

# گزارش یک مورد حاملگی هتروتوپیک خود به خودی پاره شده

## چکیده:

**مقدمه و هدف:** حاملگی هتروتوپیک به حاملگی‌های همزمان داخل و خارج از رحم اطلاق می‌شود. این وضعیت بیشتر در زنانی دیده می‌شود که در سیکل‌های درمانی کمک باروری قرار گرفته‌اند، ولی به ندرت به صورت خود به خودی نیز رخ می‌دهد. از آنجایی که روش‌های تشخیصی و درمانی معمول ممکن است کارایی لازم را نداشته باشند، حاملگی هتروتوپیک یک مشکل تشخیصی و درمانی را برای پزشکان ایجاد می‌کند. در این حالت ظن بالینی قوی برای تشخیص و حفظ حاملگی داخل رحم در طی درمان ضروری است. در این مقاله یک مورد حاملگی هتروتوپیک خود به خودی پاره شده گزارش شده است.

**معرفی بیمار:** بیمار زنی ۲۲ ساله با تأخیر قاعدگی به مدت دو ماه، به علت درد شکم، تهوع و استفراغ در وضعیت شوک هیپوولمیک در سال ۱۳۸۶ به اورژانس یکی از بیمارستان‌های شهر سنندج مراجعه کرده است. سابقه یک بار سزارین را ذکر می‌نمود. در معاینه، شکم اتساع آشکار همراه با حساسیت عمومی و ارجاعی داشت. سونوگرافی مایع آزاد فراوان داخل شکم و لگن و نیز تجمع هتروژن وسیع نشان‌گر هماتوم در آدنکس راست را نشان داد. در داخل رحم، کیسه حاملگی با جنین ۷ هفته و ضربان قلب نرمال مشاهده شد. بیمار با تشخیص حاملگی هتروتوپیک تحت لاپاراتومی قرار گرفت و لوله پاره شده با حاملگی نا به جای داخل آن برداشته شد. حاملگی داخل رحم بدون مشکل ادامه یافته و منجر به تولد نوزاد سالم دختر شد.

**نتیجه‌گیری:** پزشکان باید در برخورد با زنان در سنین باروری از احتمال بروز حاملگی هتروتوپ آگاه باشند. هر گونه وضعیت غیر طبیعی در معاینه یا سونوگرافی بیمار بارداری که حاملگی داخل رحم دارد و دچار درد شکم شده است، باید پزشک را متوجه حاملگی هتروتوپیک نماید.

**واژه‌های کلیدی:** حاملگی خارج از رحم، حاملگی هتروتوپیک، روش‌های کمک باروری

دکتر فریبا سیدالشهدایی\*

دکتر افسانه غفاری\*\*

\*متخصص زنان و زایمان، استادیار دانشگاه علوم

پزشکی کردستان، سنندج، بیمارستان بعثت،

بخش زنان و زایمان

\*\*متخصص رادیولوژی و سونوگرافی، دانشگاه علوم

پزشکی کردستان، سنندج، بیمارستان بعثت،

بخش رادیولوژی

تاریخ وصول: ۱۳۸۶/۱۲/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۳/۲۷

مؤلف مسئول: دکتر فریبا سیدالشهدایی

پست الکترونیک: F.seydchohadaei@gmail.com

## مقدمه

پیشنهاد می‌شود. بدن بعداً نسوج باقی مانده را جذب می‌کند(۸). این روش برای حاملگی‌های اینترستیسیال و کورنه‌آل<sup>(۲)</sup> توصیه شده است. برای این نوع حاملگی‌ها و نیز برای حاملگی آمپولر<sup>(۳)</sup> مواردی از موفقیت با این روش که اثر تهاجمی کمتری دارد گزارش شده است (۱۲). همچنین در مطالعه‌ای تزریق ترانس واژینال داخل ساک برای درمان حاملگی اکتوپیک در اسکار سزارین قبلی گزارش شده است (۱۳).

توجه دقیق در جهت کمترین حد دستکاری رحم جهت حفظ حاملگی داخل رحم باید انجام گیرد(۱۴). میزان حفظ حاملگی داخل به دنبال درمان حاملگی خارج از رحم ۳۵ الی ۴۵ درصد و میزان تولد زنده ۶۰ درصد است (۷).

