

گزارش موردی Case Report

وقوع همزمان سقط فراموش شده داخل رحمی و حاملگی لوله ای

دکتر زویا طاووسیان* دکتر احمد جوادی** دکتر عزت السادات حاج سید جوادی** دکتر ابوالقاسم ناجی***

An intra-uterine missed abortion with a simultaneous tubal ectopic pregnancy

Z.Tavoosian A.Javadi E.Haj Seyed Javadi A.Naji

*Abstract

A case of heterotopic pregnancy is reported. This case was a 25 years old woman with a chief complain of vaginal bleeding which was spotting in following pregnancy after using clomiphene. An ultra-sonography report showed a missed abortion about 8 weeks of gestation. After a few days, she returned with an acute abdomen.

A tubal pregnancy with a missed abortion was suggested as a differential diagnosis. Laparotomy and D&C were performed. Pathologic report also confirmed simultaneous intra-uterine and extra-uterine pregnancy within recent years. The use of reproductive technology and ovulation stimulation has increased the prevalence of this type of rare pregnancy. Thus, heterotopic pregnancy should be considered in the presence of ectopic pregnancy signs and symptoms even if a normal intra-uterine pregnancy was confirmed.

Keywords: Missed Abortion, Acute Abdomen, Ectopic Pregnancy, Clomiphene, Hemorrhage, Ultrasonography

* چکیده

این مقاله به معرفی یک بیمار دچار حاملگی هتروتوپیک می پردازد. بیمار زن ۲۵ ساله ای بود که در پی حاملگی متعاقب مصرف یک دوره کلومی فن با شکایت خون ریزی واژینال به صورت لکه بینی مراجعه کرده بود. سونوگرافی وی سقط فراموش شده ۸ هفته ای را گزارش نموده بود. بیمار چند روز بعد دچار علائم شکم حاد شد که این بار بررسی های دقیق تر، تشخیص حاملگی لوله ای علاوه بر سقط فراموش شده را مطرح نمود. بیمار مورد لاپاراتومی و همچنین کورتاژ قرار گرفت و گزارش آسیب شناسی نیز این دو حاملگی همزمان را تأیید کرد.

طی سالیان اخیر با استفاده از روش های کمک باروری و تحریک تخمک گذاری، این نوع حاملگی نادر شیوع بیش تری پیدا کرده است. بنابراین در مواردی که نشانه هایی دال بر یک حاملگی نابجا وجود دارد، علی رغم وجود مدارک مبنی بر حاملگی طبیعی داخل رحم، حاملگی هتروتوپیک نباید از نظر دور بماند.

کلید واژه ها : سقط فراموش شده، شکم حاد، آبستنی خارج از رحم، کلومی فن، خون ریزی، سونوگرافی

* دستیار تخصصی رشته جراحی زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی قزوین

** استادیار رشته جراحی زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی قزوین

*** استادیار بخش پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

Email: Z_Tavoosian@yahoo.com

آدرس مکاتبه : قزوین، مرکز آموزشی- درمانی کوثر، تلفن ۰۹۱۲۳۸۱۴۶۰۳

*** مقدمه :**

می‌گذشت. علائم حیاتی وی پایدار بود. در معاینه، شکم نرم و بدون حساسیت بود. در معاینه‌ی واژینال دهانه‌ی سرویکس (COLE) بسته بود، ارتفاع رحم نسبتاً طبیعی و حرکات سرویکس دردناک نبود. بیمار همکاری مناسبی جهت معاینه‌ی دو دستی آدنکس‌ها نداشت. خون‌ریزی واژینال به شکل لکه بینی به رنگ قهوه‌ای تیره بود.

از بیمار در تاریخ ۸۲/۷/۵ یک سونوگرافی رحم و ضمایم به عمل آمده بود که درون حفره رحم تصویر کیسه حاملگی با حجم کم و دارای قطب جنینی بدون قلب و کیسه زرده برابر با سن ۸ هفته به همراه بافت تروفوبلاستیک خلفی مشاهده شده بود که طبق نظر سونوگرافیست مطرح‌کننده سقط فراموش شده (Missed Abortion) بود.

