

گزارش یک مورد حاملگی تخمدانی با سابقه دو بار حاملگی خارج رحمی

نویسندگان:

ناهید رهبر *

استادیار زنان دانشگاه علوم پزشکی سمنان

فاطمه قزوینی

متخصص زنان و زایمان

تاریخ پذیرش: ۸۵/۱۲/۳

تاریخ ارائه: ۸۵/۲/۱۸

Ovarian Pregnancy in a Patient with Two Previous Ectopic Pregnancies

Abstract

Introduction: Although the total number of pregnancies has declined over the past three decades, the rate of ectopic pregnancies has continued to increase in most western nations and it still accounts for ten percent of all maternal death. This report is the introduction of ovarian ectopic pregnancy in a patient with recurrent ectopic pregnancy.

Case Report: The patient was a 35 year old woman (gestational age = 6 weeks) with history of 2 previous ectopic pregnancies (treated with right salpingectomy in the first and expectant management in the second ectopic pregnancy) and presentation of hypogastric pain, $\beta HCG = 1720$, and empty uterine cavity at vaginal sonography. The patient was operated due to clinical diagnosis of ectopic pregnancy and histopathological report was ovarian pregnancy.

Conclusion: This case report confirmed that ovarian pregnancy is rare and difficult to diagnose clinically and even intraoperatively. Ovarian pregnancy can be detected early with the use of combined transvaginal sonography and serum βHCG level. The standard of care is conservative treatment in order to preserve patient's fertility. Recurrence is exceptional and future fertility is usually preserved.

Key words: Ectopic pregnancy, Ovarian pregnancy, Salpingectomy

آدرس:

قزوین، خیابان آیت الله کاشانی، کوچه شهید کاوه، پلاک ۲۴۵

تلفن: ۰۹۱۲۳۸۲۶۶۲۴

پست الکترونیک: rahbar.nahid@gmail.com

مقدمه

با وجود کاهش شمار حاملگی‌ها در سه دهه اخیر، تعداد حاملگی‌های خارج از رحم در غرب رو به افزایش است و این‌گونه حاملگی‌های غیر طبیعی، مسئول ۱۰٪ از مرگ‌های مرتبط با بارداری است. بیش از ۹۵٪ موارد حاملگی‌های خارج از رحم در لوله‌های رحمی روی می‌دهد. سایر مناطق درگیر به ترتیب شیوع، تخمدان ۰/۵٪، دهانه رحم ۰/۱٪، حاملگی شکمی ۰/۳٪ است (۱، ۲). حاملگی تخمدانی جز موارد نادر از انواع حاملگی‌های خارج از رحم با بروز ۰/۵-۰/۶٪ از کل موارد حاملگی‌های خارج از رحم و بروز ۱/۷۰۰۰ تا ۱/۴۰۰۰ زایمان می‌باشد، اما میزان بروز آن به طور مشخصی کمتر برآورد می‌شود (۱-۶).

حاملگی تخمدانی یک حادثه منفرد در یک زن سالم از سایر جهات بدون علائم بالینی، آزمایشگاهی و سونوگرافیک اختصاصی و غیر قابل افتراق از حاملگی‌های لوله‌ای است. در لاپاراسکوپی نیز خونریزی از جسم زرد یا پارگی کیست تخمدان حدس زده می‌شود. تنها راه دقیق تشخیصی، بافت شناسی نمونه است (۷-۹).

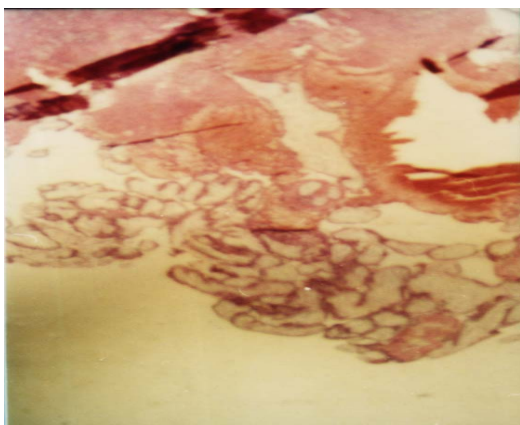
تشخیص بالینی حاملگی تخمدانی و تشخیص هنگام عمل مشکل است ولی می‌توان با اقدامات سریع و با استفاده از سونوگرافی مهبلی و اندازه‌گیری βHCG و تشخیص به موقع و درمان محافظه کارانه از باروری آینده فرد حمایت کرد (۸).

