

# سندرم هیپراستیمولاسیون خود به خودی شدید هنگام بارداری

## چکیده:

**مقدمه و هدف:** سندرم هیپراستیمولاسیون تخمدانی به دنبال درمان با گنادوتروپین ها، کلومیفن و هورمون گنادوتروپروین تعریف شده است. شکل خود به خودی این سندرم بسیار نادر است. در اینجا موردی از این سندرم را در ارتباط با حاملگی خود به خودی و پیچ خوردگی تخمدانی گزارش کرده ایم.

**معرفی بیمار:** بیمار خانم سی ساله ای با سن حاملگی ۱۱ هفته با درد شکم از یک هفته قبل به بیمارستان میرزا کوچک خان تهران در سال ۱۳۸۰ مراجعه کرده است. آزمایشهای عملکرد کبدی، کلیوی و تیروئیدی همگی در محدوده طبیعی قرار داشتند. اندازه تخمدان سمت راست  $140 \times 148$  میلی متر و تخمدان سمت چپ  $97 \times 127$  میلی متر بود. همچنین مایع نسبتاً زیادی در لگن و شکم گزارش گردید. به بیمار استراحت مطلق در بستر همراه با محدودیت در مصرف مایعات داده شد و به علت تنگی نفس، یک پاراستنتز تشخیصی و درمانی انجام گرفت. به علت هیپوآلبومینمی بیمار حدود ۱۰۰ گرم آلبومین در طی بستری در بیمارستان دریافت و دو هفته بعد بیمار مجدداً با شکایت درد و حساسیت سمت راست و پایین شکم، به همراه حالت تهوع و استفراغ و با تشخیص پیچ خوردگی تخمدان سمت راست تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت. تشخیص درست بود. تخمدان سمت راست ۱۸۰ درجه چرخیده بود.

**نتیجه گیری:** احتمال پارگی و پیچ خوردگی تخمدان همیشه بایستی در این بیماران در نظر گرفته شود. اگر جراحی ضرورت یابد، تنها کنترل خونریزی و باز کردن پیچ خوردگی تخمدان حتی اگر تخمدان ایسکمیک به نظر برسد اغلب کافی می باشد.

**واژه های کلیدی:** سندرم هیپراستیمولاسیون، پیچ خوردگی تخمدانی، بارداری

دکتر زهرا افتخار \*

دکتر فریبا یارندی \*

دکتر مامک طهماسبی \*\*

\* متخصص زنان و زایمان، استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه زنان و مامایی، بیمارستان میرزا کوچک خان  
\*\* متخصص زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان میرزا کوچک خان

تاریخ وصول: ۸۲/۱۰/۲۰

تاریخ پذیرش: ۸۲/۲/۲۵

مؤلف مسئول: زهرا افتخار

پست الکترونیکی: valrec2@yahoo.com

## مقدمه

سندرم هیپر استیمولاسیون تخمدانی یک وضعیت بالینی شناخته شده است که معمولاً با تحریک تخمک گذاری خصوصاً در زنان با تخمدانهای پلی کیستیک در ارتباط می باشد. موارد شدید این سندرم با حاملگی خود به خودی فوق العاده نادر است. به نظر می رسد موردی که در اینجا شرح داده ایم اولین گزارش از این سندرم در رابطه با حاملگی تک قلوبی خود به خودی می باشد که به دنبال پیچ خوردگی تخمدانی تحت عمل جراحی قرار گرفته است.

## معرفی بیمار

بیمار خانم سی ساله ای با حاملگی پنجم ، سه زایمان، یک سقط و سه فرزند بود که به علت درد شکم از یک هفته قبل در سن حاملگی یازده هفته به بیمارستان میرزا کوچک خان تهران در سال ۱۳۸۰ مراجعه کرد. بیمار سابقه هیچگونه بیماری اعم از ژنیکولوژیک و مامایی نداشت. آخرین قاعدگی وی یازده هفته قبل از پذیرش وی بوده و شرح حالی از تحریک تخمک گذاری نداشت و حاملگی های قبلی وی نیز به طور خود به خودی افتاده بودند. علایم حیاتی بیمار در حد طبیعی و شکم وی به شدت متورم و حساس بود. در معاینه واژینال سرویکس طبیعی ، رحم بزرگ در حد ده تا یازده هفته و تخمدانها هر دو طرف بزرگ ، حدود ۱۵ سانتیمتر و حساس بودند.

