

## گزارش یک مورد نادر از حاملگی هتروتایپ

دکتر نگین رضواند\*؛ دکتر سید حمید مدنی\*\*؛ دکتر مهراندخت عابدینی\*\*\*؛ دکتر نوشین محمدی\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** بارداری هتروتایپ زمانی روی می‌دهد که بارداری داخل رحمی و نابجا به‌طور همزمان وجود داشته باشند. همراهی حاملگی داخل رحمی با حاملگی تخمدانی نادر است و عمدتاً در زنان مصرف‌کننده IUD و یا تحت درمان با روش‌های کمک باروری مشاهده می‌شود. هدف از معرفی این بیمار توجه بیشتر به موارد حاملگی داخل رحمی است که با درد شکم مراجعه می‌نمایند و یا مواردی که همزمان توده آدنکس هم گزارش می‌شود.

**معرفی بیمار:** بیمار خانم ۲۹ ساله G4P3 است که با درد شکم، تهوع و استفراغ مراجعه کرده و سابقه ۴ ماه تأخیر قاعدگی و از دومه قبل لکه بینی داشته است. در معاینه رحم، بیمار در حد ۱۸ هفته حاملگی بود و در ناحیه LLQ تندرینس واضح وجود داشت و توده ای در حد ۳ cm با قوام سفت لمس می‌شد. در معاینات بالینی و بررسی‌های پاراکلینیکی مشخص گردید که بیمار یک حاملگی داخل رحمی ۱۷ هفته و یک توده در آدنکس سمت چپ دارد که در آن ساک حاملگی با حاملگی ۷/۵ هفته فاقد ضربان قلب مشاهده گردید و پس از لاپاراتومی و بررسی پاتولوژی مشخص شد که حاملگی بیمار هتروتایپ و همراه با حاملگی تخمدانی بوده است.

**بحث:** حاملگی هتروتایپ نادر می‌باشد و عمده موارد آن حاملگی لوله، همراه حاملگی داخل رحم است و مواردی که حاملگی داخل رحمی همراه با حاملگی تخمدانی باشد، بسیار نادر است در این بیمار عامل مساعدکننده ظاهراً استفاده از IUD می‌باشد که اخیراً هم در اکثر مواردی که حاملگی هتروتایپ تخمدانی گزارش شده عامل مساعدکننده استفاده از IUD بوده است.

شایع‌ترین علامت در این بیماران درد شکم و بعد تأخیر قاعدگی و لکه بینی می‌باشد. تشخیص حاملگی تخمدانی که همزمان با حاملگی داخل رحمی باشد، مشکل است و اندازه‌گیری سریال HCG کمک‌کننده نمی‌باشد؛ زیرا بارداری داخل رحمی موجب افزایش متناسبی در غلظت HCG می‌شود و احتمال دارد در سونوگرافی به‌طور کاذب وجود حاملگی نابجا رد و یا با کیست جسم زرد اشتباه گرفته شود. تشخیص قطعی معمولاً توسط پاتولوژیست داده می‌شود که در این بیمار خاص وجود بافت تخمدانی در اطراف ساک حاملگی به اثبات رسیده بود.

**کلید واژه‌ها:** حاملگی خارج رحمی، حاملگی هتروتایپ، حاملگی تخمدانی

« دریافت: ۱۳۸۴/۴/۱۴ پذیرش: ۱۳۸۵/۲/۱۲ »

\*استادیار گروه زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

\*\*استادیار گروه پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

\*\*\*دستیار رشته زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

\* عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، خیابان فردوسی، بیمارستان معتضدی، دفتر آموزش تلفن: ۰۸۳۱-۷۲۴۶۳۴۶

Email: [neginrezavand@yahoo.com](mailto:neginrezavand@yahoo.com)

## مقدمه

حاملگی خارج رحمی به جایگزینی تخم لقاح یافته در هر جایی غیر از حفره رحم گویند که با شیوع بیش از یک درصد اتفاق می افتد (۲۱).

