

گزارش موردی از حاملگی هتروتایپ رحمی - تخمدانی با سابقه ۱۳ ساله

دکتر طیبه نادری^۱ و دکتر حمید زینلی^۲

خلاصه

بلاستوسیت به طور طبیعی در لایه پوشاننده حفره رحم جایگزین می شود. جایگزینی در هر محل دیگری، بارداری خارج از رحم محسوب می شود. بارداری خارج از رحم در بیش از ۹۵٪ موارد در لوله های رحم رخ می دهد. حاملگی تخمدانی حالت نادری است که حدود ۰/۵-۱٪ تمام حاملگی های نابه جا را تشکیل می دهد. اگر جایگزینی دو بلاستوسیت هم زمان یکی در حفره رحم و دیگری در جای دیگری اتفاق بیفتد حاملگی هتروتایپ نامیده می شود که حالت بسیار نادری از حاملگی می باشد و بسته به محل جایگزین شدن بلاستوسیت دوم حاملگی هتروتایپ رحمی - لوله ای، رحمی - تخمدانی و ... نامیده می شود. این مقاله گزارش موردی از حاملگی رحمی - تخمدانی می باشد که نوزاد جایگزین شده در رحم ۱۳ سال قبل زنده و سالم به دنیا آمده ولی قل دیگر آن که در تخمدان جایگزین شده بود پس از ۱۳ سال با انجام لاپاراتومی از شکم خارج شد.

واژه های کلیدی: حاملگی، حاملگی خارج از رحم، حاملگی هتروتایپ رحمی - تخمدانی

۱- استادیار زنان و زایمان ۲- استادیار جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان

مقدمه

حاملگی خارج از رحم به جایگزینی بلاستوسیت در هر جایی غیره از حفره رحم گفته می‌شود که یک سری عوامل مکانیکی یا فانکشنال مانع عبور تخمک لقاح یافته از لوله‌های رحم به داخل حفره رحم شده یا حرکت آن را در این مسیر کند می‌کنند (۱،۲،۶) و در نتیجه باعث لانه‌گزینی در محلی غیر از حفره رحم می‌شود. شیوع حاملگی خارج از رحم در ایالات متحده حدود ۱ در هر ۱۰۰ بارداری می‌باشد که بیش از ۹۵٪ موارد در لوله‌های رحمی رخ می‌دهد (۲،۶).

شیوع حاملگی تخمدانی حدود ۰/۵-۱٪ تمام حاملگی‌های خارج از رحم است (۵) و در حال حاضر تنها عامل مؤثر شناخته‌شده در ایجاد آن وسایل داخل رحمی جلوگیری از بارداری (۶،۷) و بعد از آن به ترتیب حاملگی شکمی و حاملگی سرویکال می‌باشد. حاملگی هتروتایپ به حاملگی همزمان داخل و خارج رحمی گفته می‌شود که شیوع آن بسیار متفاوت و از ۱٪ تا ۱۱٪ حاملگی‌ها گزارش شده است (۶). گرچه حاملگی خارج از رحم هنوز هم دومین علت مرگ مادران در ایالات متحده است و علاوه بر این اولین علت مرگ مادران در سه ماهه اول بارداری نیز محسوب می‌شود (۲)، اما موارد ثبت شده‌ای وجود دارد که بارداری تخمدانی یا شکمی، به ترم رسیده و حتی نوزاد زنده نیز متولد شده است (۵،۶). این گزارش یک حاملگی هتروتایپ رحمی - تخمدانی است که طی سال‌های ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۶ مورد مشابهی از آن گزارش نشده است.

معرفی بیمار

خانمی ۴۶ ساله، متأهل اهل افغانستان و ساکن کرمان با ۱۶ حاملگی و ۱۶ زایمان طبیعی و ۱۱ فرزند زنده شامل ۷ دختر و ۴ پسر، به علت درد شکم، تهوع و استفراغ که از حدود ۲ روز قبل از مراجعه شروع شده بود مراجعه کرد. بیمار درد شکم را به صورت درد مبهم در تمام شکم ذکر می‌کرد. در معاینه عمومی، سر و گردن و قفسه سینه نرمال بود. در لمس شکم حساسیت وجود نداشت و در لمس سطحی، توده‌ای به ابعاد ۳۰×۲۵ سانتی‌متر در قسمت تحتانی شکم، کاملاً متحرک و با حدود مشخص و قوام کاملاً سفت به دست می‌خورد. در معاینه واژینال نیز توده‌ای با قوام سفت به دست می‌خورد و رحم جدای از توده به طور واضح قابل لمس بود ولی لمس آدنکس‌ها مقدور نبود.