نتایج آزمایشگاهی به عمل آمده اولیه به شرح

زیر بودند :

هورمون گنادوتروپین<sup>(۱)</sup> ۱۹۵۰۰ میلی یونیت بر میلی لیتر ، هموگلوبین ۱۴/۹ گرم در دسی لیتر ،

هماتوکریت ۴۲/۳ درصد، پروتئین تام ۴/۲ گرم در دسی لیتر، آلبومین ۲/۳ گرم در دسی لیتر، آلفا۲ میکروگلوبولین کمتر از ۴ نانوگرم در میلی لیتر، آنتی ژن کارسینوآمبریوژنیک<sup>(۲)</sup> کمتر از یک نانوگرم بر میلی لیتر ، CA ۱۲۵ ۲۹۵ یونیت بر میلی لیتر بود . آزمایشهای عملکرد کبدی ، کلیوی و تیروئیدی همگی در محدوده طبیعی قرار داشتند . سونوگرافی به عمل آمده حاملگی تک قلوبی ده هفته طبیعی به همراه کیست های متعدد در هر دو تخمدان را نشان داد. تصویر سونوگرافیک تخمدانها سطوح کیست ها را صاف و محتوای آنها را شفاف به تصویر می رساند . اندازه تخمدان سمت راست ۱۴۰ × ۱۴۸ میلی متر و تخمدان سمت چپ ۹۷ × ۱۳۷ میلی متر بود، همچنین مایع نسبتاً زیادی در لگن و شکم گزارش گردید .

به بیمار استراحت مطلق در بستر همراه با محدودیت در مصرف مایعات داده شد و به علت تنگی نفس، یک پاراسنتز تشخیصی و درمانی انجام گرفت که نتایج آزمایشگاهی مایع به دست آمده مشابه یک روند آگزودایتو ( ترشچی ) بود. کشت های به عمل آمده از این مایع منفی و هیچ سلول بدخیمی هم در آن یافت نشد . به علت هیپوآلبومینمی بیمار حدود ۱۰۰ گرم آلبومین در طی بستری در بیمارستان دریافت و بعد از سی و پنج روز با سن حاملگی پانزده هفته مرخص گردید. هنگام ترخیص سونوگرافی به عمل

1-HCG

2- Carcino Embryonic Antigen (CEA)

این سندرم نیز در یک بیمار حامله با هیپوتیروئیدی [۳] و همچنین به وسیله روزن و لو<sup>(۴)</sup> در یک حامله یازده هفته که به ناچار خاتمه بارداری داده شده گزارش شده است [۴].

سطوح CA ۱۲۵ در زنان در بسیاری از بیماری‌ها مثل آندومتریوز، عفونت تومورهای غیرموسینی تخمدان و همچنین به میزان کم در حاملگی طبیعی افزایش نشان می‌دهد. مقادیر بالای CA ۱۲۵ طی تحریک تخمگذاری و هنگام هیپراستیمولاسیون تخمدانی و همچنین به وسیله روزن و لو (۱۹۹۱) و ابولو<sup>(۳)</sup> (۱۹۹۷) هنگام سندرم هیپراستیمولاسیون خود به خودی گزارش شده است [۴ و ۵].

احتمال پارگی و پیچ خوردگی تخمدان همیشه بایستی در این بیماران در نظر گرفته شود. اگر جراحی ضرورت یابد، تنها کنترل خونریزی و باز کردن پیچ خوردگی تخمدان حتی اگر تخمدان ایسکمیک به نظر برسد اغلب کافی می‌باشد [۶].

آمده اندازه تخمدان سمت راست را  $76 \times 74$  میلی‌متر و سمت چپ را  $96 \times 76$  میلی‌متر گزارش کرد. مایع در شکم و لگن رؤیت نشد. همچنین پروتئین تام  $9/1$  گرم در دسی لیتر و آلبومین  $4/8$  گرم در دسی لیتر بود.

دو هفته بعد بیمار مجدداً با شکایت درد و حساسیت سمت راست و پایین شکم، به همراه حالت تهوع و استفراغ و با تشخیص پیچ خوردگی تخمدان سمت راست تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت. تشخیص درست بود. تخمدان سمت راست  $180$  درجه چرخیده بود.