در مواردی که جهت درمان اقدام به سالپینژوستومی شده است، ۸ درصد موارد حاملگی خارج از رحم مقاوم ایجاد شده است(۱۵). باید دانست به علت وجود حاملگی داخل رحم پیگیری بیماران سالپینژوستومی شده با تست بارداری<sup>(۴)</sup> مشکل و تقریباً غیر ممکن می‌باشد(۸).

در این مقاله یک مورد حاملگی هتروتوپیک خود به خودی پاره شده گزارش شده است.

حاملگی خارج از رحم به جایگزینی تخم قابل حیات در خارج از رحم اطلاق می‌شود و حاملگی هتروتوپیک بروز همزمان دو یا چند جایگزینی می‌باشد. این حالت اکثراً به صورت حاملگی همزمان داخل و خارج از رحم است(۴-۱).

شیوع حاملگی هتروتوپیک بین ۱/۷۹۶۳ الی ۱/۳۰۰۰۰ برآورد شده است(۶ و ۵). این شیوع با افزایش روش‌های کمک باروری<sup>(۱)</sup> افزایش چشمگیر پیدا کرده است و میزان حاملگی هتروتوپیک به ۱/۵۰۰ الی ۱/۱۰۰۰ رسیده است(۸ و ۷).

حاملگی هتروتوپیک معمولاً عارضه شایع روش‌های کمک باروری و یک مشکل تشخیصی و درمانی در این دسته از بیماران می‌باشد. در غیاب سابقه روش‌های کمک باروری حاملگی هتروتوپیک خود به خودی نادر است(۹).

درمان استاندارد حاملگی خارج از رحم جراحی سالپینژوستومی یا سالپینژکتومی است (۸)، ولی درمان‌های طبی نیز از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. در هنگام وجود حاملگی خارج از رحمی به تنهایی از متوترکسات، آریو ۴۸۶ و پروستاگلندین استفاده می‌شود، اما این درمان در مورد حاملگی‌های هتروتوپیک به علت حفظ سلامت جنین داخل رحم امکان پذیر نمی‌باشد(۱۱ و ۱۰).

در مورد حاملگی خارج از رحم پاره نشده تزریق داخل ساک پتاسیم کلراید جهت ایجاد سقط

1-Artificial Reproductive Technology (ART)  
2-Interstitial and Cornual  
3-Ampullary  
4-BHCG

## معرفی بیمار

بیمار زن ۲۲ ساله بوده که در سال ۱۳۸۶ در ساعت ۴۵:۱۱ صبح با درد شکم، تهوع و استفراغ به اورژانس یکی از بیمارستان‌های شهر سنندج مراجعه کرده است. درد وی از صبح آن روز شروع شده و در قسمت تحتانی شکم شدت بیشتری داشته است.

بیمار قاعدگی‌های مرتب داشته و آخرین قاعدگی وی دو ماه قبل بوده است. سابقه دو بار بارداری و یک بار سزارین داشته، ولی سابقه‌ای از عفونت لگنی، حاملگی خارج از رحم و عمل جراحی بر روی لوله را نداشته است.

در معاینه بیمار هوشیار بود، فشارخون ۸۰/۴۰ میلی‌متر جیوه و نبض ۸۲ ضربان در دقیقه داشته است. در لمس شکم حساسیت عمومی در شکم داشته که همراه با حساسیت ارجاعی بوده است.

به وسیله پزشک اورژانس تزریق سرم رینگر با سرعت یک لیتر در ساعت شروع شده و شمارش سلولهای خونی<sup>(۱)</sup> و تست بارداری درخواست شد و بیمار جهت انجام سونوگرافی اورژانس به بخش سونوگرافی منتقل گردید. بیمار در اتاق سونوگرافی به وسیله متخصص زنان ویزیت شد. فشارخون سیستولیک ۶۰ و تعداد ضربان قلب ۱۲۸ ضربان در دقیقه بود، ولی نبض‌های محیطی قابل لمس نبود. در شکم اتساع آشکار همراه با حساسیت عمومی و حساسیت ارجاعی داشت و در وضعیت شوک هیپوولمیک بود. در سونوگرافی مایع آزاد فراوان

داخل شکم و لگن و نیز تجمع هتروژن وسیع نشانگر هماتوم در آدنکس راست وجود داشت (تصویر ۱).

