative risk:* live birth as denominator† (95% CI)*	*P value*	*Relative risk:*women-years as denominator‡ (95% CI)*	*P value*
Age (y)§		<.001		<.001
10-14	4.92 (2.60-9.30)	<.001	0.05 (0.02-0.09)	<.001
15-19	2.13 (1.77-2.58)	<.001	1.19 (0.98-1.43)	.078
20-24	1.20 (1.00-1.45)	.053	1.35 (1.12-1.62)	.002
25-29	1.00		1.00	
30-34	0.96 (0.75-1.22)	.74	0.55 (0.43-0.70)	<.001
35-39	1.28 (0.94-1.74)	.089	0.30 (0.22-0.41)	<.001
40-49	3.54 (2.40-5.20)	<.001	0.11 (0.08-0.16)	<.001
Ethnicity‖		.0001		.0001
American Indian	1.58 (1.32-1.89)	<.001	3.13 (2.62-3.74)	<.001
Non-Hispanic white	1.00		1.00	
Hispanic white	0.91 (0.78-1.05)	.19	1.50 (1.29-1.74)	<.001

*Risk for all GTD cases (complete, partial, and invasive mole; choriocarcinoma) relative to baseline (age [20-24 years] and ethnicity [non-Hispanic white]).

†Live births in New Mexico residents 10 to 40+ years old, by 5-year age group increments.

‡New Mexico women residents 10 to 49 years old, by 5-year age increments.

§Baseline: 25 to 29 years of age.

‖Baseline: Non-Hispanic white.

- Smith HO, et al. Am J Obstet Gynecol 2003.

Κλινικά συμπτώματα

Κλινικά συμπτώματα

Οι ασθενείς με υδατιδώδη μύλη κύηση, εμφανίζουν:

- αμηνόρροια,
- ναυτία και έμετο,
- κολπική αιμόρροια,
- δυσανάλογα αυξημένο μέγεθος μήτρας (στο 50% των περιπτώσεων ολικής υδατιδώδους μύλης κύησης),
- μαλακή σύσταση μήτρας,
- αμφοτερόπλευρες ωχρινικές κύστεις,
- πρώιμη έναρξη προεκλαμψίας.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.
- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]

Κλινικά συμπτώματα

Οι ασθενείς με τροφοβλαστική νεοπλασία της κύησης, εμφανίζουν συμπτώματα ανάλογα με:

- την προηγηθείσα κύηση,
- την έκταση της νόσου,
- την παρουσία μεταστάσεων.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.
- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]

Κλινικά συμπτώματα

Οι ασθενείς με τροφοβλαστική νεοπλασία της κύησης, μπορεί να εμφανίζουν:

- ανώμαλη αιμορραγία (ύστερα από θεραπευτική εκκένωση μήτρας για υδατιδώδη μύλη κύηση),
- αυξημένο μέγεθος μήτρας,
- αμφοτερόπλευρες ωχρινικές κύστεις,
- συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα,
- συμπτώματα από το κεντρικό νευρικό σύστημα,
- συμπτώματα από το πεπτικό σύστημα.

- Lurain JR. Am J Obstet Gynecol 2010.
- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]

Διαγνωστική προσέγγιση

Διαγνωστική προσέγγιση

Για την διαγνωστική προσέγγιση της τροφοβλαστικής νόσου της κύησης, χρησιμοποιούνται οι ακόλουθες εξετάσεις:

- κλινική εξέταση,
- υπερηχογράφημα,
- αξονική τομογραφία (CT) κοιλίας*,
- μαγνητική τομογραφία (MRI) κοιλίας*,
- επίπεδα της β-hCG στον ορό,
- ακτινογραφία θώρακος.

- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]
- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2018. [*Figo Cancer Report*]

Διαγνωστική προσέγγιση

Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει:

- επισκόπηση τραχήλου και κόλπου,
- αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση,
- τεστ Παπανικολάου,
- επί ενδείξεων πραγματοποιείται κολποσκόπηση.

- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]
- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2018. [*Figo Cancer Report*]

Διαγνωστική προσέγγιση

Με την πραγματοποίηση υπερηχογραφήματος των έσω γεννητικών οργάνων, διαπιστώνεται η παρουσία:

- πολυάριθμων κυστικών σχηματισμών εντός της μήτρας,
- απουσία εμβρύου ή αμνιακού σάκου.

- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]
- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2018. [*Figo Cancer Report*]

Διαγνωστική προσέγγιση

Στις περιπτώσεις που η υπερηχογραφική απεικόνιση είναι ασαφής, θα πρέπει να γίνει *αξονική τομογραφία (CT)* ή *μαγνητική τομογραφία (MRI) κοιλίας*.

- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]
- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2018. [*Figo Cancer Report*]

Διαγνωστική προσέγγιση

Κατά την μέτρηση των επιπέδων της β-hCG στον ορό, θα πρέπει να έχουμε υπόψη τα ακόλουθα:

- Το 50% των ασθενών με ολική υδατιδώδη μύλη κύηση έχει επίπεδα β-hCG στον ορό > 100000 mIU/mL.
- Μόλις το 10% των ασθενών με μερική υδατιδώδη μύλη κύηση έχει επίπεδα β-hCG στον ορό > 100000 mIU/mL.

- Lurain JR. Am J Obstet Gynecol 2010.

Διαγνωστική προσέγγιση

Η πραγματοποίηση ακτινογραφίας θώρακος είναι σημαντική για την εντόπιση πνευμονικών μεταστάσεων.

- Lurain JR. Am J Obstet Gynecol 2010.

Διαγνωστική προσέγγιση

Στο 30-40% των ασθενών με τροφοβλαστική νόσο της κύησης και φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος, ανευρίσκονται πνευμονικές μεταστάσεις στην αξονική τομογραφία θώρακος.

- Lurain JR. Am J Obstet Gynecol 2011.

Συμπληρωματικός έλεγχος

Ο συμπληρωματικός έλεγχος στις ασθενείς με τροφοβλαστική νόσο της κύησης, περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις:

- νευρολογική εξέταση και βυθοσκόπηση,
- διαδοχικές μετρήσεις των επιπέδων της β-hCG στον ορό,
- γενική αίματος,
- έλεγχο νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας,
- έλεγχο θυρεοειδικής λειτουργίας,

- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]
- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2018. [*Figo Cancer Report*]

Συμπληρωματικός έλεγχος

- παλμική οξυμετρία, αέρια αίματος και αξονική τομογραφία (CT) θώρακος, σε υποψία πνευμονικών μεταστάσεων,
- αξονική τομογραφία (CT) ή μαγνητική τομογραφία (MRI) εγκεφάλου, σε υποψία εγκεφαλικών μεταστάσεων,
- αξονική τομογραφία (CT) οργάνων άνω κοιλίας, σε υποψία μεταστάσεων σε όργανα της άνω κοιλίας.

- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]
- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2018. [*Figo Cancer Report*]

Box 1 FIGO criteria for diagnosis of postmolar gestational trophoblastic neoplasia.

- When the plateau of hCG lasts for four measurements over a period of 3 weeks or longer; that is, days 1, 7, 14, 21.
- When there is a rise in hCG for three consecutive weekly measurements over at least a period of 2 weeks or more; days 1, 7, 14.
- If there is a histologic diagnosis of choriocarcinoma.

Abbreviation: hCG, human chorionic gonadotropin.

- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2018. [*Figo Cancer Report*]

Σταδιοποίηση κατά FIGO

TABLE 1 FIGO staging and classification for gestational trophoblastic neoplasia.

FIGO Stage	Description
I	Gestational trophoblastic tumors strictly confined to the uterine corpus
II	Gestational trophoblastic tumors extending to the adnexae or to the vagina, but limited to the genital structures
III	Gestational trophoblastic tumors extending to the lungs, with or without genital tract involvement
IV	All other metastatic sites

- Ngan HYS, et al. Int J Gynecol Obstet 2018. [*FIGO Cancer Report*]

TABLE 2 WHO scoring system based on prognostic factors.

WHO risk factor scoring with FIGO staging	0	1	2	4
Age	<40	>40	–	–
Antecedent pregnancy	Mole	Abortion	Term	
Interval from index pregnancy, months	<4	4–6	7–12	>12
Pretreatment hCG mIU/mL	$<10^3$	$>10^3$–10^4	$>10^4$–10^5	$>10^5$
Largest tumor size including uterus, cm	–	3–4	≥5	–
Site of metastases including uterus	Lung	Spleen, kidney	Gastrointestinal tract	Brain, liver
Number of metastases identified	–	1–4	5–8	>8
Previous failed chemotherapy	–	–	Single drug	Two or more drugs

To stage and allot a risk factor score, a patient's diagnosis is allocated to a Stage as represented by a Roman numeral I, II, III, or IV. This is then separated by a colon from the sum of all the actual risk factor scores expressed in Arabic numerals e.g. Stage II:4, Stage IV:9. This Stage and score will be allotted for each patient.

