دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست-پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال هفدهم، شماره ۵، صفحه ۱۰۳۷ – ۱۰۳۱ (آذر و دی ۱۳۹۳)

ISMJ 2014;17(5): 1031-1037

گزارش یک مورد حاملگی خارج رحمی بینابینی و درمان آن با لاپاراسکوپی

مریم اصغرنیا [۱]، رویا فرجی [۲]، زیبا ظهیری [۱*]، فروزان میلانی [۳]، سیده فاطمه دلیل‌حیرتی [۴]

[۱] گروه نازایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان
[۲] گروه زنان و زایمان، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان
[۳] گروه پری ناتولوژی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان
[۴] 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 بینابینی به‌خاطر پیامدهای بالقوه شدید در صورت پارگی و خونریزی داخل شکمی همواره بحث‌انگیز و مورد چالش است. تشخیص زودرس و درمان حاملگی بینابینی برای کاهش مرگ ومیر 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. β–HCG اولیه بیمار ۲۰۰ میلی واحد بر میلی‌لیتر بود. با توجه به ثابت ماندن سطح β–HCG در اندازه‌گیری‌های مکرر و با تشخیص احتمالی حاملگی خارج رحمی بیمار بستری تحت لاپاراسکوپی قرار گرفت و حاملگی خارج رحمی کورنه آ راست برداشته شد. به‌نظر لاپاراسکوپی وسیله‌ای مفید و ایمن برای تشخیص و درمان حاملگی بینابینی پاره نشده است.

واژگان کلیدی: حاملگی خارج رحمی بینابینی، لاپاراسکوپی، برداشت لاپاراسکوپیک لوله، تشخیص

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

Email :drzibazahiri@yahoo.com

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-03-29]

مقدمه

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 موردی 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 سالپنگوتومی، 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 الزامی 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 تیتراژ β–HCG می‌باشد. هنوز تشخیص زودرس حاملگی بینابینی به‌صورت یک مشکل باقی مانده است (۷).

روش استاندارد طلایی برای درمان حاملگی بینابینی لاپاراتومی با برداشتن کورنه آ می‌باشد ولی گاهی اوقات به‌خاطر هموستاز نیاز به هیسترکتومی یا لیگاسیون شریان هیپوگاستریک است البته گرایش فعلی به سمت 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 هیپراسمولار، اکتینومایسین D و پروستاگلاندین‌ها) یا جراحی (شامل سالپنژوتومی خطی و برداشتن قطعی) را نام برد (۶ و ۸). با توجه به گزارش‌های موردی 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 حالی‌که درمان مرسوم حاملگی بینابینی، هیسترکتومی یا رزکشن با لاپاراتومی است، اما امروزه بیشتر جراحی‌های زنان با لاپاراسکوپی صورت می‌گیرد و یکی از این اعمال جراحی، تکنیک‌های لاپاراسکوپی شامل کورنئال رزکشن می‌باشد. در مطالعه زیو اداره موفق و بدون عارضه ۱۷ مورد حاملگی بینابینی با جراحی لاپاراسکوپی را گزارش نموده است (۱۰).

همچنین در مطالعه گونک، خانم ۲۴ ساله‌ای با حاملگی کورنئال گزارش شده است که نخست تحت درمان متوترکسات قرار گرفت، اما سپس به‌دنبال تداوم درد شکمی و افت هموگلوبین با انجام لاپاراسکوپی برای وی عمل Cornuostomy انجام شد (۱۱). در بررسی کنونی یک مورد حاملگی بینابینی ۶ هفته گزارش‌شده‌است که با تشخیص به‌موقع و درمان لاپاراسکوپی، 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.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-03-29]

