

گزارش یک مورد حاملگی هتروتوپیک

دکتر زهره یوسفی^۱، دکتر امیرحسین جعفریان^۲، دکتر فائزه حلیمی^{۳*}،

دکتر نشاط محبان آزاد^۳

۱. استاد گروه زنان و مامایی، فلوشیپ انکولوژی زنان، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشیار گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. رزیدنت گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۴/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۷/۰۷

خلاصه

مقدمه: حاملگی هتروتوپیک رویدادی نادر است. وجود همزمان حاملگی داخل رحمی و حاملگی اکتوپیک را حاملگی هتروتوپیک می‌نامند. از آنجایی که این نوع آبستنی در معرض خطر پارگی بارداری خارج رحمی است، تشخیص این بیماری تهدیدکننده حیات بسیار مهم است. مطالعه حاضر با هدف معرفی یک مورد حاملگی هتروتوپیک انجام شد.

گزارش مورد: در این مطالعه یک مادر باردار ۲۰ ساله در هفته ۱۸ بارداری، با علائم بالینی مبنی بر توده لگنی و تشخیص احتمالی توده بدخیم تخمدان معرفی می‌شود که جراحی توده لگنی و پاسخ فروزن سکشن حاملگی خارج رحمی لوله‌ای بود. لذا بعد از عمل حاملگی داخل رحمی تا زمان زایمان کنترل شد که حاصل آن تولد نوزاد سالم بود.

نتیجه‌گیری: حاملگی هتروتوپیک اگرچه پدیده نادری است، ولی باید در هر زن باردار، احتمال حاملگی هتروتوپیک را در نظر داشت. حاملگی هتروتوپیک در صورت عدم توجه و درمان مناسب می‌تواند بیمار را در شرایط اورژانس و وخیم قرار دهد.

کلمات کلیدی: توده لگنی، حاملگی لوله‌ای، حاملگی هتروتوپیک

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر فائزه حلیمی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۱۱۲۷۷؛ پست الکترونیک:

halimif911@mums.ac.ir

مقدمه

وجود همزمان حاملگی داخل رحمی و حاملگی اکتوپیک را حاملگی هتروتوپیک می‌نامند. این نوع بارداری برای اولین بار در سال ۱۷۰۸ توسط برایت و همکار (۱۹۹۰) در طی اتوپسی مشخص و گزارش شد (۱). وقوع حاملگی هتروتوپیک خودبخود بین ۱/۷۰۰-۱/۳۰۰۰۰ در هر حاملگی طبیعی است (۲). در دهه گذشته به دلیل ازدیاد قابل توجه حاملگی‌های اکتوپیک، تعداد حاملگی هتروتوپیک نیز افزایش یافته است. علت این پدیده، افزایش استفاده از تکنیک‌های کمک باروری و وقوع بیشتر بیماری‌های آمیزی و التهابی لگنی می‌باشد (۳). تشخیص و درمان این نوع حاملگی دشوار است، زیرا همیشه علائم پارگی کلاسیک حاملگی خارج رحمی را ندارد. در ۵۰٪ موارد معمولاً بیماران بدون علامت هستند. درد شکمی، توده آدنکس، تحریک پریتون و رحم بزرگ را به عنوان علائم و نشانه‌های حاملگی هتروتوپیک تعریف کرده‌اند (۴). لودویگ و همکاران (۱۹۹۹) یک مورد حاملگی هتروتوپیک در تانزانیا که در سه ماهه سوم بارداری تشخیص داده شده بود و منجر به تولد زنده هر دو جنین شد را گزارش کردند (۵). به دلیل احتمال وقوع پارگی حاملگی اکتوپیک و تأخیر در تشخیص، این نوع حاملگی می‌تواند تهدید کننده حیات باشد. دقت و توجه متخصص زنان به این مسئله خیلی مهم است. لذا در موارد درد و توده لگنی با حاملگی داخل رحمی، باید حاملگی هتروتوپیک را در لیست تشخیص‌های افتراقی خود قرار داد. این مطالعه با هدف گزارش یک مورد حاملگی هتروتوپیک در بیمار باردار که با احتمال تومور تخمدان در حین لاپاروتومی تشخیص داده شده بود، انجام شد.