با توجه به طبیعی بودن آزمایش‌های انعقادی، به بیمار توصیه شد چند روز صبر کند تا در صورت تشدید خون‌ریزی و باز شدن دهانه سرویکس جهت کورتاژ بستری گردد.

سپس بیمار مجدداً در تاریخ ۸۲/۷/۲۱ با شکایت درد شکمی به صورت یک شکم حاد به همین مرکز مراجعه نمود. این خانم حامله با سابقه قاعدگی‌های منظم (تاریخ آخرین قاعدگی برابر ۸۲/۵/۲۴) و دارای سن حاملگی برابر ۷ هفته و سه روز بود. بیمار اظهار داشت که حدود سه روز قبل نیز یک بار دچار درد شکم شده که خودبه‌خود بهبود یافته است و از نیم شب گذشته مجدداً درد شدید شکمی با ماهیت ثابت و بدون ارتباط به وضعیت و حرکت بیمار در وی ایجاد شده است. این درد به ناحیه ی پرینه و آنوس انتشار داشت. بیمار در این مدت تهوع و استفراغ، علائم ادراری، تب، لرز و بی‌اشتهایی را ذکر نمی‌کرد.

در تاریخچه بیماری‌های وی نکته خاصی وجود نداشت. این خانم ۷ ماه قبل ازدواج کرده بود و در پی

حاملگی‌های هتروتیپیک نادر هستند. در این نوع حاملگی که به صورت یک حاملگی لوله‌ای نابه جا به همراه یک حاملگی رحمی هم‌زمان تعریف می‌شود، گاهی شک بالینی بسیار دشوار است.^(۱)

میزان شیوع این موارد یک در هر ۳۰ هزار حاملگی بوده که امروزه میزان شیوع آن به یک مورد در هر ۷ هزار حاملگی رسیده است و حتی پس از القای تخمک گذاری می‌تواند به یک مورد در هر ۹۰۰ حاملگی نیز برسد.^(۲)

کارسون و پیسارسکا اعلام نمودند که ۱۲ درصد حاملگی‌های ناشی از روش‌های کمک باروری به نوع هتروتیپیک منجر می‌شوند.^(۳)

به طور معمول پس از تشخیص حاملگی نابجا لاپاراتومی صورت می‌گیرد که در این موارد رحم محتقن، نرم و بزرگ است. البته این ویژگی‌ها در حاملگی لوله‌ای تنها نیز ایجاد می‌شود اما می‌تواند نشان‌دهنده یک حاملگی رحمی نیز باشد.^(۲)

سونوگرافی در این گونه موارد نه تنها می‌تواند محصولات حاملگی را درون حفره ی رحم شناسایی کند بلکه می‌تواند شواهدی از حاملگی لوله‌ای را نیز نشان بدهد.^(۲)

هدف این مقاله معرفی بیماری است که حاملگی هتروتیپیک داشته است.

معرفی بیمار :

بیمار خانمی ۲۵ ساله بدون سابقه زایمانی است که در تاریخ ۸۲/۷/۱۸ با شکایت لکه بینی و درد مختصر سوپراپوبیک به مرکز فوریت‌های بیمارستان تخصصی زنان و زایمان کوثر قزوین مراجعه می‌نماید. بیمار از حدود سه هفته قبل دچار لکه‌بینی بوده که در یکی دو روز قبل از مراجعه مختصر درد ناحیه سوپراپوبیک به آن اضافه شده بود. بیمار آزمون حاملگی (گراویندکس) مثبت داشت و حدود ۷ هفته از آخرین زمان قاعدگی وی

بنابراین با توجه به یافته های بالینی و سونوگرافی های بیمار تشخیص حاملگی هتروتوپیک شامل یک حاملگی لوله ای و یک سقط فراموش شده داخل رحمی، گذاشته شد و بیمار به اتاق عمل فرستاده شد.

