

حاملگی خارج از رحم

Ectopic Pregnancy

کلینیک ناباروری ابن سینا
ریحانه تخمه چی

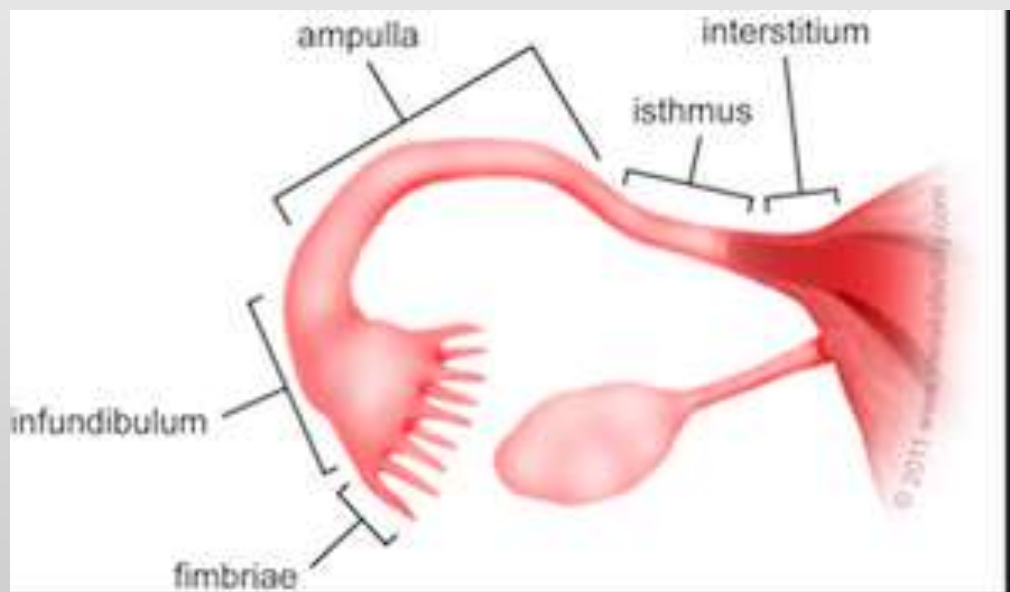


لانه گزینی بلاستوسیت در هر نقطه غیر از رحم

شیوع :

❖ 0/5 تا 1/5 درصد تمام بارداری های سه ماهه اول در آمریکا

❖ عامل 3% مرگهای مرتبط در بارداری



انواع حاملگی های خارج از رحم

حاملگی های غیر لوله ای

۵٪

تخمدان
حفره صفاق
سرویکس
اسکار سزارین قبلی

حاملگی های لوله ای

۹۵٪

آمپول : ۷۰ درصد
ایسم : ۱۲ درصد
فیمبریا : ۱۱ درصد
بینابینی : ۲ درصد



حاملگی هتروتوپیک

به حاملگی چند قلو متشکل از جنینی با لانه گزینی طبیعی در رحم همراه با جنینی با لانه گزینی اکتوپیک حاملگی هتروتوپیک می گویند .

شیوع: 1 در 30000 بارداری

در بارداری حاصل از ART 9 در 10000 افزایش یافته است .




عوامل خطر

- آناتومی غیر طبیعی لوله به دلیل جراحی های صورت گرفته برای Ep قبلی ، باز کردن TL
- سابقه بیماری های آمیزشی یا سایر عفونت های لوله
- چسبندگی های دور لوله ناشی از سالپنژیت، آپاندیسیت، آندومتریوز
- سالپنژیت ندوزای ایسم
- ناهنجاری های مادرزادی لوله به دلیل تماس با DES
- نازایی و استفاده از ART
- مصرف سیگار
- شکست روشهای جلوگیری از حاملگی : TL ، IUD ، مسی و پروژسترونی و قرصهای مینی پیل



