

A case report of heterotopic pregnancy following spontaneous pregnancy

S. Hosseini¹, L. Nazari¹, M.Yaghmaei¹

¹Department of Obstetrics & Gynecology & Preventive Gynecology Research Center, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Address: Minoos Yaghmaei, Taleghani Hospital, Arabi Street, Dr Shahriari Sq, Chamran Highway, Tehran, Iran

Tel: +98-21-23031505, Email: m.yaghmaei@sbmu.ac.ir

Received: 30 May 2017; Accepted: 19 Aug 2017

*Abstract

Heterotopic pregnancy is a rare form of pregnancy and could accompany with maternal mortality and morbidity. Most of the cases have a history of assisted reproductive technology or other risk factors like history of ectopic pregnancy and pelvic inflammatory disease. In this article we report a case of heterotopic pregnancy in a 39 year old woman with spontaneous pregnancy and without any risk factor whose heterotopic pregnancy diagnosed before rupture of ectopic pregnancy and surgery.

Keywords: Heterotopic pregnancy, Ectopic pregnancy, Pregnancy complications

Citation: Hosseini S, Nazari L, Yaghmaei M. A case report of heterotopic pregnancy following spontaneous pregnancy. J Qazvin Univ Med Sci. 2017; 21 (4): 78-82.

گزارش یک مورد حاملگی هتروتوپیک متعاقب بارداری خودبخودی

دکتر صدیقه حسینی^۱، دکتر لیلا نظری^۱، دکتر مینو یغمایی^۱

^۱ گروه زنان و زایمان و مرکز تحقیقات پیشگیری از بیماری‌های زنان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

آدرس نویسنده مسؤل: تهران، بزرگراه شهید چمران، میدان دکتر شهریاری، خیابان شهید اعرابی، بیمارستان آیت‌الله طالقانی، تلفن ۰۲۱-۳۳۰۳۱۵۰۵-۲۱
تاریخ دریافت: ۹۶/۳/۹؛ تاریخ پذیرش: ۹۶/۵/۲۸

*چکیده

حاملگی هتروتوپیک فرم نادری از بارداری است که می‌تواند با عوارض و مرگ و میر مادری همراه باشد. این شکل از بارداری اغلب در پی استفاده از روش‌های کمک باروری و یا در افراد با دیگر عوامل خطر مانند؛ سابقه حاملگی خارج از رحم و بیماری التهابی لگن اتفاق می‌افتد. در این مطالعه یک مورد حاملگی هتروتوپیک در خانمی ۳۹ ساله با بارداری خواسته و خودبخود و بدون هیچ عامل خطر شناخته شده معرفی شده است. در این فرد تشخیص حاملگی هتروتوپیک قبل از پارگی حاملگی خارج از رحم و جراحی داده شد.

کلیدواژه‌ها: حاملگی هتروتوپیک، حاملگی خارج از رحم، عوارض حاملگی

*مقدمه:

حاملگی هتروتوپیک به وجود دو یا بیش‌تر حاملگی هم‌زمان در نقاط مختلف که حداقل یکی از آن‌ها نابجا است اطلاق می‌شود.^(۱) حاملگی هتروتوپیک اولین بار در سال ۱۷۰۸ حین انجام اتوپسی مشاهده شد.^(۲) شیوع آن در بارداری خودبخودی حدود ۱ در ۳۰ هزار است،^(۳) اما در حاملگی‌های متعاقب استفاده از روش‌های کمک باروری، به ۱ در ۱۰۰ تا ۱ در ۵۰۰ و متعاقب القای تخمک‌گذاری به ۱ در ۹۰۰ افزایش می‌یابد.^(۳) بنابراین شیوع فعلی حاملگی هتروتوپیک در کل حدود ۱ در ۷ هزار تا ۱ در ۱۵ هزار است.^(۴) مهم‌ترین عامل خطر حاملگی هتروتوپیک، بارداری با روش‌های کمک باروری است. دیگر عوامل خطر؛ سابقه حاملگی خارج از رحم، سالپنژکتومی، بیماری التهابی لگن، جراحی ترمیمی لوله، سقط طبی یا جراحی قبلی، وجود مالفورماسیون‌های رحمی، کشیدن بیش از ۲۰ نخ سیگار در روز و آندومتر یوزیس می‌باشند.^(۵) ولی یک مطالعه نشان داده است که از میان ۸۲ مورد، ۲۹ درصد هیچ عامل خطری نداشتند و اغلب در همین افراد است که تشخیص

