

گزارش یک مورد حاملگی هتروتوپیک خودبه‌خودی با اکتوپیک در ناحیه ایسم و سرانجام تولد نوزاد

دکتر میترا افتخاری یزدی^۱، مرضیه ترکمن‌نژاد سبزواری^۲، دکتر مه‌ری سخدری^{۳*}

۱. دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزواری، سبزواری، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی سبزواری، سبزواری، ایران.
۳. رزیدنت زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزواری، سبزواری، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۰۶

خلاصه

مقدمه: حاملگی هتروتوپیک به معنای وجود همزمان حاملگی داخل رحمی و یک حاملگی خارج رحمی است. میزان بروز آن ۱ در هر ۳۰۰۰۰ بارداری است. در این مطالعه یک مورد حاملگی هتروتوپیک با مورد اکتوپیک دارای ضربان قلب در ناحیه ایسم لوله فالوپ گزارش می‌شود.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۳۱ ساله که در تاریخ ۱۳۹۹/۱۱/۱۴ با تأخیر قاعدگی به مدت ۲ هفته و درد شکمی در ناحیه هیپوگاستر با ماهیت ثابت و پیشرونده که از حدود ۳ روز قبل مراجعه شروع شده بود؛ به بیمارستان زنان شهیدان مبینی شهرستان سبزواری مراجعه کرده بود. LMP بیمار ۶ هفته و ۳ روز قبل بود. سابقه بیماری زمینه‌ای و مصرف داروی خاصی نداشت و علائم حیاتی پایدار بود. تهوع از قبل مراجعه و ۲ نوبت استفراغ در اورژانس بیمارستان داشت. در معاینه شکم گاردینگ اختیاری، حساسیت و حساسیت برگشتی در ناحیه فوق عانه‌ای وجود داشت. سونوگرافی ترانس واژینال انجام و تیتراژ بتا درخواست شد. در سونوگرافی، تصویر کانون اکوفری به دیامتر تقریبی ۷ میلی‌متر معادل ۵ هفته و ۲ روز در آدنکس سمت چپ به‌طور مجزا از تخمدان همراه با هماتوم ۳۵*۳۵ در اطراف آن مشاهده شد؛ که حاوی ضربان قلب جنین بود. تصویر یک ساک بارداری به قطر تقریبی ۱۵ میلی‌متر حاوی کیسه زرده و ضربان قلب در حفره آندومتر دیده شد. بیمار با تشخیص بارداری هتروتوپیک منتقل اتاق عمل شد. لوله سمت چپ در ناحیه ایسم حاوی توده ۴*۲ سانتی‌متر بود که کاملاً آسیب دیده بود و در حال خونریزی فعال بود. سالپنژکتومی سمت چپ انجام شد. حاملگی داخل رحمی حفظ شد. بیمار در تاریخ ۱۳۹۹/۶/۳۱ با دردهای زایمانی مراجعه کرد؛ و تحت زایمان طبیعی بدون عارضه قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: حاملگی هتروتوپیک اکثراً در موارد استفاده از روش‌های کمک باروری اتفاق می‌افتد. موارد خودبه‌خودی حاملگی هتروتوپیک نادر است. تشخیص سریع و به‌موقع نقش اساسی در رویکرد درمانی دارد.

کلمات کلیدی: حاملگی، حاملگی خارج رحمی، حاملگی هتروتوپیک

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مه‌ری سخدری؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزواری، سبزواری، ایران. تلفن: ۰۵۱-۴۴۲۳۸۱۰۴؛ پست الکترونیک:

mehri.sakhdari@yahoo.com

مقدمه

لانه‌گزینی تخم (زایگوت) در مکانی غیر از آندومتر، حاملگی خارج رحمی محسوب می‌شود. خطر مرگ در حاملگی اکتوپیک (EP)^۱ ۱۰ برابر بیشتر از حاملگی داخل رحمی و ۵۰ برابر سقط جنین قانونی می‌باشد (۱). میزان شیوع حاملگی خارج رحمی ۲-۱/۵٪ از کل بارداری‌ها می‌باشد. حاملگی خارج رحمی، شایع‌ترین علت مرگ مادری در سه ماهه اول بارداری است و ۹۸٪ موارد در محل لوله فالوپ و ۲٪ موارد در سایر مکان‌های ناشایع مانند تخمدان، حفره شکم، اسکار سزارین و ... رخ می‌دهد (۲).

