

گزارش یک مورد حاملگی خارج رحمی تخمدان راست در خانم جوان با سابقه‌ی سالپنژکتومی راست

کتانه کاظمی^۱، محسن رخشا^۲، سیدحسین سید شریفی^۳، محبوبه قربانی^۴

گزارش مورد

چکیده

مقدمه: حاملگی تخمدانی، یک نوع نادر حاملگی خارج رحمی می‌باشد که اغلب، بعد از علامت‌دار شدن، تشخیص داده می‌شود. مهم‌ترین عامل خطر آن استفاده از وسایل داخل رحمی پیش‌گیری کننده از بارداری می‌باشد.

گزارش مورد: بیمار خانم ۲۰ ساله با سابقه‌ی سالپنژکتومی راست به دنبال حاملگی خارج رحمی -دومین بارداری- بود که با درد شکم با شروع از یک هفته قبل، تهوع، استفراغ و افت فشار خون ارتواستاتیک مراجعه کرده بود. در آزمایش‌های انجام شده، Beta-human chorionic gonadotropin (βHCG) با تیتراژ ۱۰۵۰۰۰ mIU/ml مثبت بود. در سونوگرافی، یک ناحیه‌ی اکوژن به ابعاد ۳۲ × ۴۴ میلی‌متر مربع در آدنکس راست، به همراه مایع آزاد در شکم دیده شده که به نفع حاملگی خارج رحمی گزارش شد و بیمار با تشخیص حاملگی نابه‌جا تحت لاپاراتومی قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: در خانم‌هایی که با تأخیر قاعدگی، درد شکم و شکایت خون‌ریزی مراجعه می‌کنند، یکی از اولین تشخیص‌ها حاملگی نابه‌جا می‌باشد و بیمار باید تحت ارزیابی βHCG و سونوگرافی قرار گیرد و بر اساس معاینه‌ی بالینی و شواهد پیرابالینی با بیمار برخورد می‌شود.

واژگان کلیدی: حاملگی نابه‌جا، حاملگی تخمدانی، لاپاراتومی

ارجاع: کاظمی کتانه، رخشا محسن، سید شریفی سیدحسین، قربانی محبوبه. گزارش یک مورد حاملگی خارج رحمی تخمدان راست در خانم جوان با

سابقه‌ی سالپنژکتومی راست. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۷؛ ۳۶ (۴۹۰): ۸۹۷-۹۰۱

مقدمه

حاملگی خارج رحمی، یکی از عوارض شایع مامایی است و در ۱ درصد حاملگی‌ها این عارضه ایجاد می‌شود. در این حالت، ساک حاملگی در محلی غیر از حفره‌ی رحم ایجاد می‌شود. میزان مرگ و میر در این عارضه حدود ۱۰ برابر زایمان واژینال می‌باشد (۱). سابقه‌ی جراحی لوله‌های تخمدان، سابقه‌ی سزارین، استفاده از روش‌های کمک باروری و بارداری با Intrauterine devices (IUD)، از عوامل خطر دیگر پیش‌گویی کننده‌ی این وضعیت بالینی می‌باشند (۲).

یکی از انواع نادر حاملگی خارج رحمی، حاملگی تخمدانی می‌باشد. با توجه به این که شیوع حاملگی تخمدانی پایین می‌باشد، تشخیص آن دشوار است. تظاهرات بالینی این نوع حاملگی شامل اشکال مختلف درد در قسمت تحتانی شکم، تأخیر در قاعدگی و

لکه بینی می‌باشد (۳). این بیماران، به طور معمول با علائم غیر تشخیصی شبیه درد شکم مراجعه می‌کنند و شاه کلید اصلی در تشخیص به موقع آن‌ها، در نظر داشتن این تشخیص به عنوان یک تشخیص افتراقی مهم در ذهن پزشک مسئول بیمار است؛ چرا که با شک به این تشخیص و گرفتن شرح حال تکمیلی از نظر نظم قاعدگی و سابقه‌ی خون‌ریزی، شک بالینی تقویت می‌شود که با ابزارهای پیرابالینی می‌توان به رد یا تأیید تشخیص پرداخت (۴).