بارداری هتروتایپ زمانی روی می دهد که بارداری داخل رحمی و نابجا به طور همزمان وجود داشته باشد. تا همین اواخر حاملگی های هتروتایپ نادر بودند و میزان شیوع آن ها ۱ مورد در هر ۳۰۰۰۰ حاملگی بوده است. امروزه به علت استفاده از روش های کمک باروری احتمالاً این میزان شیوع به ۱ مورد در هر ۷۰۰۰ حاملگی رسیده است (۳-۱).

از نظر نظری هر نوع اختلال هورمونی یا ساختمانی که مهاجرت یا جایگزینی جنین را مختل سازد، باعث افزایش خطر حاملگی نابجا می گردد. یک مطالعه مفصل مورد - شاهدهی چهار عامل خطر ساز مهم و غیر وابسته را مشخص ساخت: استفاده از IUD، تاریخچه ناباروری، جراحی قبلی روی لوله و تاریخچه بیماری التهابی لگن. مطالعات متعدد نشان دهنده ارتباط بین این چهار متغیر و حاملگی نابجا بوده اند (۳).

حاملگی نابجای لانه گزینی کرده در تخمدان نادر است و بروز آن را ۱/۱۵۰۰-۱/۶۰۰۰۰ زایمان تخمین زده اند و ۱-۰/۵ درصد تمامی بارداری های نابجا را تشکیل می دهد (۴، ۵).

معیارهای تشخیص حاملگی تخمدانی در سال ۱۸۷۸ توسط Spiegelberg به این شرح توضیح داده شده اند:

- ۱- لوله فالوپ در طرف مبتلا باید سالم باشد؛
- ۲- کیسه جنینی باید موقعیت تخمدان را اشغال کرده باشد؛
- ۳- تخمدان بایستی توسط رباط تخمدانی به رحم متصل باشد؛

۴- بافت تخمدانی باید در دیواره کیسه قرار داشته باشد.

عوامل خطرزای رایج برای حاملگی تخمدانی، شبیه عوامل خطر حاملگی نابجای لوله ای هستند و حاملگی تخمدانی می تواند ثانویه به حاملگی لوله ای باشد. به نظر می رسد استفاده همزمان از ابزار داخل رحمی جلوگیری از حاملگی، به طور قابل توجهی با حاملگی تخمدانی همراه باشد (۱ و ۶).

اگرچه تخمدان در مقایسه با لوله رحم توانایی بیشتری برای تحمل بسط یافتن حاملگی دارد، وقوع پارگی در مراحل اولیه پیامدی معمول است. با وجود این موارد ثبت شده ای وجود دارند که در آن ها حاملگی تخمدانی به حد ترم رسیده است و تعدادی از نوزادان نیز زنده مانده اند (۱ و ۷-۵).

این بیماران دارای علایمی مشابه با علایم بارداری های نابجا در سایر نقاط هستند که شامل تأخیر در عادت ماهانه، درد شکم و گاه خونریزی واژینال می باشد. تشخیص اشتباه امر شایعی است، زیرا بارداری تخمدانی در ۷۵ درصد موارد با پارگی جسم زرد و یا گاه با حاملگی نابجای لوله ای اشتباه می شود (۱، ۲، ۶ و ۸). در این مقاله مورد نادری از حاملگی هتروتایپیک که حاملگی داخل رحمی ۱۷ هفته همزمان با حاملگی تخمدانی وجود داشته معرفی می شود.