سیر بیماری و عوارض

- ❖ به دلیل نداشتن لایه زیر مخاطی در لوله ، تخمک باردار شده ، به داخل ایی تلیوم نفوذ می کند .
- ❖ قرار گرفتن زیگوت در نزدیکی یا داخل عضله
- ❖ رشد تهاجمی تروفوبلاست سریتاکتیک  گیرشونده
- ❖ فقدان جنین یا رویان در اغلب موارد یا توقف رشد

سیر بیماری

- حاد : مقادیر بالای BHCG ، رشد سریع ، خطر پارگی لوله
- مزمن : سطح پایین یا ثابت BHCG ، ازبین رفتن سلول های تروفوبلاست غیر طبیعی ، تشکیل توده لگنی کمپلکس و ندرتاً پارگی که منجر به جراحی تشخیص اجباری می شود .



نتایج بارداری نابجا :

- پارگی لوله (به دنبال نزدیکی، معاینه دودستی یا خود به خود اتفاق می افتد).
- سقط لوله ای (ممکن است از سمت دیستال لوله سقط شود).
- جذب خود به خودی در بارداری

علائم بالینی

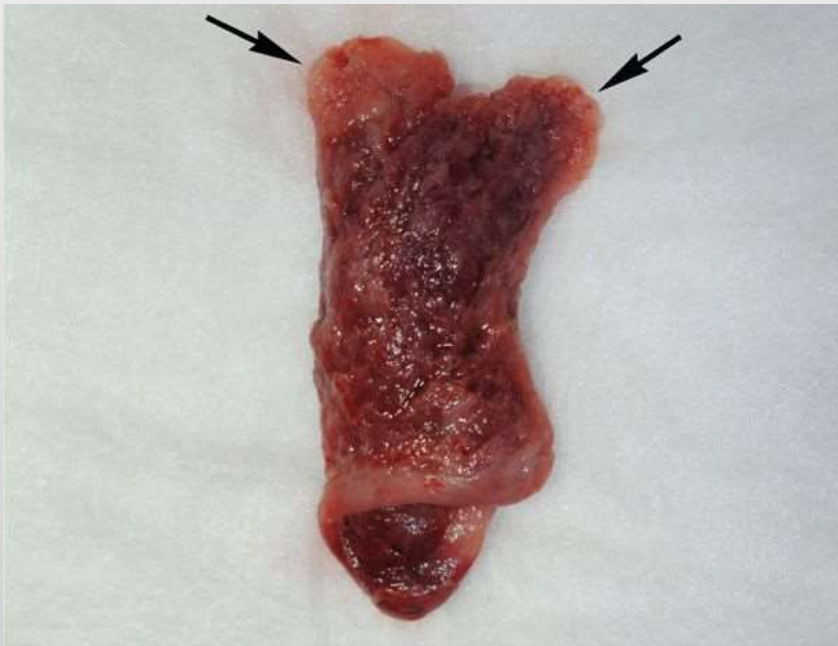
- ❖ تشخیص زود رس: بدون علامت یا علائم مبهم
- ❖ تشخیص دیررس: رتاردمنس، درد و خونریزی، لکه بینی واژینال
- ❖ پارگی لوله : درد شدید قسمت تحتانی شکم و لگن به صورت تیز، خنجری یا شکافنده ،، توده حساس با قوام نرم در یک طرف رحم، علائم تحریک دیافراگم به صورت درد گردن و شانه به خصوص حین دم، حرکات دردناک سرویکس هنگام معاینه دو دستی
- ❖ هموپریتوئن، لکه بینی ، خونریزی واژینال در 60 تا 80 درصد موارد دیده شده ، خونریزی داخل شکمی شدید ، تغییر علائم حیاتی ، سرگیجه ، سنکوپ
- ❖ پاسخ به خونریزی متوسط شامل عدم تغییر علائم حیاتی و افزایش مختصر در فشارخون و یا یک پاسخ وازوواگال با برادی کاردی و افت فشار خون است. در صورت تداوم خونریزی، افت فشارخون و افزایش ضربان نبض دیده می شود .