در مورد حاملگی تخمدانی، درمان جراحی ترجیح داده می‌شود. هر چند مواردی که در مراحل اولیه تشخیص داده می‌شوند و از نظر بالینی پایدار هستند، از متوتروکسات استفاده می‌شود. با استفاده از سونوگرافی ترانس واژینال و آزمایش Beta-human chorionic gonadotropin (βHCG)، می‌توان جهت تشخیص زودرس این عارضه اقدام نمود (۵). تشخیص بالینی دقیق حاملگی تخمدانی دشوار است، اما می‌توان

۱- استادیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

۲- استادیار، گروه جراحی عمومی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

۳- دستیار، گروه جراحی عمومی، دانشکده‌ی پزشکی و مرکز تحقیقات جراحی آندوسکوپی و روش‌های کم‌تهاجمی و بیمارستان قائم، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴- مربی، گروه مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: محسن رخشا

Email: kataneh.kazemi61@gmail.com

با استفاده از سونوگرافی واژینال، اندازه‌گیری β -HCG، تشخیص به موقع و درمان محافظه کارانه، از نابرووری فرد در آینده پیش‌گیری کرد (۶). در بررسی کنونی، یک مورد حاملگی تخمدان گزارش شده است که با تشخیص به موقع و درمان لاپاراتومی، جان مادر و قدرت باروری وی حفظ شد. با توجه به این که بیمار مورد نظر سابقه‌ی سالپنژکتومی طرف راست داشت، مورد معرفی شده جزء موارد نادر بود.

گزارش مورد

بیمار یک خانم ۲۰ ساله‌ی متأهل در بارداری دوم با سابقه‌ی یک بارداری خارج رحمی (Gravid 2, Ectopic pregnancy 1) یا G2EP1 بود که به دلیل درد شکم به بیمارستان بنت‌الهدی بجنورد ارجاع شد. بیمار شروع درد را از یک هفته پیش ذکر می‌کرد که محل آن، ناحیه‌ی هیپوگاستریک ذکر شد. دوره‌ی درد متناوب بود و همراه حالت تهوع و استفراغ بود. بیمار شرح حال استفاده از روش‌های جلوگیری از حاملگی، کمک باروری و تحریک تخمک‌گذاری را بیان نکرد. دوره‌های قاعدگی بیمار منظم و بین ۳۲-۲۸ روز بود. آخرین قاعدگی بیمار، حدود ۴۰ روز پیش بود. بیمار سابقه‌ی یک مورد حاملگی خارج رحمی داشت که به دنبال آن، ۶ ماه پیش تحت سالپنژکتومی راست قرار گرفته بود.

همچنین، سابقه‌ی تونسیلکتومی را در دوران کودکی ذکر کرد. بیمار سابقه‌ی بیماری دیگری نداشت. در معاینه‌ی فیزیکی بیمار هوشیار بود و افت فشار خون ارتواستاتیک داشت، اما سایر علائم حیاتی وی طبیعی بود. در معاینه‌ی بالینی، بیمار رنگ پریده بود. معاینه‌ی ریه و قلب بیمار طبیعی بود. در لمس شکم، تندرns و ریپاند تندرns با ارجحیت در ناحیه‌ی هیپوگاستریک وجود داشت و در معاینه‌ی واژینال بیمار، تندرns آدنکس سمت راست مشاهد شد. بیمار با توجه به درد شکمی و افت فشار، بستری شد. در آزمایش‌های انجام شده، CBC Complete blood count، اوره، کراتینین و الکترولیت‌ها در حد طبیعی بود. گروه خونی مادر A مثبت بود، اما β -HCG با تیتراژ ۱۰۵۰۰۰ mIU/ml مثبت بود.

در سونوگرافی انجام شده، کلیه، مثانه و مجاری ادراری، پانکراس، پورت و مجاری صفراوی، رحم و تخمدان چپ طبیعی بودند. تصویر ساک حاملگی خارج رحمی حاوی یولک سالک و امریو فاقد Fetal heart rate (FHR)، احاطه شده توسط ناحیه‌ی اکوژن 32×44 میلی‌متر مربع در اطراف آن در ادنکس راست، به همراه مایع آزاد در شکم گزارش شد که با توجه به آزمایش β -HCG مثبت بیمار و شواهد مطرح شده در سونوگرافی، تشخیص حاملگی خارج رحمی مطرح شد.

علاوه بر این، نتایج سونوگرافی به وسیله سونولوژیست دیگری

تأیید شد. با توجه به وضعیت بیمار، β -HCG مثبت با تیتراژ بالا که اندیکاسیون درمان طبی نداشت، شواهد مطرح شده در سونوگرافی که به نفع حاملگی خارج رحمی بود و همچنین، سابقه‌ی سالپنژکتومی راست به دنبال حاملگی خارج رحمی سمت راست، با شک به حاملگی خارج رحمی کورنه بیمار کاندیدای لاپاراتومی شد.