- Ngan HYS, et al. Int J Gynecol Obstet 2018. [*FIGO Cancer Report*]

Θεραπευτική προσέγγιση

Θεραπευτική προσέγγιση

Η θεραπευτική προσέγγιση της τροφοβλαστικής νόσου της κύησης, περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- *χειρουργική επέμβαση,*
- *χημειοθεραπεία,*
- *ακτινοθεραπεία.*

- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2018. *[Figo Cancer Report]*
- Seckl MJ, et al. Ann Oncol 2013. *[ESMO Guidelines]*

Χειρουργική επέμβαση

Χειρουργική επέμβαση

Η χειρουργική επέμβαση στην τροφοβλαστική νόσο της κύησης, περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- θεραπευτική εκκένωση μήτρας,
- συντηρητική επέμβαση,
- κοιλιακή υστερεκτομή,
- κοιλιακή υστερεκτομή και εξαίρεση πυελικών λεμφαδένων,
- εξαίρεση μεταστάσεων.

- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2018. *[FIGO Cancer Report]*

Θεραπευτική εκκένωση μήτρας

Η θεραπευτική εκκένωση μήτρας γίνεται με χρήση αναρρόφησης και υπό συνεχή χορήγηση ωκυτοκίνης.

Αποτελεί την αρχική θεραπευτική προσέγγιση στην τροφοβλαστική νόσο της κύησης και επιπλέον λαμβάνεται υλικό για να τεθεί η τελική διάγνωση.

- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]
- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2018. [*Figo Cancer Report*]

Θεραπευτική εκκένωση μήτρας

Στις Rh αρνητικές ασθενείς θα πρέπει να χορηγείται αντι-Rh ανοσοσφαιρίνη.

Επανάληψη της απόξεσης θα πρέπει να γίνεται μόνο σε περιπτώσεις αιμορραγίας ή παραμονής υπολειμμάτων.

- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2012.
- Lurain JR. Am J Obstet Gynecol 2010.

Συντηρητική επέμβαση

Η συντηρητική εξαίρεση του μυομητρίου σε συνδυασμό με την ανακατασκευή της μήτρας, εφαρμόζεται σε αυστηρά επιλεγμένες ασθενείς με μη μεταστατική τροφοβλαστική νεοπλασία της κύησης που επιθυμούν να διατηρήσουν την γονιμότητά τους.

- Hanna RK, et al. Oncologist 2010.
- Kanazawa K, et al. Acta Obstet Gynecol Scand 1988.

Συντηρητική επέμβαση

Η πραγματοποίηση συντηρητικής εξαίρεσης του μυομητρίου έχει επιχειρηθεί σε περιπτώσεις με τροφοβλαστικό όγκο στη θέση του πλακούντα.

Τα αποτελέσματα είναι μάλλον αμφιλεγόμενα, λόγω του πολύ μικρού αριθμού περιστατικών.

- Saso S, et al. BJOG 2012.
- Tse KY, et al. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2012.

Table 6
Characteristics and outcomes of women with placental-site trophoblastic tumour undergoing fertility-sparing surgery.