ابتدا جهت ختم حاملگی داخل رحم دیلاتاسیون و کورتاژ انجام شد و نمونه محصولات به دست آمده جهت بررسی آسیب شناسی ارسال شد. سپس طی ۵۰ دقیقه بیمار تحت لاپاراتومی قرار گرفت. درون شکم حدود ۱۸۰۰ سی سی خون وجود داشت که تخلیه شد. یک حاملگی لوله ای به ابعاد تقریبی ۲۰×۳۰×۶۰ سانتی متر در سمت چپ وجود داشت که دچار خونریزی شده بود. سالپنژکتومی سمت چپ انجام شد و توده جهت بررسی آسیب شناسی ارسال شد. بیمار پس از انجام لاپاراتومی در تاریخ ۸۲/۷/۲۳ با حال عمومی خوب مرخص شد. گزارش آسیب شناسی وجود بافت تروفوبلاستیک مینی بر وجود حاملگی داخل رحم و نیز وجود حاملگی لوله ای را تأیید نمود (شکل های شماره ۱ و ۲). β HCG بیمار دو هفته بعد اندازه گیری شد که طبیعی بود.

خواسته اش برای فرزندارشدن بدون وجود نازایی، یک دوره قرص کلومی فن روزی یک عدد مصرف کرده بود و متعاقب آن آزمون حاملگی وی مثبت شده بود.

در معاینه فیزیکی $Bp=130/80$, $PR=110$, $T=37$ بود. سر و گردن بیمار طبیعی، ضربان قلب تاکیکارد، ریه ها و اندام ها طبیعی، در معاینه شکم حساسیت شدید در ناحیه هیپوگاستر و ربع تحتانی راست و چپ شکم وجود داشت که همراه با حساسیت برگشتی بود.

در معاینه واژینال، دهانه خارجی سرویکس یک انگشت باز و دهانه داخلی آن هنوز بسته بود، خونریزی واژینال به صورت لکه بینی به رنگ قهوه ای تیره بود. تخمین اندازه رحم و معاینه آدنکس ها به صورت دو دستی به علت گاردینگ شدید بیمار و بی قراری وی امکان پذیر نبود. حرکات سرویکس به طور واضح دردناک بود. در معاینه با اسپاکولوم، کلدوساک خلفی کاملاً برآمده (بالژ) به نظر می رسید.

بیمار با توجه به علائم شکم حاد بستری شد. نتایج آزمایش های به عمل آمده از وی به قرار زیر بود: هموگلوبین ۱۱/۱، تعداد گلبول های سفید ۵۹۰۰ (گرانولوسیت ۷۶ درصد، لنفوسیت ۲۳ درصد)، گروه خونی O^+ ، هماتوکریت ۳۳، تعداد پلاکت ها ۲۸۳۰۰۰، PT ۱۳، PTT ۳۶، PT .Act ۱۰۰ درصد.

از بیمار دوباره سونوگرافی به عمل آمد که گزارش آن چنین بود: رحم دارای ابعاد و اکوی طبیعی، ضخامت آندومتر برابر ۱۶ میلی متر که با توجه به سونوگرافی قبلی بیمار، این ضخامت به نفع بقایای حاملگی بود. آدنکس ها طبیعی، یک توده جامد با اکوی هتروژن به ابعاد ۵۹ میلی متر در مجاورت تخمدان چپ مشهود بود و مقداری مایع آزاد در لگن دیده می شد. وجود این توده مطرح کننده حاملگی خارج رحمی لوله ای و با توجه به سونوگرافی قبلی بیمار مطرح کننده حاملگی هتروتایپ بود.

شکل ۱- نمای بافت شناسی نسج تروفوبلاستیک داخل رحم و واکنش Arias-Stella

تشخیص داده می شود اما حاملگی خارج رحمی به آسانی می تواند از نظر دور بماند.^(۵) چنانچه در سونوگرافی اولیه این بیمار هم، تنها سقط فراموش شده داخل رحم گزارش شده بود. بنابراین در موارد شک به حاملگی خارج رحمی، اثبات وجود یک بارداری داخل رحمی قابل حیات به طور قطع نمی تواند احتمال یک حاملگی نابجا را رد کند.^(۶) حتی در مواردی حاملگی هتروتوپیک در سه ماهه دوم شناسایی شده اند که خود را به صورت علائم درد شکم و شوک هموراژیک همزمان با وجود یک حاملگی داخل رحم در سه ماهه دوم نشان داده اند.^(۷) از سویی با افزایش تحریک تخمک گذاری و بروز دوقلویی دوتخمی، احتمال ایجاد ترکیبی از بارداری داخل و خارج رحمی فراوان تر می شود. بنابراین حاملگی هتروتوپیک باید وقتی که بارداری نتیجه استفاده از روش های کمک باروری است مد نظر قرار گیرد.^(۶)

