

حاملگی نابجای دوقلوی دوطرفه همراه با حاملگی داخل رحمی

چکیده:

مقدمه و هدف: حاملگی نابجای دوقلوی یک طرفه بسیار نادر است و تا کنون ۱۰۰ مورد از آن گزارش شده است و حاملگی لوله‌ای دو طرفه هم‌زمان نیز نادرترین فرم حاملگی دوقلوی دوتخمکی است. در این مقاله یک مورد حاملگی نابجای دوقلوی دوطرفه همراه با حاملگی داخل رحمی زنده گزارش شده است.

معرفی بیمار: بیمار خانمی ۳۴ ساله بود که در تاریخ ۱۳۸۶/۱۰/۱۲ و با سن حاملگی ۱۲ هفته طبق تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی به درمانگاه اورژانس مامایی بیمارستان بعثت شهرستان سنندج، با درد متناوب کرامپی هر دو ربع تحتانی شکم از دو روز قبل مراجعه کرده بود. بیمار سابقه یک بار سقط و نازایی ثانویه قبلی و تزریق گنادوتروپین یائسگی انسانی داشت. در سونوگرافی، رحم حامله با سن ۱۲ هفته همراه کیست دوطرفه تخمدان که یکی از آنها پاره شده بود و نیز مقدار قابل توجهی مایع آزاد در لگن گزارش شد و به همین دلیل بیمار کاندید جراحی شد. حین جراحی، دو ناحیه شدیداً متسع در لوله رحمی چپ که هر دو سالم بودند و دو حاملگی نابجا در لوله رحمی راست که یکی پاره و دیگری سالم بود مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: مدنظر قراردادن حاملگی خارج رحمی در برخورد با زنان در سنین باروری امری ضروری است و باید همواره در هر بیمار حامله که دچار درد شکم می‌شود، مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: حاملگی نابجا، دوقلوی دوطرفه، حاملگی نرمال داخل رحمی

دکتر فریبا فرهادی‌فر*

دکتر شعله شاه غیبی*

دکتر معصومه رضایی*

دکتر نرجس نوری**

*متخصص زنان و زایمان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بیمارستان بعثت، بخش زنان
**رزیدنت زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بیمارستان بعثت، بخش زنان

تاریخ وصول: ۱۳۸۸/۲/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۴/۲۳

مؤلف مسئول: دکتر نرجس نوری

پست الکترونیک: NNoori1385@yahoo.com

مقدمه

دو طرفه هم‌زمان با حاملگی زنده داخل رحمی مشخص نمی‌باشد و تا کنون موردی گزارش نشده است. حاملگی سه قلوئی نابجای یک طرفه هم بسیار نادر بوده و تاکنون فقط ۷ مورد از آن گزارش شده است (۲).

هدف از این مقاله گزارش یک مورد حاملگی نابجای دو قلوئی دو طرفه همراه با حاملگی داخل رحمی می‌باشد.

معرفی بیمار

بیمار خانمی ۳۴ ساله بود که در تاریخ ۱۳۸۶/۱۰/۱۲ و با سن حاملگی ۱۲ هفته طبق تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی به درمانگاه اورژانس مامایی بیمارستان بعثت شهرستان سنندج مراجعه کرد. بیمار از یک درد متناوب تیز کرامپی و بدون انتشار در هر دو ربع تحتانی شکم از دو روز قبل از مراجعه شکایت داشت که فاکتور تشدید کننده یا تخفیف دهنده‌ای برای آن وجود نداشت. بیمار سابقه سه ساله نازایی ثانویه ناشی از الیگو اسپرمی و الیگواولاسیون (بیماری تخمدان پلی کیستیک)^(۱) را ذکر می‌کرد و به این دلیل کاندید انجام تلقیح داخل رحمی اسپرم^(۲) بود که به دلیل سندرم تحریک تخمدانی^(۳) ناشی از تزریق گنادوتروپین یائسگی انسانی این کار انجام نشد.