در هنگام جراحی، لوله‌ی تخمدان سمت راست مشاهده نشد. در حین لاپاراتومی انجام شده، حاملگی تخمدان سمت راست به قطر ۴۰ میلی‌متر مشاهده شد که حاوی یولک ساک و جنین داخل تخمدان بود. بافت حاملگی و ساک خارج گردید و تخمدان تا حد امکان حفظ شد. لوله و تخمدان سمت مقابل طبیعی بود. پس از هموستاز کافی و شستشوی داخل شکم، تخلیه‌ی داخل پریتون انجام شد. بعد از اتمام عمل جراحی، محل عمل بخیه زده شد و بیمار بعد از ریکاوری به بخش منتقل گردید و نسوج به دست آمده جهت پاتولوژی ارسال شد.

بیمار با اندازه‌گیری سطح β -HCG بعد از جراحی پی‌گیری شد. حدود ۴ هفته پس از عمل، سطح β -HCG به محدوده‌ی طبیعی رسید. در ضمن، کلیه‌ی اطلاعات بیمار محرمانه باقی ماند و از بیمار رضایت‌نامه جهت گزارش این مورد دریافت گردید و گزارش پاتولوژی، حاملگی تخمدانی را تأیید کرد.

بحث

حاملگی خارج رحمی، یکی از علل مهم مرگ و میر مادران در سراسر دنیا می‌باشد (۷). این بیماری، شیوع پایینی دارد و خود شامل انواع مختلفی است (۱). حاملگی تخمدانی، یک نوع نادر از حاملگی خارج رحمی می‌باشد و ۳-۰/۳ درصد از تمام حاملگی‌های خارج رحمی را شامل می‌شود (۳).

در مطالعه‌ی اصنافی و همکاران درمان نازایی با Intrauterine insemination (IUI)، سابقه‌ی جراحی لوله‌های رحمی، حاملگی با IUD، حاملگی خارج رحمی قبلی و سابقه‌ی سزارین، به عنوان عوامل خطر حاملگی خارج رحمی گزارش شد. بیمار مورد مطالعه، از این بین تنها سابقه‌ی حاملگی ناه‌جا را ذکر کرد که به دنبال آن تحت سالپنژکتومی قرار گرفته بود (۸).

بر اساس مطالعه‌ای که توسط علی‌نژاد و همکاران در بیمارستان تنکابن انجام شد، شایع‌ترین شکایت بیماران مبتلا به حاملگی خارج رحمی در بدو ورود به اورژانس به ترتیب عبارت از درد شکم و خونریزی واژینال بود. بی‌نظمی در قاعدگی، تنها در کمتر از ۱۹ درصد گزارش شد. ۹۷/۹ درصد از بیماران با همودینامیک پایدار مراجعه کرده بودند (۹). بیمار معرفی شده در مقاله‌ی حاضر نیز با درد شکم همودینامیک ناپایدار مراجعه کرد.

نزدیک است، اما در مورد حاملگی گزارش شده در این مطالعه، حاملگی خارج رحمی تخمدانی در تخمدان سمت راست اتفاق افتاده بود که ۶ ماه قبل، بیمار به دلیل حاملگی خارج رحمی لوله‌ای، تحت سالپنژکتومی قرار گرفته بود و مورد بسیار نادری می‌باشد.

در هر حاملگی نابه‌جا با قطر بیش از ۲/۵ سانتی‌متر، β -HCG بیشتر از ۵۰۰۰ و یا وجود قلب جنین در سونوگرافی، خطر شکست درمان طبی بالا می‌باشد و درمان جراحی ارجحیت دارد (۱۴-۱۵). در بیمار گزارش شده، با توجه به سطح بالای β -HCG، اندازه‌ی توده و همچنین افت فشار خون، بیمار از ابتدا کاندیدای جراحی به روش لاپاراتومی قرار گرفت. در طی لاپاراتومی، حاملگی تخمدانی به صورت شفاف دیده شد و تحت برداشت گوه‌ای با حفظ تخمدان قرار گرفت. Resta و همکاران، یک مورد حاملگی تخمدانی پرفوریه با سطح پایین β -HCG را گزارش کردند (۱۶). هر چند در خانم مورد گزارش در این مطالعه، سطح β -HCG بالا بود، اما ساک حاملگی پرفوریه نشده بود.