مشکل‌تر است.^(۵)

این فرم نادر بارداری با عوارض و مرگ و میر مادری قابل توجهی همراه است که اغلب ناشی از پارگی حاملگی نابجا می‌باشد.^(۳) هر چند حدود ۷۸/۵ درصد موارد حاملگی هتروتوپیک بعد از پارگی حاملگی خارج از رحم تشخیص داده می‌شود، با این حال معمولاً حاملگی داخل رحمی با موفقیت ادامه یافته و میزان بقای جنین داخل رحم حدود ۶۶ درصد است.^(۵) در این مطالعه ضمن معرفی یک بیمار مبتلا به حاملگی هتروتوپیک مروری هم به چالش‌های مربوط به آن شده است.

معرفی بیمار:

بیمار خانم ۳۹ ساله با بارداری ۱۱ هفته و سابقه ۱ بار سزارین با شکایت درد شکم از دو هفته قبل که از شب قبل تشدید شده بود در اسفند ۱۳۹۵ به درمانگاه زنان بیمارستان دانشگاهی آیت‌الله طالقانی مراجعه کرد. بیمار از تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی و علائم ادراری شکایت نداشت. بارداری او خودبخود و خواسته بود. سابقه سقط،

خون ریزی واژینال تنها در ۲۱ مورد وجود داشت.^(۷) امروزه استفاده از سونوگرافی واژینال احتمال تشخیص حاملگی هتروتوپیک را قبل از جراحی و حتی قبل از پارگی حاملگی خارج از رحم افزایش داده است.^(۸) اما هنوز هم اغلب به علت فقدان علائم و نشانه‌های واضح بالینی و این که ذهن پزشک معمولاً بعد از رؤیت ساک حاملگی داخل رحمی و در غیاب علائم حاملگی خارج رحمی از احتمال حاملگی نابجا منحرف می‌شود تشخیص به تأخیر می‌افتد.^(۹،۱۰) چنانچه یک مطالعه مروری نشان داد که در ۱۹۲ مورد، تنها در یک سوم موارد حاملگی هتروتوپیک پیش از جراحی و در سونوگرافی تشخیص داده شده است^(۱) و نزدیک یک سوم مبتلایان با وضعیت غیرثابت به علت پارگی حاملگی خارج از رحم مراجعه می‌کنند.^(۹) در کل ۷۰ درصد حاملگی‌های هتروتوپیک بین هفته ۵ تا ۸، ۲۰ درصد بین هفته‌های ۹ تا ۱۰ و ۱۰ درصد پس از هفته ۱۱ بارداری کشف می‌شوند. استفاده از تیترا β hCG در تشخیص حاملگی هتروتوپیک مورد تردید است.^(۳)

شایع‌ترین محل بارداری نابجای حاملگی هتروتوپیک مانند بارداری‌های نابجای معمول در لوله فالوپ است اما در سرویکس، تخمدان، شکم و اسکار سزارین، استامپ لوله رحمی و کورنه‌آ هم گزارش شده است.^(۹-۱۱) برای نمونه در سال ۱۹۹۹ موردی از حاملگی هتروتوپیک از تانزانیا گزارش شد. خانمی مولتی پار که با درد زایمان مراجعه کرده بود و از چهار ماه قبل احساس تورم در قسمت فوقانی راست شکم داشت. در زمان مراجعه برای او تشخیص توده تخمدان (هیپاتومگالی) گذاشته شد. پس از زایمان سونوگرافی وجود یک جنین ۳۸ هفته بریج و رحم خالی را نشان داد و بیمار با تشخیص حاملگی شکمی مورد لاپاراتومی قرار گرفت.^(۱۱) همچنین در سال ۲۰۰۸ خانمی ۳۱ ساله با ۹ هفته تأخیر قاعدگی با سونوگرافی دال بر حاملگی داخل رحم بدون قلب همراه با ساک حاملگی در کورنه راست گزارش شد. در این مورد حاملگی داخل رحمی با کورتاژ تحت هدایت سونوگرافی