بروز حاملگی نابجا از سال ۱۹۷۰ روند روبه افزایش ثابتی داشته و هم اکنون در حدود ۲ درصد کل حاملگی‌ها را در بر می‌گیرد (۱). ۹۸ درصد حاملگی‌های نابجا در لوله فالوپ قرار دارد که ناحیه آمپول شایع‌ترین محل محسوب می‌شود. حاملگی‌های نابجای متعدد می‌تواند ناشی از اولاسیون هم‌زمان دو طرفه با یا بدون مهاجرت ترانس پریتونئال باشد (۲).

حاملگی هتروتوپیک واقعه نادری است که هم‌زمان در دو ناحیه یا بیشتر لانه‌گزینی صورت گرفته است. حاملگی هتروتوپیک با موربیدیتی و مورتالیتی بالای مادر همراه بوده و فراوانی آن از ۱/۳۰۰۰ تا ۱/۳۸۸۹ ذکر شده است. بروز حاملگی هتروتوپیک می‌تواند در اثر درمان‌های کمک باروری و القای تخمک‌گذاری تا ۱/۱۰۰ نیز افزایش یابد (۳).

حاملگی دو قلوئی نابجا مورد نادری است و نوع یک طرفه آن در حدود یک در هر ۲۰۰ مورد حاملگی نابجا و یک در هر ۱۲۵۰۰۰ مورد حاملگی خود به خودی است. اکثر این حاملگی‌ها مونو کوریونیک و مونوزایگوتیک هستند (۴). اولین مورد حاملگی دو قلوئی یک طرفه نابجا به وسیله دی اوت^(۱) (۱۸۹۱) گزارش شد (۵) و تاکنون تقریباً ۱۰۰ مورد از آن گزارش شده است که فقط ۶ مورد از این میان قبل از جراحی تشخیص داده شده‌اند. تعداد زیادی حاملگی دو قلوئی نابجای دو طرفه هم گزارش شده است (۸ - ۶)، اما شیوع حاملگی نابجای دو قلوئی

1-De OTT
2-Polycystic Ovarian Syndrome (PCO)
3-Intrauterine Insemination (IUI)
4-Ovarian Hyperstimulation Syndrome (OHSS)

یکی سالم و دیگری پاره شده و با خونریزی فعال همراه بود، مشاهده گردید.

برای بیمار سالپنژکتومی راسست و سالپنژستومی خطی در حاشیه آنتی مزانتر لوله چپ از طریق لاپاراتومی انجام شد. دو جنین خارج شده از فالوپ چپ و نیز لوله فالوپ راست حاوی یک حاملگی نابجای پاره نشده و یک حاملگی نابجای پاره شده جهت آزمایش پاتولوژی فرستاده شد. بیمار پس از سه روز از جراحی با حال عمومی خوب و انجام سونوگرافی دال بر زنده بودن جنین داخل رحمی و تجویز شیاف پروژسترون روزانه ترخیص شد. بعد از پنج هفته در سونوگرافی به عمل آمده طول سرویکس^(۱) برابر ۲۵ میلی متر بود. بنابراین سرکلایز برای بیمار انجام شد و در نهایت بیمار در سن حاملگی ۳۵ هفته و ۲ روز به دلیل پارگی زودرس پرده‌های جنینی^(۲) و پرزنتاسیون بریچ سزارین گردید. حاصل سزارین نوزاد سالم با وزن ۲۸۰۰ گرم و آپگار دقیقه‌های اول و دهم به ترتیب ۹ و ۱۰ بود. دو روز بعد از سزارین مادر و نوزاد با حال عمومی خوب ترخیص شدند.

بحث و نتیجه‌گیری

حاملگی نابجا یک خطر جدی برای خانم‌های سن باروری می‌باشد که ناشی از جایگزینی غیر طبیعی و رشد در جایی خارج از حفره آندومترال است و در صورت عدم درمان مناسب می‌تواند منجر

در معاینه اولیه بیمار دیسترس نداشت. شکم نرم و بدون اتساع بوده و در ناحیه هر دو ربع تحتانی شکم حساسیت بدون ریباند و گاردینگ وجود داشت. معاینه مناسب لگن به دلیل وجود کیست‌های تخمدان میسر نبود. در بدو مراجعه میزان هماتوکریت بیمار ۲۸ درصد، فشارخون سیستول(بیشینه) ۱۱۰، دیاستول(کمینه) ۷۰ میلی‌متر جیوه و ضربان قلب ۸۲ عدد در دقیقه بود.