در مطالعه‌ی حاضر، بیمار تحت لاپاراتومی موفقیت‌آمیزی قرار گرفت و همچنین، هیچ عارضه‌ای به دنبال جراحی در بیمار دیده نشد و β -HCG کنترل گردید و پس از ۴ هفته، سطح آن به محدوده‌ی طبیعی رسید. نتیجه‌ی نهایی این بررسی، افزایش دقت پزشکان از نظر علایم بالینی بیمار و انجام اقدامات جهت تشخیص زودرس است. نتیجه‌گیری نهایی این که حاملگی تخمدانی، یک نوع نادر از حاملگی خارج رحمی می‌باشد که تشخیص آن دشوار است. از آن جایی که تظاهرات آن شبیه حاملگی خارج رحمی لوله‌ای یا سایر پاتولوژی‌های تخمدانی است، تشخیص قطعی قبل از جراحی دشوار می‌باشد و در بسیاری از موارد، تشخیص قطعی حین جراحی و یا گزارش پاتولوژی صورت می‌گیرد.

تشکر و قدردانی

مجوزهای اخلاقی از مراجع مربوط اخذ و تمام کدهای اخلاقی لازم در این مقاله رعایت گردید. این پژوهش بدون هیچ‌گونه حمایت مالی انجام شده است. در نهایت، از تمامی کسانی که در گردآوری و تدوین مقاله‌ی حاضر همکاری داشتند، سپاسگزاری می‌گردد.

هر چند که سونوگرافی تشخیص حاملگی نابه‌جا را مطرح می‌کند، اما روش‌های جراحی (شامل لاپاراتومی و لاپاراسکوپی) هم‌چنان به عنوان بهترین روش جهت رد کردن سایر تشخیص‌های افتراقی و همچنین، درمان بیمار می‌باشند (۱۱-۱۰).

محققان در گزارش یک مورد حاملگی تخمدانی با سابقه‌ی دو بار حاملگی خارج رحمی، دریافتند که حاملگی تخمدانی نادر و تشخیص بالینی آن مشکل است، اما در صورت تشخیص سریع آن، باروری آینده‌ی فرد بدون تغییر باقی می‌ماند (۱۲). بیمار مورد بحث، با توجه به علایم بالینی و β -HCG مثبت با تیترا بالا، تحت سونوگرافی قرار گرفت و تشخیص حاملگی تخمدانی برای بیمار گذاشته شد.

در مطالعه‌ی لطیفیان و همکاران، خانمی ۱۹ ساله با سابقه‌ی تخمدان پلی‌کیستیک، بارداری اول با سن حاملگی ۹ هفته و ۴ روز با شکایت درد شدید شکمی و لکه‌بینی مراجعه نموده بود. به دنبال درخواست سونوگرافی واژینال، یک توده‌ی اکوژن و هتروژن به ابعاد $18 \times 8/5$ میلی‌متر مربع در مجاورت تخمدان چپ دیده شد که با تشخیص حاملگی تخمدانی بستری و تحت درمان با متوترکسات قرار گرفته بود (۱۳)؛ در صورتی که بیمار گزارش حاضر، عامل خطر حاملگی قبلی خارج رحمی را در همان سمت داشته که لاپاراتومی شده بود، اما در مطالعه‌ی لطیفیان و همکاران، این عامل خطر وجود نداشته است.

در مطالعه‌ی رهبر و قزوینی، خانم ۳۵ ساله با سابقه‌ی دو بار حاملگی خارج رحمی با سن حاملگی ۶ هفته با درد زیر شکم، سطح β -HCG بیشتر از ۲۵۰، سابقه‌ی مصرف اخیر لتروزول و کلومیفن و همچنین، سابقه‌ی دو بار حاملگی خارج از رحم مراجعه کرده بود که در نوبت اول مورد سالپنژکتومی سمت راست و در نوبت دوم مورد درمان انتظاری تا منفی شدن سطح β -HCG قرار گرفته بود. بیمار بستری گردید و در سونوگرافی مهبل، تصویر فاقد اکو با حاشیه‌ی اکوژن به همراه تصویر شبیه کیسه‌ی زرده در داخل آن به قطر ۱۸ میلی‌متر در کنار تخمدان چپ و مایع آزاد در لگن دیده شد. بیمار لاپاراتومی شد و با برداشتن نسج جسم زرد در تخمدان چپ درمان گردید (۵). این مورد، به بیمار گزارش شده در مطالعه‌ی حاضر بسیار

References

- Cunningham FG. Williams obstetrics. New York, NY: McGraw-Hill; 2001. p. 884-96.
- Koo YJ, Choi HJ, Im KS, Jung HJ, Kwon YS. Pregnancy outcomes after surgical treatment of ovarian pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 2011; 114(2): 97-100.
- Nadarajah S, Sim LN, Loh SF. Laparoscopic management of an ovarian pregnancy. Singapore Med J 2002; 43(2): 95-6.
- Kirk E, Bottomley C, Bourne T. Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location. Hum Reprod Update 2014; 20(2): 250-61.
- Rahbar N, Ghazvini F. Ovarian pregnancy in a patient