جراحی روی لوله‌های رحمی، بیماری التهابی لگن، آندومتریوزیس و مصرف سیگار نداشت. در معاینه علایم حیاتی ثابت و شکم نرم بود و تب نداشت. در قسمت تحتانی راست شکم تندرین بدون ریباند تندرین وجود داشت. در معاینه دو دستی، رحم نرم و حدود ۱۲ هفته بارداری بود و توده در آدنکس راست لمس می‌شد.

در سونوگرافی واژینال و داپلر رنگی ساک واحد حاملگی با فعالیت قلبی طبیعی و سن ۱۱ هفته و ۲ روز گزارش شد. تخمدان‌ها ابعاد و اکو و فلوی عروقی طبیعی داشتند. توده کیستیک به ابعاد ۴۶ در ۴۰ میلی‌متر، با جدار ضخیم و هترواکو، فاقد واسکولاریتی واضح و مایع آزاد جزئی در اطراف آن در آدنکس راست مطرح‌کننده حاملگی هتروتوپیک گزارش شد. در آزمایشات هموگلوبین ۱۱ گرم در دسی‌لیتر و نمونه ادرار طبیعی بود. با توجه به درد بیمار و نتیجه سونوگرافی بیمار کاندید لاپاراتومی شد. در حین عمل توده‌ای به ابعاد ۴۰ در ۴۰ میلی‌متر در ناحیه آمپول لوله راست وجود داشت و لوله پاره نشده بود. اندازه رحم حدود ۱۰ تا ۱۲ هفته بارداری بود. به سرعت سالپزکتومی سمت راست انجام گرفت و سعی شد در حین عمل رحم دستکاری نشود. بعد از جراحی برای بیمار حمایت پروژسترونی با ۴۰۰ میلی‌گرم سیکلوژست تا هفته چهاردهم بارداری صورت گرفت. آسیب‌شناسی نیز تشخیص حاملگی لوله‌ای را تأیید کرد. بیمار در دو ویزیت بعد از عمل خود هیچ مشکلی نداشت و جنین داخل رحمی ۱۴ هفته‌ای بود.

*بحث و نتیجه‌گیری:

چهار مشخصه تشخیصی شایع حاملگی هتروتوپیک شامل؛ درد شکم، توده آدنکس، تحریک پریتون و ارتفاع رحم بیش از سن حاملگی می‌باشد.^(۶) در این افراد به علت وجود حاملگی داخل رحمی همزمان خون‌ریزی واژینال به ندرت اتفاق می‌افتد.^(۳) در مرور ۶۶ مورد حاملگی همزمان داخل و خارج رحمی، درد شکمی شایع‌ترین تظاهر بود و در حدود ۸۱/۵ درصد موارد وجود داشت اما

روز پیش از مراجعه معرفی شده است. وی سابقه بیماری التهابی لگن و درمان نازایی نداشت. در معاینه شکم تندرست و دیستانسیون مختصر وجود داشت و در معاینه دو دستی، رحم ۶ تا ۸ هفته و سرویکس بسته بود و تندرست آدنکس راست وجود داشت. سونوگرافی مؤید وجود مایع در حفره پریتوئن و حاملگی داخل رحمی زنده ۶ هفته و توده آدنکس راست بود. برای او تشخیص حاملگی هتروتوپیک و پارگی حاملگی خارج از رحم داده شد که تحت لاپاراتومی قرار گرفت. جنین داخل رحم در هفته ۳۹ بارداری سالم به دنیا آمد.^(۱۴)