بیمار ذکر می‌کرد که از حدود ۱۳ سال قبل به دنبال زایمان یک نوزاد ترم دختر متوجه وجود این توده در شکم خود شده که تا زمان مراجعه مشکلی برای او ایجاد نکرده بود و در مراجعه‌ای

که قبل از زایمان مذکور و زمان بارداری به مامای محلی داشته به او گفته شده بود که حاملگی دوقلو دارد. بعد از این زایمان نیز سه حاملگی دیگر داشته و نوزادان زنده به دنیا آورده است. آخرین حاملگی وی ۸ سال قبل و حاصل آن یک نوزاد دختر بوده است که در حال حاضر ۸ ساله می‌باشد. بعد از آن تا حدود ۶ ماه قبل سیکل‌های ماهیانه کاملاً منظم داشته و از آن پس دچار قطع ناگهانی عادت ماهیانه شده است. در تاریخچه مامایی بیمار، سابقه دو حاملگی دوقلوی دیگر نیز وجود داشت که قبل از حاملگی مذکور بوده‌اند و هر دفعه یک نوزاد دختر و یک پسر به دنیا آورده که نوزادان پسر فوت کرده‌اند.

در سونوگرافی انجام شده از لگن تصویر توده‌ای کلیسیه به ابعاد ۳۵×۴۰ و در رادیوگرافی انجام شده نمای اسکلت جنین به صورت مبهم داخل شکم مشاهده شد. بیمار با احتمال حاملگی شکمی یا تخمدانی تحت لاپاراتومی قرار گرفت. توده‌ای به ابعاد ۳۵×۴۰، کلیسیه با قوام کاملاً سفت در موقعیت تخمدان راست از شکم خارج شد که مختصری چسبندگی به کولون داشت. ابعاد رحم طبیعی و جدای از توده بود. تخمدان و لوله سمت چپ سالم و لوله سمت راست سالم و در طول توده کشیده شده بود. بررسی نسج تخمدان از نظر پاتولوژی به دلیل کلیسیه بودن آن امکان‌پذیر نبود.

با مشخصات فوق، حاملگی ذکر شده یک حاملگی هتروتایپ رحمی - تخمدانی بوده است که نوزاد درون رحم در زمان معمول خود به دنیا آمده و نوزاد جایگزین شده در تخمدان باقی مانده بود و پس از چندین سال خارج گردید که مورد بسیار نادری از حاملگی می‌باشد. در تماس‌هایی که برای انجام آزمایش‌های دیرینه‌شناسی برای تعیین قدمت دقیق نوزاد گرفته شد توفیتی حاصل نگردید اما شواهد حاکی از باقی ماندن نوزاد به مدت ۸-۱۳ سال داخل شکم می‌باشد، که بیمار حضور توده را از حدود ۱۳ سال قبل در شکم احساس می‌کرده و بعد از آخرین زایمان که ۸ سال قبل بوده تا ۶ ماه قبل از مراجعه عادت‌های ماهیانه کاملاً منظم داشته و هیچ‌گونه شواهدی از ایجاد حاملگی نداشته است.

بحث

درد شایع‌ترین علامت بارداری خارج از رحم است و آمنوره به همراه درجانی از لکه بینی یا خونریزی از واژن در ۸۰-۶۰٪ موارد دیده می‌شود و توده لگنی در ۲۰٪ موارد قابل لمس است. در مواردی که خونریزی متوسط باشد تعداد نبض و میزان فشارخون ممکن است طبیعی باشد اما در صورت ادامه خونریزی

اقدامات جراحی می‌باشد که در مراحل اولیه می‌توان اقدام به رزکسیون گوه‌ای شکل نمود و در صورتی که ضایعات بزرگ‌تر باشد برداشتن تخمدان ضرورت می‌یابد. از متوترکسات نیز در درمان بارداری تخمدانی در مراحل اولیه استفاده شده است (۲). جهت تشخیص حاملگی خارج از رحم اندازه‌گیری هموگلوبین و هماتوکریت، فرمول شمارش لکوسیت، گنادوتروپین جفتی و پروژسترون، البته در صورتی که محدودیت‌های تشخیصی این تست‌ها مدنظر باشد. از موارد خاص ارزشمند است (۲). سونوگرافی به خصوص به صورت واژینال همراه با اندازه‌گیری بتا HCG در تشخیص حاملگی خارج رحم بسیار کمک‌کننده است (۳). تنها استثناء در مورد این معیارهای تشخیصی، بارداری هتروتایپ است که ساک حاملگی در داخل رحم دیده می‌شود. در صورتی که سونوگرافی ما را به تشخیص نرساند از دو روش می‌توان استفاده کرد: بررسی سونوگرافی را به طور متوالی تکرار کرد و یا سونوگرافی را همراه با اندازه‌گیری بتا HCG انجام داد (۲، ۴، ۶) و بالاخره، کورتاژ یا لاپاراسکوپی در بعضی موارد کمک‌کننده است و در نهایت در صورت هرگونه تردید باید اقدام به لاپاراتومی نمود (۲، ۶).

