

# Ciąża śródścienna-rogowa u pacjentki po operacji rozrodczaka jajnika

Dobrośława Sikora-Szczeńiak, Waław Sikora

Radomski Szpital Specjalistyczny, Oddział Ginekologiczno-Położniczy

Sikora-Szczeńiak D, Sikora W. Ciąża śródścienna-rogowa u pacjentki po operacji rozrodczaka jajnika. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(2): 167-170.

## Streszczenie

Ciąża śródścienna-rogowa zaliczana jest do najrzadziej spotykanych i najbardziej niebezpiecznych typów ciąży ektopowych. Drogą laparotomii – u 30-letniej pacjentki – wykonano resekcję lewego rogu macicy z obecną niepękniętą ciążą ektopową. Przebyte w wieku 26 lat oszczędzające leczenie operacyjne – usunięcie przydatków lewych (z uzupełniającą chemioterapią) – z powodu rozrodczaka (dysgerminoma) jajnika lewego było czynnikiem ryzyka ektopowego zagnieżdżenia ciąży. Po roku od operacji ciąży śródściennej pacjentka zaszła w ciążę i w 36 tygodniu – drogą cięcia cesarskiego – urodziła syna o masie ciała 3300 g (Apgar 10).

Celem pracy jest opis postępowania diagnostyczno-leczniczego w przypadku ciąży śródściennej-rogowej.

## Słowa kluczowe

ciąża śródścienna-rogowa, operacje oszczędzające płodność

## WSTĘP

Częstość występowania ciąży ektopowej oceniana jest na około 1,9-2,0%, a nawet 3,0% wszystkich ciąż [1, 2].

W piśmiennictwie podawane są różne odsetki występowania ciąży śródściennej – rogowej. Odpowiednio – wśród wszystkich ciąż ektopowych – od 1,0% i 2,5-5% do 2,6% [2, 3, 4].

Ciąża o tej lokalizacji zaliczana jest do najrzadziej spotykanych i najbardziej niebezpiecznych typów ciąż ektopowych [5, 6, 7].

Rozwijająca się ciąża śródścienna w rogu macicy stwarza ryzyko bardzo ciężkiego krwotoku. Wiąże się to – między innymi – z bogatym unaczynieniem miejsca implantacji stworzonym przez anastomozy tętnicy macicznej i tętnicy jajnikowej oraz częstym występowaniem *placenta percreta* [4, 7, 8].

Śmiertelność patientek w tym rodzaju ciąży ektopowej waha się od 2,0-2,5%. Dlatego też ta patologia położnicza wymaga specjalnego nadzoru [7].

Diagnostyka ciąży śródściennej w rogu macicy pozostaje jedną z najtrudniejszych w praktyce położniczej. Liczni autorzy podkreślają, że rozpoznanie ciąży o takim umiejscowieniu jest prawie niemożliwe. Pomimo zastosowania wszystkich metod diagnostycznych nie udaje się często postawić rozpoznania ciąży śródściennej- różnej przy pierwszej hospitalizacji pacjentki [3, 4, 9].

Podobnie jak w innych rodzajach ciąż ektopowych, w ciąży śródściennej-rogowej spotykamy się z klasyczną triadą objawów klinicznych, na którą składa się: brak krwawienia miesięczkowego, nieregularne krwawienia z macicy i dolegliwości bólowe brzucha. Są one najczęstszym objawem zgłaszanym przez pacjentki z pękniętą ciążą ektopową w wyniku obecności krwi w jamie otrzewnowej. Badanie fizykalne jamy brzusznej jest z reguły niespecyficzne, występują dolegliwości bólowe przy poruszaniu szyjką macicy, ale nie jest to objaw

stały. Wyczuwalny guz w rzucie przydatków lub pozostający w łączności z macicą, może również odpowiadać torbieli czynnościowej ciała żółtego [3, 10].

Do wczesnego postawienia pełnego rozpoznania, poza badaniem przedmiotowym i podmiotowym, należy posłużyć się także oceną stężenia  $\beta$ -hCG, przezpochwowym badaniem ultrasonograficznym, ewentualnie wyłyżczkowaniem jamy macicy i laparoskopią, której zaletą jest możliwość jednoczesnego rozpoznania i leczenia. Wadę laparoskopii stanowi ryzyko obejmujące znieczulenie oraz to, że małe ciążę ektopowe mogą zostać niezauważone [3, 9].