گزارش مورد

بیمار، مادر ۲۰ ساله با سومین بارداری و سابقه سقط جنین و فرزند زنده متولد شده از طریق سزارین با شکایت درد قسمت تحتانی و راست شکم و بارداری ۱۸ هفته و سونوگرافی مبنی بر کیست تخمدان در تیر ماه سال ۱۳۹۴ به زایشگاه بیمارستان قائم دانشگاه علوم پزشکی مشهد ارجاع شد. در معاینه واژینال رحم

حاملگی ۱۸ هفته و در آدنکس راست توده‌ای تقریباً معادل ۱۲×۱۵ سانتی‌متر با حدود نامنظم وجود داشت. علائم حیاتی بیمار نرمال بود. در سونوگرافی شکمی حاملگی ۱۵ هفته با جنین زنده و جفت طبیعی به همراه توده کمپلکس سالیید و کیستیک ۱۵ سانتی‌متری در آدنکس سمت راست و مایع آزاد با مقادیر متوسط در کلدوساک خلفی گزارش شد و سونوگرافی ترانس واژینال نیز این یافته‌ها را تأیید کرده بود. میزان تومور مارکرهای درخواست شده CA125، ۴۷، CEA، ۱/۵ و BHCG ۵۶۰۰۰ واحد در میلی‌لیتر بود. بر اساس این شواهد، با تشخیص حاملگی و توده آدنکس کمپلکس با حاملگی ۱۸ هفته لاپاراتومی انجام شد. حدود ۱۰۰ سی‌سی خون تیره شبیه محتویات اندومتریوما در داخل شکم وجود داشت و توده‌ای بین لوله و تخمدان و سطح خلفی رحم با منشأ لوله سمت راست وجود داشت. سالیپنژکتومی راست و حذف توده آدنکس انجام شد. گزارش پاتولوژی فروزن سکشن، حاملگی خارج از رحم بود (شکل ۱، ۲). با تأیید حاملگی هتروتوپیک داخل و خارج رحم، بیمار تحت پیگیری قرار گرفت و سونوگرافی ۲ هفته بعد از عمل، نرمال بودن حاملگی طبیعی داخل رحمی را تأیید کرد. بیمار بعد از عمل تا زمان زایمان کنترل شد که حاصل آن تولد نوزاد سالم بود. لازم به ذکر است که اطلاعات منتشر شده در این گزارش مورد، با رضایت بیمار استفاده شده است.

بحث

وجود هم‌زمان حاملگی داخل رحمی و خارج رحمی در یک چرخه طبیعی لقاح نادر است. تشخیص حاملگی هتروتوپیک دشوار است، چراکه درد و خونریزی می‌تواند با تهدید به سقط اشتباه گرفته شود. حاملگی در هر دو قسمت رحم دو شاخ، پارگی و تورشن کیست تخمدان و هیدروسالیپنکس نیز می‌توانند علائم حاملگی هتروتوپیک را تقلید کند (۶). از آنجایی که هیچ روشی برای پیش‌بینی حاملگی هتروتوپیک وجود ندارد، در هر بیماری که با درد قسمت تحتانی شکم و سابقه درمان ناباروری در مراحل ابتدایی حاملگی داخل رحمی مراجعه می‌کند، باید حاملگی هتروتوپیک را در نظر داشت.

