

گزارش یک مورد حاملگی اکتوپیک در شاخ فرعی غیر ارتباطی رحم تک شاخ

دکتر سیده حورا موسوی واحد^۱، مهسا دهقانی^۲، دکتر سیده اعظم پورحسینی^{۱*}، راحله ابراهیمی^۳

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.
۳. دستیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۱/۰۹

خلاصه

مقدمه: ناهنجاری‌های رحمی در نتیجه اختلال در تشکیل، تکامل و یا نقص در اتصال جوانه‌های مولرین در دوره جنینی ایجاد شده و میزان شیوع این اختلالات ۴-۲٪ در جمعیت زنان سن باروری گزارش شده است. رحم تک‌شاخ، یکی از انواع ناهنجاری‌های رحمی است که در آن یکی از مجاری مولرین رشد طبیعی داشته و لذا یک کاویتی نرمال به همراه لوله رحمی و سرویکس تشکیل می‌شود، ولی درجات متنوع از اختلال رشد در دیگر مجرای مولرین (از عدم رشد تا وجود شاخ فرعی با یا بدون کاویتی و...) دیده می‌شود. از عوارض اختلالات تکاملی رحم، حاملگی در شاخ فرعی می‌باشد.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۱۷ ساله پرایمی گراوید با حاملگی اکتوپیک در شاخ فرعی بود که به اشتباه به‌عنوان حاملگی خارج رحمی در لوله نرمال تحت درمان با متوتروکسات قرار گرفته و به علت حاملگی اکتوپیک پایدار و عدم پاسخ به متوتروکسات، جهت درمان جراحی ارجاع شده بود. بیمار تحت لاپاروسکوپی قرار گرفت و سپس با تشخیص حاملگی در شاخ فرعی، محصولات حاملگی و لوله سمت چپ برداشته و تخمدان چپ حفظ گردید. بیمار پس از ۲ روز با حال عمومی خوب مرخص گردید.

نتیجه‌گیری: در موارد تشخیص اولیه حاملگی خارج رحمی، باید فالوآپ دقیق از جهت کاهش سیر تیتراژ BHCG انجام شود و در صورت هرگونه افزایش یا در صورت ثابت بودن مقدار BHCG علی‌رغم درمان کامل با متوتروکسات، بررسی‌های بیشتر از طریق سونوگرافی، MRI، لاپاروسکوپی و هیستروسکوپی جهت تشخیص ناهنجاری‌های رحمی انجام شود و وجود شاخ فرعی رحم در موارد حاملگی خارج رحمی پایدار علی‌رغم نادر بودن، به‌عنوان بودن یکی از موارد محتمل مدنظر قرار گیرد و با آمادگی قبلی، بیمار به اتاق عمل فرستاده شود.

کلمات کلیدی: حاملگی خارج رحمی، رحم تک‌شاخ، ناهنجاری مولرین

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر سیده اعظم پورحسینی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۰۲۲۶۰۸؛ پست الکترونیک: pourhoseinia@mums.ac.ir

مقدمه

رحم تک‌شاخ، یک ناهنجاری مادرزادی نادر است که در نتیجه توقف یا نقص گسترش یکی از دو مجرای مولرین ایجاد می‌شود. در ۷۵٪ موارد رحم تک‌شاخ وجود دارد. این ناهنجاری با عوارضی مانند نازایی، حاملگی اکتوپیک، سقط خودبه‌خودی، زایمان زودرس و ... همراه است. علاوه بر آن، هیپوپلازی یک‌طرفه می‌تواند منجر به ایجاد یک شاخ فرعی گردد که حفره آن ممکن است با حفره رحم در ارتباط بوده و یا غیرمرتبط باشد. حاملگی در شاخ فرعی رحم اغلب به پارگی رحم منجر می‌گردد. به دلیل شمار اندک موارد حاملگی در شاخ فرعی، تشخیص به‌موقع و درمان مناسب آن با مشکل روبه‌رو می‌باشد (۱).

در مطالعه یک مورد حاملگی اکتوپیک در شاخ فرعی غیرارتباطی رحم تک‌شاخ که در حین لاپاروسکوپی تشخیص داده شده بود، گزارش می‌شود.