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۷ ساله، با بارداری خودبخودی با سن حاملگی ۶ هفته بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی 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 قاعدگی 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 اندومتر ۱۲ میلی‌متر مشاهده شد و همچنین یک توده هتروژن با یک ناحیه هایپواکو مرکزی به ابعاد ۱۸×۱۷ میلی‌متر در آدنکس راست با رینگ هایپرواسکولار مشاهده شد و مایع آزاد هم داخل لگن دیده نشد. β–HCG بیمار ۲۰۰ میلی واحد بر میلی‌لیتر گزارش شد. β–HCG بیمار به‌صورت سریال اندازه‌گیری شد. با توجه به ثابت ماندن سطح β–HCG و تشخیص احتمالی حاملگی خارج رحمی، بیمار به بیمارستان ارجاع و بستری گردید. پس از بستری β –HCG نسبت به قبل از آن سطوح بالارونده پیدا نمود (۶۳۸۷ میلی واحد بر میلی‌لیتر) در روز بستری هموگلوبین بیمار ۱۰/۶ گرم بر دسی لیتر و هماتوکریت ۳۳/۹ درصد بود. به‌دلیل احتمال شروع متوترکسات برای درمان طبی حاملگی خارج رحمی آزمایش‌های کبدی نیز درخواست شد. آنزیم‌های کبدی، بیلی‌روبین، آلکالن فسفاتاز، PT و PTT، زمان خونروی، BUN و کراتینین بیمار طبیعی بود و ۴۸ ساعت بعد از آن سطح β–HCG، ۴۳۰۰ میلی واحد بر میلی‌لیتر و سطح هموگلوبین ۹/۹ گرم بر دسی‌لیتر و هماتوکریت ۳۱/۲ درصد بود. به‌دلیل درد مداوم در لمس عمقی شکم و افت تیتر β–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 انتوبه کردن اندوتراکئال و بیهوشی عمومی در موقعیت دورسال لیتاتومی قرار داده شد. سوزن ورس در حدود ناف وارد شکم شد و شکم با گاز دی اکسیدکربن متسع شد. در جستجوی لاپاروسکوپی، کورنه آی راست متورم و بزرگ مشاهده گردید (شکل ۱) و با کواگولیشن دو قطبی در منطقه کورنه آ رزکشن انجام گرفت و لوله همان سمت هم برداشته شد.



شکل۱) حاملگی بینابینی قبل از برداشتن

همچنین کیست مورگانی در سمت راست و چپ به ابعاد ۱/۵×۱/۵سانت نیز وجود داشت که خارج گردید و هموستاز شد. ساک حاملگی با فورسپس grasping تخلیه شد از کوآگولیشن 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

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-03-29]

حاصله جهت پاتولوژی ارسال شد. سطح β –HCG به‌صورت هفتگی اندازه‌گیری شد که حدوداً ۴ هفته بعد از عمل به محدوده طبیعی رسید. در ضمن کلیه اطلاعات بیمار محرمانه باقی ماند و از بیمار رضایت‌نامه جهت گزارش این مورد گرفته شد



شکل۲) 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، علایم بالینی (درد زیرشکم، لکه‌بینی)، سونوگرافی واژینال، سنجش سریال تیتر β–HCG می‌باشد (۷).

در مطالعه کنونی بیمار با حاملگی شش هفته با شکایت لکه‌بینی و درد زیر شکم مراجعه نموده بود، با توجه به پرخطر بودن بیمار از نظر سابقه نازایی که از عوامل خطر مهم بروز حاملگی خارج رحمی می‌باشد، بیمار تحت بررسی قرار گرفت. اندازه‌گیری β–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 کنترل سریال β–HCG تشخیص احتمالی حاملگی خارج رحمی بینابینی داده شد و بیمار جهت بستری ارجاع داده شد. در این مطالعه خوشبختانه با توجه به مراجعه 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 به‌علت مراجعه دیررس بیمار یا عدم تشخیص پزشک با پارگی رحم و هیسترکتومی مواجه گردیده است. از این روی تشخیص زودرس حاملگی بینابینی به‌صورت 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 علایم 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 کنترل 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 سنتی جهت حاملگی خارج رحمی بینابینی، هیسترکتومی یا رزکسیون کورنهآ طی لاپاراتومی می‌باشد. اما امروزه بیشتر جراحان به‌علت حفظ قدرت

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-03-29]

باروری و کاهش عوارض ناشی از جراحی به سمت درمان لاپاروسکوپی تمایل دارند. جراحی لاپاراسکوپی 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 لاپاراتومی می‌باشد (۱۲).