در سونوگرافی انجام شده یک رحم حامله حاوی جنین زنده با سن حاملگی ۱۲ هفته و کیست‌هایی به ابعاد ۵ - ۳ سانتی‌متر در هر یک از تخمدان‌ها همراه ۳۰ سی‌سی مایع آزاد در کلدوساک گزارش گردید.

۶ ساعت پس از بستری شدن، بیمار دچار تشدید درد در ربع تحتانی راست شکم و نیز تشدید حساسیت ناحیه شد. در این هنگام هماتوکریت بیمار ۲۸ درصد، فشار خون سیستول(بیشینه) ۹۰، دیاستول(کمینه) ۵۰ میلی‌متر جیوه و ضربان قلب ۱۱۰ عدد در دقیقه گزارش گردید.

در سونوگرافی مجدد، رحم حامله همراه کیست‌های تخمدان دوطرفه که یکی پاره شده بود و مقدار قابل توجهی مایع آزاد در کلدوساک رؤیت گردید و با تشخیص شکم حاد و با هدف برقراری هموستاز لاپاراتومی انجام شد. در حین جراحی حدود ۲۰۰۰ سی‌سی خون از فضای داخل پریتون خارج شده و دو ناحیه شدیداً متسع در فالوپ چپ که سالم بودند و دو حاملگی خارج رحمی در فالوپ راست که

1-Cervical Length

2-Premature Rupture of Membrane (PROM)

به عوارض تهدید کننده حیات شود(۱)، لذا هدف از این مقاله گزارش یک مورد حاملگی نابجای دوقلوی دو طرفه همراه با حاملگی داخل رحمی می‌باشد.

در واقع حاملگی نابجا به دلیل تفاوت علایم و نشانه‌ها در میان بیماران و همچنین خطر مرگ و میر بالقوه‌ای که دارد، چالش‌هایی را در تشخیص و درمان برای پزشک ایجاد می‌کند. خطر مرگ در حاملگی نابجا ده برابر بیشتر از تولد نرمال و پنجاه برابر بیشتر از سقط القایی است(۹).

تریاد کلاسیک حاملگی نابجا، درد، آمنوره و خونریزی واژینال است، اما این تریاد فقط در حدود ۴۵ درصد از بیماران وجود دارد(۱۰). وجود آمنوره حداقل به میزان ۶ هفته و یا سطح هورمون β -HCG حداقل ۱۵۰۰ واحد بین المللی بر لیتر برای معتبر شمردن یافته‌های سونوگرافی ضروری است. یافته‌های سونوگرافی به صورت مشاهده یک رینگ نابجا در لوله است که به وسیله تروفوبلاستی که ساک حاملگی را در بر گرفته، ایجاد می‌شود. البته مشاهده امبریوی زنده در آدنکس‌ها تشخیص حاملگی نابجا را ۱۰۰ درصد می‌کند(۱۱).

در مورد حاملگی هتروتوپیک تشخیص معمولاً تأخیری بوده و نیازمند شک بالینی بسیار بالایی است. فاکتورهای متعددی در ارتباط با حاملگی نابجا هستند که در واقع تمامی این فاکتورها به نوعی در مهاجرت امبریوی به حفره اندومتر یا داخل ایجاد می‌کنند. این موارد شامل؛ بیماری‌های التهابی لگن، سابقه قبلی حاملگی نابجا، سابقه جراحی بر روی