- with two previous ectopic pregnancies. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2008; 7(10): 97-100. [In Persian].
6. Comstock C, Huston K, Lee W. The ultrasonographic appearance of ovarian ectopic pregnancies. Obstet Gynecol 2005; 105(1): 42-5.
 7. Yao M, Tulandi T. Current status of surgical and nonsurgical management of ectopic pregnancy. Fertil Steril 1997; 67(3): 421-33.
 8. Asnafi N, Hajian K, Shahriyari M, Taheri B. Risk factors in ectopic pregnancy: a case - control study. J Gorgan Univ Med Sci 2012; 14(2): 52-7. [In Persian].
 9. Alinejad M, Shafti V, Masjoodi B. Baseline characteristics of patients with ectopic pregnancy in emergency department; a cross-sectional study. Iranian Journal of Emergency Medicine 2017; 4(3): 97-101. [In Persian].
 10. Casikar I, Reid S, Condous G. Ectopic pregnancy: Ultrasound diagnosis in modern management. Clin Obstet Gynecol 2012; 55(2): 402-9.
 11. Patel Y, Wanyonyi SZ, Rana FS. Laparoscopic management of an ovarian ectopic pregnancy: case report. East Afr Med J 2008; 85(4): 201-4.
 12. Sharma N, Vasudevam S. Ruptured ovarian ectopic pregnancy: Case report and review of literature. Int J Curr Microbiol App Sci 2014; 39(294): 299.
 13. Lotfian N, Talaei Bajestani A, Rahmani Beilondi M, Daiemi M, Rahmani Beilondi R. Ovarian ectopic pregnancy: A rare case report. Armaghane-danesh. 2017; 21(11): 1142-8. [In Persian].
 14. Kraiem J, Bouden S, Ounaissa F, Falfoul A. Ovarian pregnancy: the situation in 2003. A report of four cases and literature review. Tunis Med 2004; 82(9): 858-66. [In French].
 15. Pagidas K, Frishman GN. Nonsurgical management of primary ovarian pregnancy with transvaginal ultrasound-guided local administration of methotrexate. J Minim Invasive Gynecol 2013; 20(2): 252-4.
 16. Resta S, Fuggetta E, D'Itri F, Evangelista S, Ticino A, Porpora MG. Rupture of ovarian pregnancy in a woman with low beta-hCG levels. Case Rep Obstet Gynecol 2012; 2012: 213169.

Right Ovarian Ectopic Pregnancy in Young Woman with History of Right Salpingectomy; A Rare Case Report

Kataneh Kazemi¹ , Mohsen Rakhsha² , Seyed Hassan Seyed Sharifi³, Mahboobeh Ghorbani⁴

Case Report

Abstract

Background: Ovarian pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy, and usually is diagnosed after complication. The most common risk factor for ovarian pregnancy is the use of the intrauterine devices (IUD).

Case Report: Our patient was a 20-year-old woman with a history of salpingectomy, gravid 2, with one previous ectopic pregnancy presented with abdominal pain for one week, nausea, vomiting, and orthostatic hypotension. Beta-human chorionic gonadotropin (β hCG) was positive with a titer of 105000 mIU/ml. Sonography showed a uterus of normal size with no gestational sac, but an echogenic mass with size of 44×32 mm at the right adnexa, and with free fluid in abdomen was detected, ectopic pregnancy was suggested, and laparotomy was performed.

Conclusion: In women that present with history of menstrual retard, abdominal pain, and spotting, ectopic pregnancy is the first differential diagnosis. Patient should be evaluated by checking β hCG and sonography, and be treated based on clinical examination and paraclinical evidence.

Keywords: Ectopic pregnancy, Ovarian pregnancy, Laparotomy

Citation: Kazemi K, Rakhsha M, Seyed-Sharifi SH, Ghorbani M. **Right Ovarian Ectopic Pregnancy in Young Woman with History of Right Salpingectomy; A Rare Case Report.** J Isfahan Med Sch 2018; 36(490): 897-901.

1- Assistant Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

2- Assistant Professor, Department of General Surgery, School of Medicine, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

3- Resident, Department of General Surgery, School of Medicine AND Endoscopic and Minimally Invasive Surgery Research Center, Ghaem Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

4- Instructor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

Corresponding Author: Mohsen Rakhsha, Email: kataneh.kazemi61@gmail.com