در مطالعات گوناگونی با توجه به شرایط خاص بیمار، حجم توده و غیره بیماران تحت لاپاروسکوپی قرار گرفتند و نتیجه موفقیت‌آمیزی داشتند. زو (Zuo) و همکاران در مطالعه‌ای نتایج ۱۷ حاملگی خارج رحمی بینابینی پاره نشده را که تحت لاپاراسکوپی قرار گرفته بودند را گزارش کردند. که این مطالعه نشان داد که۱۶ نفر حجم خونریزی کمتر از ۲۵ میلی‌لیتر 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 بینابینی تحت لاپاراسکوپی موفقیت‌آمیز گزارش شده است و از مزایای آن، خونریزی کمتر از ۴۷ میلی‌لیتر و باردار شدن ۳ نفر از ۴ نفر از بیماران را رخ داده بود (۱۳). در مطالعه پیش رو هم بیمار تحت لاپاروسکوپی موفقیت‌آمیز قرار گرفت و همچنین هیچ عارضه‌ای متعاقب جراحی در بیمار دیده نشد و β–HCG تدریجاً به‌صورت هفتگی کنترل شد و پس از ۴ هفته سطح β–HCG به محدوده نرمال رسید. نتیجه نهایی این بررسی افزایش دقت پزشکان از نظر علایم بالینی بیمار و انجام اقدامات جهت تشخیص زودرس بوده و به‌نظر می‌رسد لاپاراسکوپی وسیله‌ای مفید و ایمن برای تشخیص و درمان حاملگی بینابینی 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 لاپاراسکوپی گرفته شد محدودیت تشخیصی وجود نداشت. شاید عدم تشخیص حاملگی بینابینی توسط سونوگرافی قبل از لاپاراسکوپی را بتوان جز محدودیت‌ها ذکر کرد.

References:

1.Fritz MA, Speroff L. Ectopic pregnancy. Clinical gynecological Endocrinology and Fertility. 8th ed. 2011; 1410-11.
2.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.
3.Trabert B, Holt VL, Yu O, et al. Population-based ectopic pregnancy trends, 1993-2007. Am J Prev Med. 2011; 40: 556-60.
4.Chopra S, Keepanasseril 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.
5.Pluchino N, Ninni 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.
6.Damario MA, Rock JA. Ectopic pregnancy. In: Rock JA, Jones HW (eds). Te Linde's operative gynecology. 10th edn.Philadelphia: LippincottWilliams &Wilkins, 2008. 799–824.
7.Walid MS, Heaton RL. Diagnosis and laparoscopic treatment of cornual ectopic pregnancy. Ger Med Sci. 2010; 27: pii: Doc 16.
8.Barnhart K, Spandorfer S, Coutifaris C. Medical treatment of interstitial pregnancy. A report of three unsuccessful cases. J Reprod Med. 1997; 42: 521-4.
9.Sant CL, Andersen PE. Misdiagnosed uterine rupture of an advanced cornual pregnancy. Case Rep Radiol. 2012; 289103.
10.Zuo X, Shen A, Chen M. Successful management of unruptured interstitial pregnancy in 17 consecutive cases by using

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-03-29]

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.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-03-29]

ISMJ 2014; 17(5): 1031-1037

Case Report

Laparoscopic treatment for interstitial pregnancy, a case report

M.Asgharnia [1],R. Faraji [2], Z. Zahiri [1], F.Milani.[3], SF.Dalil Heirati [4]*

[1] Department of infertility, Reproductive Health Research Center, Guilan University of Medical Sciences
[2] Department of Obstetric& Gynecology , Reproductive Health Research Center, Guilan University of Medical Sciences
[3] Department of Perinatology, Reproductive Health Research Center, Guilan University of Medical Sciences
[4] 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 spoting 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 platued in the follow up period. Diagnosis was suspected for ectopic pregnancy, a laparoscopy followed revealed the presence of right corneal pregnancy that corneal 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

Website: http://bpums.ac.ir
Journal Address: http://ismj.bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2024-03-29]