Wyłyżczkowanie macicy jest używane do rozróżnienia martwej ciąży wewnątrzmacicznej i ciąży ektopowej. Aspirację przeprowadza się, gdy u pacjentki stwierdza się niewystarczający wzrost stężenia  $\beta$ -hCG na poziomie niższym niż 50% w ciągu 48 godzin lub poziom  $\beta$ -hCG – 2000 j.m./ml lub wyższy wraz z niejasnym wynikiem badania ultrasonograficznego. Jedynym prawdziwym przeciwwskazaniem do przeprowadzenia łyżczkowania macicy jest obecność ciąży heterotopowej (wewnątrz- i pozamacicznej jednocześnie) lub nierozpoznanie ekstremalnie wczesnej ciąży wewnątrzmacicznej [3]. Współcześnie wykorzystywane są różne formy leczenia tego schorzenia: farmakoterapia, resekcja fragmentu rogu macicy, usunięcie macicy. Czasem zachodzi konieczność łączenia postępowania zachowawczego z chirurgicznym [7].

Niektórzy z autorów, w przypadku rozpoznania ciąży śródściennej-rogowej, najpierw rutynowo podają się metotrexat, a jeśli nie dochodzi do jej obumarcia, dokonują resekcji rogu macicy lub usunięcia macicy [5, 11].

Leczenie ciąży śródściennej drogą laparoskopii zostało opisane po raz pierwszy w 1995 roku [12].

Moon i wsp. przedstawili wyniki laparoskopowego leczenia ciąży ektopowej śródściennej, umiejscowionej w rogu macicy przy zastosowaniu metody endoloop oraz szwu otaczającego miejsce zagnieżdżenia. Autorzy przedstawili tę metodę jako prostą, bezpieczną i efektywną [13].

W ostatnich latach rekomendowana jest – jako nowszy sposób leczenia – histeroskopowa ewakuacja ciąży śródściennej w rogu macicy [11, 14].

Adres do korespondencji: Dobrośława L. Sikora-Szczeńiak, S. Perzanowskiej 37L, 26-600 Radom.  
E-mail: dosiass@wp.pl

Nadesłano: 17 listopada 2011; zaakceptowano do druku: 28 grudnia 2011

Podstawowym czynnikiem wpływającym na wybór metody leczenia operacyjnego jest m.in. hemodynamiczna stabilność pacjentki. Zwyczajowo laparotomia jest wskazana, jeśli pacjentka jest niestabilna hemodynamicznie [3].

## CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie postępowania diagnostyczno-leczniczego u pacjentki w rzadkim typie ciąży ekotopowej – ciąży śródściennej-rogowej. Przeprowadzone – w tym przypadku – leczenie operacyjne przedłużyło skutecznie zachowanie płodności pacjentki operowanej wcześniej w sposób oszczędzający z powodu rozrodczaka jajnika lewego.

## OPIS PRZYPADKU

Pacjentka B.-H. M. l. 30, do Oddziału Ginekologiczno-Położniczego R.Sz.S. w Radomiu została skierowana z rozpoznaniem: *missed abortion* i przyjęta w dniu 28. 11. 2000 r. Ostatnia miesiączka miała miejsce 14. 09. 2000 r.; co wskazywało na 10 tygodni trwania ciąży od zatrzymania miesiączki.

Wywiad położniczy. Pierwsza miesiączka w 14 roku życia. Miesiączki regularne co 30 dni, trwające 4-5 dni, bolesne. W wieku 26 lat przeszła oszczędzające leczenie operacyjne – jednostronne usunięcia przydatków lewych – z powodu rozrodczaka (dysgerminoma) jajnika lewego; w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym R.Sz.S. w Radomiu. Leczenie uzupełniające – chemioterapię – przeprowadzono wg schematu BEP (3 kursy) w Instytucie – Centrum Onkologii w Warszawie. Zabieg oszczędzający – warunkujący zachowanie płodności – w tym rodzaju nowotworu germinalnego jest uzasadniony także ze względu na dużą skuteczność leczenia cytostatycznego [15].