فالوپ، استفاده از داروهای نازایی و تکنولوژی کمک باروری و سایر ریسک فاکتورها شامل؛ استفاده از وسایل ضد بارداری داخل رحمی، افزایش سن، سیگار، سابقه قبلی جراحی شکمی و واریانت‌های آناتومیک رحم مثل رحم T شکل می‌باشند(۱۲). البته باید این را هم مد نظر داشت که اکثر مبتلایان به حاملگی نابجا هیچ کدام از این ریسک فاکتورها را ندارند. تشخیص حاملگی نابجا معمولاً با مجموعه‌ای شامل؛ اخذ شرح حال مناسب، سطوح پایین هورمون β -HCG با افزایش آهسته و یافته‌های سونوگرافی صورت می‌گیرد(۱). در واقع پایش سریال هورمون β -HCG و استفاده از سونوگرافی ترانس واژینال با وضوح بالا نقش حیاتی در کنار گذاشتن یا اثبات حاملگی داخل رحمی دارد و در مواردی که تشخیص خیلی مشکل باشد، لاپاروسکوپی تشخیصی به عنوان وسیله‌ای مطمئن در اختیار پزشکان است (۱۳).

سایر یافته‌هایی که حاملگی نابجا را مطرح می‌کنند شامل؛ اثبات وجود یک توده آدنکسال جدا از تخمدان، فقدان ساک حاملگی داخل رحمی(که باید با سطح هورمون β -HCG سرم مطابقت داشته باشد) و حضور مایع آزاد در لگن است. وجود هموپریتوئن در بیمارانی که کلینیک مرتبط با حاملگی نابجا دارند، احتمال وجود حاملگی نابجا را بسیار بالا می‌برد(۱۱). درمان حاملگی نابجا را می‌توان در دو دسته محافظه کارانه و جراحی تقسیم‌بندی کرد. به طور کلی درمان جراحی شامل؛ برداشتن حاملگی نابجا و درمان محافظه کارانه مدرن و استفاده از داروهای شیمی

ضروری است و نیازمند شک بالینی بسیار بالایی است. علائم و نشانه‌های بالینی، شرح حال، معاینه بالینی، نمای سونوگرافیک و تست‌های آزمایشگاهی معمولاً غیر اختصاصی هستند و بررسی تیتراژ هورمون β -HCG در این موارد به دلیل وجود هم‌زمان یک حاملگی داخل رحمی بی‌ارزش است و این موضوع باید همواره در هر بیمار حامله دچار درد شکم مورد توجه قرار گیرد.

درمانی از قبیل متوتروکسات است. در طول سال‌ها درمان حاملگی نابجا از سالپنژکتومی از طریق لاپاروتومی به جراحی محافظه کارانه با لاپاروسکوپ و یا درمان طبی رسیده است. البته این تغییر درمان از جراحی به درمان طبی بستگی به تشخیص سریع حاملگی نابجا با اندازه‌گیری سطح هورمون β -HCG با روش‌های بسیار حساس و سونوگرافی ترانس واژینال با وضوح بالا دارد (۱۵ و ۱۴).

با استفاده از این ابزارهای تشخیصی، بیماران یا درمان طبی می‌شوند و یا به دلیل احتمال بالای پارگی نیاز به جراحی پیدا می‌کنند. درمان طبی کمتر تهاجمی بوده، ریسک کمتر و هزینه کمتری دارد. همچنین شانس حاملگی داخل رحمی در آینده افزایش می‌یابد، بدون این که احتمال حاملگی نابجای مجدد افزایش پیدا کرده باشد (۱۵). احتمال موفقیت در درمان با متوتروکسات ۷۰-۱۰۰ درصد است (۱۴). جراحی در صورت پاره شدن لوله، افت فشارخون و دیامتر حاملگی نابجا بیشتر از ۳ سانتی‌متر انجام می‌شود (۱۶).

با توجه به این که حاملگی هتروتوپیک با مرگ و میر بالای مادر همراه بوده و بروز آن با روش‌های کمک باروری افزایش می‌یابد باید در برخورد با مادران باردار مبتلا به درد شکم مورد توجه قرار گیرد.

حاملگی هتروتوپیک می‌تواند بر اثر درمان‌های کمک باروری افزایش یابد. در موارد استفاده از این داروها مد نظر قرار دادن حاملگی هتروتوپیک امری

Bilateral Twin Ectopic Pregnancy with Simultaneous Intra uterine Pregnancy

Farhadifar F^{*},
Shahghibi SH^{*},
Rezaei M^{*},
Noori N^{**}.