علائم آزمایشگاهی

❖ کاهش میزان هموگلوبین و هماتوکریت

❖ لکوسیتوز تا حد 30 هزار

❖ دفع دسیدوال کاست



تشخیص افتراقی درد شکم با بارداری

- سقط

- عفونت

- لیومیوم های دژنره



- درد لیگامان گرد

- EP

- توده های تخمدانی هموراژیک ، پاره شده ، تورشن تخمدان

- سالپنژیت یا آبسه لوله تخمدانی

- آپاندیسیت ، سیستیت ، سنگ کلیه ، گاستروآنتریت

الگوریتم تشخیص

- یافته های فیزیکی
- سنجش سطح سرمی BHCG
- پروژسترون سرم
-  سونوگرافی ترانس واژینال
- روشهای جراحی : D&C ، لاپاروسکوپی ، لاپاروتومی

سطح سرمی BHCG

❖ در مقادیر بالاتر از ناحیه تمایز (1500 - 2000)

در صورت BHCG بالاتر از آستانه و عدم وجود حاملگی در سونوی واژینال احتمال EP دیده می شود.

جهت افتراق از سنجش سریال BHCG هر 48 ساعت استفاده می شود.

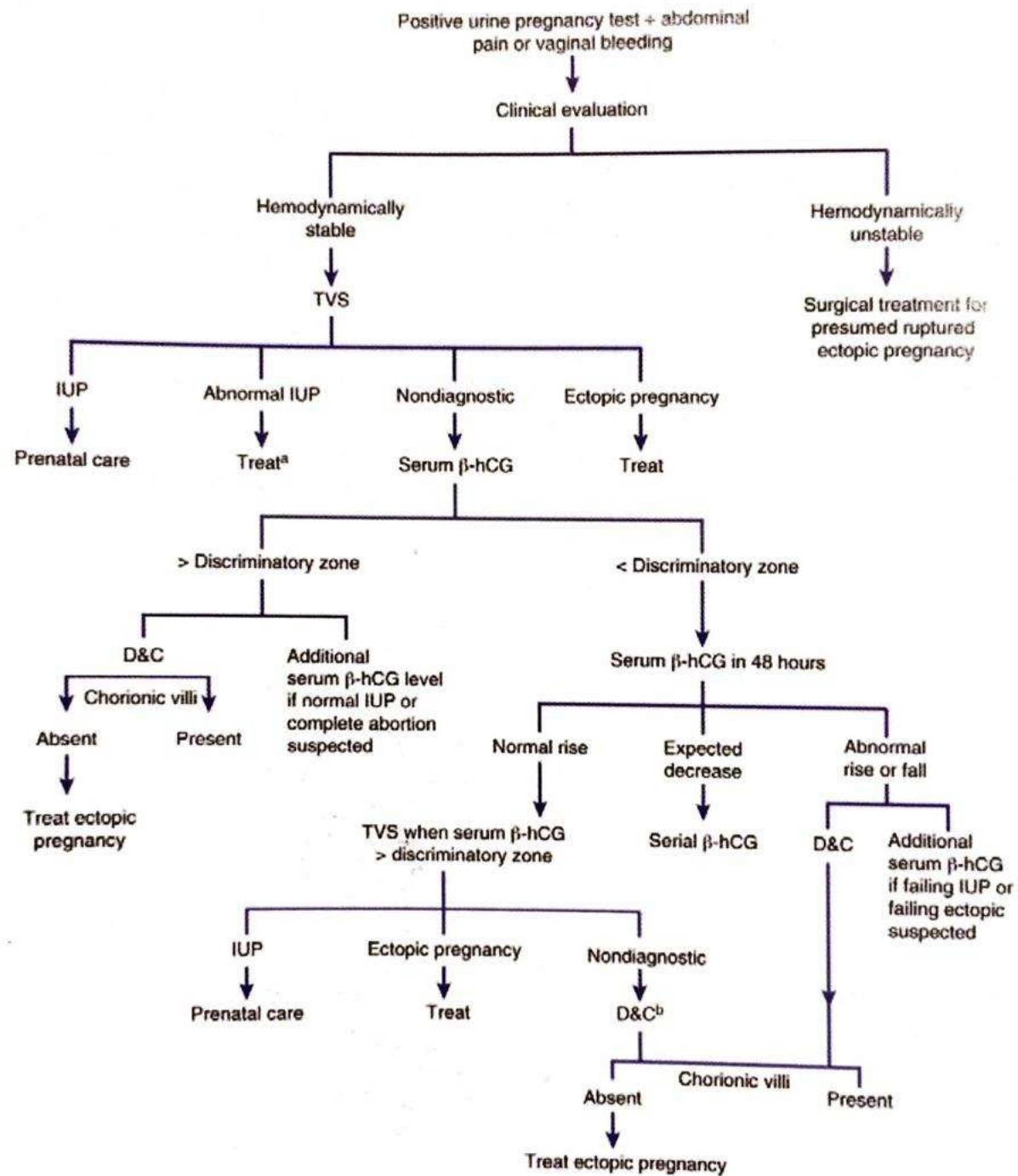
❖ در مقادیر کمتر از ناحیه تمایز

سنجش سریال میزان BHCG و ویزیت 48 ساعت بعد

- حداقل افزایش (24 ساعت) : 24%

- حداقل افزایش (48 ساعت) : 53%





پروژسترون سرم

- پروژسترون بیشتر از 25 نانوگرم : با حساسیت 92% EP را رد می کند .
- پروژسترون کمتر از 5 نانوگرم : در فقط 3% حاملگی های طبیعی مشاهده می شود .
