

گزارش مورد Case Report

معرفی یک مورد نادر حاملگی خارج رحمی دو طرفه در لوله های رحمی

دکتر محمد حسن ناصری^۱ - دکتر افسانه لالویی^۲ - دکتر شعبان مهرورز^۳

چکیده

بیمار خانم ۳۴ ساله ای است (G4,P3,Ab0) که به علت درد شکم و خونریزی واژینال مراجعه کرده بود، سابقه یک ماهه لکه بینی متناوب نیز داشته است. آخرین قاعدگی منظم بیمار حدود ۷۰ روز قبل از مراجعه بوده است. در بدو مراجعه درجه حرارت ۳۷/۹، نبض ۱۱۰ و فشار خون ۹۵/۶۰ داشت. در معاینه شکم حساسیت وجود داشت در معاینه ژنیکولوژیک گردن رحم بنفش رنگ بوده و در آدنکس راست توده ای به ابعاد تقریبی ۶-۵ سانتی متر لمس می شد که در حرکت دردناک بود در کلدوستتر انجام شده حدود ۱۰ میلی لیتر خون خارج شد که لخته نمی گردید. در سونوگرافی بیمار توده ای هتروژن با نواحی Solid و کیستیک در مجاورت تخمدان راست گزارش گردید. بیمار با تشخیص حاملگی خارج رحمی پاره شده به صورت اورژانس تحت عمل جراحی قرار گرفت و ضمن تخلیه حدود ۲ لیتر خون از داخل حفره شکمی، محصول حاملگی خارج رحمی در لوله رحمی سمت راست کشف شد که سبب پاره شدن لوله رحمی و خونریزی فعال شده بود. در بررسی های بیشتر لوله رحمی سمت چپ نیز حاوی توده ای بود که محصول حاملگی خارج رحمی دیگری بود که هنوز پاره نشده بود، برای بیمار سالپنژکتومی دو طرفه انجام شد. نتیجه بررسی آسیب شناسی از هر دو نمونه حاکی از وجود حاملگی خارج رحمی دو طرفه بود.

واژه های کلیدی: حاملگی خارج رحمی دو طرفه - خونریزی واژینال

شرح حال و معاینات بالینی

بیمار خانم ۳۴ ساله ای است که به علت درد شکم از سه روز قبل مراجعه و به علت خونریزی واژینال به بیمارستان ارجاع شده بود. از یکماه قبل از مراجعه، دچار لکه بینی متناوب (Spotting) شده بود که تا زمان مراجعه بتدریج افزایش پیدا کرده بود. آخرین قاعدگی بیمار (LMP) حدود ۷۰ روز قبل از مراجعه بوده است.

سابقه سه بار حاملگی و زایمان طبیعی داشته G3 P3 Ab0 Lch3 و هیچگونه بیماری خاصی را ذکر نمی کرد. بهنگام مراجعه بیمار نسبتاً بی حال و رنگ پریده بنظر می رسید. علائم حیاتی در بدو ورود به شرح زیر بود:

BP = 95/60^{mm} Hg , PR = 110 / min , RR = 26 min, T=37.9

ضمناً بیمار از حالت سرگیجه در هنگام ایستادن (Orthostatic hypotension) نیز شکایت داشت. در معاینه شکم، حساسیت شکمی بخصوص در نواحی تحتانی شکم همراه با حساسیت برگشتی (Rebound Tend) وجود داشت. در معاینه ژنیکولوژیک گردن رحم بنفش رنگ و کلدوساک تورم و bulging پیدا کرده بود. اندازه رحم بزرگتر از حد طبیعی بوده و

۳-۱ - استادیار گروه جراحی عمومی

۳-۲ - استادیار گروه بیماریهای زنان و زایمان

دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... الاعظم (عج) -

نتیجه بررسی آسیب شناسی

گزارش پاتولوژی از نمونه‌های ارسالی حاکی از وجود سالپنژیت مزمن بعلاوه بافت ملتهب دسیدوال دو طرفه که در سمت راست تخریب و پاره شده و با خونریزی همراه بوده است و مطابق با حاملگی خارج رحمی دو طرفه می‌باشد، گزارش گردید.

