



## گزارش یک مورد حاملگی خارج رحمی بینایینی و درمان آن با لپاراسکوپی

مریم اصغرنیا<sup>۱</sup>، رویا فرجی<sup>۲</sup>، زیبا ظهیری<sup>۱\*</sup>، فروزان میلانی<sup>۳</sup>، سیده فاطمه دلیل حیرتی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> گروه نازایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

<sup>۲</sup> گروه زنان و زایمان، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

<sup>۳</sup> گروه پری ناتولوژی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

<sup>۴</sup> گروه مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(دریافت مقاله: ۹۱/۱۱/۵ - پذیرش مقاله: ۹۲/۳/۲۱)

### چکیده

تشخیص و درمان حاملگی بینایینی به خاطر پیامدهای بالقوه شدید در صورت پارگی و خونریزی داخل شکمی همواره بحث‌انگیز و مورد چالش است. تشخیص زودرس و درمان حاملگی بینایینی برای کاهش مرگ و میر مادر و حفظ باروری واضح و مبرهن است. در این مطالعه بیماری ۳۷ ساله، با ۶ هفته آمنوره با شکایت لکه‌بینی و درد زیر شکم مراجعه نمود. در سونوگرافی واژینال رحم بدون ساک حاملگی بوده و یک توده هتروژن در آدنکس راست با رینگ هایپرواسکولار گزارش شد.  $\beta$ -HCG اولیه بیمار ۲۰۰ میلی واحد بر میلی لیتر بود. با توجه به ثابت ماندن سطح  $\beta$ -HCG در اندازه‌گیری‌های مکرر و با تشخیص احتمالی حاملگی خارج رحمی بیمار بستری تحت لپاراسکوپی قرار گرفت و حاملگی خارج رحمی کورنه آ راست برداشته شد. بهنظر لپاراسکوپی و سیله‌های مفید و ایمن برای تشخیص و درمان حاملگی بینایینی پاره نشده است.

واژگان کلیدی: حاملگی خارج رحمی بینایینی، لپاراسکوپی، برداشت لپاراسکوپیک لوله، تشخیص

\*رشت، خیابان نامجو، بیمارستان آموزشی درمانی الزهراء، طبقه اول، مرکز تحقیقات بهداشت باروری

## مقدمه

درمان نگهدارنده با هدف کاهش عوارض جراحی و نگهداری قدرت باروری زن می‌باشد. که از این درمان‌های نگهدارنده می‌تواند روش‌های طبی (شامل متوترکسات، کلرید پتاسیم، گلوکز هپراسمولار، اکتینومایسین D و پروستاگلاندین‌ها) یا جراحی (شامل سالپیشو توپی خطی و برداشتن قطعی) را نام برد (۶ و ۸). با توجه به گزارش‌های موردي چاپ شده هنوز تشخیص و درمان حاملگی بینابینی به‌خاطر پیامدهای بالقوه شدید در صورت پارگی و خونریزی داخل شکمی همواره بحث‌انگیز و مورد چالش است (۹).

در حالی که درمان مرسوم حاملگی بینابینی، هیسترکتومی یا رزکشن با لایپراسکوپی صورت می‌گیرد و یکی از این اعمال جراحی، تکنیک‌های لایپراسکوپی شامل کورنیال رزکشن می‌باشد. در مطالعه زیو اداره موفق و بدون عارضه ۱۷ مورد حاملگی بینابینی با جراحی لایپراسکوپی را گزارش نموده است (۱۰).

همچین در مطالعه گونک، خانم ۲۴ ساله‌ای با حاملگی کورنیال گزارش شده است که نخست تحت درمان متوترکسات قرار گرفت، اما سپس به‌دلیل تداوم درد شکمی و افت هموگلوبین با انجام لایپراسکوپی برای وی عمل Cornuostomy انجام شد (۱۱). در بررسی کنونی یک مورد حاملگی بینابینی ۶ هفته گزارش شده است که با تشخیص به‌موقع و درمان لایپراسکوپی، جان مادر و قدرت باروری وی حفظ شده است و توصیه می‌شود که پزشکان در مراحل اولیه بارداری دقت خاصی به‌ویژه در بیماران پرخطر برای حاملگی خارج رحمی داشته باشند تا با تشخیص و درمان به‌موقع سلامت مادران ارتقا داده شود.