Przy przyjęciu stan ogólny dobry. RR 110/70, mm Hg, tętno 74/min, temperatura 36,7°C.

W badaniu ginekologicznym: we wziernikach – część pochwowa stożkowata, sformowana, ujście zewnętrzne okrągłe, tarcza czysta, w pochwie wzmożona ilość treści śluzowo-surowiczej o brunatnym zabarwieniu.

W badaniu zestawionym – trzon macicy w przodozgięciu powiększony; wielkością odpowiada 6-7 tyg. ciąży.

W badaniu USG TV: struktury jaja płodowego z żywym płodem nie stwierdzono; podejrzenie *mola hydatidosa*.

Badania laboratoryjne (z dnia 29. 11. 2000 r.):

– morfologia: HGB–10,1 g/dl, Ht–28,6%, RBC–3,02 × 10<sup>6</sup>/μL, WBC–7,1 × 10<sup>3</sup>/μL, PLT–236 × 10<sup>3</sup>/μL;

– β-hCG–14 106 mIU/ml, CEA–0,4 ng/ml, CA 125–66,8 U/ml;

– mocz – badanie ogólne: prawidłowy.

W dniu 29. 11. 2000 r. wykonano zabieg diagnostycznej abrazyj macicy.

Materiał przesłano do badania w Zakładzie Patomorfologii (nr badania: 595520) – *Endometritis post abortum*.

Mimo kontynuowania okołozabiegowej antybiotykoterapii, przez następne dni utrzymywała się temperatura – do 37,4°C oraz pobolewania w okolicy podbrzusza po stronie lewej.

W badaniu zestawionym – w dniu 01. 12. 2000 r. – stwierdzono: trzon macicy w przodozgięciu, w okolicy rogu lewego macicy wyczuwalny opór o średnicy około 3,5 cm. Przydatki prawe niebadalne.

Badanie USG. Trzon macicy w przodozgięciu. W lewym rogu macicy dobrze odgraniczony guz o zmiennej hypoechogeniczności i wymiarach 44 × 44 mm, z centralnym obszarem płynowym 24 × 27 mm. Unaczynienie guza o zmniejszonym oporze i szybkim przepływie.

W dniu 05. 12. 2000 r. wykonano badania:

– urograficzne: układ moczowy w badaniu urograficznym prawidłowy.

– tomograficzne jamy brzusznej: trzon macicy w całości powiększony, w jego części przedniej (dno) przestrzeń płynowa o wymiarach: 4 cm × 3 cm o gęstości charakterystycznej dla płynu (11HU); jajnik prawy niewidoczny; poszerzone spłoty żyłne miednicy małej; pęcherz moczowy gładkościenny uciśnięty od góry; moczowody, zwłaszcza lewy, modelują się na masie macicy; wątroba, trzustka, obie nerki, śledziona w normie; poniżej śledziony ognisko tkankowe o średnicy 12 mm ulegające wzmocnieniu pokontrastowemu w stopniu zbliżonym do mięszu śledziony – najpewniej śledziona dodatkowa; pęcherzyk żółciowy oraz przewody żółciowe wewnątrz- i pozawątrobowe nieposzerzone; powiększenia węzłów chłonnych trzewnych i zaotrzewnowych oraz wolnego płynu w jamie otrzewnowej nie uwidoczniło.

Przez dalszy okres pobytu w Oddziale utrzymywała się podwyższona temperatura – do 37,4°C, a także okresowo nasilające się dolegliwości bólowe w okolicy podbrzusza. Podejrzewając śródściennie umiejscowienie – w lewym rogu macicy – ciąży ekotopowej, zakwalifikowano pacjentkę do laparotomii diagnostycznej.

Zabieg wykonano w dniu 11. 12. 2000 r. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono: trzon macicy w całości powiększony, w zrostach z jelitem cienkim i siecią większą. W okolicy lewego rogu macicy guz sprężysty, umiejscowiony śródściennie, o wymiarach 5 × 6 cm przeświecający przez omacicze. Przydatki – po stronie prawej – niezmiennione. Sieć makroskopowo niezmienniona. Pozostałe narządy jamy brzusznej niezmiennione. Po uwolnieniu zrostów wycięto guz z fragmentem rogu macicy. W czasie zabiegu doszło do otwarcia jamy macicy na długości około 5 mm. Ranę zeszyto pojedynczymi szwami hemostatycznymi dwuwarstwowo. Po uzyskaniu wyniku śródoperacyjnego badania histopatologicznego i skontrolowaniu hemostazy warstwowo zamknięto powłoki jamy brzusznej.