بحث

بلاستوسیست بطور طبیعی در پوشش اندومتری حفره رحم لانه‌گزینی می‌کند و حاملگی خارج رحمی یا Ectopic زمانی روی می‌دهد که تخمک لقاح یافته در بافتی غیر از اندومتر لانه‌گزینی کند^(۱). بیش از ۹۵٪ حاملگی‌های اکتوپیک در لوله فالوپ اتفاق می‌افتد^(۲). خطر مرگ در حاملگی اکتوپیک ۱۰ برابر بیشتر از حاملگی داخل رحمی و ۵۰ برابر ایجاد سقط جنین می‌باشد^(۳). علل حاملگی خارج رحمی به چند دسته کلی تقسیم می‌شوند^(۴) که عبارتند از:

۱. عوامل مکانیکی شامل سالپنژیت، چسبندگی‌های دور لوله، ناهنجاریهای تکاملی لوله فالوپ، سابقه حاملگی خارج رحمی، عمل‌های تجسسی روی لوله.
 ۲. عوامل فونکسیونل شامل مهاجرت خارجی تخمک، برگشت خون قاعدگی، تغییر حرکت لوله مانند مصرف قرص‌های حاوی پروژسترون تنها.
 ۳. استفاده از انواع روش‌های تقویت باروری شامل تحریک تخمک‌گذاری، انتقال گامت بدخل لوله فالوپ (GLFT)، باروری آزمایشگاهی (IVF) و انتقال گامت (ET).
- حاملگی لوله‌ای ممکن است با حاملگی داخل رحمی همراه شود که این حالت به حاملگی هتروتایپی (Heterotypic) موسوم است^(۵). تشخیص در این موارد بسیار مشکل است. حاملگی‌های هتروتایپی ندرتاً یعنی به میزان ۱ مورد به ازای ۳۰/۰۰۰ حاملگی داخل رحمی رخ می‌دهد^(۶). حاملگی هتروتایپی سرویکال و تخمدان نیز گزارش شده است.
- شکل نادر حاملگی لوله‌ای شامل حاملگی لوله‌ای دو طرفه Bilateral Ectopic Pregnancy می‌باشد و انسیدانس حاملگی خارج رحمی دو طرفه بین ۱ مورد از ۷۲۵ تا ۱ مورد از ۱۵۸۰ از حاملگی‌های خارج رحمی گزارش شده است، حاملگی دو قلوبی

در آدنکس راست توده‌ای به ابعاد تقریبی ۶-۵ سانتی‌متر لمس می‌شد که در حرکت دردناک بود. در معاینه رکتال یک تورم دردناک در سمت قدام لمس می‌گردید.

اقدامات تشخیصی

در آزمایشات انجام شده (β .HCG=Positive, Hct=34, Hb=11.7) داشت. از بیمار سونوگرافی بعمل آمد که ابعاد رحم واکوی آن طبیعی گزارش شد. در خلف رحم توده‌ای هتروژن با نواحی Solid و Cystic به ابعاد تقریبی $9 \times 6 \times 6$ سانتی‌متر در مجاورت تخمدان راست گزارش شده بود در کلدوستنز انجام شده حدود ۱۰ میلی‌لیتر خون غیر لخته بدست آمد و بیمار با تشخیص اولیه حاملگی خارج رحمی کاندید عمل جراحی اورژانس شده و به اتاق عمل هدایت گردید.

