

TITOLO: Raro caso di gravidanza uterina bigemina e gravidanza eterotopica ovarica in paziente con ipogonadismo ipogonadotropo. Trattamento con PMA ed exeresi laparoscopica conservativa

AUTORI: Enrico Fusco*; Gennaro Trezza°; Felice Sorrentino*; Luigi Nappi*

AFFILIAZIONE DEGLI AUTORI: *Università degli Studi di Foggia; ° U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia, Ospedale G. Rummo, Benevento

DATI DEL PRESENTATORE: Enrico Fusco; medico in formazione specialistica in Ginecologia ed Ostetricia; enrico.fusco@hotmail.it; +39 340 0950255

TESTO:

Introduzione: Nella popolazione femminile, l'ipogonadismo ipogonadotropo centrale, ha un'incidenza di 1:40.000. Nelle gravidanze spontanee, la GEU Eterotopica ovarica ha un'incidenza di 1:16000, pari al 3.3% di tutte le GEU che a loro volta hanno una incidenza del 10:1000, che si raddoppia nelle gravidanze da FIV. Nella fisiopatologia della GEU, compresa quella Eterotopica a varia sede d'impianto, sono chiamate in causa le alterazioni della peristalsi tubarica, dell'attività ciliare e del flusso del fluido tubarico che interferiscono sul transito intratubarico, determinandone talvolta la migrazione inversa con fuoriuscita dall'ostio tubarico addominale e possibile annidamento sull'ovaio.

Materiali e metodi: Paziente di 29 anni, affetta da ipogonadismo ipogonadotropo ed ipotiroidismo congenito da deficit centrale. Il trattamento dello stato di infertilità, ha previsto il concepimento guidato con 75 UI di Urofollitropina per 17 giorni e l'induzione ovulatoria con 7000 UI di HCG. Il trattamento ha dato esito favorevole al primo tentativo. Al primo controllo ecografico a 7.5 wks e con valori di Beta HCG di 97155 UI, si evidenziava la presenza di due camere gestazionali in utero con embrione ed ACF presenti. In sede annessale sinistra, contemporanea presenza di un'immagine simil anello gravidico. A distanza di 12 ore dal primo controllo ecografico la paziente riferiva algie pelviche improvvise. Al pronto soccorso l'ecografia di accesso confermava il precedente reperto, ma con emoperitoneo.

Risultati: Il sospetto clinico è di GEU eterotopica. All'introduzione dell'ottica, presenza di una neoformazione ovarica sinistra sanguinante non definibile. Regolare l'ovaio controlaterale e tube. Si procede ad exeresi conservativa della neoformazione, con preservazione del tessuto ovarico integro e del restante corpo luteo, con *tecnica preservativa dell'ilo ovarico*. All'apertura della neoformazione, si evidenzia tessuto giallo come da corpo luteo gravidico, sormontato da un'area di tessuto infiltrante ed emorragico. Diagnosi Istologica: *Coaguli ematici nel cui contesto corpo luteo emorragico e residui ovulo-deciduali come da gravidanza extrauterina ovarica*. Decorso post operatorio fisiologico. Si integra al progesterone in corso HCG come da supporto.

Discussione: La restante gravidanza gemellare uterina, con un decorso regolare, giunta alla 37.3 wks esita in un parto cesareo su autodeterminazione della paziente stessa. È importante che il chirurgo tratti le patologie ovariche dell'età fertile con tecnica rispettosa della fertilità e della qualità di vita.

Conclusioni: L'exeresi chirurgica laparoscopica conservativa, risulta essere il gold standard nel trattamento delle patologie ovariche. La tecnica fertility sparing, va adottata in ogni fase e momento della sua vita e ancor di più quando, come in questo caso, trattato tra l'altro in urgenza, vi è la contemporanea presenza di un corpo luteo gravidico, di una gravidanza eterotopica e di una gravidanza bigemina in utero.