## معرفی بیمار

بیمار خانم ۲۹ ساله ای بود که در تاریخ ۸۳/۱۰/۲۹ در ساعت ۶:۳۰pm با درد شکم به بیمارستان معتضدی کرمانشاه مراجعه کرد و بستری شد. بیمار دارای سه فرزند زنده می باشد. درد شکم از ۱۵ روز قبل از مراجعه توأم با تهوع

کردن شکم، رحم درحد حاملگی ۱۸-۱۶ هفته و تخمدان و لوله سمت راست نرمال بود. تخمدان چپ به صورت توده‌ای به اندازه ۴×۵×۶ سانتی‌متر با نقاط نکروتیک متعدد در سطح آن و با چسبندگی به جدار شکم مشاهده گردید. ابتدا چسبندگی تخمدان چپ به جدار شکم آزاد شد و بعد اوفورکتومی سمت چپ انجام شد و نمونه برای پاتولوژی ارسال گردید (شکل ۱).

گزارش پاتولوژی به این شرح بود یک توده ۴×۵×۶ سانتی‌متر که در برش‌های تهیه شده یک امبریو کوچک با ۱/۵ سانتی‌متر طول مشاهده شد. دیواره تخمدان نازک و بافت تخمدانی شامل لخته‌های خون و یلی‌های دژنره و نتیجه نهایی حاملگی تخمدانی بوده است (شکل ۲). بیمار



شکل ۱- نمای حاملگی تخمدانی در حین لاپاراتومی



شکل ۲- تصویر جنین ۸ هفته در تخمدان برش داده شده پس از

اوفورکتومی

و استفراغ شروع شده بود که از روز قبل از مراجعه درد شکم و حالت تهوع و استفراغ وی تشدید شده بود. درد بیمار به صورت مداوم و موضعی در ناحیه LLQ بوده که به تدریج تشدید شده بود. آخرین عادت بیمار ۴ ماه قبل بوده و از دو ماه قبل متناوباً لکه‌بینی داشته و تا ۴ ماه قبل برای جلوگیری از بارداری IUD استفاده می‌کرده است و تا زمانی که IUD داشته، عادت ماهانه وی منظم بوده و از ۴ ماه قبل به دنبال خارج نمودن IUD شروع به مصرف قرص جلوگیری از بارداری LD نموده است که تا ۱۰ روز قبل از مراجعه استفاده می‌کرده است. ذکر این نکته ضروری است که بیمار برای بررسی تأخیر عادت ماهانه و لکه‌بینی همراه آن مراجعه‌ای نداشته است.

در زمان بستری علائم حیاتی وی طبیعی و در معاینه شکم اندازه رحم درحد ۱۸ هفته و در لمس ناحیه LLQ تندرست سطحی و عمقی وجود داشت و توده‌ای به ابعاد ۳×۳ سانتی‌متر با قوام سفت لمس می‌شد.

در معاینه واژینال سرویکس بسته و خونریزی نداشت و حرکات سرویکس دردناک بود. برای بیمار آزمایش‌های لازم از جمله BhCG و سونوگرافی درخواست شد. بیمار مثبت و نتیجه سونوگرافی به این شرح بود: حاملگی داخل رحمی ۱۷ هفته با جنین سالم و جفت نرمال و در آدنکس چپ یک ساک حاملگی با قطر حدود ۳/۵cm حاوی یک جنین فاقد ضربان قلب با سن حاملگی حدود 7w+5day دیده شده بود، بافت دسیدوای اطراف ساک اکتوپیک بود و هیپواکو و هتروژن و مایع آزاد در حفره لگن دیده نشده بود.

بیمار با تشخیص حاملگی هتروتایپ در ساعت ۹:۳۰ بعد از ظهر تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت. بعد از باز

سه روز پس از جراحی با حال عمومی خوب مرخص شد و در طول هفته اول پس از جراحی و یک ماه بعد از آن سونوگرافی برای بررسی سلامت حاملگی درخواست شد که سونوگرافی‌های انجام شده حاکی از سلامت جنین بوده است.