اقدامات درمانی

پس از اعمال حمایتی و نگهدارنده لازم قبل از جراحی، تحت انتوباسیون اوروتراکتال و بیهوشی عمومی با انسزیون عرضی (فانشتایل) بیمار لاپاروتومی گردید. پس از بازکردن شکم و در تجسس اولیه حدود ۲ لیتر خون تیره غیر لخته و لخته شده داخل شکم وجود داشت که تخلیه گردید. چسبندگی‌های روی توده سمت راست لگن آزاد گردید. لوله رحمی راست حاوی توده‌ای به ابعاد تقریبی $10 \times 8 \times 5$ سانتی‌متر محصول خارج رحمی (EP) پاره شده و کاملاً متورم و ملتهب بود. برای بیمار اقدام به انجام سالپنژکتومی سمت راست گردید. در بررسی بیشتر متوجه شدیم که لوله رحمی سمت چپ نیز کاملاً متورم و ملتهب بوده و حاوی توده‌ای ناشی از محصول حاملگی خارج رحمی (EP) دیگری بود که هنوز پاره نشده بود. پس از شستشوی حفره شکم و قراردادن درن لوله‌ای در ناحیه لگن، جدار شکم بسته شد. بیمار پس از عمل جراحی تحت درمان با مایعات وریدی و آنتی‌بیوتیک تزریقی قرار گرفت. روز سوم پس از عمل تغذیه خوراکی شروع و روز پنجم پس از عمل با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص گردید.

۱. گزارش یک مورد حاملگی خارج رحمی دو طرفه در بیماری که قبلاً تحت عمل جراحی سالپنژکتومی ناقص دو طرفه قرار گرفته بود^(۱۳).

۲. وجود یک حاملگی در کورنه رحم (Corneal) و لوله‌ای همزمان در یک بیمار خانم سیاه پوست G2 بدون ریسک فاکتور که ۷ هفته حامله بود و سونوگرافی ترانس واژینال وجود یک حاملگی خارج رحمی و یک حاملگی آمپولری را گزارش کرده بود^(۱۴).

۳. یک مورد حاملگی خارج رحمی دو طرفه که لوله فالوپ سمت چپ و قسمت انترستیسیل لوله سمت راست را درگیر کرده بود^(۱۵).

۴. یک مورد نادر از حاملگی خارج رحمی دو طرفه لوله‌ای بدنبال تمایل به حاملگی بدون ریسک فاکتور قبلی^(۱۶).

۵. گزارش EP، دو طرفه بصورت اینترالیگاماتور و انترستیسیل: در این مورد یک حاملگی خارج رحمی در لیگمان پهن سمت راست و یک حاملگی هم در قسمت انترستیسیل لوله رحمی سمت چپ مشاهده شده بود^(۱۷).

۶. حاملگی همزمان داخل و خارج رحمی همراه با سندرم Hyperstimulation بدنبال تحریک تخمک گذاری: در این مورد بیمار که دچار PCO بود و بدنبال تحریک تخمک گذاری حامله شده بود، دچار سندرم هیپراستیمولیشن و حاملگی همزمان داخل و خارج رحمی شده بود. درمان تحریک تخمک گذاری توسط HCG و Pure FSH انجام شده بود^(۱۸).

۷. حاملگی هتروتوپیک بدنبال GIFT: در سال ۱۹۹۳ یک خانم ۲۹ ساله با نازایی اولیه تحت انجام GIFT قرار گرفت. این خانم تنگی کانال سرویکال داشت. بدنبال تحریک تخمک گذاری، داخل هر لوله فالوپ ۳ اووسیت قرار داده شد. بیمار ۲ هفته بعد با درد شکم مراجعه کرد. در سونوگرافی حاملگی دوقلوی داخل رحمی و حاملگی دو طرفه توبال گزارش شد^(۱۹).

۸. حاملگی خارج رحمی دو طرفه به دنبال IVF و Embryo ET (Transfer): در این بیمار بدنبال IVF-ET دچار EP دو طرفه شد. و چون دیر تشخیص داده شده بود، لذا لاپاراتومی و سالپنژکتومی دو طرفه ۵۷ روز بعد از ET انجام شد^(۲۰).

لوله‌ای یعنی وجود همزمان دو جنین در یک لوله (Twin Tubal Pregnancy) نیز گزارش شده است^(۷). اولین بار در سال ۱۸۹۱ اولین مورد حاملگی دوقلوی لوله‌ای توسط Deott گزارش شد^(۵). تاکنون ۹۹ مورد حاملگی دوقلوی لوله‌ای گزارش شده است^(۸). حاملگی چهارقلو در یک لوله توسط Fujii و همکارانش در سال ۱۹۸۱ شرح داده شد^(۹). حاملگی همزمان در هر دو لوله فالوپ (EP، دو طرفه) نادرترین شکل دوقلوهای دو تخمی (دی‌زیگوت) است^(۱۰).