استفاده همزمان از IUD ظاهراً با حاملگی تخمدانی رابطه زیادی دارد. اخیراً حاملگی تخمدانی افزایش یافته است (۱-۶). عود حاملگی تخمدانی نادر و باروری آینده تحت تاثیر قرار نمی‌گیرد (۹، ۵).

هدف از این مطالعه گزارش یک مورد حاملگی تخمدانی بوده است که به دلیل سابقه دو بار حاملگی خارج از رحم در نوع خود جزء موارد نادر است.

معرفی بیمار

خانم سی و پنج ساله با سابقه دو بار حاملگی خارج از رحم با سن حاملگی شش هفته با درد زیر شکم و βHCG بیشتر از ۲۵۰، جهت رد کردن حاملگی خارج از رحم بستری شد. بیمار سابقه مصرف لتروزول و متفورمین جهت حاملگی اخیر را داشته و همچنین سابقه دو بار حاملگی خارج از رحم که نوبت اول سالپنژکتومی سمت راست، نوبت دوم با درمان انتظاری که نهایتاً βHCG منفی شده است. به محض بستری شدن βHCG انجام شد که ۱۷۲۰ mv/cc و در سونوگرافی مهبلی ساک حاملگی داخل رحم دیده نشد. تصویر فاقد اکو با حاشیه اکوژن به همراه تصویر شبیه کیسه زرده در داخل آن به قطر ۱۸ میلیمتر در کنار تخمدان چپ، ضخامت آندومتر ۱۶ میلیمتر و مایع آزاد مختصر در لگن رویت شد. بیمار لاپاراتومی شد. حدود ۲۰۰ سی سی خون داخل حفره شکم بود. تخمدان راست طبیعی و چسبیده به رحم (به دلیل برداشتن لوله رحمی سمت راست در جراحی قبلی) و لوله سمت چپ طبیعی و در تخمدان چپ از یک منطقه حدود ۲ سانتیمتر با نسج شبیه سیدوا خون ریزی مشاهده شد. با برداشت نسج خونریزی دهنده جسم زرد مشاهده شد. نتیجه بررسی آسیب شناسی حاملگی تخمدانی بود (تصویر ۱).



شکل ۱: تصویر آسیب شناسی حاملگی تخمدانی بیمار

بحث

حاملگی تخمدانی شکل نادر حاملگی‌های خارج از رحم است (۱-۶). در مطالعه‌ای که به مدت ۱۲ سال از

میکروسکوپی پرزهای جفتی منحصر در تخمدان و نه در لوله های رحمی دیده می شود. حتی در لاپاروسکوپی نیز خونریزی از جسم زرد یا پارگی کیست تخمدان تصور می شود. درمان حاملگی تخمدانی برداشت گوه ای تخمدان است (۹،۷:۶).

معیارهای اشپیگل برگ جهت تشخیص حاملگی تخمدانی عبارتند از (βHCG بیشتر از ۱۰۰۰، خالی بودن رحم در سونوگرافی مهبل، گرفتاری تخمدان که با جستجوی جراحی تأیید شده باشد، دیدن پرزهای جفتی یا تظاهراتی از کیست غیر طبیعی در تخمدان با وجود لوله های طبیعی و ناپدید شدن βHCG پس از درمان (۵). در گزارش این مورد نیز $\beta HCG = 1720$ و خالی بودن رحم در سونوگرافی مهبل و گرفتاری تخمدان و دیدن پرزهای جفتی در تخمدان و لوله های طبیعی وجود داشت.

سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۱ انجام شد، ۱۹ مورد حاملگی تخمدانی گزارش شده است. در بررسی دیگری در یک واحد مراقبت مادران به مدت هفت سال، سیزده مورد حاملگی تخمدانی (با بروز ۱/۱۴۰۰ زایمان) تشخیص داده شد.