Reference	Years	Age	Gravidity, Parity	Pre-treatment hCG	Antecedent pregnancy	Pregnancy interval	Uterine tumour	Mitotic count	Treatment	Complications	Disease-free interval	Pregnancy outcomes
Leiserowitz and Webb[60]	1996	25	G1P1	21 IU/l	Term	15 months	2 × 1 × 1 cm	1/10 HPF	Laparotomy, hysterostomy, local excision and uterine reconstruction	None	At least 16 months	Two miscarriages and one term caesarean section at least 16 months later
Tsuji et al.[61]	2002	26	G2P1	0.95 ng/ml[a]	Miscarriage	4 months	3 cm	2/10 HPF	EMA-CO x 2 then hysterostomy, uterine resection and argon beam coagulation	None	9 months	NA
Machtinger et al.[62]	2005	26	G1P1	576 IU/l	Term	4 months	2.1 × 2 cm	17/10 HPF	Hysteroscopic resection then EMA-CO x 3	None	29 months	NA
Machtinger et al.[62]	2005	29	G4P2	60 IU/l	Miscarriage	3.5 months	2.9 cm	8/10 HPF	Laparotomy and segmental resection	Positive margin with vascular space invasion requiring hysterectomy	33 months	None
Numnum et al.[63]	2006	29	NA	130 IU/l	Miscarriage	NA	0 cm	NA	EMA-EP x 6	Grade 3/4 thrombocytopenia, ovarian dysfunction	2 years	Term vaginal delivery 2 years later
Pfeffer et al.[64]	2007	30	G1P0	11339 IU/l	Complete mole	2 months	2 cm on uterine resection, multifocal	5–7/10 HPF	MTX x 4, EMA-CO x 5, Gem/CP x 2, uterine resection	Progressive during adjuvant TE/TP (x 2) requiring hysterectomy	2.5 years	None

[a] Normal <0.2 ng/ml; EMA-CO, etoposide, methotrexate, dactinomycin, cyclophosphamide and vincristine; EMA-EP, etoposide, methotrexate, actinomycin-D, etoposide, cisplatin; Gem/CP, gemcitabine and carboplatin; hCG, human chorionic gonadotropin; HPF, high power field; MTX, methotrexate; NA, not available, TE/TP, paclitaxel and etoposide, paclitaxel and cisplatin.

K.Y. Tse, H.Y.S. Ngan / Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 26 (2012) 357–370

Περιπτώσεις που πραγματοποιήθηκε συντηρητική εξαίρεση.

- Tse KY, et al. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2012.

Κοιλιακή υστερεκτομή

Η κοιλιακή υστερεκτομή πραγματοποιείται στις περιπτώσεις τροφοβλαστικής νεοπλασίας της κύησης που είναι *ανθεκτικές στη χημειοθεραπεία*.

Μπορεί να πραγματοποιηθεί και σε ασθενείς που δεν επιθυμούν να διαφυλάξουν την αναπαραγωγική τους ικανότητα.

- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]
- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2018. [*Figo Cancer Report*]

Κοιλιακή υστερεκτομή

Η κοιλιακή υστερεκτομή με εξαίρεση των πυελικών λεμφαδένων, πραγματοποιείται σε περιπτώσεις με αυξημένο κίνδυνο για *λεμφογενείς μεταστάσεις*:

- τροφοβλαστικός όγκος στη θέση του πλακούντα,
- επιθηλιοειδής τροφοβλαστικός όγκος.

- Lurain JR. Am J Obstet Gynecol 2011.

Εξαίρεση μεταστάσεων

Οι μεταστάσεις σε πνεύμονες, ήπαρ και εγκέφαλο που δεν ανταποκρίνονται στη χημειοθεραπεία, μπορούν να εξαιρεθούν χειρουργικά.

- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2012.

Χημειοθεραπεία

Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις τροφοβλαστικής νεοπλασίας της κύησης.

- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]
- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2018. [*Figo Cancer Report*]