حاملگی بینابینی پدیده نادری است که در ۲ درصد از حاملگی‌های خارج رحمی رخ می‌دهد (۱). حاملگی بینابینی اغلب دیرتر از سایر حاملگی‌های خارج رحمی پاره می‌شود زیرا میومتر در این بخش بسیار قابل انبساط بوده و به‌خاطر خونرسانی فوق‌العاده، حاملگی در این بخش می‌تواند منجر به خونریزی فاجعه‌آمیز و تهدیدکننده حیات شود. هرچند در گزارش‌های موردي منتشر شده از حاملگی خارج رحمی مرگی گزارش نشده است اما مواردی از پارگی رحم منجر به خونریزی شدید و هیسترکتومی دیده شده است (۲). شیوع حاملگی خارج رحمی به‌نظر می‌رسد طی دو دهه اخیر به‌خاطر استفاده گسترده از روش‌های کمک باروری افزایش یافته است (۳). نقص در لوله، سابقه سالپینگوتومی، چسبندگی پروگزیمال لوله و عفونت لگنی از عوامل خطر دیگر پیشگویی کننده این وضعیت بالینی است (۴ و ۵).

تشخیص افتراقی حاملگی بینابینی از انواع حاملگی‌های خارج رحمی الزاماً است زیرا یافته‌های بالینی، اداره و نتایج آن متفاوت است و به دلیل کاهش بروز عوارض مادری و حفظ باروری زن تشخیص زودرس آن نیاز حیاتی است زیرا میزان مرگ و میر آن ۷ برابر بیشتر از سایر حاملگی‌های خارج رحمی است (۶). روش‌های در دسترس جهت تشخیص این حاملگی شامل سونوگرافی واژینال و تیتراز  $\beta$ -HCG می‌باشد. هنوز تشخیص زودرس حاملگی بینابینی به‌صورت یک مشکل باقی مانده است (۷).

روش استاندارد طلایی برای درمان حاملگی بینابینی لایپراسکوپی با برداشتن کورنره آ می‌باشد ولی گاهی اوقات به‌خاطر هموستاز نیاز به هیسترکتومی یا لیگاسیون شریان هیپوگاستریک است البته گرایش فعلی به سمت

خونروری، BUN و کراتینین بیمار طبیعی بود و ۴۸ ساعت بعد از آن سطح  $\beta$ -HCG، ۴۳۰۰ میلی واحد بر میلی لیتر و سطح هموگلوبین ۹/۹ گرم بر دسی لیتر و هماتوکریت ۳۱/۲ درصد بود. بهدلیل درد مداوم در لمس عمقی شکم و افت تیتر  $\beta$ -HCG، و سونوگرافی دوباره انجام شده که ساک حاملگی داخل رحم مشهود نبود، بیمار با شک حاملگی خارج رحمی کاندید لاپاراسکوپی شد. در اتاق عمل بعد از انتویه کردن اندوتراکال و بیهوشی عمومی در موقعیت دورسال لیاتومی قرار داده شد. سوزن ورس در حدود ناف وارد شکم شد و شکم با گاز دی اکسید کربن متسع شد. در جستجوی لاپاروسکوپی، کورنه آی راست متورم و بزرگ مشاهده گردید (شکل ۱) و با کواگولیشن دو قطی در منطقه کورنه آ رزکشن انجام گرفت و لوله همان سمت هم برداشته شد.



شکل ۱) حاملگی بینایی قبل از برداشت

همچنین کیست مورگانی در سمت راست و چپ به ابعاد  $1/5 \times 1/5$  اسانت نیز وجود داشت که خارج گردید و هموستاز شد. ساک حاملگی با فورسیپس grasping تخلیه شد از کواگولیشن دوقطبی برای هموستاز استفاده شد سپس هموستاز کورنه آ با سوچور vicryl صفر با تکنیک intracorporeal انجام شد (شکل ۲) پس از هموستاز کافی و شستشوی داخل شکم، تخلیه داخل پریتوئن انجام شد پس از اتمام عمل، نسوج

## معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۷ ساله، با بارداری خودبخودی با سن حاملگی ۶ هفته بر اساس اولین روز آخرین قاعده‌گی طبیعی با شکایت لکه‌بینی و درد زیر شکم به مطب خصوصی مراجعه نمود. بیمار سابقه یک حاملگی دوقلویی با دو جنین زنده با انجام سزارین داشته است و همچنین سابقه قاعده‌گی نامنظم با عدم تخمک‌گذاری و مصرف چندین دوره کلومیفن و HMG را ذکر می‌کند. وضعیت حیاتی و وهمودینامیک بیمار طبیعی و ثابت بود. در لمس شکم نرم بود و در قسمت‌های تحتانی شکم درد و حساسیت در لمس وجود داشت. در معاینه واژینال سوراخ سرویکس بسته و حرکت سرویکس درد نداشت و در معاینه دودستی نکته قابل توجهی وجود نداشت. در سونوگرافی واژینال انجام شده رحم رترورسه با سایز و اکوی نرمال و با ضخامت اندومنتر ۱۲ میلی‌متر مشاهده شد و همچنین یک توده هتروژن با یک ناحیه هایپوکو مرکزی به ابعاد  $17 \times 18$  میلی‌متر در آدنکس راست با رینگ هایپراسکولار مشاهده شد و مایع آزاد هم داخل لگن دیده نشد.  $\beta$ -HCG بیمار ۲۰۰ میلی واحد بر میلی لیتر گزارش شد.  $\beta$ -HCG بیمار به صورت سریال اندازه‌گیری شد. با توجه به ثابت ماندن سطح  $\beta$ -HCG و تشخیص احتمالی حاملگی خارج رحمی، بیمار به بیمارستان ارجاع و بستری گردید. پس از بستری  $\beta$ -HCG نسبت به قبل از آن سطوح بالارونده پیدا نمود (۶۳۸۷ میلی واحد بر میلی لیتر) در روز بستری هموگلوبین بیمار  $10/6$  گرم بر دسی لیتر و هماتوکریت  $۳۳/۹$  درصد بود. بهدلیل احتمال شروع متورکسات برای درمان طبی حاملگی خارج رحمی آزمایش‌های کبدی نیز درخواست شد. آنزیم‌های کبدی، بیلی‌روین، آکالن فسفاتاز، PT و PTT، زمان

از عوامل خطر مهم بروز حاملگی خارج رحمی می‌باشد، بیمار تحت بررسی قرار گرفت. اندازه‌گیری  $\beta\text{-HCG}$  و سونوگرافی واژینال انجام شد. در سونوگرافی واژینال یک توده هتروژن در آدنکس راست با رینگ هایپرواسکولار وجود داشت و رحم خالی بود سپس با کترل سریال  $\beta\text{-HCG}$  تشخیص احتمالی حاملگی خارج رحمی بینابینی داده شد و بیمار جهت بستره ارجاع داده شد. در این مطالعه خوشبختانه با توجه به مرارجعه بیمار در مراحل اولیه و کسب شرح حال دقیق و پرخطر بودن بیمار از نظر سابقه نازایی اقدامات تشخیصی لازم انجام گردید، در حالی که در برخی بررسی‌ها به علت مرارجعه دیررس بیمار یا عدم تشخیص پزشک با پارگی رحم و هیسترکتومی مواجه گردیده است. از این روی تشخیص زودرس حاملگی بینابینی به صورت یک مشکل باقی مانده است (۲ و ۷). با توجه به اینکه بیشتر عوامل خطر حاملگی خارج رحمی شناخته شده است و شایع‌ترین عوامل خطر آن، استفاده از روش‌های کمک باروری، سابقه حاملگی خارج رحمی، سابقه عفونت و جراحی لگنی و مصرف IUD می‌باشد، لازم است به کلیه بیماران حامله به ویژه پرخطر از نظر عالیم خطر حاملگی خارج رحمی آموزش داده شود و سپس در مرحله بعد پزشکان در مواجه با بیماران با شکایت درد زیر شکم و لکه‌بینی حتماً، حاملگی خارج رحمی را کترل نمایند تا در صورت وجود، تشخیص زودرس صورت گیرد و بتوانیم با درمان مناسب به هر بیمار عوارض حاملگی خارج رحمی بینابینی را بکاهیم.