قابل ذکر است که در حاملگی هتروتوپیک اگر حاملگی داخل رحمی طبیعی باشد؛ با برداشتن حاملگی نابجا از طریق جراحی حاملگی داخل رحمی می تواند در اکثر بیماران تا زمان طبیعی ادامه یابد.^(۴) البته خاتمه دادن حاملگی نابجای بینابینی با کمک سونوگرافی ترانس واژینال از طریق داخل رحمی یا از طریق لاپاراسکوپیک نیز گزارش شده که در این موارد حاملگی داخل رحمی با پیامد مطلوب ادامه یافته است.^(۸) به هر حال آنچه باید مورد توجه قرار گیرد این است که اگر نشانه های شکم حاد در بیماری با یک بارداری اثبات شده داخل رحمی بروز کند حتماً باید حاملگی هتروتوپیک جزء تشخیص های افتراقی قرار گیرد.

* مراجع :

1. Cunningham F G, Gant F N. William's obstetrics. NewYork, MacGraw Hill, 21st ed, 2001; 888-9
2. Glassner M J, Aron E. Ovulation induction with clomiphene and the rise in heterotopic pregnancies cases. J Report Med 1990; 35: 175

شکل ۲- نمای بافت شناسی حاملگی لوله ای پاره شده

* بحث و نتیجه گیری :

حاملگی لوله ای ممکن است با حاملگی داخل رحمی همراه شود. تشخیص این نوع حاملگی هتروتوپیک واقعاً دشوار است. سونوگرافی می تواند ابزاری باشد تا در تمام موارد حاملگی هتروتوپیک، محصولات حاملگی را درون حفره ی رحم شناسایی نماید. تا همین اواخر حاملگی های هتروتوپیک نادر بودند. امروزه به علت استفاده از روش های کمک باروری شیوع آنها از یک مورد در ۳۰ هزار به یک مورد در ۷ هزار افزایش یافته است. مطالعات نشان داده اند در موارد زیر وجود حاملگی هتروتوپیک محتمل تر است:

پس از استفاده از روش های کمک باروری، پس از تداوم یا افزایش β HCG در پی سقط، فوندوس رحم بزرگتر از سن حاملگی رحمی، وجود بیش از یک جسم زرد، وجود علائم حاملگی خارج رحمی در غیاب خون ریزی واژینال و وجود شواهد حاملگی رحمی و خارج رحمی در سونوگرافی.^(۲)

در بیمار فوق همان طور که مشاهده شد، استفاده از کلومی فن جهت القای باروری، به عنوان یک عامل خطر جهت حاملگی هتروتوپیک مطرح می شود. نکته قابل توجه آن است که نظیر همین بیمار، بسیاری از اوقات حاملگی رحمی در سونوگرافی

3. Pisarska Carson. Incidence and risk factors for ectopic pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1999; 2: 42
4. Berek J S. Novak's gynecology. Philadelphia, Lippincott, 13th ed, 2002, 533-4
5. Reece E A, Petrie R H. Combined intra uterine and extra uterine gestations, a review. Am J Obstet Gynecol 1983; 146: 323-30
6. Speroff L, Glass R H. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. Philadelphia, Lippincott 6th ed, 1999, 1152
7. Hassiakos D, Bakas P. Heterotopic pregnancy at 16 weeks of gestation after IVF and ET. Arch Gynecol Obstet 2002; 266(3):1245
8. Bake L, Givens C R. Trans-vaginal reduction of an interstitial heterotopic pregnancy with preservation of intra-uterine gestation. Am J Obstet Gynecol 1997; 176(6): 1384-5