TABLE 3

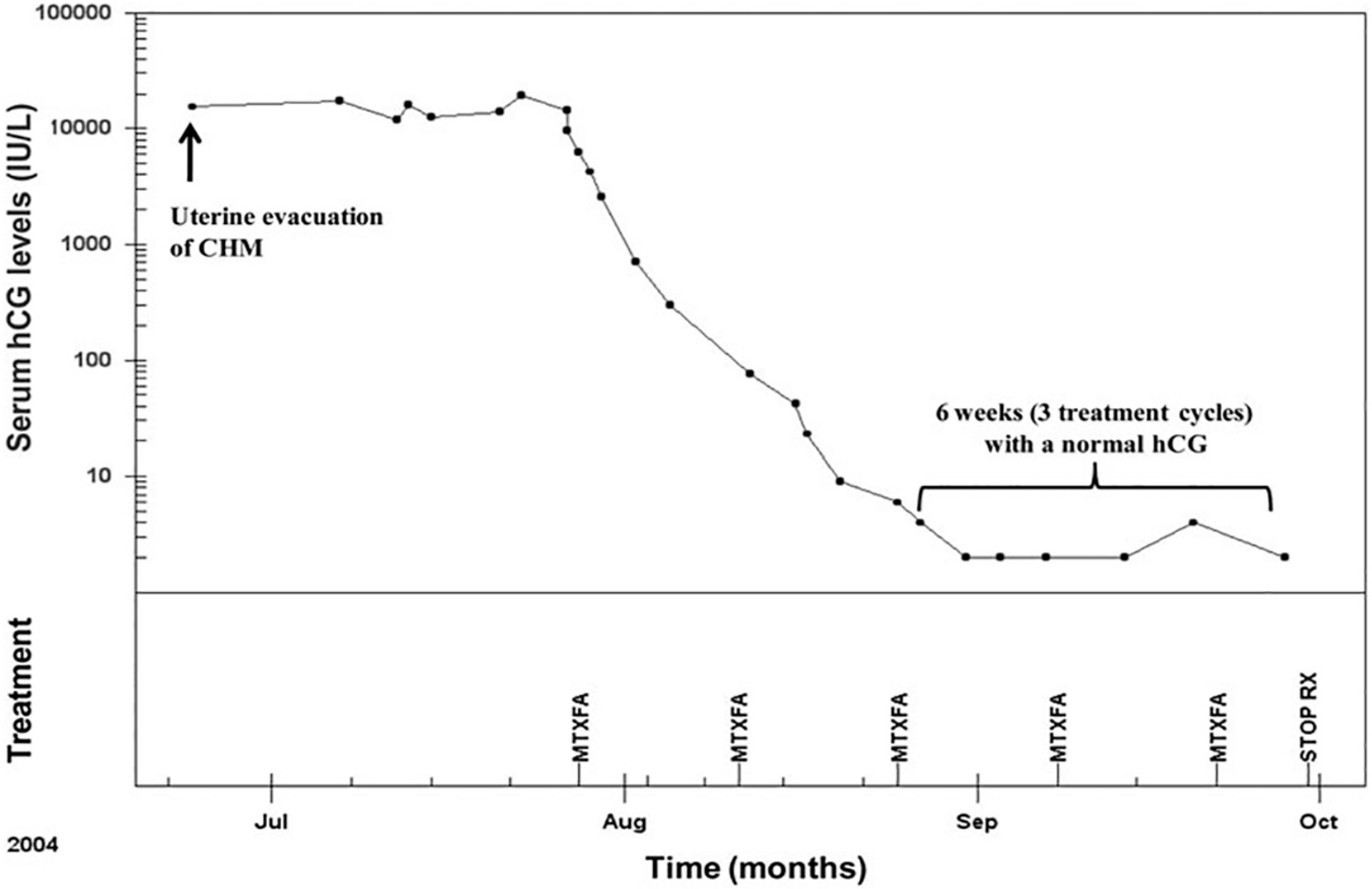
Chemotherapy for low-risk gestational trophoblastic neoplasia

Chemotherapy regimen	Primary remission rate, %
1. MTX 0.4 mg/kg (maximum 25 mg)/d IV or IM for 5 d; repeat every 14 d	87–93
2. MTX 30-50 mg/m^2 IM weekly	49–74
3. MTX 1 mg/kg IM d 1, 3, 5, 7; folinic acid 0.1 mg/kg IM d 2, 4, 6, 8; repeat every 15-18 d, or as needed	74–90
4. MTX 100 mg/m^2 IVP, then 200 mg/m^2 in 500 mL D5W over 12 h; folinic acid 15 mg IM or PO q 12 h for 4 doses beginning 24 h after start of MTX; repeat every 18 d, or as needed	69–90
5. Act-D 10-13 μg/kg IV qd for 5 d; repeat every 14 d	77–94
6. Act-D 1.25 mg/m^2 IV every 2 wk	69–90
7. Alternating MTX/Act-D regimens 1 and 5	100

ACT-D, actinomycin D; *D5W*, dextrose 5% in water; *IM*, intramuscular; *IV*, intravenous; *IVP*, intravenous push; *MTX*, methotrexate; *PO*, by mouth; *qd*, daily.

Χημειοθεραπεία σε ασθενείς χαμηλού κινδύνου.

- Lurain JR. Am J Obstet Gynecol 2011.



Ανταπόκριση στη χημειοθεραπεία, ασθενών χαμηλού κινδύνου.