معرفی بیمار

بیمار خانمی ۱۷ ساله پرایمی گراوید بود که به علت تأخیر پرئود و لکه‌بینی به درمانگاه زنان بیمارستان امام رضا (ع) مراجعه کرده بود. بیمار سابقه سه نوبت استفاده از قرص لوونورژسترول جهت جلوگیری اورژانس را در طی ماه اخیر داشته است. در سونوگرافی درخواست شده، رحم نرمال و توده هتروژن ۴۵*۵۳ میلی‌متر در آدنکس

چپ، مطرح کننده حاملگی خارج رحمی، سن حاملگی ۶ هفته و ۵ روز و فاقد ضربان قلب گزارش شد و تیتراژ BHCG=۲۳۰۰ بود. بیمار با تشخیص حاملگی خارج رحمی، یک نوبت متوتروکسات ۷۵ میلی‌گرمی دریافت کرده بود و پس از آن در فالوآپ‌ها در طی ۲ هفته بعد از دریافت متوتروکسات سیر پیشرونده تیتراژ BHCG از ۲۳۰۰ به ۳۶۳۰ داشته و در سونوگرافی مجدد رحم دارای سایز نرمال و فاقد ساک حاملگی بوده و یک توده کیستیک با جدار ضخیم و نامنظم ۵۸*۵۵*۵۲ میلی‌متر در آدنکس چپ به نفع حاملگی خارج رحمی گزارش شده و تیتراژ مجدد ۳۵۴۰ بود که مجدداً متوتروکسات دریافت نموده بود. سپس با توجه به باقی‌ماندن سیر تیتراژ BHCG (در حد ۳۵۴۰)، بیمار کاندید درمان جراحی گردید.

عمل جراحی در اتاق عمل زنان بیمارستان امام رضا (ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد با سیستم المپوس و زیر بیهوشی عمومی برنامه‌ریزی شد. بیمار تحت لاپاروسکوپی قرار گرفت که در بررسی شکم و لگن، سایز رحم نرمال بود و در مجاورت آن یک شاخ فرعی در سمت لترال چپ رحم با اتصال لوله و تخمدان چپ به شاخ فرعی وجود داشت، تخمدان‌ها و لوله‌ها نرمال بود (شکل ۱).



شکل ۱- نمای لاپاراسکوپیک حاملگی خارج رحمی در رحم تک‌شاخ با شاخ فرعی غیر ارتباطی

از استئوم سمت چپ مشهود نبود، سپس با تشخیص حاملگی در شاخ فرعی غیرمرتبط، محصولات حاملگی و لوله سمت چپ برداشته شد و تخمدان چپ حفظ

در معاینه یک سرویکس رؤیت شد، سپس هیستروسکوپی انجام گرفت که یک سرویکس و یک حفره رحمی با استئوم سمت راست رؤیت گردید و آثاری

هیستروسکوپی، می‌تواند جهت تشخیص به‌موقع شاخ فرعی رحم کمک کننده باشد و از بروز مورتالیتی جلوگیری کند. میزان مورتالیتی مادری در این موارد حدود ۰/۵٪ تخمین زده شده است (۴).

در اغلب موارد شاخ فرعی در سمت راست رخ می‌دهد، در حالی که در بیمار گزارش حاضر شاخ فرعی غیرمرتبط در سمت چپ قرار داشت. در ۳۸٪ موارد شاخ فرعی رحم با ناهنجاری‌های رحمی مادرزادی کلیه همراهی دارند (۱). در بیمار گزارش حاضر ناهنجاری کلیوی وجود نداشت.

در مطالعه لائی و همکاران (۲۰۱۶) یک خانم ۲۲ ساله با حاملگی ۱۲ هفته مشکوک به حاملگی خارج رحمی مورد مطالعه قرار گرفت که سونوگرافی و MRI قبل از عمل انجام شد و به‌دنبال لاپاروتومی، تشخیص قطعی داده شد و رزکشن حاملگی در شاخ فرعی انجام گردید (۵). در مطالعه چن و همکاران (۲۰۱۳) که به روی ۵ بیمار با حاملگی در شاخ فرعی رحم انجام شد، هیچ‌یک از بیماران خونریزی واژینال نداشتند و تنها یکی از آنها درد شکمی خفیف داشت و همه آنها با انجام هر ۳ نوع سونوگرافی ترانس ابدومینال، ترانس واژینال و سونوگرافی سه بُعدی تشخیص داده شد و از پارگی رحم و عوارض آن جلوگیری شد (۶).