بیمار با شوک هیپوولمیک و با تشخیص حاملگی هتروتوپ با احتمال پارگی لوله فالوپ راست ناشی از حاملگی خارج از رحم به سرعت به اتاق عمل منتقل شد. بیمار تا آن لحظه ۵۰۰ میلی‌لیتر سرم رینگر دریافت کرده بود، در اتاق عمل ۱۵۰۰ میلی‌لیتر سرم رینگر داده شده و دو واحد گلوبول متراکم سریعاً انفوزیون شد. پس از رسیدن فشارخون سیستولیک به ۸۰ میلی‌متر جیوه، القاء بیهوشی انجام گرفت. بیمار لاپاراتومی شد.

کاویتیه شکم و لگن حاوی بیش از ۲۰۰۰ میلی‌لیتر خون و حدود ۵۰۰ میلی‌لیتر لخته بود. رحم ۶ الی ۸ هفته بوده و لوله و تخمدان چپ نرمال به نظر می‌رسید. لوله راست در ناحیه آمپولر پاره شده و خونریزی فعال داشت. نسج حاملگی داخل لوله وجود داشت. اقدام به سالپنژکتومی راست شد.

بیمار در طی جراحی کلاً پنج واحد خون و دو واحد پلاسما تازه یخ زده<sup>(۲)</sup> و ۲۵۰۰ میلی‌لیتر سرم دریافت نموده و به علت نداشتن ادرار در طی یک ساعت و نیم، یک دوز ۲۰ میلی‌گرمی لازیکس دریافت نمود. جهت حفظ بارداری داخل رحم شیاف واژینال پروژسترون ۴۰۰ میلی‌گرمی روزانه تجویز شد. پس از عمل بیمار مشکل خاصی نداشت و سونوگرافی جنین

1-CBC  
2-FFP

### بحث و نتیجه‌گیری

اگر چه حاملگی خارج از رحم شایع است، ولی حاملگی هتروتوپیک خود به خودی در جمعیت عمومی نادر است (۸ و ۹). در این مقاله یک مورد حاملگی هتروتوپیک خود به خودی پاره شده گزارش شده است.

بیمار معرفی شده حاملگی خود به خودی بدون هیچ گونه درمان نازایی داشته است. نتایج مطالعه‌ای بر روی ۸۰ بیمار گزارش شده با حاملگی هتروتوپیک در مطالعات مختلف نشان داد که ۱۳ مورد (۶۲/۵ درصد) از این افراد حاملگی خود به خودی داشته‌اند (۲).

سن حاملگی این بیمار ۸ هفته بوده است. معمولاً سن شایع تشخیص هفته ۵ الی ۸ است، ولی ۲۰ درصد موارد بین هفته‌های ۹ الی ۱۰ بارداری و فقط ۱۰ درصد موارد بعد از هفته یازدهم اتفاق می‌افتد (۸ و ۷).

وجود عوامل خطرزای حاملگی‌های هتروتوپیک اهمیت دارد. تنها عامل خطرزای بیمار سابقه یک بار سزارین بوده است. عوامل خطرزای دیگر حاملگی هتروتوپیک شامل؛ عفونت لگنی، بیماری‌های التهابی لگن، جراحی‌های انجام شده روی لوله و سابقه حاملگی خارج از رحم و حاملگی هتروتوپیک قبلی می‌باشد. عفونت لگن با یا بدون آبسه لوله‌ای تخمدانی عامل مهمی برای حاملگی هتروتوپیک محسوب می‌شود. روش‌های جدید کمک باروری با میزان بالایی از حاملگی هتروتوپیک همراه

زنده داخل رحم را گزارش نمود. در داخل رحم، ساک حاملگی با جنین ۷ هفته و ضربان قلب نرمال مشاهده شد. (تصویر ۲)

آسیب شناسی حاملگی خارج از رحم و وجود ویلوزیته‌های داخل لوله راست همراه با پارگی این لوله را گزارش نمود. بیمار باقیمانده دوره بارداری را بدون عارضه سپری کرد. بیمار در هفته ۳۹ بارداری، به علت سابقه سزارین قبلی، تحت سزارین قرار گرفت و نوزاد دختر سالم را به دنیا آورد.