## بحث

شایع‌ترین علایم در حاملگی خارج رحم شامل درد شکم، تأخیر در عادت ماهانه و خونریزی غیرطبیعی می‌باشد. بیمار ما دچار تأخیر عادت ماهانه و بعد خونریزی نامنظم به صورت لکه‌بینی شده بود، ولی مراجعه‌ای برای پی‌گیری تغییرات مذکور نداشته که شاید به علت عدم آگاهی و جدی‌ندانستن تغییرات ذکر شده بوده است که بیمار حتی تا هفته ۱۷ حاملگی از بارداری خود مطلع نبوده است، ولی درد شکم بیمار که مشکل عمده بیمار بود و به این علت مراجعه نموده بود، به صورت دیررس ظاهر شده و باعث مراجعه دیرتر بیمار مورد نظر شده بود. شاید علت درد شکم دیررس گنجایش بیشتر تخمدان نسبت به لوله باشد و بارداری داخل تخمدانی در سن حاملگی ۷/۵ هفته حیات خود را از دست داده و به رشد خود ادامه نداده که منجر به بروز علایم بالینی به صورت زودرس شود.

شکایت شایع در حاملگی تخمدانی درد شکم می‌باشد و خونریزی واژینال نادر است (۴). حاملگی‌های تخمدانی معمولاً قبل از جراحی تشخیص داده نمی‌شود و پس از لاپاراتومی مشخص می‌گردد که توده آدنکس حاملگی تخمدانی بوده (۴، ۶ و ۹) و در بیشتر موارد نمای محتویات بارداری نسبت به سن حاملگی کوچک‌تر است (۹). حاملگی هتروتایپ تخمدانی به راحتی با لوتئال

کیست اشتباه می‌شود و بایستی برای تشخیص قطعی معیارهای حاملگی تخمدانی که در قسمت مقدمه آمده وجود داشته باشد و در نهایت پاتولوژیست تشخیص قطعی را می‌دهد. در مورد بیمار مورد معرفی لوله فالوپ در سمت چپ کاملاً سالم و تخمدان در محل آناتومیک خود قرار داشت و در بررسی پاتولوژی امبریو در داخل بافت تخمدان مشاهده گردید (۶ و ۷).

حاملگی هتروتایپ با حاملگی تخمدانی مورد بسیار نادری می‌باشد که تقریباً ۲/۳ درصد حاملگی‌های هتروتایپ را شامل می‌شود. طبق گزارش Olivera از ماه ژانویه سال ۱۹۹۶ لغایت سپتامبر ۱۹۹۹ موردی از حاملگی هتروتایپ با حاملگی تخمدانی گزارش نشده است (۱۰ و ۱۱). در بیمارستان معتضدی هم که بزرگترین بیمارستان زنان و مامایی در منطقه غرب کشور می‌باشد، در طول ده سال گذشته موردی از حاملگی هتروتایپ با حاملگی تخمدانی گزارش نشده است.

از عوامل مساعدکننده برای حاملگی تخمدانی استفاده از روش‌های کمک باروری در بیماران نابارور و استفاده از IUD گزارش شده و اخیراً این نوع از بارداری بیشتر در زنان تحت درمان با روش‌های کمک باروری مشاهده می‌شود (۱، ۳، ۵، ۸، ۱۱ و ۱۲).

Gray و Ruffolo چهار مورد حاملگی تخمدانی را توصیف کردند که در آنها زنان مبتلا در رحم خود دارای IUD از نوع Gpper-7 بودند (۷ و ۱۳). در خصوص بیمار ما نیز استفاده از IUD مسی به عنوان عامل مستعدکننده مطرح می‌باشد.