حاملگی هتروتوپیک به معنای وجود همزمان حاملگی داخل رحمی و یک حاملگی خارج رحمی است. میزان بروز آن ۱ در هر ۳۰۰۰۰ بارداری است. اخیراً به خاطر افزایش روش‌های کمک باروری و القای تخم‌گذاری به ۱ در ۷۰۰۰ حاملگی رسیده است. علت این نوع حاملگی، اختلال در تخم‌گذاری یا اشکال در سرعت انتقال دو تخمک لقاح یافته به وسیله لوله فالوپ است (۳). لقاح مصنوعی در شرایط آزمایشگاهی (IVF)^۲ و انتقال جنین، باعث افزایش بروز حاملگی هتروتوپیک می‌شود. به دنبال IVF حدود ۰/۸۵٪ کل حاملگی‌ها خارج رحمی بوده که از این تعداد، ۱۵٪ موارد هتروتوپیک است (۲). البته باید به این نکته اشاره کرد؛ بیمارانی که از روش‌های کمک باروری استفاده می‌کنند، اغلب یک پاتولوژی لوله‌ای دارند که علت اصلی حاملگی خارج رحمی است (۳، ۴).

حدود ۹۰/۹٪ موارد حاملگی خارج رحمی قبل از جراحی با سونوگرافی ترانس واژینال تشخیص داده می‌شوند؛ سطح Beta-Hcg به علت وجود حاملگی داخل رحمی به طور مناسب افزایش یافته و در تشخیص کمک کننده نیست (۵). پیش‌آگهی حاملگی داخل رحمی بعد از درمان حاملگی اکتوپیک نامشخص بوده و در ۳۵٪ موارد منجر به سقط می‌شود. البته پیش‌آگهی وابسته به نوع درمان به کار رفته و خصوصیات بیولوژیک بیمار است (۳). پیش‌آگهی تولد زنده ارتباطی به علائم بیمار ندارد و در

بیماران با علائم حیاتی پایدار تفاوتی با بیمار با علائم ناپایدار و هموپریتوئن ندارد (۴).

در این مطالعه یک مورد حاملگی هتروتوپیک با مورد اکتوپیک دارای ضربان قلب در ناحیه ایسم گزارش می‌شود؛ که بیمار بدون هیچ ریسک فاکتوری بوده و حاملگی داخل رحمی بعد از درمان بیمار ادامه یافته است و سرانجام منجر به تولد نوزاد زنده شده است.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۱ ساله (1 gravid 3 live 1 abortion) G3L1AB1 در تاریخ ۱۳۹۹/۱/۱۴ با درد شکمی در ناحیه هیپوگاستر با ماهیت ثابت و پیشرونده که از حدود ۳ روز قبل مراجعه شروع شده بود، به اورژانس بیمارستان تخصصی زنان شهیدان مبینی شهرستان سبزوار مراجعه کرده بود. بیمار از تأخیر قاعدگی به مدت ۲ هفته شاکی بود. روز آخرین قاعدگی (LMP)^۳ بیمار ۶ هفته و ۳ روز قبل بود. وی هیچ‌گونه خونریزی واژینال را ذکر نمی‌کرد؛ از تهوع شاکی بود و دو نوبت استفراغ در اورژانس بیمارستان داشت. هیچ بیماری زمینه‌ای نداشته؛ زایمان قبلی او طبیعی بوده و سقط خودبه‌خودی داشته است؛ و در شرح حال جراحی وی، فقط سابقه آپاندکتومی در ۱۵ سال قبل را ذکر می‌کرد. ایشان قصد بارداری داشته و از هیچ‌گونه روش‌های ضدبارداری استفاده نکرده بود. فشار خون بیمار در آغاز مراجعه: ۹۵/۵۵ میلی‌متر جیوه، ضربان قلب: ۱۰۰ ضربه در دقیقه، درجه حرارت: ۳۷/۵ درجه سانتی‌گراد و تعداد تنفس ۲۲ بار در دقیقه بود. در معاینات شکم، گاردینگ اختیاری داشته؛ حساسیت و حساسیت برگشتی در ناحیه فوق عانه‌ای وجود داشت.