تصویر ۱: هماتوم در آدنکس راست



تصویر ۲: ساک حاملگی حاوی جنین ۷ هفته با ضربان قلب طبیعی داخل رحم

فراموشی سپرده شده است، باید توجه داشت که تکنولوژی در این مورد تنها تکمیل کننده و نه جایگزین برای یافته‌های فیزیکی می‌باشد(۸). برای تشخیص بیماری بررسی دقیق سونوگرافیک لگن اساسی است (۳). مشاهده فعالیت قلب جنین در داخل و خارج رحم قطعی‌ترین یافته به نفع حاملگی هتروتوپیک در سونوگرافی است(۱۷). حاملگی خارج از رحم به راحتی در بسیاری از موارد با کیست لوتئال خصوصاً در حضور حاملگی داخل رحم اشتباه می‌شود(۱۹ و ۱۸).

در بررسی حاملگی‌های هتروتوپیک گزارش شده، سونوگرافی حاملگی خارج از رحم را فقط در یک چهارم موارد مشاهده نموده است. در سایر موارد تشخیص بر اساس معاینات بالینی بوده است. این امر نشان می‌دهد علی‌رغم بهبود تکنولوژی، سونوگرافی نتوانسته است در تشخیص زودرس حاملگی هتروتوپیک پیشرفتی ایجاد نماید، به طوری که در اکثریت موارد، تشخیص حاملگی هتروتوپیک پس از لاپاراتومی بوده است(۲۰).

در بیمار معرفی شده محل پارگی لوله ناحیه آمپولر و حجم متوسط خون ۲۵۰۰ میلی‌لیتر برآورد شده و میزان خون تزریق شده پنج واحد همراه با دو واحد پلاسما تازیه یخ زده بوده است. نتایج مطالعات نشان داده است که شایع‌ترین محل پارگی لوله ناحیه آمپولر و در درجه بعدی کورنه‌آل رحم بوده است.

بوده است(۱۶). نتایج مطالعه سیلواستر و همکاران<sup>(۱)</sup> (۱۹۹۷) از کل ۸۰ بیمار ۱۸ مورد سابقه حاملگی خارج از رحم و ۵۱ نفر سابقه جراحی قبلی داشتند. جراحی قبلی در ۲۷ نفر سالپنژکتومی، ۱۴ نفر بازسازی لوله و دو مورد سزارین قبلی بوده است(۲).

تظاهر حاملگی هتروتوپیک در این بیمار به صورت درد، شوک هموراژیک و نیز کاهش تعداد ضربان نبض اولیه ۸۰ ضربان در دقیقه بوده است. تنها زمانی که بیمار کاملاً در شوک هیپوولمیک بوده و نبض‌های محیطی قابل لمس نبود، افزایش تعداد ضربان قلب مشخص گردید.

در بررسی سیلواستر و همکاران (۱۹۹۷) شایع‌ترین شکایت بیمار درد و در درجه بعدی خونریزی قبلی بوده است. ۱۰ مورد از بیماران بررسی شده با شوک هموراژیک مراجعه کرده‌اند(۲). همچنین فقدان تاکی‌کاردی در پاسخ به خونریزی داخل شکمی شایع است(۱).

در سونوگرافی بیمار، حاملگی داخل رحم تشخیص داده شده، ولی کیسه حاملگی و یا ضربان قلب واضحی در خارج از رحم گزارش نشده است. هر چند حجم قابل توجه خون داخل شکم و لگن و وجود لخته‌های خون که داخل لگن را پر نموده بود، شک بالینی به وجود حاملگی لوله‌ای همراه را بر می‌انگیخت.