تشخیص زودرس و درمان حاملگی هتروتایپ احتمال بقای حاملگی داخل رحمی را می‌افزاید. هدف از درمان

حاملگی هتروتایپ، ختم حاملگی نابجا و باقی گذاشتن حاملگی داخل رحمی است. پس از درمان تقریباً حاملگی‌های داخل رحمی زنده مانده‌اند. درمان جراحی شایع‌ترین روش برای برداشتن حاملگی نابجای همزمان می‌باشد. در یک مطالعه اخیر، ۹۲ درصد بیماران تحت درمان جراحی قرار گرفتند. درمان غیرجراحی حاملگی هتروتایپ با تزریق کلرید پتاسیم صورت گرفته، اما مهارت کافی وجود ندارد (۱، ۳ و ۱۴). مواردی که با حاملگی هتروتایپ در تشخیص افتراقی قرار می‌گیرند، وجود توده‌های ادنکسی مانند جسم زرد خونریزی‌دهنده

و یا هر نوع توده تخمدانی اعم از انواع کیست‌ها و توده‌های جامد می‌باشد و بهترین روش کمک‌کننده در تشخیص این موارد استفاده از سونوگرافی ترانس واژینال است.

بامعرفی بیمار مذکور ضرورت توجه بیشتر به توده‌های آدنکسی به‌خصوص توده‌های تخمدانی در زمان بارداری مشخص می‌گردد، به‌ویژه در موارد بروز درد شکم در طول بارداری و وجود توده آدنکسی همواره حاملگی هتروتایپ را باید مدنظر داشت و با بررسی‌های لازم ماهیت توده آدنکسی را مشخص نمود.

## منابع

1. Cunningham FG, Norman F, Kenneth J, Leveno Larry C. Gilstrap III, Hauth JC, Katharine D. Williams obstetrics. 21<sup>st</sup> ed. New York: McGraw- Hill; 2001, PP.883-910
2. Stovall TG. Novak's gynecology. 13<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002, PP.507-541.
3. Kim H, Fox J. Kistner's gynecology & women's health. 7<sup>th</sup> ed. Boston: Mosby; 1999, PP.143-165
4. Oliveira FG, Abdelmassih V, Costa EL. Rare association of ovarian implantation site for patients with heterotopic and with primary ectopic pregnancies after ICSI and blastocyst transfer: Available at: <http://humrep.oupjournals.org/cgi/content/full/16/10/2227>
5. Mustafa R. An ovarian ectopic pregnancy. J Surgery Pakistan 2003; 8(2); Available at: <http://jsp.org.pk/jsp-apr-jun2003/jspy%20a10.htm>
6. Garmel SH. Early pregnancy risks: In: Current obstetric & gynecology. 9<sup>th</sup> ed. New York: McGraw Hill; 2003, PP.272-289
7. Pisars KA, Carson SA. Incidence and risk factors for ectopic pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1999; 42(2), 99-99
8. Heard MJ, Buster JE. Danforth's obstetrics and gynecology. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003, PP.89-103
9. Comstock C, Huston K, Lee W. The ultrasonographic appearance of ovarian ectopic pregnancies. Obstet Gynecol 2005; 105(1):42-5
10. Olivera FG, Abdelmassih V, Costa AI, Balmaceda JP, Abdelmassih S, Abdelmassih R. Rare association of ovarian implantation site for patients with heterotopic and with primary ectopic pregnancies after ICSI and blastocyst transfer. Hum Reprod 2001; 16(10):2227-9
11. Selo Ojeme DO, Good Fellow CF. Simultaneous intra uterine and ovarian pregnancy following treatment with clomiphene citrate. Arch Gynecol Obstet 2002; 266(4):232-4
12. Melilli GA, Anantario C, Farnelli C, Papeo R, Savona A, Combined intrauterine and ovarian pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer: a case Report. Clin Exp Obstet Gynecol 2001; 28(2):100-1
13. Gray CL, Ruffolo ELT. Ovarian pregnancy associated with intrauterine contraceptive devices. Am J Obstet Gynecol 1978; 132(2):134-139
14. Golan A, Raziell A, Neumon M, Schneider D, Bukovsky I, Caspi E. Fertility before and after surgery for primary ovarian pregnancy. J Fertile Steril 1997; 55(1):200-207