

VALOAREA DOZĂRII β HCG ÎN DIAGNOSTICUL SARCINII ECTOPICE (STUDIUL CLINIC)

β HCG dosage in the diagnosis of ectopic pregnancy (clinical study)

Dr. Roxana Al Momani, Asist. Univ. Dr. Florin Isopescu
Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

REZUMAT

Sarcina ectopică este cauza principală de deces matern în multe țări dezvoltate. Astfel, în SUA, sarcina ectopică se plasează pe primul loc în cauzele mortalității materne. Riscul decesului matern prin sarcină ectopică este de zece ori mai mare decât prin avort.

Sarcina ectopică reprezintă una dintre problemele patologiei feminine, fiind apanajul vârstei tinere, având, pe de o parte, repercusiuni asupra procreației, iar pe de altă parte implicații psiho-sociale.

Educația sanitară a populației generale, și în special al populației de sex feminin, ar trebui îmbunătățită în scopul determinării acestora de a se prezenta în timp util la medic, astfel încât tratamentul să fie unul conservator, cu un prognostic cât mai bun.

Cuvinte cheie: β HCG, sarcina ectopică, estriol, methotrexat, trompă

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is the leading cause of maternal death in many developed countries. Thus, ectopic pregnancy in the United States ranked first place in causes of maternal mortality. The risk of maternal death by ectopic pregnancy is ten times higher than abortions. Ectopic pregnancy is one of the problems of female pathology, age privilege of being young, having first repercussion on procreation and on the other psycho-social implications. Health education of the general population, especially the female population should be improved in order to determine their timely presentation to the doctor, so conservative treatment is a prognosis as good.

Key words: β hCG, ectopic pregnancy, estriol, methotrexate, trunk

SCOPUL LUCRĂRII

Scopul lucrării este acela de a evidenția importanța dozării radioimunologice a subunității β a HCG care prezintă două avantaje: este specifică și foarte sensibilă, limita de detecție fiind de 5 mUI/ml.

Au fost studiate 100 de cazuri cu suspiciune de sarcină ectopică în perioada 1 ian. 2008-1 ian. 2010, din cadrul Spitalului Clinic Caritas „Acad. N. Cajal”, București.

Sarcina ectopică se definește ca localizarea ectopică a oului care este nidat și se dezvoltă în afara cavității uterine.

Localizarea anatomică poate fi:

- Tubară, care la rândul ei poate fi: istmică, ampulară, pavilionară, interstițială, bilaterală;

- Uterină, care poate fi: cornuală (în cornul uterului malformat), angulară (în diverticulul uterin, în saculație uterină, în corn rudimentar uterin sau intramurală);

Cervicală, care poate fi:

- Cervicală propriu-zisă, care reprezintă nidarea și dezvoltarea oului în canalul cervical în afara orificiului cervical intern;
- Cervico-istmică, care se definește ca nidarea și dezvoltarea oului în regiunea cervico-istmică, la orificiul intern;
- Intraligamentară – în grosimea ligamentului larg.

Ovariană, care la rândul ei poate fi:

- Intrafoliculară (primitivă);
- Extrafoliculară (secundară) cu două varietăți: juxtafoliculară (între foliculi și capsula

Adresa de corespondență:

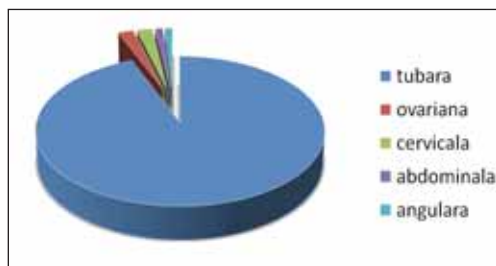
Asist. Univ. Dr. Florin Isopescu, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București
e-mail: florin.isopescu@yahoo.com

ovariană) și suprafoliculară (pe suprafața internă a capsulei ovariene);