درمان‌های ممکن برای حاملگی هتروتوپیک درمان طبی با تزریق کلراید پتاسیم یا پروستاگلاندین یا گلوکز هاپراسمولار به داخل ساک حاملگی تحت هدایت سونوگرافی و یا جراحی لاپاراتومی یا لاپاراسکوپ می‌باشد.^(۱۵) در جراحی سالپنژکتومی بر سالپنژستومی که ممکن است منجر به برداشتن ناکامل و حاملگی خارج از رحم پایدار که توسط اندازه‌گیری سطح β hCG قابل پی‌گیری نیست ترجیح داده می‌شود.^(۱) باید در حین جراحی از دستکاری رحم به‌منظور پیش‌گیری از انقباض حین یا بعد از عمل و قطع خون‌رسانی تخمدان به‌خصوص در تخمدان حاوی کورپوس لوتئوم اجتناب کرد. در صورت ایجاد اشکال در کورپوس لوتئوم تا هفته ۱۲ بارداری حمایت پروژسترونی ضرورت دارد. استفاده از توکولیتیک پروفیلاکتیک کاملاً مورد بحث است.^(۸) مورد گزارش شده فوق از مواردی بود که بیمار بدون وجود هیچ عامل خطری به حاملگی هتروتوپیک مبتلا شده و همچنین تشخیص آن پیش از عمل جراحی و پاره شدن حاملگی خارج از رحم مسجل شده بود.

*مراجع:

1. Pippitt K, Stoesser K, Pippitt K, Stoesser K. Woman with heterotopic pregnancy after natural conception. Available at: <http://www.obgyn.net/case-studies/woman-heterotopic-pregnancy-after-natural-conception>, Accessed in: 2011.

خارج شد و حاملگی کورنه با تزریق متوتروکسات به داخل ساک حاملگی با لاپاراسکوپ از بین رفت.^(۱۲)

تشخیص افتراقی‌های حاملگی هتروتوپیک شامل؛ حاملگی خارج از رحمی، تورشن کیست تخمدان، خون‌ریزی کورپوس لوتئوم، خون‌ریزی ساب کوریونیک، آپاندیسیت حاد و سقط خودبخود و در موارد بارداری با روش‌های کمک باروری هاپراستیمولیشن تخمدان‌هاست.^(۱۵) با توجه به افزایش شیوع حاملگی هتروتوپیک پس از بارداری به کمک روش‌های کمک باروری بررسی زودرس این حاملگی‌ها با کمک سونوگرافی توصیه می‌شود اما این اقدام در بارداری‌های خودبخودی ضروری نیست.^(۱) نمونه‌ای از بارداری هتروتوپیک متعاقب تحریک تخمک‌گذاری با کلومیفن سترات در سال ۲۰۱۷ گزارش شد. این خانم ۲۵ ساله با مینی لاپاراتومی حاملگی نابجای پاره نشده لوله راست برداشته شد و حاملگی داخل رحمی در هفته ۴۱ بارداری به‌صورت طبیعی متولد شد.^(۱۳)

به‌جز حاملگی‌های حاصل از روش‌های کمک باروری و القای تخمک‌گذاری در موارد افزایش یا ثابت ماندن تیترا β hCG پس از کورتاژ تخلیه‌ای برای سقط خودبخود یا القایی، وجود بیش از یک کورپوس لوتئوم در حاملگی خودبخود، بیش‌تر بودن ارتفاع رحم از سن حاملگی، عدم خون‌ریزی واژینال در حضور حاملگی خارج از رحم، درد شکمی، پریتنوسیم، شوک هایپوولمیک یا هماتوپریتوئن در حضور حاملگی داخل رحمی باید احتمال حاملگی هتروتوپیک را در نظر داشت.^(۶،۴) به‌عنوان نمونه در سال ۲۰۰۸ خانمی ۲۲ ساله با آمنوره ۱۰ هفته که در وضعیت شوک پذیرش شد. در سونوگرافی، حاملگی زنده داخل رحم و وجود مقدار زیادی مایع در پریتوئن و توده‌ای کمپلکس در آدنکس چپ را نشان می‌داد. بیمار با تشخیص حاملگی هتروتوپیک و پارگی حاملگی خارج رحمی طرف چپ تحت لاپاراسکوپ قرار گرفت و جنین داخل رحمی در زمان ترم سالم به دنیا آمد.^(۴)