- Seckl MJ, et al. Ann Oncol 2013. [*ESMO Guidelines*]

TABLE 4

Chemotherapy for high-risk gestational trophoblastic neoplasia

Day	Drug	Dosing
1	Etoposide	100 mg/m^2 IV over 30 min
	Actinomycin D	0.5 mg IVP
	MTX	100 mg/m^2 IVP, then 200 mg/m^2 in 500 mL D5W over 12 h
2	Etoposide	100 mg/m^2 IV over 30 min
	Actinomycin D	0.5 mg IVP
	Folinic acid	15 mg IM or PO every 12 h for 4 doses starting 24 h after start of MTX
8	Cyclophosphamide	600 mg/m^2 IV
	Vincristine	1.0 mg/m^2 IVP

IM, intramuscular; *IV*, intravenous; *IVP*, intravenous push; *MTX*, methotrexate.
Repeat cycle on days 15, 16, and 22 (every 2 wk).

Χημειοθεραπεία σε ασθενείς υψηλού κινδύνου.

- Lurain JR. Am J Obstet Gynecol 2011.

Ακτινοθεραπεία

Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις τροφοβλαστικής νεοπλασίας της κύησης με *εμφάνιση μεταστάσεων στον εγκέφαλο.*

- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]
- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2018. [*Figo Cancer Report*]

Παρακολούθηση

Παρακολούθηση

Η παρακολούθηση των ασθενών με τροφοβλαστική νόσο της κύησης θα πρέπει να είναι:

- τουλάχιστον για 6 μήνες στην υδατιδώδη μύλη κύηση,
- για 12 μήνες στην τροφοβλαστική νεοπλασία της κύησης
- μέχρι 24 μήνες, εάν υπάρχουν μεταστάσεις.

- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]
- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2018. [*Figo Cancer Report*]

Παρακολούθηση

Οι μετρήσεις των επιπέδων της β-hCG στον ορό γίνονται 48 ώρες μετά την θεραπευτική εκκένωση μήτρας και εν συνεχεία ανά 1-2 εβδομάδες, μέχρι να είναι μη ανιχνεύσιμη σε 3 συνεχόμενα δείγματα.

- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]
- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2018. [*Figo Cancer Report*]

Παρακολούθηση

Στην συνέχεια οι μετρήσεις γίνονται ανά 1 μήνα για τους επόμενους 6 μήνες (σε υδατιδώδη μύλη κύηση) έως 12 μήνες (σε τροφοβλαστική νεοπλασία της κύησης).

Εάν η β-hCG εξακολουθεί να είναι μη ανιχνεύσιμη, γίνεται διακοπή της παρακολούθησης.

- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]
- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2018. [*Figo Cancer Report*]

Παρακολούθηση

Επίσης θα πρέπει να αποφεύγεται η εγκυμοσύνη με χρήση ορμονικής αντισύλληψης:

- για τουλάχιστον 6 μήνες στην υδατιδώδη μύλη κύηση,
- για 12 μήνες μετά την αποθεραπεία στην τροφοβλαστική νεοπλασία της κύησης.

Η χρήση ορμονικής αντισύλληψης μπορεί να ξεκινήσει όταν η β-hCG είναι μη ανιχνεύσιμη.

- ACOG. Obstet Gynecol 2004. [*ACOG Practice Bulletin #53*]
- Ngan HYS, et al. Int J Gynaecol Obstet 2018. [*Figo Cancer Report*]

Φλεγμονές τραχήλου

Φλεγμονές τραχήλου

Οι φλεγμονές του τραχήλου, μπορεί να αποτελέσουν αιτία αιμορραγίας κατά το 1ο τρίμηνο της κύησης.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

Τραχηλικός πολύποδας

Τραχηλικός πολύποδας

Η παρουσία τραχηλικού πολύποδα, μπορεί να αποτελέσει αιτία αιμορραγίας κατά το 1ο τρίμηνο της κύησης.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

Καρκίνος τραχήλου

Καρκίνος τραχήλου

Η παρουσία καρκίνου του τραχήλου, μπορεί να αποτελέσει αιτία αιμορραγίας κατά το 1ο τρίμηνο της κύησης.

- Cunningham GF, et al. Williams Obstetrics 2018.

Αιμορραγίες 1ου τριμήνου & κύηση αγνώστου εντόπισης

Γεώργιος Ανδρουτσόπουλος

Αναπλ. Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας

Υπεύθυνος Μονάδας Γυναικολογικής Ογκολογίας

Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής

Ιατρικού Τμήματος Πανεπιστημίου Πατρών