غلظت سرمی Beta-HCG برابر ۶۱۰۰ گزارش شد. در سونوگرافی ترانس واژینال، تصویر کانون اکوفری حاوی واکنش دسیدوایی معرف ساک بارداری به دیامتر تقریبی ۷ میلی‌متر معادل ۵ هفته و ۲ روز در آدنکس سمت چپ به طور مجزا از تخمدان همراه با هماتوم ۲۵*۳۵ در اطراف آن مشاهده شد؛ که حاوی ضربان قلب جنین (FHR)^۴ بود. تصویر یک ساک بارداری به دیامتر تقریبی

³ Last menstrual period

⁴ Fetal heart rate

⁵ Normal vaginal delivery

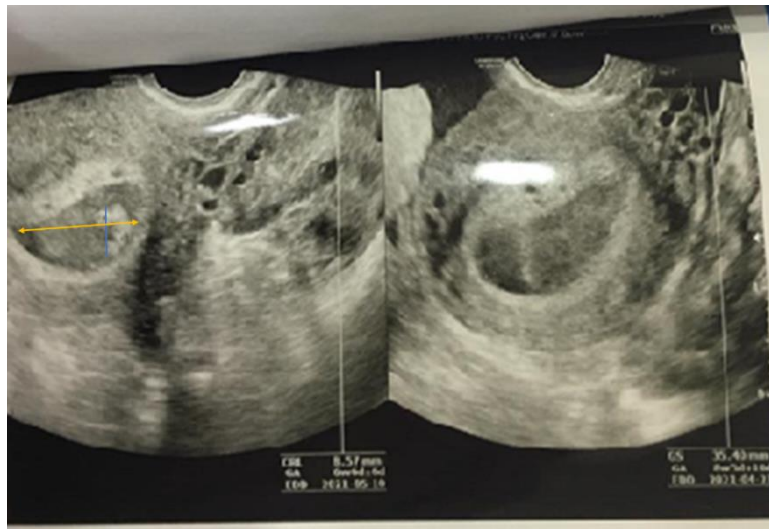
¹ Ectopic pregnancy

² In vitro fertilization

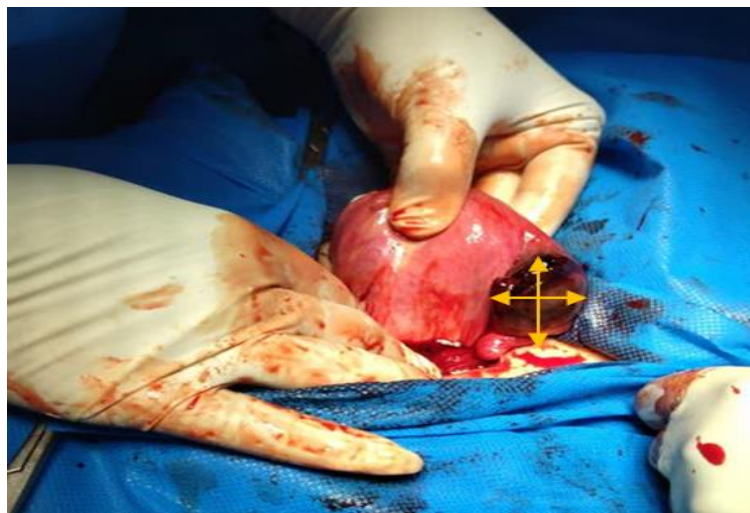
۱۵ میلی‌متر حاوی کیسه زرده و ضربان قلب در حفره آندومتر با سن حاملگی ۶ هفته و ۱ روز با واکنش دسیدوایی و موقعیت ساک طبیعی مشاهده شد (عکس ۱).

بیمار با تشخیص بارداری هتروتوپیک منتقل اتاق عمل شد. شکم با برش فان اشتیل باز شد. بعد از ورود به فضای صفاق، حدود ۲۰۰ سی‌سی لخته از داخل شکم خارج شد. لوله سمت چپ در ناحیه ایسم حاوی توده ۴*۲ سانتی‌متر بود که لوله کاملاً آسیب‌دیده بود و در حال خونریزی فعال بود. رحم در حد ۸ هفته بارداری بود و لوله سمت راست سالم بود. سالپینژکتومی سمت چپ انجام و بیمار منتقل ریکاوری شد (عکس ۲).