بیمار مورد مطالعه ما نیز با شکایت درد شکمی، توده آدنکس، تحریک پریتوئن و رحم بزرگ مراجعه کرده بود. در بیشتر موارد (۵/۷۲٪) حاملگی‌های خارج رحمی در لوله فالوپ ایجاد می‌شوند. احتمال وقوع حاملگی هتروتروپیک در زنانی که خطر بیشتری برای ابتلاء به حاملگی اکتوپیک دارند، زیادتر است (۷). به دلیل احتمال کم وقوع حاملگی هتروتروپیک، اکثر گزارشات سونوگرافیک نیز ممکن است کمک کننده نباشند. اگرچه استفاده از سونوگرافی ترانس واژینال و MRI کمک زیادی به تشخیص این نوع بارداری خواهد کرد. تشخیص قطعی با لاپاروسکوپی و یا لاپاروتومی است (۸). به دلیل غیر معمول بودن بیماری و تأخیر در تشخیص آن، افزایش میزان مرگومیر مادری در برخی از مطالعات گزارش شده است (۹). اگرچه در مطالعه گزارش شده با هدف بررسی گزارشات مروری حاملگی هتروتروپیک در یک بیمار علی‌رغم وجود خون داخل شکم هیچ‌گونه افزایش مرگومیر جنین داخل رحمی مشخص نشده است (۱۰). حاملگی داخل رحمی با خونریزی جسم زرد، چه از لحاظ بالینی و چه از لحاظ سونوگرافی، می‌تواند کاملاً مشابه حاملگی هتروتروپیک تخمدانی باشد. سایر موارد شکم حاد مانند آپاندیسیت، کیست تخمدان پاره شده، تورشن کیست تخمدان و هیدروسالپنکس نیز می‌توانند به صورت بالینی مشابه حاملگی هتروتروپیک باشند. حاملگی در هر دو قسمت رحم دو شاخ نیز می‌تواند علائم حاملگی هتروتروپیک را تقلید کند (۱۱). در مورد درمان حاملگی هتروتروپیک نظرات متعددی بیان شده است. روش جراحی، روش اصلی درمان است که همچنان استفاده می‌شود. درمان طبی به دلیل مخاطرات ناشی از مصرف متوتروکسات و پروستاگلاندین‌ها پیشنهاد نمی‌شود (۱۲). در گزارشات مکرر موفقیت‌آمیز بودن تزریق پتاسیم کلراید به داخل ساک حاملگی مشاهده شده است. اگرچه در مطالعه مارتین و همکار (۲۰۱۵) بعد از انتخاب جنین واجد شرایط در یک

حاملگی هتروتروپیک که به دنبال عمل IVF باردار شده بود، بعد از انجام تزریق فوق به دلیل هماتوسالپنکس به ناچار عمل لاپاروتومی و سالپنژکتومی برای وی انجام شد (۱۳). لازم به ذکر است که درمان انتظاری هم در مطالعات اخیر پیشنهاد شده است (۱۴). درمان حاملگی هتروتروپیک همچنان بحث برانگیز است. مطالعات نشان داده‌اند که در شک به حاملگی هتروتروپیک و در صورت وجود حاملگی داخل رحمی، روش لاپاروسکوپی به لاپاراتومی ارجح است، چراکه دست‌کاری رحم باردار کمتر است. در بیمارانی که از لحاظ بالینی پایدار هستند، رویکرد غیر جراحی می‌تواند ایمن و مؤثر باشد (۱۵). در بیمار مورد مطالعه حاضر به دلیل احتمال تومور بدخیم تخمدان اقدام به لاپاروتومی شد.

در انتها باید متذکر شد که در تشخیص حاملگی هتروتروپیک ممکن است هیچ‌گونه ریسک فاکتوری وجود نداشته باشد. همچنان که در بیمار حاضر این‌گونه بود. وجود حاملگی داخل رحمی، عدم وجود حاملگی اکتوپیک همزمان را رد نمی‌کند. بهتر است هر زنی که در سن باروری با درد ناحیه لگن مراجعه کرد و حتی اگر هیچ‌گونه ریسک فاکتوری برای حاملگی هتروتروپیک نداشت، حاملگی هتروتروپیک را در لیست تشخیص‌های افتراقی خود قرار داده و با انجام سونوگرافی، احتمال وجود آن را بررسی کرد. اگرچه ممکن است تأیید بارداری بالینی با سونوگرافی رد کننده همزیستی با حاملگی هتروتروپیک نباشد.