- پروژسترون بین 10 تا 25 نانوگرم: مشکل در تشخیص حاملگی خصوصاً در بارداری با روش های ART وجود دارد که در سیکل از پروژسترون استفاده شده است.



سونوگرافی ترانس واژینال

یافته های داخل رحم در بارداری طبیعی :

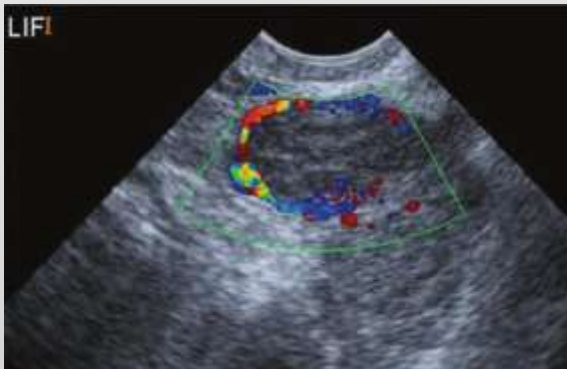
- ساک حاملگی در هفته 4/5 تا 5
- YS در هفته 5 تا 6
- FP و FHR در هفته های 5/5 تا 6
- الگوی سه لایه آندومتر برای EP جنبه تشخیص دارد .
- تجمع مایعات فاقد اکو ، ساک کاذب ، کیست دسیدوآئی

یافته های آدنکس :

- مشاهده حلقه هیپر اکو 20%
- توده غیر یکنواخت در مجاورت تخمدان 60%
- ساک حاملگی همراه با FP 13%
- وجود Ring Of Fire در داپلر رنگی (جریان خون جفتی در اطراف توده آدنکس)

هموپریتوئن :

- تجمع مایع فاقد اکو یا هایپواکو در اطراف توده آدنکس



انواع روش های درمان

- درمان طبی : متوترکسات
- درمان جراحی : لاپاروسکوپی ، لاپاروتومی
- درمان انتظاری



درمان طبی

- استفاده از آنتی متابولیت MTX
- میزان برطرف شدن EP ← 90%
- تراژن پرقدرت : امبریو پاتی MTX ، ناهنجاری های کرانیوفاشیال ، اسکلتی ، محدودیت رشد جنین
- نحوه مصرف ← تجویز داخل عضلانی :
 - تک دوز : آسان تر و کم هزینه تر
 - چند دوز : موفقیت بالاتر
- عوامل موثر بر موفقیت:
 - کم بودن مقدار اولیه BHCG
 - اندازه کوچک حاملگی < 3/5 سانتیمتر
 - فقدان فعالیت قلبی