هموگلوبین بیمار بعد از جراحی ۱۱/۸ و هماتوکریت او ۳۲/۳ بود. بیمار با حال عمومی خوب ۲ روز بعد از جراحی مرخص شد. توصیه به ادامه مصرف اسیدفولیک تا پایان سه ماهه اول و انجام غربالگری‌های مرحله اول و مراجعه یک هفته بعد جهت ویزیت مجدد شد. به‌علت عدم دستکاری تخمدان، شیاف پروژسترون تجویز نشد و طی روند جراحی، آسیبی به رحم وارد نشد. بیمار در تاریخ ۱۳۹۹/۶/۳۱ با درد زایمانی به بیمارستان مراجعه کرد و تحت زایمان طبیعی (NVD)^۵ قرار گرفت و حاصل زایمان، نوزاد پسر با آپگار ۹/۹ و وزن ۳۱۵۰ گرم بود.



عکس ۱- ساک حاملگی (خط نارنجی) و قطب جنینی (خط آبی)



عکس ۲- EP ۴*۲ سانتی‌متری ناحیه ایسم

بحث

حاملگی هتروتوپیک به طور نادر در سیکل‌های طبیعی و در افرادی که هیچ‌گونه ریسک فاکتوری ندارند، رخ می‌دهد (۶). سونوگرافی ترانس واژینال در ۸۸/۹٪ موارد می‌تواند حاملگی هتروتوپیک را تشخیص دهد. در مواردی که سونوگرافی قادر به تشخیص نبوده، لاپاراسکوپي تجسسی در مرحله بعدی برای تشخیص به کار می‌رود (۷).

در موارد حاملگی هتروتوپیک، جنینی که در خارج از رحم جایگزین شده است؛ در اکثر موارد در لوله فالوپ و در ناحیه آمپول قرار دارد. در موارد نادر، جزء اکتوپیک حاملگی در تخمدان و حتی طحال هم گزارش شده است (۸).

سه روش درمانی برای حاملگی هتروتوپیک گزارش شده است؛ مورد اول در گزارشات موردی، درمان انتظاری است تا سقط لوله‌ای در مورد جزء اکتوپیک صورت گیرد. با این حال، هیچ دستورالعمل یا آزمایش روشنی برای تعیین اینکه برای کدام بیماران اعمال شود، وجود نداشته و به کار نمی‌رود. مورد دوم، درمان دارویی است. با استفاده از لاپاراسکوپي یا سونوگرافی ترانس واژینال، کلرید پتاسیم یا گلوکز هیپراسمولار را می‌توان به کیسه حاملگی تزریق کرد که در برخی موارد موفقیت‌آمیز بوده است (۹).

مورد سوم و در بیشتر موارد، درمان بر پایه لاپاراتومی و به میزان خیلی کمتر لاپاراسکوپي بوده است. بیماران اکثراً با درد شکمی مراجعه می‌کنند و تشخیص در بیشتر موارد در تریمستر اول و به دنبال پاره شدن توده نابه‌جا اتفاق می‌افتد (۳، ۹). البته در بیماران با علائم حیاتی پایدار، تکنیک لاپاراسکوپي یک درمان مؤثر در موارد خارج رحمی بوده و چون عوارض کمتری دارد، ترخیص از بیمارستان زودتر است؛ میزان دستکاری رحمی کمتری دارد و میزان خونریزی کمتر بوده؛ با این وجود پروگنوز حاملگی داخل رحمی در دو گروه لاپاراتومی و لاپاراسکوپي تفاوت معناداری ندارد (۱۰). در مورد جزء اکتوپیک حاملگی در ناحیه ایسم یک راه درمان موفقیت‌آمیز، برداشتن توده و آناستوموز سگمنتال است؛

البته این در حالتی است که باقی‌مانده لوله سالم باشد که در بیمار ما امکان‌پذیر نبود. البته بر اساس مطالعات، بعد از انجام سالپینژکتومی کامل با توجه به وجود یک لوله سالم، نرخ باروری نسبت به وجود دو لوله کامل در حاملگی بعدی تفاوت معنی‌داری ندارد (۱۱).