تشخیص بیماری در درجه اول متکی بر شرح حال و معاینه فیزیکی بیمار می‌باشد. اگر چه با پیشرفت سریع تکنولوژی هنر تشخیص بالینی به

1-Sylvestre et al

حجم متوسط خون پس از پارگی لوله ۱۲۱۶ میلی‌لیتر و میزان نیاز به تزریق خون در اکثریت موارد بوده است. بنابراین می‌توان گفت ارتباط حاملگی هتروتوپیک با روش‌های کمک باروری به اثبات رسیده است، ولی از آنجا که مواردی از حاملگی هتروتوپیک به طور خود به خودی رخ می‌دهد پزشکان باید در برخورد با زنان در سنین باروری از احتمال بروز حاملگی هتروتوپیک آگاه باشند (۲۲ و ۲۱). میزان تشخیص و درمان زودرس حاملگی هتروتوپیک هنوز کمتر از حد مورد انتظار است. باید توجه داشت وجود یک حاملگی داخل رحم احتمال وجود یک حاملگی خارج از رحم را رد نمی‌کند. بنابراین هر گونه وضعیت غیرطبیعی در معاینه یا سونوگرافی بیمار باردار، با حاملگی داخل رحم که دچار درد شکم شده است باید پزشک را متوجه حاملگی هتروتوپیک نماید (۳). از طرفی استفاده از جراحی لاپاروسکوپیک در موارد مشکوک می‌تواند عوارض و خطرات ناشی از حاملگی هتروتوپیک را کاهش دهد (۱).

از آنجایی که روش‌های تشخیصی و درمانی معمول ممکن است کارایی لازم را نداشته باشند، پزشک باید ظن بالینی قوی برای تشخیص و حفظ حاملگی داخل رحم در طی درمان داشته باشد. استفاده از سونوگرافی واژینال و لاپاروسکوپی تشخیصی شانس تشخیص زودرس حاملگی هتروتوپیک را افزایش می‌دهد.

# A Case Report of Ruptured Spontaneous Heterotopic Pregnancy

Seidoshohadaei F\*, Ghafari A\*\*

\*Assistant Professor of Gynecology, Department of Gynecology, Besat Hospital, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran  
\*\*Radiologist, Department of Radiology, Besat Hospital, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

**KEYWORDS:**  
Intrauterine Pregnancy,  
Heterotopic Pregnancy,  
Artificial Reproductive  
Technology (ART)

Received:26 /12/1386  
Accepted:27/3/1387

Corresponding Author:Seidoshohadaei E  
Email: F.seydohadaei@gmail.com

## ABSTRACT:

**Introduction & Objective:** Heterotopic pregnancy refers to the simultaneous occurrence of pregnancy intrauterine and outside of uterine corpus. It is most often manifested in women who have undergone artificial reproductive technology (ART) but rarely occurs spontaneously. Heterotopic pregnancy still remains as a diagnostic and therapeutic challenge to practitioners. In this situation physicians should have high suspicion for diagnosis and intrauterine pregnancy protection. This study reported a case of ruptured spontaneous heterotopic pregnancy.

**Case:** A 32 year-old woman with abdominal pain, nausea, vomiting and hypovolumic shock in 1386 referred to emergency department in Sanandaj hospital. She reported one previous cesarean section. On examination, the patient's abdomen was distended. She had generalized tenderness and rebound tenderness in abdomen. The ultrasonographic examination revealed large amount of fluid in pelvic and abdominal cavity with a large hematoma in right adnex but there was intrauterine pregnancy at 7 weeks with normal fetal heart activity. She underwent laparotomy for heterotopic pregnancy and ruptured tube with tubal pregnancy removed. Intrauterine pregnancy continued without problem and led to birth of a healthy female neonate.

**Conclusion:** Physicians should be quite cautious of heterotopic pregnancy in woman at reproductive age. Any abnormality on physical examination or ultrasonography of a patient with intrauterine pregnancy and abdominal pain should heighten the clinician's suspicion for heterotopic pregnancy.