معایب

آسیب مغز استخوان

مخاط دستگاه گوارش

اپی تلیوم دستگاه تنفس



عوارض جانبی درمان طبی

❖ درگیری کبد ← 12%

❖ استوماتیت ← 6%

❖ گاستروآنتریت ← 1%

❖ سرکوب مغز و استخوان

❖ سبب کاهش ذخیره تخمدان نمی شود



پایش درمان طبی

- ❖ رژیم تک دوزی در روزهای 4 و 7 اگر سطح هورمون پیش از 15% افت نکند، دوز دوم ضروری است. حدود 15 تا 20% به دوز دوم نیاز پیدا می کنند.
- ❖ رژیم چند دوزی اندازه گیری هر 48 ساعت، تا چهار دوز بر حسب نیاز فرد داده می شود.
- ❖ در صورت کاهش بیش از 15% هر هفته تا به عدد صفر برسد

شکست درمان طبی

- ❖ پارگی لوله
- ❖ ثابت ماندن BHCG یا افزایش آن
- ❖ پارگی لوله به رغم کاهش سطوح هورمون نیز ممکن است دیده شود.



جدول ۱-۱۹: پروتکل‌های درمان طبی حاملگی اکتوپیک.

دوزبندی	رژیم تک‌دوزی	رژیم چنددوزی
یک دوز؛ تکرار در صورت نیاز	تا چهار دوز از هر دو دارو، تا زمانی که میزان سرمی β -hCG ۱۵ درصد کاهش پیدا کند.	
دوزاژ داروها	۵۰ میلی‌گرم بر مترمربع BSA (روز ۱)	۱ میلی‌گرم بر کیلوگرم در روزهای ۱، ۳، ۵ و ۷
متوترکسات	NA	۰/۱ میلی‌گرم بر کیلوگرم در روزهای ۲، ۴، ۶ و ۸
لکوورین		
سنجش β -hCG سرم	روزهای ۱ (حد پایه)، ۴ و ۷	روزهای ۱ (حد پایه)، ۳، ۵ و ۷
اندیکاسیون دوز اضافی	اگر میزان سرمی β -hCG از روز ۴ تا روز ۷، ۱۵ درصد کاهش پیدا نکند. اگر در جریان نظارت هفتگی، میزان کاهش کمتر از ۱۵ درصد باشد.	اگر β -hCG سرم کمتر از ۱۵ درصد کاهش پیدا کند، دوز اضافی تجویز می‌شود؛ سنجش β -hCG سرم پس از ۴۸ ساعت تکرار می‌شود و میزان حاصل با میزان قبلی مورد مقایسه قرار می‌گیرد؛ حداکثر دوزهای اضافی، چهار دوز است.
نظارت	پس از وصول کاهش ۱۵ درصدی، میزان سرمی β -hCG هر هفته یک بار تا غیر قابل تشخیص شدن آن سنجش می‌شود.	
کنتراندیکاسیونهای متوترکسات		
۱) حساسیت به متوترکسات	۴) حاملگی داخل رحمی	۷) نقص ایمنی
۲) شواهد پارگی لوله	۵) بیماری زخم پپتیک	۸) اختلال عملکرد کبدی، کلیوی یا هماتولوژیک
۳) شیردهی	۶) بیماری ریوی فعال	
BSA = ناحیه سطحی (مساحت) بدن؛ β -hCG = زیر واحد بتای گنادوتروپین کوریونی انسان؛ NA = مصداق ندارد. برگرفته از انجمن طب تولیدمثلی آمریکا (۲۰۱۳).		



روش های جراحی

- ❖ نمونه برداری از آندومتر : عدم وجود بافت تروفوبلاست در حفره آندومتر
- ❖ لاپاروسکوپی : مشاهده مستقیم لوله ها و لگن در صورت تشخیص قطعی
- ❖ درمان را میتوان همزمان انجام داد.



درمان جراحی

درمان لاپاروتومی : در صورت ثابت نبودن علائم حیاتی
درمان لاپاراسکوپی : روش انتخابی است .