Badanie histopatologiczne preparatu (nr badania: – 596254), uzyskanego podczas operacji, wykazało: *Graviditas. Invasio chorialis myometrii*.

Pacjentce – z powodu niedokrwistości (HCT 27,7%) – przetoczono w dniu operacji 4 j. masy erytrocytarnej grupy krwi jednoimiennej. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Pacjentka w siódmej dobie została wypisana z Oddziału z raną zagojoną przez rychłozrost, w stanie ogólnym dobrym.

Ciąża II była powikłana z powodu nawracających infekcji układu moczowego. Z powodu zapalenia nerek i niedokrwistości hospitalizowana była 4-krotnie. Po raz piątą hospitalizowana dnia 29. 08. 2002 r. – w 36 tyg. II ciąży. Z powodu objawów wewnątrzmacicznej infekcji płodu wykonano – w trybie nagłym – cięcie cesarskie; urodzono płód płci męskiej w stanie ogólnym dobrym (Apgar 10) o masie ciała 3300 g.

Kontrola przydatków prawych, sieci większej, wyrostka robaczkowego oraz okolic – po lewostronnej adnexitomii i miejsca po resekcji lewego rogu macicy – zmian patologicznych nie wykazała. Wątroba w badaniu palpacyjnym bez zmian.

W okresie około- i pooperacyjnym stosowano antybiotyki: Zinacef, Unasyn, a także chemioterapeutyki: Metronidazol, Abactal. Natomiast w profilaktyce żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej – Fraxiparine.

Położnica wypisana została do domu w stanie ogólnym dobrym, z raną pooperacyjną zagojoną przez rychłozrost. Pacjentka znajduje się pod opieką ambulatoryjną przyszpitalnej Poradni Onkologicznej.

## DYSKUSJA

Mimo iż współczesne leczenie ciąży ektopowej należy do jednego z największych sukcesów medycyny, to jednak w przypadku jej lokalizacji w rogu macicy, tak diagnostyka, jak i leczenie są szczególnie trudne [7, 16, 17].

Ciąża śródścienna w rogu macicy należy do najbardziej niebezpiecznych typów ciąży ektopowych [7].

Problem wczesnego ustalenia rozpoznania tego schorzenia jest niezwykle istotny, a jednocześnie bardzo złożony. Wysoka śmiertelność pacjentek, związana z tą patologią, sprawia, że w przypadku jej zaistnienia zachodzi konieczność natychmiastowego wdrożenia działania, zarówno na poziomie diagnostyki, jak i leczenia [7, 18].

Ciąże te charakteryzują się częstszym występowaniem powikłań w stosunku do typowych ciąży ektopowych, między innymi z powodu zwiększonego ryzyka pęknięcia macicy, manifestującego się masywnym krwotokiem do jamy otrzewnej w pierwszym trymestrze ciąży [3, 6, 8, 17].

Patologia ta ograniczać może płodność, komplikować przebieg następnych ciąży, a w przypadku konieczności usunięcia macicy, wyklucza możliwość posiadania potomstwa [7].

Wczesne rozpoznanie umożliwia i ułatwia oszczędzające leczenie operacyjne, co ma szczególne znaczenie u pacjentek planujących ciążę. Taka sytuacja miała miejsce w prezentowanym przypadku.

Należy jednak podkreślić, że mimo zastosowania wszystkich metod diagnostycznych nie zawsze udaje się postawić rozpoznanie ciąży śródściennej-roznej przy pierwszej hospitalizacji chorej. Właściwe rozpoznanie i leczenie wdrażane było w niektórych przypadkach dopiero przy powtórnej hospitalizacji pacjentek [9, 18].