در مطالعه حاضر بیمار خونریزی واژینال و درد شکمی نداشت و علی‌رغم انجام سونوگرافی، شاخ فرعی رحم برای بیمار تشخیص داده نشده بود.

در مطالعه کنتراس و همکاران (۲۰۰۸)، ۲۰ بیمار با حاملگی ۱۹ هفته در شاخ فرعی رحم انجام شد. لاپاروسکوپی برای خارج کردن شاخ فرعی غیرارتباطی استفاده شد (۷).

در مطالعه حاضر تشخیص شاخ فرعی رحم پس از انجام لاپاروسکوپی داده شد و همانند مطالعه کنتراس پس از تشخیص، رزکشن شاخ فرعی غیرارتباطی جهت درمان قطعی انجام شد.

در مطالعه کوپرا و همکاران (۲۰۰۹)، ۱۲ بیمار با حاملگی در شاخ فرعی مورد مطالعه قرار گرفتند. ۷۵٪ موارد را حاملگی در شاخ فرعی غیرمرتبط تشکیل

گردید. بافت‌های برداشته شده جهت پاتولوژی ارسال شد.

در پاتولوژی، لوله رحمی به طول ۸*۱ سانتی‌متر که به انتهای پروگزیمال لوله یک توده کروی ۴/۵*۴*۲/۵ متصل بود و در گزارش نهایی شاخ رحمی به همراه محصولات حاملگی گزارش شد. روز بعد از عمل، سونوگرافی جهت بررسی ناهنجاری‌های کلیه انجام شد که کلیه‌ها نرمال بودند و ناهنجاری در سیستم ادراری گزارش نشد. ۲۴ ساعت بعد از عمل تیتراژ BHCG به ۵۳۰ رسید.

بیمار پس از ۲ روز با حال عمومی خوب مرخص گردید. ۳ هفته بعد از عمل تیتراژ BHCG صفر شد.

قبل از ترخیص، سونوگرافی جهت بررسی ناهنجاری‌های کلیه انجام شد که کلیه‌ها نرمال بودند و ناهنجاری در سیستم ادراری گزارش نشد. لازم به ذکر است که اطلاعات منتشر شده در این گزارش مورد، با رضایت بیمار استفاده شده است.

بحث

رحم تک‌شاخ، یکی از انواع ناهنجاری‌های رحمی است که این ناهنجاری خود به دو گروه با شاخ فرعی و بدون شاخ فرعی تقسیم می‌شود که شاخ فرعی می‌تواند بدون حفره و یا با حفره رحمی باشد. در صورت حفره‌دار بودن ممکن است حفره با رحم اصلی ارتباط داشته باشد و یا بدون ارتباط باشد. در ۸۰٪ موارد یک رحم تک‌شاخ همراه با یک شاخ فرعی حفره‌دار غیرمرتبط وجود دارد. هرچند اغلب موارد شاخ فرعی رحم بدون علامت هستند، اما آمنوره و دیس‌منوره و ... از علائم شایع در زنان با شاخ فرعی رحمی می‌باشند. اغلب زنان بدون علامت با نازایی تشخیص داده می‌شوند. پارگی شاخ رحم از مشکلات ویژه ناشی از حاملگی با لانه‌گزینی در این شاخ است (۱، ۲). میزان پارگی در شاخ بدون ارتباط ۸۵٪ موارد است و اغلب در هفته‌های ۱۵-۱۰ بارداری روی می‌دهد (۳). با آموزش علائم تشخیصی شاخ فرعی رحم در سونوگرافی و انجام سونوگرافی ترانس واژینال زودهنگام و در صورت نیاز ارزیابی‌های بیشتر از جمله هیستروساپنکوگرافی، MRI، لاپاروسکوپی و

لاپاروسکوپی خارج گردد و در صورت غیرپایدار بودن بیمار، نیازمند لاپاروتومی می‌باشد. پس از درمان شاخ فرعی رحم باید پیلوگرافی داخل وریدی جهت بررسی مالفورماسیون‌های کلیه نیز انجام شود (۴).