فقط در موارد EP تخمدانی که درمان برداشتن گوه‌ای و حفظ بافت تخمدانی است؛ در صورت حاملگی زیر ۱۰ هفته به علت احتمال آسیب جسم زرد، نیاز به درمان با پروژسترون است. لازم به ذکر است در بیمار ما هیچ آسیبی به تخمدان وارد نشد (۱۲).

نتیجه‌گیری

حاملگی هتروتوپیک در موارد استفاده از روش‌های کمک باروری افزایش می‌یابد. موارد خودبه‌خودی حاملگی هتروتوپیک نادر است. به هر حال تشخیص سریع و به موقع، نقش اساسی در رویکرد درمانی دارد. بنابراین در مرحله اول توجه به علائم بالینی و در مرحله بعدی، انجام سونوگرافی ترانس واژینال توسط متخصصین باتجربه در مواردی که بیمار فاکتورهای خطر را دارا می‌باشد، ضروری به نظر می‌رسد. توجه به نتیجه تیتراژ بتا می‌تواند در این موارد کمک کننده باشد.

در برخی موارد، تشخیص بسیار مشکل است. در مواردی که حاملگی خارج رحمی قابل پیشگیری است، بایستی در تکنیک انتقال جنین دقت بیشتری به عمل آید تا از ایجاد حاملگی‌های خارج رحمی دوطرفه یا حاملگی هتروتوپیک جلوگیری شود.

تأییدیه اخلاقی

در این گزارش، هویت بیمار کاملاً محرمانه بوده و بیمار رضایت کامل برای نشر این مقاله را داشته است. این گزارش مورد تأیید کمیته اخلاق مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی سبزوار می‌باشد.

حمایت مالی

این تحقیق هیچ تأمین کننده مالی نداشته است.

1. Dorfman SF. Deaths from ectopic pregnancy, United States, 1979 to 1980. *Obstetrics and gynecology* 1983; 62(3):334-8.
2. Webster K, Eadon H, Fishburn S, Kumar G. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management: summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2019; 367.
3. Oancea M, Ciortea R, Diculescu D, Poienar AA, Grigore M, Lupean RA, et al. Spontaneous heterotopic pregnancy with unaffected intrauterine pregnancy: systematic review of clinical outcomes. *Medicina* 2020; 56(12):665.
4. Barrenetxea G, Barinaga-Rementería L, de Larruzea AL, Agirregoikoa JA, Mandiola M, Carbonero K. Heterotopic pregnancy: two cases and a comparative review. *Fertility and sterility* 2007; 87(2):417-e9.
5. Mullany K, Minneci M, Monjazeb R, C. Coiado O. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation. *Women's Health* 2023; 19:17455057231160349.
6. Alsunaidi MI. An unexpected spontaneous triplet heterotopic pregnancy. *Saudi medical journal* 2005; 26(1):136-8.
7. Lee R, Dupuis C, Chen B, Smith A, Kim YH. Diagnosing ectopic pregnancy in the emergency setting. *Ultrasonography* 2018; 37(1):78.
8. Maree G, Mohammad S, Moualla Z, Alshoumary L, Makhos R, Alfarra A. Spontaneous ovarian and intrauterine non-viable heterotopic pregnancy at 12 weeks of gestation: A case report. *Case Reports in Women's Health* 2022; 35:e00423.
9. Lamrissi A, Antaky R, Mourabbih M, Jalal M, Fichtali K, Bouhya S. Heterotopic pregnancy: Five case reports diagnosed in 2021. *International Journal of Surgery Case Reports* 2022; 95:107186.
10. Han LP, Zhang HM, Gao JB, Tan CY, Han XX. Management and outcome of heterotopic pregnancy. *Ann Clin Lab Res* 2018; 6:228.
11. Samha R, AlAwad Y, Wardeh AM, Ibrahim AM, Moughdeb AK. A unilateral twin ectopic pregnancy in the fallopian tube: A rare case report. *International Journal of Surgery Case Reports* 2023:108833.
12. Ramalho I, Ferreira I, Marques JP, Carvalho MJ, Lobo A, Rebelo T, et al. Live birth after treatment of a spontaneous ovarian heterotopic pregnancy: A case report. *Case Reports in Women's Health* 2019; 24:e00144.