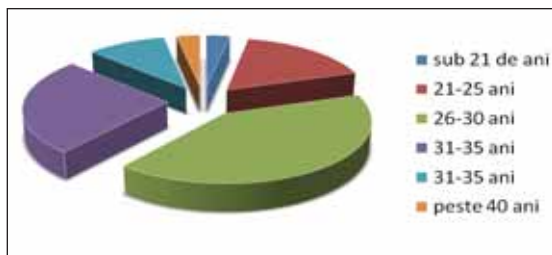
- Abdominală, cu variantele primară și secundară (abdomino-ovariană, tubo-ovariană, utero-ovariană);
- Sarcină ectopică după histerectomie subtotală sau totală care poate fi: tubară, în spațiul vezico-vaginal, pe colul restant sau în cavitatea peritoneală;
- Sarcina concomitentă intra și extrauterină;
- Alte localizări mai rare pot fi: splenică, hepatică.

Ponderea sarcinii tubare este cea mai mare (94%), în concordanță cu datele din literatură.

De asemenea, localizarea pe trompa dreaptă este cea mai frecventă, argumentată de incidența crescută a patologiei infecțioase în regiune, comparativ cu trompa stângă (prezența apendicectomiilor în antecedente).



Localizarea sarcinii ectopice



Repartiția cazurilor pe grupe de vârste

Dintre cele 100 de cazuri studiate, cele mai multe se regăsesc în intervalul 26-30 ani (40,86%) urmate de cele din intervalul 31-35 ani (26,08%). Cu alte cuvinte, mai mult de 60% dintre cazuri se află în perioada de vârf a activității genitale feminine.

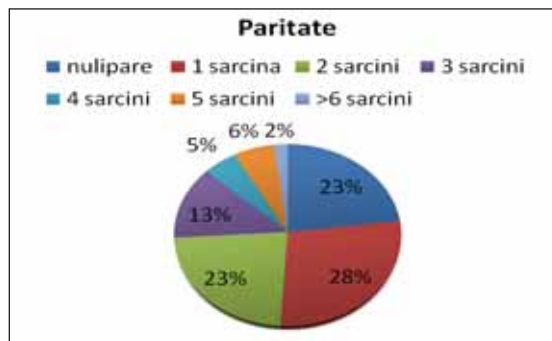
O explicație ar putea fi faptul că această perioadă coincide cu perioada de maximă frecvență a afecțiunilor inflamatorii metroanexiale. Celelalte grupe de vârstă au procente net semnificative mai mici, totuși cu un nivel mai ridicat în perioada 21-25 de ani (16,52%).

De remarcat extremele apariției sarcinii ectopice: 15 ani cea mai tânără și 46 de ani cea mai în vârstă.

Odată cu creșterea numărului de sarcini normale se ia în considerare și frecvența sarcinilor ectopice, fapt reliefat și de analiza cazurilor.

Frecvența cea mai mare se găsește la primipare și secundipare (51,29%), acest fapt fiind datorat apariției, după 1-2 nașteri, a cauzelor favorizante sarcinii ectopice (avorturi, inflamații).

Un procent crescut se regăsește și la nulipare (22,60%), care poate fi pus pe seama numărului mare de avorturi la cerere (practicate înainte ca pacienta să își dorească maternitatea), tratamentelor pentru sterilitate și, nu în ultimul rând, a existenței unor malformații congenitale ale organelor genitale interne.



Repartiția cazurilor în funcție de paritate

VALOAREA DOZĂRII β HCG ÎN DIAGNOSTICUL SARCINII ECTOPICE

Diagnosticul sarcinii ectopice prin dozarea subunității β a HCG are o certă valoare întrucât această metodă prezintă două avantaje: este specifică și este foarte sensibilă.

Gonadotropina corionică umană (HCG), un hormon de natură glicoproteică produs în mod normal de placentă și în mod aberant de unele tumori cu celule germinale, este alcătuit din două subunități diferite: alfa și beta.

Subunitatea beta, ce conține 145 de aminoacizi, este specifică pentru HCG; deoarece testul are o sensibilitate înaltă pentru beta-HCG, nu există riscul unei reactivități încrucișate.

Cu ajutorul acestui test se poate confirma prezența unei sarcini, la numai 6-10 zile de la implantarea ovulului fecundat. Rolul biologic al HCG constă în menținerea corpului luteal în cursul sarcinii; influențează, de asemenea, producția de hormoni steroizi.