نتیجه‌گیری

در موارد تشخیص اولیه حاملگی خارج رحمی، باید فالوآپ دقیق از جهت کاهش سیر تیتراژ BHCG انجام شود و در صورت هرگونه افزایش یا در صورت ثابت بودن BHCG علی‌رغم درمان کامل با متوتروکسات، بررسی‌های بیشتر از طریق سونوگرافی، MRI، لاپاروسکوپی و هیستروسکوپی جهت تشخیص ناهنجاری‌های رحمی انجام شود و وجود شاخ فرعی رحم در موارد حاملگی خارج رحمی پایدار علی‌رغم نادر بودن، به‌عنوان بودن یکی از موارد محتمل مدنظر قرار گیرد.

می‌دادند. متوسط سن افراد بین ۲۶ سال و سن حاملگی در زمان تشخیص بین ۳۴-۱۰ هفته متفاوت بود (۸). در این مطالعه تنها دو مورد قبل از پارگی رحم تشخیص داده شد. حساسیت تشخیصی سونوگرافی در این مورد ۳۳/۳٪ تخمین زده شد و لاپاروتومی همراه با خارج کردن شاخه فرعی و سالپنژکتومی همزمان در همه موارد انجام پذیرفت.

با توجه به حساسیت پایین سونوگرافی، در سونوگرافی‌های انجام شده در بیمار گزارش حاضر نیز شاخ فرعی تشخیص داده نشده بود.

در ارزیابی‌ها، لاپاروسکوپی به‌تنهایی در افتراق شاخ فرعی مرتبط و غیرمرتبط کمک کننده نبوده و نیاز به انجام هیستروسکوپی می‌باشد. حاملگی در رحم دو شاخ قابل حیات در نظر گرفته شده و حاملگی در شاخ فرعی غیرمرتبط نیازمند تشخیص دقیق و جراحی رزکشن شاخ فرعی می‌باشد. اگر بیمار از نظر همودینامیک پایدار باشد، حاملگی در شاخ فرعی رحم می‌تواند به‌وسیله

منابع

1. Shahid A, Olowu O, Kandasamy G, O'Donnell C, Odejinmi F. Laparoscopic management of a 16-week ruptured rudimentary horn pregnancy: a case and literature review. Arch Gynecol Obstet 2010; 282(2):121-5.
2. Tufail A, Hashmi HA. Ruptured ectopic pregnancy in rudimentary horn of the uterus. J Coll Physicians Surg Pak 2007; 17(2):105-6.
3. Dhar H. Rupture of non-communicating rudimentary uterine horn pregnancy. J Coll Physicians Surg Pak 2008; 18(1):53-4.
4. Hassan MA, Lavery SA, Trew GH. Congenital uterine anomalies and their impact on fertility. Women's Health 2010; 6(3):443-61.
5. Lai YJ, Lin CH, Hou WC, Hwang KS, Yu MH, Su HY. Pregnancy in a noncommunicating rudimentary horn of a unicornuate uterus: Prerupture diagnosis and management. Taiwan J Obstet Gynecol 2016; 55(4):604-6.
6. Chen Y, MA X, TU Y, LIU Y, PAN Y. Application of three dimensional ultrasound in diagnosis of rudimentary uterine horn pregnancy in first trimester. Chinese Journal of Medical Ultrasound (Electronic Edition) 2013; 3:50-53.
7. Contreras KR, Rothenberg JM, Kominiarek MA, Raff GJ. Hand-assisted laparoscopic management of a midtrimester rudimentary horn pregnancy with placenta increta: a case report and literature review. J Minim Invasive Gynecol 2008; 15(5):644-8.
8. Chopra S, Keepanasseril A, Rohilla M, Bagga R, Kalra J, Jain V. Obstetric morbidity and the diagnostic dilemma in pregnancy in rudimentary horn: retrospective analysis. Arch Gynecol Obstet 2009; 280(6):907-10.