^{*}Assistant Professor of Gynecology, Department of Gynecology, Besat Hospital, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

^{**}Resident of Gynecology, Department of Gynecology, Besat Hospital, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Received:21/05/2009

Accepted:14/07/2009

Corresponding Author: Noori N
Email: NNNoori1385@yahoo.com

ABSTRACT:

Introduction & objective: Unilateral Twin Ectopic Pregnancy is very rare and only 100 cases have been reported till now. Bilateral Twin Ectopic pregnancy is the rarest type of Dizigotic twin pregnancy. We have reported a case of Bilateral Twin ectopic pregnancy with live simultaneous Intra Uterine Pregnancy that its prevalence is unclear. We didn't find any similar cases in the literature.

Case: The patient was a 34-year-old woman with intermittent crampic pain in both abdominal lower quadrants for 2 days. The patient had a history of abortion and also a secondary infertility and HMG Injection. The ultra-sonography showed a 12 week pregnancy uterus with bilateral ovarian cyst where one of them was ruptured and a large amount of fluid in pelvic cavity was seen. Therefore, a decision was made for surgery. During operation, two much dilated non ruptured area in left falopian tube and two ectopic pregnancies in the right falopian tube were seen which one of them was ruptured.

Conclusion: Considering the ectopic pregnancy, when encountering women in reproductive age, is necessary and any pregnant woman with abdominal pain must be considered for.

Keywords: Ectopic pregnancy, Bilateral twin, Normal Intrauterine pregnancy.

REFERENCES:

1. shwayder M, Mahoney V, Bersinger DE. unilateral twin ectopic pregnancy managed by operative laparoscopy. A Case Report J Reprod Med 1993; 38: 314-6.
2. Oroma N, Robert B. Spontaneous triplet, tubal ectopic gestation, J of National Medical Association 2006; 98(6): 963-4.
3. Nair P, Chauhan M. Hetrotopic pregnancy (tripletes) following invitro fertilization: case report. Arch Gynecol Obstet 1999; 263: 84-5.
4. Storch MP, Patrie RH. Unilateral tubal twin gestation. Am J Obs Gynecol 1976; 125: 1148-50.
5. De ott D. A case of unilateral tubal twin gestation. Annales de Gyne'cologie et D'obstetrique 1891; 36: 304.
6. Goker Ent, Tavmergen E , Ozacakir HT, Levi R. adakans. Unilateral twin ectopic pregnancy following an IVF cycle. The Journal of Obs and Gynec Research 2001; 27(4): 213-5.
7. Singhal Am, Chin VP. Unilateral triplet ectopic pregnancy. A Case Report J Repord Med 1992; 37: 187-8.
8. Schmitt R, Heinen K. Unilateral ectopic pregnancy of triple TS. Geburtshilf and Frauenheilkunde 1972; 32: 136-7.
9. Hanchate V, Garg A, Seth R, Raoj, Jadav PJ, Karayl D, Transvaginal sonographic diagnosis of live monochorionic twin ectopic pregnancy. J Clin Ultra Sound 2002; 30(1): 52-6.
10. Schwartz Ro, Di pietro DL. Beta-HCG as a diagnostic aid for suspected ectopic pregnancy. Obs Gynecol 1980; 56: 197-203.
11. Barnhart K, Mennuti MT, Benjamin I. Prompt diagnosis of ectopic pregnancy in an emergency department setting. Obs Gynec 1994; 84: 1010-5.
12. Weekes LR, De Francisco JC, Miller W. Unilateral Tubal Twin Pregnancy Am Jobs Gynec 1969; 103: 1172-3.
13. Raja M, Donepudi B, Whitlow B. Unilateral twin ectopic pregnancy managed with laparoscopic salpingectomy. J Gynec Surg 2008; 5: 53-4.
14. Luciano AA, Roy G, Solima E. Ectopic pregnancy from surgical emergency to medical management. Ann N Y Acuel Sci 2001; 943: 235-54.
15. Dimirty ES, Atalla RK. Modern lines of management of ectopic pregnancy. Bryclin pract 1996; 50: 376 – 80.
16. Ferreros S, Bentivoglio G. seventy five ectopic pregnancies. Medical and surgical management. Minerva Gynecol 2002; 54: 471-82.