W diagnostyce bardzo rzadkiego schorzenia, jakim jest podwójna ciąża ektopowa; śródścienna-rozowa współistniejąca z jajowodową, bardzo przydatne jest kontrolne oznaczenie stężenia  $\beta$ -hCG, które powinno być wykonywane u pacjentek po operacji ciąży ektopowej [9].

Leczenie farmakologiczne (Metotreksat), jako rutynowo pierwszoplanowe – po rozpoznaniu ciąży śródściennej-roznej, rekomendowane jest przez wielu autorów [5, 7, 19, 20]. Z kolei wielu z nich podkreśla, że terapia ta nie pozostaje bez wad, gdyż w momencie rozpoczęcia leczenia, ani poziom  $\beta$ -hCG, ani wielkość pęcherzyka ciążowego nie pozwala przewidzieć, czy podjęte leczenie ciąży w rogu macicy zakończy się pomyślnie [7, 20].

W przypadku braku efektu po chemioterapii pozostaje leczenie chirurgiczne, w ramach którego najczęściej stosowana jest klinowa resekcja rogu macicy lub histerektomia [7, 18].

Umiejscowienie – w opisywanym przypadku – ciąży śródściennej po stronie wykonanej wcześniej adnexectomii jest znamienne. Potwierdza wpływ wcześniej przebytego zabiegu operacyjnego na lokalizację tego typu ciąży ektopowej [21].

Po lewostronnym usunięciu przydatków z powodu rozrodzaka jajnika zaszła konieczność wykonania u pacjentki 2-krotnie leczenia operacyjnego drogą laparotomii. Dało to możliwość wglądu w jamę otrzewną – makroskopową ocenę narządów jamy brzusznej i miednicy mniejszej, stanowiącą element nadzoru pacjentki poddanej wcześniej leczeniu onkologicznemu [22]. Rutynowe stosowanie operacji „drugiego wglądu”, w tym rodzaju nowotworu złośliwego, po zakończeniu leczenia i uzyskaniu całkowitej odpowiedzi klinicznej i markerowej, obecnie nie jest zalecane [23].

W prezentowanym przypadku u chorej wykonano 2-krotnie oszczędzające operacje narządów płciowych; lewostronną adnexectomię z powodu rozrodzaka jajnika i klinową resekcję lewego rogu macicy z obecną ciążą śródścienną. Leczenie oszczędzające pozwoliło zachować płodność pacjentki, umożliwiając ponowne zajście w ciążę i urodzenie zdrowego dziecka.

## PODSUMOWANIE

1. Przebyte operacje przydatków u pacjentek w wieku rozrodczym są jednym z czynników ryzyka występowania ciąży ektopowej.
2. Laparotomie – u pacjentek po wcześniejszym oszczędzającym leczeniu operacyjnym nowotworów złośliwych jajnika – należy, w ramach nadzoru onkologicznego, wykorzystać do oceny stanu narządów jamy brzusznej i miednicy mniejszej