❖ گزینه های درمانی : **سالپنگوستومی _ سالپنژکتومی _ سالپنگوتومی**

- عوارض عمل
- تروفوبلاست پایدار به دنبال سالپنگوستومی 5 تا 15 درصد
- خونریزی در اثربافت تروفوبلاست باقیمانده شایعترین عارضه جدی است
- تشخیص : میزان ثابت یا در حال افزایش BHCG
- در صورت خونریزی : مداخله مجدد جراحی
- در صورت عدم پارگی لوله : MTX



درمان انتظاری

- در مراحل بسیار ابتدایی ، میزان ثابت یا در حال کاهش BHCG
- با توجه به بی خطری درمان طبی و جراحی ، نیاز به نظارت طولانی مدت و خطر پارگی لوله درمان انتظاری فقط در موارد خاص انجام می شود .



حاملگی بینابینی

لانه گزینی در داخل قطعه پروگزیمال لوله جایی که داخل دیواره عضلانی رحم قرار گیرد .

عوامل خطر سابقه سالپنژکتومی در همان طرف و عوامل خطر EP

تشخیص در مراحل دیرتر هفته 8 تا 16 انجام می شود.

به دلیل مجاورت با شریان رحمی و تخریبی خطر خونریزی شدید و مرگ و میر دارد . (میزان مرگ و میر: 2/5%)



نشانه خط بینابینی : خطی اکوژنیک که از ساک حاملگی تا حفره آندومتر گسترش یافته است (بسیار حساس و اختصاصی است .)

❖ درمان : رزکسیون کورنه یا کورنئوستومی با لاپاروتومی یا لاپاروسکوپی

❖ در صورت تشخیص زود هنگام طبی : MTX سیستمی یا تزریق مستقیم MTX به داخل ساک حاملگی .

حاملگی بینابینی

❖ تشخیص :

- سونو واژینال : خالی بودن رحم ، ساک حاملگی که به صورت مجزا از آندومتر دیده می شود و بیش از 1 سانتیمتر از جانبی ترین لبه حفره رحم فاصله دارد، پوشش میومتری نازک با ضخامت کمتر از 5 میلیمتر که ساک حاملگی را احاطه کرده است .



- سونوی سه بعدی

- لاپاروسکوپی

- MRI

❖ عوارض : خطر پارگی رحم در حاملگی بعدی

حاملگی اسکار سزارین

شیوع : یک در 2000 حاملگی ، همزمان با افزایش میزان سزارین در حال افزایش است. لانه گزینی در داخل میومتر مربوط به اسکار زایمان سزارین قبلی است.

❖ علائم : درد و خونریزی در مراحل اولیه بارداری شایع است و 40% فاقد علامت و تشخیص در سونوگرافی

❖ تشخیص: سونوگرافی واژینال یا MRI

• علائم سونوگرافی: حفره رحم خالی، مجرای سرویکس خالی، توده داخل رحمی دربخش قدامی ایسم رحم ، میومتر بین مثانه و ساک حاملگی نازک 1 تا 3 میلی متر

❖ درمان : درمان انتظاری _ میزان تولد زنده تا 57%

❖ عوارض: خونریزی ، پلاستتاآکرتا ، پارگی رحم ، ناهنجاری شریانی وریدی

• هیستروکتومی در زنانی که تمایل به TL دارند .

• تزریق سیستمیک موضعی MTX

• جراحی : کورتاژ در زیر دید مستقیم ، خارج سازی هیستروسکوپی ، آسپیراسیون از طریق واژن ، یا بریدن منطقه ایسم

• جهت کاهش خطر خونریزی از آمبولیزاسیون شریان رحمی قبل از عمل استفاده می شود.



حاملگی سرویکال

مشاهده غدد سرویکال در مقابل محل اتصال جفت و وجود بخشی از جفت در زیر محل ورود عروق رحمی را می گویند .

❖ عوامل خطر: ART، سابقه کورتاژ رحمی

❖ علائم : خونریزی واژینال بدون درد در 90% زنان مبتلا به حاملگی سرویکال و 1/3 دچار خونریزی شدید واژینال هستند، سرویکس متسع دارای دیواره نازک با اتساع نسبی سوراخ خارجی، در بالای توده سرویکال فوندوس رحمی که کمی بزرگ شده لمس میشود.