پیچش تخمدان باز گردید و چندین کیست بزرگ تخمدان آسپیره گردید. یک هفته بعد بیمار با حال عمومی رضایت بخش مرخص و مجدداً در سن حاملگی ۴۰ هفته و برای آخرین بار در فاز فعال زایمان بستری گردید، زایمان کرده و نوزاد دختر به ظاهر سالم با وزن  $3100$  گرم به دنیا آورد.

## بحث و نتیجه گیری

تابلوی بالینی پیچیده هیپراستیمولاسیون تخمدانی سندرم ناشایع ولی شناخته شده‌ای در ارتباط با تحریک تخمگذاری خصوصاً در بیماران مبتلا به سندرم پلی کیستیک می‌باشد [۱]. انواع خفیف آن به طور ناشایعی با تخمگذاری خود به خودی و بارداری و عمدتاً با حاملگی‌های چندقلویی در ارتباط است.

گلاتونبوسان و همکاران<sup>(۱)</sup> (۱۹۹۶) سه مورد از سندرم هیپراستیمولاسیون خود به خودی را در ارتباط با حاملگی به عنوان اولین مواردی که منجر به تولد زنده شده است گزارش کرد [۲]. شکل‌های شدید

1-Gltunbosun etal  
2-Rosen & Lew  
3- Abu-Lou

# Severe Spontaneous Ovarian Hyperstimulation Syndrome with Pregnancy: A Case Report

Eftekhar Z<sup>\*</sup>,  
Yarandi F,  
Tahmasbi M<sup>\*\*</sup>.

<sup>\*</sup>Assistant Professor of Gynecology & Obstetrics, Tehran University of Medical Sciences, Mirza Koochak Khan Hospital, Tehran, Iran

<sup>\*\*</sup>Gynecology & Obstetrics, Tehran University of Medical Sciences, Mirza Koochak Khan Hospital, Tehran, Iran

**KEYWORDS:**  
**Hyperstimulation syndrome,**  
**Ovarian torsion,**  
**Pregnancy.**

Received: 20/10/1382

Accepted: 25/2/1383

**Corresponding Author: Eftekhar Z**  
**E-mail: mamaktahma@yahoo.com**

## ABSTRACT

**Introduction & Objective:** Ovarian hyperstimulation syndrome has been described after treatment with exogenous gonadotropins, clomiphen citrate and GuRh's, but spontaneous form of this syndrome is very rare. This is a case report of spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome associated with a case of spontaneous pregnancy and ovarian torsion.

**Case:** The patient was a 30-year -old woman who was admitted due to abdominal pain from 1 week ago at 11 weeks gestation .In physical examination her abdomen was severely distended and diffusely tender and both ovaries were enlarged about 15 cm each and were tender. Ultrasonography revealed a single alive intrauterine fetus, 10 weeks gestation, with bilateral multilocular ovarian cysts with smooth surfaces and clear contents. Laboratory results showed low albumin and elevated CA125 (295 U/ml). She received 100g albumin and due to dyspnea a paracentesis was done. After 2 weeks she was readmitted with a complaint of right lower quadrant pain and tenderness and underwent laparotomy with diagnosis of right ovarian torsion. The ovary untwisted and several large cysts were aspirated. She had a normal vaginal delivery of a normal healthy female infant weighing 3100g at 40 week's gestation.

**Conclusion:** Ovarian torsion and rupture should be considered in these patients. If surgery needed , untwisting of ovarian even if it is chemic and contron of bleeding seems to be enough.

.....

**REFERENCES:**

- [1] Zalal Y, Katz Z, Caspi B, et al. Spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome concomitant with spontaneous pregnancy in a woman with polycystic ovarian disease. Am J Ob & Gyn 1992 ; 197: 122-4.
- [2] Glatunbosun OA, Gilliland B, Brydon LA, et al . Spontaneous OHSS in four consecutive pregnancy . Clin Exp Obstet Gynecol 1996; 23 : 127-32.
- [3] Rotmensch S, Scommegna A. Spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome associated with hypothyroidism. Am J Ob & Gyn 1998; 160: 1220-2.
- [4] Rosen GF, Lew MW. Severe ovarian hyperstimulation in a spontaneous singleton pregnancy, Am J Ob & Gyn 1991; 165: 1312-3.
- [5] Abu -Louz SKH, Ahmad AA, Swan RW. Spontaneous hyperstimulation syndrome with pregnancy. Am J Ob & Gyn 1997; 177:476-7.
- [6] Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Maryland: Lippincott Williams & Wilkins; 1999; 1115-7.