## PIŚMIENNICTWO

1. Rondeau JA, Hibbert ML, Nelson KM. Combined tubal and cornual pregnancy in a patient without risk factors. A case report. *J Reprod Med.* 1997; 42: 675–677.
2. Floridon C, Thomsen S. Methotrexate treatment of ectopic pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1994; 73: 746–752.
3. Saunders BA, Stovall TG. Ciąża ektopowa. W: *Ginekologia kliniczna*, t. 1. Red. Bieber EJ, Sanfilippo JS, Horowitz IR. Wrocław. Elsevier Urban & Partner, 2009: 215–227.
4. Baggish M. Chirurgiczne leczenie ciąży pozamacicznej. W: *Atlas chirurgii ginekologicznej i anatomii miednicy*, t. 1. Red. Baggish M, Karram M. Warszawa: MediPage, 2009: 273–286.
5. Gherman RB, Stitely M, Larrimore C. Low dose methotrexate treatment for interstitial. A case report. *J Reprod Med.* 2000; 45: 142–144.
6. Jin H, Zhou J, Yu Y, [et al.], Dong M: Intramural pregnancy: a report of 2 cases. *J Reprod Med.* 2004; 41: 186–190.
7. Grzybowski W, Partyka A, Ciach K, Łukaszuk M, Preis K. Ciąża ektopowa w rogu macicy. *Ann. Acad. Med. Gedan.* 2010; 40: 145–154.
8. Banaszczyk R, Radwan J, Wójcik D, Radwan M. Pęknięcie macicy w II trymestrze ciąży po pozaustrojowym zapłodnieniu – opis przypadku. *Adv Clin Exp Med.* 2005; 14(5): 1121–1124.
9. Wiśniewska B, Nawrocka-Rutkowska J, Borowiak J, Cieciewicz S, Brodowska A, Szydłowska I. i in. Podwójna ciąża pozamaciczna: jajowodowa i rozna w cyklu spontanicznym (naturalnym) – opis przypadku. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2010; 3(3): 236–238.
10. Wolcott HD, Stock RJ, Kaunitz AM. Ciąża ektopowa. W: *Stany nagłe w położnictwie i ginekologii* Red. Benrubi GI. Warszawa. Springer PWN, 1997, 51–68.
11. Sanz LE, Verosco J. Hysteroscopic management of cornual ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2002; 99: 941–944.
12. Tucker SW. Laparoscopic management of intramural pregnancy. *J Am Assoc Gynecol-Laparosc.* 1995; 2(4): 467–470.
13. Moon HS, Choi YJ, Park YH, Kim SG. New simple endoscopic operations for interstitial pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 182: 114–121.
14. Ayoubi JM, Fanchin R, Olivennes F. Tubal curettage: a new conservative for hemorrhagic interstitial pregnancies. *Hum Reprod.* 2001; 99: 891–892.

15. Gitsch G. Management of ovarian germ cell tumours 3<sup>rd</sup> European Conference: Perspectives in Gynaecologic Oncology. Nice, France 2006: 93–98.
16. Skrzypczak J. Ciąża ektopowa. W: Położnictwo i Ginekologia, t. 1. Red. Bręborowicz G.H. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2005: 88–99.
17. Farguhar CM. Ectopic pregnancy. Lancet 2005; 366: 583–591.
18. Sikora-Szczęśniak DL. Ciąża śródścienna – opis przypadku. XXVII Kongres PTG. Supplement. Streszczenia. Szczecin 13–16. 09. 2000, 229.
19. Skrzypczak J. Ciąża ektopowa. W: Ciąża wysokiego ryzyka. Red. Bręborowicz GH. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych 2010: 221–240.
20. Tulandi T, Al-Jaroudi D. Interstitial pregnancy: results generated from the Society of Reproductive Surgeons registry. Obstet Gynecol. 2004; 103: 47–50.
21. Inovay J, Marton T, Urbancsek J, Kádár Z, Altdorfer K, Papp Z. Spontaneous bilateral cornual uterine dehiscence early in the second trimester after bilateral laparoscopic salpingectomy and *in vitro* fertilization. Hum Reprod 1999; 14(10): 2471–2473.
22. Kuś E, Świerczewski A, Estemberg D, Kowalska-Koprek U, Brzozowska M, Berner-Trąbska M. et al. Przebieg ciąży i porodu u pacjentki po leczeniu oszczędzającym z powodu raka jajnika – opis przypadku. Ginekol Pol. 2010; 81(1): 65–68.
23. Miedzińska-Maciejewska M, Kubik P, Bidziński M. Rola chemioterapii w leczeniu złośliwych nowotworów jajników wywodzących się z komórek rozrodczych. Onkol w Prakt. Klin. Warszawa: Via Medica 2006; 2(4): 165–170.

## Graviditas interstitialis-hornalis after sparing surgery for germinoma

### ■ Abstract

Graviditas interstitialis-hornalis is one of the most infrequent but dangerous types of ectopic pregnancies. A 30-year-old patient underwent laparotomy, the left horn of the uterus was resected leaving ectopic pregnancy intact. At the age of 26, the patient was operated on for dysgerminoma: she underwent sparing removal of the adnexia on the left side, combined with chemotherapy, which produced the risk of ectopic implantation of future pregnancy. A year after the operation for graviditas interstitialis, the patient became pregnant and a baby boy was delivered by Caesarean section in 36 hbd, body weight 3,300 g (Apgar 10).

The article presents the course of diagnosis and treatment applied in a case of graviditas interstitialis-hornalis.

### ■ Key words

graviditas interstitialis-hornalis/fertility sparing surgery/