❖ تشخیص : معاینه با اسپکولوم و لمس ، سونوگرافی واژینال ، MRI، سونوگرافی سه بعدی

حاملگی سرویکال

❖ درمان:

- طبی : خط اول درمان MTX 50-75mg/m² ، تزریق مستقیم داخل ساک ± دوز سیستمیک تزریق MTX با آمبولیزاسیون شریان رحمی
- آمبولیزاسیون شریان رحمی در کنار درمان طبی یا جراحی با هدف کنترل خونریزی
- تزریق 2 سی سی کلرید پتاسیم داخل قلب جنین تحت هدایت سونوگرافی
- در موارد خونریزی شدید، هموستاز با کاتتر فولی شماره 26
- ساکشن کورتاژ
- هیستروکتومی (به دلیل نزدیکی حالب ها به سرویکس، احتمال آسیب مجاری ادراری وجود دارد).
- ❖ شکست درمان : سن حاملگی بیش از 9 هفته ، تیتراژ BHCG بیش از 10 هزار ، CRL بیش از 10 میلیمتر ، FHR



حاملگی شکمی

اکثراً به دنبال پارگی زود هنگام لوله و سقط همراه با لانه گزینی مجدد

- ❖ تشخیص : فقدان علائم و یا علائم مبهم ، تست های آزمایشگاهی اطلاعات مفیدی نمی دهد جز افزایش آلفا فیتوپروتئین ، جابجایی سرویکس ، مشاهده جنین به صورت مجزا از رحم در داخل لگن اولیگوهایدرآمنیوس شایع اما غیر اختصاصی است.
- ❖ فقدان میومتر بین جنین و دیواره قدامی شکم یا مثانه مادر ، احاطه شدن ساک حاملگی توسط قوسهای روده
- ❖ درمان : در هنگام تشخیص بستگی به سن حاملگی دارد.
- ❖ درمان محافظه کارانه: با خونریزی ناگهانی و خطرناک برای مادر وناهنجاریها و دفرمیتی جنین در 20% موارد همراه است.
- ختم حاملگی در سن حاملگی کمتر از 24 هفته
- در صورت باقی ماندن جفت احتمال عفونت ، آبسه، چسبندگی ، انسداد روده ، حالب و گسیختگی زخم بالاست .
کنترل با سونوگرافی یا سطح سرمی BHCG



حاملگی تخمدانی

- ❖ لانه گزینی اکتوپیک تخمک باروردر تخمدان نادر است.
- ❖ تشخیص با سونوگرافی است.
- لوله همان سمت سالم و مجزا از تخمدان است.
- یک توده بدون اکو مرکزی که با یک حلقه بزرگ اکوژن احاطه شده است .
- توده حاملگی اکتوپیک تخمدان را اشغال کرده است.
- اتصال توده توسط رباط رحمی تخمدانی به رحم
- در بحث هیستولوژیک بافت تخمدان در میان بافت جفتی قابل شناسایی است .
- ❖ عوامل خطر : مشابه عوامل خطر حاملگی های لوله ای ، ART یا شکست IUD
- ❖ درمان : جراحی و رزکسیون گوه ای تخمدان یا سیستکتومی ، افورکتومی



سایر مناطق بارداری خارج از رحم

- رباط پهن
- امنتوم
- رتروپریتوان



- کبد
- جداره رحم در مناطق غیر اسکارسزارین
- درمان : لاپاروتومی ، لاپاروسکوپی

اللَّهُ يَعْلَمُ مَا تَحْمِلُ كُلُّ أُنْثَىٰ وَمَا تَغِيضُ الْأَرْحَامُ وَمَا تَزْدَادُ وَكُلُّ شَيْءٍ عِنْدَهُ بِمِقْدَارٍ

تنها خدا می‌داند که بار حمل آبستنان عالم چیست و بار رحمها چه نقصان و چه زیادت آرند، و مقدار همه چیز در علم ازلی خدا معین است.

سوره رعد ، آیه ۸