حاملگی خارج رحمی دو طرفه یک حالت نادر بوده و تشخیص قبل از عمل آن خیلی مشکل می‌باشد. حدود ۷۶ سال از گزارش اولین مورد حاملگی خارج رحمی دو طرفه می‌گذرد^(۱۱). پس از آن حدود ۲۵۰ مورد در Littrature گزارش شده است. در شایع‌ترین حالت حاملگی خارج رحمی دو طرفه هر دو لوله فالوپ درگیر می‌شوند. سایر موارد نادر شامل حاملگی لوله‌ای همراه با حاملگی تخمدانی می‌باشد. تشخیص کلینیکی EP به دلیل تظاهرات گوناگونی که دارد مشکل می‌باشد. تریاد آمنوره، خونریزی غیر طبیعی واژینال و درد در قسمت تحتانی شکم ما را به تشخیص مشکوک می‌کند.

از طرفی احتمال حاملگی هتروتوپیک و حاملگی خارج رحمی دو طرفه لوله‌ای بدنبال روشهای تحریک تخمک گذاری و لقاح خارج رحمی مانند IVF و GIFT افزایش می‌یابد لذا بایستی هوشیار بود که خطر حاملگی غیر طبیعی بدنبال تحریک اوولاسیون وجود دارد خصوصاً در بیمارانی که ریسک فاکتور برای حاملگی چندقلو و یا خارج رحمی دارند مانند افراد دچار تخمدان پلی کیستیک (P.C.O)، افراد با سابقه Restoration توبال (لوله‌ای) و افرادی که سابقه بیماریهای مقاربتی دارند. در تمام موارد IVF بایستی احتمال EP در نظر باشد و در بیماران که IVF شده اگر EP یک لوله مسجل شده است، بایستی تخمدان و لوله سمت مقابل حین عمل جراحی حتماً بررسی شود^(۲).

حاملگی خارج از رحمی دو طرفه در فرمهای مختلفی گزارش شده‌اند که به برخی از آنها اشاره می‌گردد:

نتیجه

حاملگی خارج رحمی دو طرفه یک یافته نادر می باشد که تاکنون ۲۵۰ مورد گزارش شده است. خطر مرگ در حاملگی خارج رحمی ده برابر بیشتر از حاملگی داخل رحمی می باشد لذا تشخیص و درمان بموقع از اهمیت خاصی برخوردار می باشد از علل حاملگی خارج رحمی عوامل مکانیکی، فونکسیونل و استفاده از انواع روشهای تقویت باروری را می توان نام برد. یکی از عوامل اصلی در ایجاد حاملگی خارج رحمی دو طرفه استفاده از روشهای تقویت باروری از قبیل IVF و GIFT می باشد.

تشخیص در این مواقع بسیار مشکل است لذا بایستی در تکنیک انتقال جنین بداخل رحم دقت بیشتری بعمل آید تا از ایجاد حاملگی خارج رحمی دو طرفه یا حاملگی های هتروتوپیک جلوگیری بعمل آید. در مواردی که برای بیمار تشخیص EP گذاشته می شود. در بررسی های سونوگرافیک دقت بیشتری شده و یا اگر به دلیل حاملگی پاره شده خارج رحمی یک طرفه تحت عمل جراحی قرار گرفت، بررسی طرف مقابل نیز فراموش نشود.