درمان ستی جهت حاملگی خارج رحمی بینابینی، هیسترکتومی یا رزکسیون کورنهآ طی لапاراتومی می‌باشد. اما امروزه بیشتر جراحان به علت حفظ قدرت

حاصله جهت پاتولوژی ارسال شد. سطح  $\beta\text{-HCG}$  به صورت هفتگی اندازه‌گیری شد که حدوداً ۴ هفته بعد از عمل به محدوده طبیعی رسید. در ضمن کلیه اطلاعات بیمار محروم‌انه باقی ماند و از بیمار رضایت‌نامه جهت گزارش این مورد گرفته شد



شکل ۲) حاملگی بینابینی بعد از برداشتن و هموستاز

## بحث

در حاملگی خارج رحمی بینابینی مهم‌ترین بخش، تشخیص زودرس حاملگی می‌باشد که بر سیر اداره حاملگی و نتایج آن تأثیرگذار خواهد بود. عدم توجه دقیق پزشک به مراقبت پری ناتال زنان باردار و تشخیص دیررس حاملگی خارج رحمی می‌تواند منجر به پارگی رحم، خونریزی شدید، هیسترکتومی و از دست دادن قدرت باروری زن گردد و حتی میزان مرگ و میر ۷ برابر این نوع حاملگی نسبت به سایر انواع حاملگی‌های خارج رحمی (۶) مزید علت جهت پرخطر بودن این نوع حاملگی و اهمیت تشخیص زودهنگام این نوع حاملگی شده است. روش‌های در دسترس جهت تشخیص این حاملگی‌ها، عالیم بالینی (درد زیرشکم، لکه‌بینی)، سونوگرافی واژینال، سنجش سریال تیتر  $\beta\text{-HCG}$  می‌باشد (۷).

در مطالعه کنونی بیمار با حاملگی شش هفته با شکایت لکه‌بینی و درد زیر شکم مرارجعه نموده بود، با توجه به پرخطر بودن بیمار از نظر سابقه نازایی که

مزایای آن، خونریزی کمتر از ۴۷ میلی لیتر و باردار شدن ۳ نفر از ۴ نفر از بیماران را رخ داده بود (۱۳). در مطالعه پیش رو هم بیمار تحت لپاروسکوپی موفقیت‌آمیز قرار گرفت و همچنین هیچ عارضه‌ای متعاقب جراحی در بیمار دیده نشد و  $\beta$ -HCG به صورت هفتگی کنترل شد و پس از ۴ هفته سطح  $\beta$ -HCG به محدوده نرمال رسید. نتیجه نهایی این بررسی افزایش دقت پژوهشکان از نظر عالیم بالینی بیمار و انجام اقدامات جهت تشخیص زودرس بوده و به نظر می‌رسد لپاراسکوپی وسیله‌ای مفید و ایمن برای تشخیص و درمان حاملگی بینایی پاره نشده باشد.

با توجه به اینکه بیمار با تشخیص احتمالی حاملگی خارج رحمی در بیمارستان بستری شده بود و با توجه به سیر بیماری تصمیم به لپاراسکوپی گرفته شد محدودیت تشخیصی وجود نداشت. شاید عدم تشخیص حاملگی بینایی توسط سونوگرافی قبل از لپاراسکوپی را بتوان جز محدودیت‌ها ذکر کرد.

باروری و کاهش عوارض ناشی از جراحی به سمت درمان لپاروسکوپی تمایل دارند. جراحی لپاراسکوپی برای حاملگی خارج رحمی روشی کمتر تهاجمی و پروسیجر ایمن است اگر توسط جراح با تجربه انجام گیرد و با مزایایی چون حفظ قدرت باروری زن و کاهش حجم خونریزی و جلوگیری از کلیه عوارض دیگر ناشی از لپاراتومی می‌باشد (۱۲).

در مطالعات گوناگونی با توجه به شرایط خاص بیمار، حجم توده و غیره بیماران تحت لپاروسکوپی قرار گرفتند و نتیجه موفقیت‌آمیزی داشتند. زو (Zuo) و همکاران در مطالعه‌ای نتایج ۱۷ حاملگی خارج رحمی بینایی پاره نشده را که تحت لپاراسکوپی قرار گرفته بودند را گزارش کردند. که این مطالعه نشان داد که ۱۶ نفر حجم خونریزی کمتر از ۲۵ میلی لیتر داشتند و میانگین تعداد روزهای بستری ۴/۵ روز بود و از این تعداد ۹ زن خواستار حاملگی بودند که ۷ نفر آنها باردار شدند و به روش سزارین زایمان کردند (۹).