نتیجه‌گیری

حاملگی هتروتروپیک اگرچه پدیده نادر است، ولی ظن به این نوع بارداری در هر زن باردار حتی بارداری ظاهراً طبیعی می‌تواند از پیامدهای مرگ‌بار تأخیر تشخیص و درمان آن پیشگیری کند.

1. Bright DA, Gaupp FB. Heterotopic pregnancy: a reevaluation. *J Am Board Fam Pract* 1990; 3(2):125-8.
2. Dumesic DA, Damario MA, Session DR. Interstitial heterotopic pregnancy in a woman conceiving by in vitro fertilization after bilateral salpingectomy. *Mayo Clin Proc* 2001; 76(1):90-2.
3. Lautmann K, Staboulidou I, Wüstemann M, Günter H, Scharf A, Hillemanns P. Heterotopic pregnancy: simultaneous intrauterine and ectopic pregnancy following IVF treatment with the birth of a healthy child. *Ultraschall Med* 2009; 30(1):71-3.
4. Minig L, Otaño L, Cruz P, Patrono MG, Botazzi C, Zapardiel I. Laparoscopic surgery for treating adnexal masses during the first trimester of pregnancy. *J Minim Access Surg* 2016; 12(1):22-5.
5. Ludwig M, Kaisi M, Bauer O, Diedrich K. The forgotten child--a case of heterotopic, intra-abdominal and intrauterine pregnancy carried to term. *Hum Reprod* 1999; 14(5):1372-4.
6. Dey M, Kumar R. Isolated torsion of hydrosalpinx. *Med J Armed Forces India* 2013; 69(2):178-80.
7. Esterle J, Schieda J. Hemorrhagic heterotopic pregnancy in a setting of prior tubal ligation and re-anastomosis. *J Radiol Case Rep* 2015; 9(7):38-46.
8. Sun SY, Araujo Júnior E, Elito Júnior J, Rolo LC, Campanharo FF, Sarmento SG, et al. Diagnosis of heterotopic pregnancy using ultrasound and magnetic resonance imaging in the first trimester of pregnancy: a case report. *Case Rep Radiol* 2012; 2012:317592.
9. Gibson KR, Horne AW. Ruptured heterotopic pregnancy: an unusual presentation of an uncommon clinical problem. *BMJ Case Rep* 2012; 2012:1-4.
10. Barrenetxea G, Barinaga-Rementería L, Lopez de Larruzea A, Agirregoikoa JA, Mandiola M, et al. Heterotopic pregnancy: two cases and a comparative review. *Fertil Steril* 2007; 87(2):417.e9-15.
11. Basile F, Di Cesare C, Quagliozi L, Donati L, Bracaglia M, Caruso A, et al. Spontaneous heterotopic pregnancy, simultaneous ovarian, and intrauterine: a case report. *Case Rep Obstet Gynecol* 2012; 2012:509694.
12. Deka D, Bahadur A, Singh A, Malhotra N. Successful management of heterotopic pregnancy after fetal reduction using potassium chloride and methotrexate. *J Hum Reprod Sci* 2012; 5(1):57-60.
13. Martin JK, Gala RB. Adnexal mass in a spontaneous pregnancy diagnosed as heterotopic pregnancy at the time of cesarean delivery. *Ochsner J* 2015; 15(3):265-7.
14. Baxi A, Kaushal M, Karmalkar H, Sahu P, Kadhi P, Daval B. Successful expectant management of tubal heterotopic pregnancy. *J Hum Reprod Sci* 2010; 3(2):108-10.
15. Kumar R, Dey M. Spontaneous heterotopic pregnancy with tubal rupture and pregnancy progressing to term. *Med J Armed Forces India* 2015; 71(Suppl 1):S73-5.