همچنین در گزارشی دیگر در سال ۲۰۱۲ خانمی ۲۳ ساله با ۶ هفته تأخیر قاعدگی و درد متناوب زیر شکم از ۷

2. Kwok TC, Morgana G. Think heterotopic: A case report of heterotopic pregnancy detected on thorough ultrasonography. *J Med Cases* 2012; 3(5): 326-8. doi: 10.4021/jmc779w
3. Tingi E, Rowland J, Hanna L. A case of heterotopic pregnancy following spontaneous conception. *J Obstet Gynaecol* 2015; 35(4): 430-1. doi: 10.3109/01443615.2014.958445.
4. Govindarajan MJ, Rajan R. Heterotopic pregnancy in natural conception. *J Hum Reprod Sci* 2008; 1(1): 37-8.
5. Brown J, Wittich A. Spontaneous heterotopic pregnancy successfully treated via laparoscopic surgery with subsequent viable intrauterine pregnancy: a case report. *Mil Med* 2012; 177 (10): 1227-30.
6. Khediri Z, Mbarki C, Ben Abdelaziz A, Hsayoui N, Mezghenni S, Oueslati H. Heterotopic pregnancy in spontaneous conception: report of three cases and review of literature. *Int J Case Rep Imag* 2012; 3(10): 8-11. doi: 10.5348/ijcri201210189CS2.
7. Mirzamoradi M, Heidar Z, Saleh M. Heterotopic pregnancy in spontaneous conception: a case report. *Res J Med Sci* 2015; 9(3): 139-42.
8. Felekis T, Akrivis C, Tsirkas P, Korkontzelos I. Heterotopic triplet pregnancy after in vitro fertilization with favorable outcome of the intrauterine twin pregnancy subsequent to surgical treatment of the tubal pregnancy. *Case Rep Obstet Gynecol* 2014; 2014: 356131. doi: 10.1155/2014/356131.
9. Oral S, Akpak YK, Karaca N, Babacan A, Savan K. Corneal heterotopic pregnancy after bilateral salpingectomy and uterine septum resection resulting in term delivery of a healthy infant. *Case Rep Obstet Gynecol* 2014; 2014: 1-3. doi: 10.1155/2014/157030.
10. Pinto BB, Torres TP, Narváez MB, Rojas XB, Burgos IA, Constante PE. Heterotopic cervical pregnancy management after a high-complexity assisted reproduction procedure. *JBRA Assist Reprod* 2016; 20(2): 89-90. doi: 10.5935/1518-0557.20160020.
11. Ludwig M, Kaisi M, Bauer O, Diedrich K. The forgotten child-a case of heterotopic, intra-abdominal and intrauterine pregnancy carried to term. *Hum Reprod* 1999; 14(5): 1372-4.
12. Poujade O, Ducarme G, Luton D. Cornual heterotopic pregnancy: a case report. *J Med Case Rep* 2009; 3: 7233. doi: 10.4076/1752-1947-3-7233.
13. Kouach J, Moukit M, Ait EL Fadel F, El Fazazi H, Guelzim K, El Hassani ME, et al. Hetrotype pregnancy following ovulation induction: a case report. *Austin Gynecol Case Rep* 2017; 2(1): 1011-2.
14. Noor N, Bano I, Parveen S. Heterotopic pregnancy with successful pregnancy outcome. *J Hum Reprod Sci* 2012; 5(2): 213-4. doi: 10.4103/0974-1208.101024.