در بررسی دیگری ۴ حاملگی خارج رحمی بینایی تحت لپاراسکوپی موفقیت‌آمیز گزارش شده است و از

## References:

- Fritz MA, Speroff L. Ectopic pregnancy. Clinical gynecological Endocrinology and Fertility. 8<sup>th</sup> ed. 2011; 1410-11.
- Ulku I, Mehmet A. Osmanağaoğlu, Hasan Bozkaya. A ruptured cornual ectopic pregnancy at 18 weeks' gestation: A case report. The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics, 2008; 9: 5.
- Trabert B, Holt VL, Yu O, et al. Population-based ectopic pregnancy trends, 1993-2007. Am J Prev Med. 2011; 40: 556-60.
- Chopra S, Keenanassaril A, Rohilla M, et al. Obstetric morbidity and the diagnostic dilemma in pregnancy in rudimentary horn: retrospective analysis. Arch Gynecol Obstet. 2009; 280: 907-10.
- Pluchino N, Nanni F, Angioni S, et al. Spontaneous cornual pregnancy after homolateral salpingectomy for an earlier tubal pregnancy: a case report and literature review. J Minim Invasive Gynecol. 2009 ;16: 208-11.
- Damario MA, Rock JA. Ectopic pregnancy. In: Rock JA, Jones HW (eds). Te Linde's operative gynecology. 10th edn. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 799–824.
- Walid MS, Heaton RL. Diagnosis and laparoscopic treatment of cornual ectopic pregnancy. Ger Med Sci. 2010; 27: pii: Doc 16.
- Barnhart K, Spandorfer S, Coutifaris C. Medical treatment of interstitial pregnancy. A report of three unsuccessful cases. J Reprod Med. 1997; 42: 521-4.
- Sant CL, Andersen PE. Misdiagnosed uterine rupture of an advanced cornual pregnancy. Case Rep Radiol. 2012; 289103.
- Zuo X, Shen A, Chen M. Successful management of unruptured interstitial pregnancy in 17 consecutive cases by using

- laparoscopic surgery. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2012; 52: 387-90.
- 11.Günenç Z, Bingöl B, Çelik A, et al. Laparoscopic surgery of interstitial (cornual) pregnancy, a case report. J Turkish-German Gynecol Assoc 2010; 11: 102-4.
- 12.Api M, Api O. Laparoscopic cornuotomy in the management of an advanced interstitial ectopic pregnancy: a case report. Gynecol Endocrinol. 2010 ; 26: 208-12.
- 13.Cucinella G, Rotolo S, Calagna G, et al. Laparoscopic management of interstitial pregnancy: the "purse-string" technique. Acta Obstet Gynecol Scand. 2012; 91: 996-9.

**Case Report**

## Laparoscopic treatment for interstitial pregnancy, a case report

**M.Asgharnia<sup>1</sup>, R. Faraji<sup>2</sup>, Z. Zahiri<sup>1\*</sup>, F.Milani.<sup>3</sup>, SF.Dalil Heirati<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Department of infertility, Reproductive Health Research Center, Guilan University of Medical Sciences

<sup>2</sup> Department of Obstetric & Gynecology , Reproductive Health Research Center, Guilan University of Medical Sciences

<sup>3</sup> Department of Perinatology, Reproductive Health Research Center, Guilan University of Medical Sciences

<sup>4</sup> Department of Midwifery, Reproductive Health Research Center, Guilan University of Medical Sciences

(Received 24 Jan, 2013      Accepted 11 Jun, 2013)

### Abstract

Diagnose and treatment of interstitial pregnancy remains challenging because this rare entity can be life threatening due to rupture and intra abdominal hemorrhage. Early diagnosis and treatment is paramount to reduce maternal mortality and maintain fertility. In this study a 37 years woman with 6weeks of amenorrhea, who presented with spotting and lower abdominal pain was admitted. Transvaginal ultrasonography scan showed a heterogenous mass in right adenex with hypervascular ring, the uterus was empty. The initial beta hCG level was 200 MIU/ml. Serial beta hCG levels plateaued in the follow up period. Diagnosis was suspected for ectopic pregnancy, a laparoscopy followed revealed the presence of right cornual pregnancy that cornual resection was performed. Laparoscopy appears to be safe and an effective treatment for unruptured interstitial pregnancy.

**Keywords:** Interstitial pregnancy, Laparoscopic, Laparoscopic cornual resection, Diagnosis

\*Address for correspondence: Reproductive Health Research center, Department of Obstetric & Gynecology, Al -Zahra Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Namjoo Street, Rasht, Guilan, IRAN. Email: drzibazahiri@yahoo.com