افت فشارخون و افزایش ضربان قلب مشاهده می‌شود (۲). تخمدان در مقایسه با لوله رحم بهتر می‌تواند خود را با افزایش حجم حاصل از بزرگ شدن محصولات بارداری تطابق دهد. اما پارگی زودرس از عوارض شایع آن است و علائم آن نیز شبیه حاملگی لوله‌ای پاره شده است. اما موارد ثبت شده‌ای وجود دارد که بارداری تخمدانی به ترم رسیده و حتی نوزاد زنده نیز متولد شده است (۵، ۶). در طول ۵ سال گذشته نیز ۲ مورد حاملگی تخمدانی در بیمارستان شهید دکتر باهنر کرمان مشاهده شده که یکی نوزاد ترم با وزن ۳۵۰۰ گرم زنده متولد شد ولی به علت آنومالی‌های متعدد حدود نیم ساعت بعد از تولد فوت نمود و حاملگی دوم حدود ۷ هفته، با درد و علائم خونریزی داخل شکمی و بتا HCG مثبت مراجعه کرده و با تشخیص حاملگی خارج رحمی تحت لاپاراتومی قرار گرفت که حاملگی تخمدانی بود. حاملگی گزارش شده در این مقاله نیز حاملگی هتروتایپ دو قلو از نوع رحمی - تخمدانی بوده است که قل جایگزین شده در رحم به طور طبیعی به دنیا آمده اما قل دوم که در تخمدان جایگزین شده بود به علت عدم تشخیص باقی مانده و بعد از آن نیز بیمار چند حاملگی ترم بدون مشکل داشته است. روش کلاسیک درمان بارداری‌های تخمدانی استفاده از

Summary

A Case Report of Uterine-Ovarian Pregnancy After 13 Years

T. Naderi, MD;¹ and H. Zeinali, MD²

1. Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology 2. Assistant Professor of Surgery, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran

Naturally blastocyte implants in the uterine cavity. Implantation of blastocyst in anyplace other than the endometrial lining of the uterine cavity is considered an ectopic pregnancy. More than 95% of ectopic pregnancies are tubal pregnancies. Ovarian ectopic pregnancy is a rare case with an estimated incidence ranging from 0.5-1% of the extra uterine pregnancies. If one blastocytes implant simultaneously in the uterine cavity and the other anywhere else other than uterine cavity it is referred to as heterotype pregnancy. This is a rare type of pregnancy and depends on implantation place of the second blastocyte and is named uterine-ovarian, tubal-uterine or..... pregnancy. This is a case report of uterine-ovarian pregnancy in which a live child was born about 13 years ago however a calcified and a term twin fetus remaining in the ovary was taken out with laparotomy.

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 1998; 5(1): 49-52

Key Words: Pregnancy, Ectopic pregnancy, Ovarian-uterine pregnancy

References

1. Ankum WM, Mol BW, Van der veen F and Bossyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta analysis. *Fertil Steril* 1996; 65(6): 1093-1099.
2. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, et al: Williams Obstetrics. 20th ed. U.S.A, Appleton & Lange, 1996.
3. Kowalczyk D and kubicki J. The role of transvaginal ultrasonography in early diagnosis of ectopic ovarian pregnancy. *Ginekol Pol* 1996; 67(2): 91-93.
4. Riethmuller D, Sautiere JL, Benoit S, Roth P, Schaal JP and Maillet R. Ultrasonic diagnosis and laparoscopic treatment of an ovarian pregnancy. A case report and review of the literature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod Paris* 1996; 25(4): 378-383.
5. Salas-Valien JS, Reyera-Alvare AMP, Conzaiez-Moran MA, Garcia-Merayo M, Nieve S, Diez C. Ectopic ovarian pregnancy. *An Med Interna* 1995; 12(4): 192-194.
6. Thomas GS and Marian LM. Early pregnancy loss and ectopic pregnancy. In: Berck JS, Adashi EY and Hillard PA. (Eds). Novak's gynecology. 12th ed., Williams & Wilkins., 1996; pp487-523.
7. Xiong X, Buckens P and Wollast E. IUD use and the risk of ectopic pregnancy. *CONTRACEPTIONS* 1995; 52(1): 23-34.