**REFERENCES:**

- 1.Somers MP, Spears M, Maynrd AS, Syverud SA. Ruptured heterotopic pregnancy presenting with relative bradycardia in a woman not receiving reproductive assistance. *Annals of Emergency Medicine* 2004; 43(3): 382-5.
- 2.Syvestre L, Morice P, Chapron C, Dubuisson JB. The role of laparoscopy in the diagnosis and management of heterotopic pregnancy. *Human Reproduction* 1997; 12: 1100-2.
- 3.Barrenetxea G, Barinaga-Rementeria L, Lopez de Larruzea A, Agirregoikoa JA, Mandiola M, Carbonero K. Heterotopic pregnancy two cases and a comparative review. *Fertility and Sterility* 2007; 87(2):417.
- 4.Habana A, Dokras A, Giraldo J. Corneal heterotopic pregnancy: contemporary management options. *American J Obstetric and Gynecology* 2000; 182: 1264-70.
- 5.Chin CH, Chen CF, Wang CJ, Shui LT, Liu YH, Soong YK. Heterotopic pregnancy after in-vitro fertilization-embryo transfer. *Int J Gynecol Obstetric* 2004; 86: 411-6.
- 6.Stefanetti M, Comerci G, Bulletti C. Heterotopic pregnancy. *J Am Assoc Gyn Laparoscopists* 2003; 10: 140.
- 7.Varras M, Akrivis C, Hadjopoulos G, Antoniou N. Heterotopic pregnancy in a natural conception cycle presenting with tubal rupture: a case report and review of the literature. *European J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 106: 79-82.
- 8.Cholkeri-singh A, LaBarge A. Spontaneous heterotopic triplets: a case report. *Fertility and Sterility* 2007; 88(4): 968.
- 9.Seoud AA, Suleh MM, Yassin AM. Spontaneous heterotopic pregnancy: a successful outcome. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2007; 34(4): 252-3.
- 10.Ferrazzi E, Leone FP, Bignardi T, Pigni A, Muggiasca ML. Conservative sonographic-based management of a heterotopic triplet cervical and intrauterine pregnancy following intracytoplasmatic sperm injection: a case report. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 24: 292.
- 11.Oyawoye S, Chander B, Pavlovic B, Hunter J, Gadir AA. Heterotopic pregnancy: a successful management with aspiration of corneal/interstitial sac and instillation of small dose of methotrexate. *Fetal Diag Ther* 2003; 18:1-4.
- 12.Condous G, Okaro E, Bourne T. The conservative management of early pregnancy complication: a review of the literature. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 22: 420-3.
- 13.Wang CN, Chen CK, Wang HS, Chiueh HY, Soong YK. Successful management heterotopic cesarean scar pregnancy combined with intrauterine pregnancy after in vitro fertilization/embryo transfer. *Fertile Steril* 2007;88(3): 706.
- 14.Sills ES, Perloe M, Kaplan CR, Sweitzer CL, Morton PC, Tucker MJ. Uncomplicated pregnancy and normal singleton delivery after surgical excision of heterotopic(corneal) pregnancy following in vitro fertilization/embryo transfer. *Arch Gynecol Obstet* 2002; 266: 181-4.
- 15.Murry H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ* 2005; 173: 905-12.
- 16.Strandell A, Thorburn JL, Hamberger L. Risk factors for ectopic pregnancy in assisted reproduction. *Fertil Steril* 1999; 71: 282-6.
- 17.Cheng PJ, Chueh HY, Qiu JT. Heterotopic pregnancy in a natural conception cycle presenting as hematometra. *Obstet Gynecol* 2004; 104:1195-8.
- 18.Garcia Oliveira F, Abdelmassih V, Eigenheer AL, Balmaceda JP, Abdelmassih S, Abdelmassih R. Rare association of ovarian implantation site for patient with heterotopic and with primary ectopic pregnancies after ICSI and blastocyst transfer. *Human Reproduction* 2001; 16: 2227-9.
- 19.Cappell MS, Friedel D. Abdominal pain during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32: 1-58.
- 20.Gregory M, Press RDMS, Martinez A. Heterotopic pregnancy diagnosed emergency ultrasound. *Journal of Emergency Medicine* 2007; 33(1): 25-7.
- 21.Sayin NC, Yardim T. Live birth of healthy twins after a heterotopic tubal and intrauterine twin pregnancy in a woman who was stimulated with clomiphene citrate. *Fertility and Sterility* 2003; 80: 1265-7.
- 22.Kutlar L, Balat O, Karakok M, Akosoy F, Ugur MG. Ruptured heterotopic pregnancy: a report of unusual acute abdominal syndrome in two cases. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2002; 29: 215-6.