مطالعه بزرگ دیگری ۳۴ مورد حاملگی تخمدانی را از بین ۲۳۶۹۸۳ زایمان (۱/۷۰۰۰ زایمان) گزارش کرد (۱، ۵، ۶). در بیمارستان امیرالمومنین (ع) سمنان نیز در ۶ سال اخیر یک مورد حاملگی تخمدانی از میان ۱۸۱ حاملگی خارج رحم گزارش شده است.

علی رغم تمهیدات مدرن تشخیصی، میزان بروز حاملگی تخمدانی کمتر برآورد می شود (۵، ۶).

حاملگی تخمدانی علائم بالینی، آزمایشگاهی و سونوگرافیک اختصاصی و قابل افتراق از سایر انواع حاملگی های لوله ای را ندارد و تشخیص نهائی و قطعی آن براساس آسیب شناسی است. به شکل ماکروسکوپی و

خلاصه

مقدمه: باوجود کاهش شمار حاملگی ها در سه دهه اخیر تعداد حاملگیهای خارج از رحم در غرب رو به افزایش است و این حاملگی ها مسئول ۱۰٪ از تمام مرگهای مرتبط با بارداری است. این مطالعه گزارش یک مورد حاملگی تخمدانی با سابقه دو بار حاملگی خارج رحمی است.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۳۵ ساله با سن حاملگی ۶ هفته با سابقه ۲ بار حاملگی خارج رحمی (که در نوبت اول سالیپزکتومی سمت راست و نوبت دوم با اقدامات محافظه کارانه درمان شده بود) با درد زیر شکم و $\beta HCG = 1720$ و خالی بودن رحم در سونوگرافی مهبل، با حدس حاملگی خارج رحمی تحت عمل جراحی قرار گرفت. حدس حین عمل خونریزی از جسم زرد یا حاملگی تخمدانی بود. جواب آسیب شناسی نمونه، حاملگی تخمدانی گزارش شد.

نتیجه گیری: حاملگی تخمدانی نادر است. تشخیص بالینی و حین عمل مشکلی دارد، یافته های ماکروسکوپی در حین عمل جراحی، تشخیص پارگی جسم زرد را مطرح کرد اما آسیب شناسی نمونه، حاملگی تخمدانی را نشان داد. عود این نوع حاملگی نادر و باروری آینده فرد بدون تغییر می ماند.

کلمات کلیدی: حاملگی خارج از رحم، حاملگی تخمدانی، برداشتن لوله های رحمی

References

1. Rock JA, Jones HW. *Telinde's Operative Gynecology*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2003 . 507-32
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*. 22nd ed, New York: MC Graw-Hill; 2005 . 253- 268
3. Berek JS. *Novak's gynecology*. 13 th, ed, Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2002. 510-511.
4. Itoh H, Ishihara A, Koita H, Hatakeyama K, Segunchi T, Akiyamay, et al. Ovarian Pregnancy : report of four cases and review of the literature. *Pathology Int*. 2003 Nov; 53(11):806-9
5. Sergent F, Mauger-Tinlot F, Gravier A, Verspyck E, Marpeaul. Ovarian Pregnancy: reevaluation of diagnostic criteria. *J Gynecol Obstet Biol Report (Paris)*. 2002 Dec; 31
6. Raziel A, Schachter M, Mordechai E, Friedler S, Panski M, Ron-EIR. Ovarian Pregnancy-a 12-year experience of 19 cases in one institution. *Eur J Obstet Gynecol Report Biol* 2004 May 10; 114(1):92-6
7. Sachdev Ps, Memon RA, Jatoi N, Sachdev cs. Ectopic Ovarian Pregnancy. *J Coll Physicians Surg Pak* 2003 Apr; 13(4):229-30
8. Phupong V, Ultchaswadip. Primary Ovarian Pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2005, apr; 88(4):527-90
9. [Article in French]. [Ovarian Pregnancy: the situation in 2003. A report of four cases and literature review] . *Tunis Med*. 2004 Sep; 82(9):858-66