References:

- 1- Caceiatore B, sterman VH, ylostalo. P: **Diagnosis of ectopic Pregnancy by vaginal Ultrasonography in combination with a discriminatory serum HCG level of 1000 IU/l (IRP)**. Br j obstet Gynaecol. 1990a ,97:904,.
- 2- Carson SA, Buster Je; **Ectopic pregnancy**. N Engl j Med 1993,329:1174.
- 3- Dorfman SF, **Deaths from ectopic Pregnancy**, united states 1979 to 1980 obstet Gynec ol, 1983:62: 344.
- 4-Rubin GL, Peterson HB, Dorfman sf, Layde PM, Maze Jm, Ory HW, Cates W jr: **Ectopic Pregnancy in the United States: 1970 Through 1978**.jama ,1983:249: 1725.
- 5-Botta G, Fortunato N, Merlino G: **Heterotopic Pregnancy Following adminstration of human menopausal gonadotropin and following In Vitro Fertilization and Embryo Transfer: two case reports and review of the literature**. Eur j obstet Gynecol Reprod Biol, 1995:59: 211.
- 6-Bassil S,Pouly JL, canis M, janny L, Vye P, Chapron E, bruhat MA, **Advanced heterotopic pregnancy sfter In-Vitro Fertilization and Embryo Transfer, with survival of both the babies and mother**. Hum reprod,1991: 6:1008.
- 7-Glassner Mj, Aron E, Eskin BA: **Ovulation induction With Clomiphene and the rise in heterotopic Pregnancies**, A Report of two cases. J Reprod Med, 1990: 35:175.
- 8-Adair CD, Benrubi GI, Sanchez-Ramos L, Rhatigan R, **Bilateral Tubal Ectopic Pregnancies**. J Reprod Med, 1994: 39: 118-20
- 9-Fujii S, Ban C, Okamura H, Nishimura T: **Unilateral Tubal quadruplet pregnancy**. Am j Obstet Gynecol, 1981: 141: 840.
- 10-Adair CD, Benrubi GI, Sanchez-Ramos L, Rhatigan R, **Bilateral tubal ectopic Pregnancies**. J Reprod Med, 1994: 39: 118-20
- 11-Reece EA, Petrie Rh, Sirmans MF, Finster M, Todd WD. **Combined intra Uterine and Extravterine gestations : a review**, Am j Obstet Gynecol, 1983: 146: 323-30
- 12-Ferland Rj, Chadwick DA, O Brien JA, Granai ci III: **An ectopic pregnancy Following In vitro fertilization and embryo Transfer**. Obstet Gynecol, 1991: 78: 544.
- 13-Adair CD, Benrubi GI, Sanchez Ramous L , Rhatigan R **Bilateral Tubal ectopic Pregnancies after bilateral Partial Salpiagectomy** j.Repord Med. 1994 Feb, 39(2): 131-3.
- 14-Rondeau JA, Hibbert ML Nelson-KM, **Combined Tubal and Cornual Pregnancy in a Patient without risk factors**, A case Report j Reprod Med. 1997 OCT, 42 10: 675-7.
- 15-Messore M, Angioli R, Cantuaria G, Penaluer M, **Spontaneous left Tubal and right interstitial Pregnancy**. A case report.j Reprod Med. 1997 jul, 42 7): 445-7.
- 16-De Grauf FL, Demetroulis, **Bilateral tubal ectopic Pregnancy, diagnostic Pitfalls** Br-j Clin-Pract. 1997 jun- feb, 51(1): 56-8.
- 17-Olsen ME, **Bilateral Twin ectopic gestation with intra ligamentous an interstitial components**. J-Reprod-Med. 1994 feb, 39(2): 118-20.
- 18-Fujii M, Mori S, Goto T, kiya T, Yamamoto H, Ito E, Kudo R, **Simultaneous intra and extra Uterin Pregnancy with Ovarian Hyperstimulation syndrome after induction of Ovulation**. J-Obstet Gynaecol Res. 1996 Dec, 22(6): 589-94.
- 19-Wang yl, yang Ts, Chang Sp, Ng Ht **Heterotopic Pregnancy after GIFT Managed with expectancy**. A case Report. Chung Hua I Hsueh Tsa Chin Taipe. 1996 Sep, 58(3): 218-22.
- 20-Aunesen A, Flam F. **Bilateral Tubal Pregnancy Following in vitro Fertilization and Transfer of two embryos**. Eur j Obstet Gynecology Reprod Biol. 1996 feb, 64(2): 235.