Serul femeilor gravide conține în principal HCG intact. Concentrația serică și urinară de HCG total crește exponențial în cursul sarcinii, dublându-se la aproximativ 40-48 de ore, atingând un maximum în săptămânile 8-12. Producția hormonului scade pro-

gresiv în săptămânile 10-20 de sarcină, la valori de 1/5-1/20 din concentrația maximă, după care rămâne în platou până la termen.

Determinarea combinată de HCG, estriol neconjugat și AFP în trimestrul II de sarcină în cadrul triplului test are utilitate, împreună cu alte date clinice maternelor, în estimarea riscului de anomalii cromozomiale fetale la naștere.

În iminența de avort, valorile HCG scad progresiv de la o determinare la alta. După un chiuretaj complet, timpul de înjumătățire al concentrației serice de HCG este de 1 pe zi.

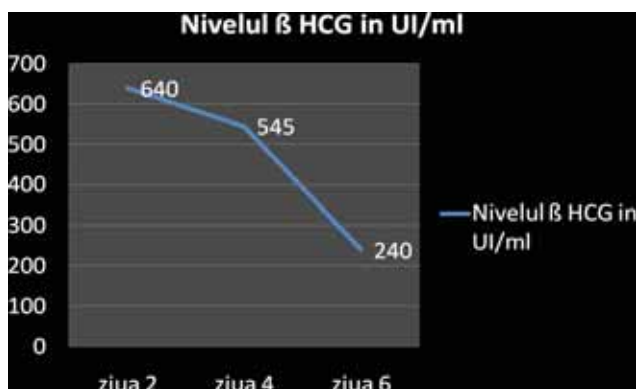
În sarcina ectopică, producția de HCG nu urmează paternul dintr-o sarcină normală (dublarea valorilor se înregistrează mult mai lent, la 48 de ore).

Subunitatea β HCG este cel mai important parametru atât în diagnostic, cât și în alegerea tratamentului.

Teoretic, nu trebuie să depășească 5000 UI/ml.

Valorile gonadotropinei corionice în cadrul cazurilor selectate au variat larg între 200 UI/ml și 2047 UI/ml cu o medie situată la 838 UI/ml.

La valori inițiale mai mici ale acesteia, tratamentul medicamentos a fost mai facil, pe când la



valori mari, au fost necesare doze multiple de methotrexat.

Este de subliniat faptul că diagnosticul precoce al sarcinii ectopice previne instalarea situațiilor care pun în pericol viața femeii și creează posibilitatea de conservare a funcției reproductive.

O sarcină ectopică nu este întotdeauna ușor de diagnosticat, în special atunci când femeia nu știe că este însărcinată: să prevenim o sarcină extrauterină este practic imposibil.

Dispariția hCG din sânge este necesară pentru afirmarea vindecării și întreruperea sarcinii ectopice, fie în mod spontan, fie în urma tratamentului.

BIBLIOGRAFIE

1. **Peteanu V.I. și colab.** – Examen și investigații în ginecologie și obstetrică, Constanța, Ed. Ponto, 1997
2. **Milcu S.T., Danila-Muster, Aneta** – Endocrinologie ginecologică, București, Ed. Academiei Române, 1968
3. **Aburel E.** – Obstetrică și Ginecologie, Curs I.M.F., 1958
4. **Marinescu B.** – Sarcina extrauterină. În: Proca E. (sub redacția). Tratat de patologie chirurgicală, vol. VII, Ed. Medicală, 1984, pg. 387-409
5. **Alessandrescu D.** – Ghid terapeutic pentru unele urgențe obstetricale, Ed. Medicală, 1988
6. **Alessandrescu D.** – Biologia reproducerii umane, Ed. Medicală, 1976
7. **Angelescu N.** – Tratat de patologie chirurgicală, Ed. medicală 2003, pg. 3142-3151
8. **Gavrilescu C. și colab.** – Îndrumător practic de obstetrică și ginecologie, 1987, pg.122-128
9. **Vârtej P.** – Ginecologie, Ed. All, 1997, pg. 212-228
10. **Stovall T.G. și colab.** – The Female Patient, 1999