



حاملگی خارج رحمی

E. P.

گردآوری از: دانشجویان ترم هشتم مامایی

انواع حاملگی های آمپولی، تنگه ای و بینابینی تقسیم می کنند.

شایع ترین حاملگی لوله ای، حاملگی آمپولی بوده و پس از آن حاملگی تنگه ای می باشد. حاملگی بینابینی خیلی نادر است و تنها حدود ۳٪ کل حاملگیهای لوله ای را تشکیل می دهد.

حاملگی شکمی: بطور معمول وقوع آن رادر حدود ۱ در هر ۲۵۰۰۰ تولد ذکر می کنند. حاملگی های شکمی بر دو نوع است: اولیه و ثانویه، حاملگی شکمی ثانویه شیوع بیشتری در مقایسه با حاملگی شکمی اولیه دارد. نوع ثانویه مواقعی اتفاق می افتد که در حین پارگی لوله، جنین به حفره شکم

تعریف: حاملگی نابجا^۱ به سواردی اطلاق می شود که لانه گزینی بلاستوسیت در هر مکانی خارج از حفره رحمی صورت گیرد. مکان هایی که تا کنون در آنها جنین ضایعه ای پدید آمده عبارتند از: حاملگی لوله ای، حاملگی شکمی، حاملگی گردن رحم و مکانهای دیگر. هر چند که در این میان بیش از ۹۵٪ حاملگی های نابجا در لوله رحمی اتفاق می افتد ولی حاملگی نابجا مترادف حاملگی لوله ای نیست، لکن متداولترین نوع آن می باشد.

حاملگی لوله ای: تخم لقاح یافته می تواند در هر قسمت از لوله لانه گزینی کرده و به رشد خود ادامه دهد. بسته به محلی که تخم لانه گزینی می کند آنرا به

می دهد و سبب تورم دهانه رحم می گردد، معمولاً دیر یا زود سقط اتفاق می افتد تقریباً ۱۵٪ از حاملگیهای نا به جا در سرریکس اتفاق می افتد.

دیگر انواع حاملگی اکتوپیک:

۱- حاملگی در شاخ رشد نیافته رحم دو شاخ تک مهبلی ناشی از عدم به هم پیوستن مجاری لوله است. که معمولاً در سه ماهه اول حاملگی بوقوع می پیوندد.

۲- حاملگی هتروتروپی و اکتوپیک چند قلبی: زمانی که حاملگی نابجا همراه با حاملگی داخل رحمی باشد به آن حاملگی هتروتروپی گویند.

۳- حاملگی لوله ای رحمی، لوله ای شکمی، لوله ای تخمدانی: گاهی ماحصل حاملگی که ابتدا در ناحیه بینابینی لوله لانه گزینی گردیده بتدریج به داخل حفره رحم دست اندازی می کند و حاملگی لوله ای - رحمی را پدید می آورد. در حاملگی لوله ای شکمی، زیگوت اول بار در مجاورت و همسایگی انتهای شیبوری لوله جایگزین می گردد، سپس بتدریج به داخل حفره صفاقی وارد می شود. واژه حاملگی لوله ای - تخمدانی زمانی کاربرد دارد که بخشی از ساک جنین به لوله و بخشی دیگر به بافت تخمدانی چسبندگی دارد.

۴- یک مورد حاملگی ابتدایی در طحال و چند مورد حاملگی کبدی اولیه نیز گزارش شده است. عوامل مستعد کننده حاملگی نابجا به دو عامل مادری و جنینی تقسیم می شود:

- عوامل مادری شامل عوامل مکانیکی، عوامل فونکسیونل، شرایط مستعد کننده مخاط لوله جهت پذیرش تخم.

عوامل مکانیکی شامل:

۱- سالپنژیت: خصوصاً آندوسالپنژیت که سبب چسبندگی مخاط لوله شده و حرکات سلولهای مزوکار

افکنده شود. آینده حاملگی با توجه به وسعت آسیب وارده به جفت فرق می کند؛ چنانچه جفت بطور قابل توجهی آسیب دیده باشد جنین می میرد و ختم حاملگی اجتناب ناپذیر است ولی اگر قسمت اعظم جفت هنوز سالم و در تماس با لوله باشد رشد بیشتر جنین میسر می گردد. در این صورت جنین برای مدتی به بقا و حیات خود ادامه می دهد. و حاملگی شکمی پدید می آید.

حاملگی لیگامان پهن: زمانی که محل لانه گزینی تخم در دیواره لوله مجاور مزوسالپنکس باشد، ممکن است قسمتی از لوله که فاقد صفاق است پاره شود و محتویات ساک حاملگی به فضای بین چین های لیگامان پهن ریخته شود. این حالت را بنام حاملگی داخل لیگامان یا حاملگی لیگامان پهن می نامند.

حاملگی بینابینی: هنگامی اتفاق می افتد که تخم لقاح یافته در قسمتی از لوله که در داخل دیوار رحم نفوذ می کند جایگزین گردد. در حدود ۲٪ - ۵٪ کل حاملگی های اکتوپیک از نوع بینابینی است. بخاطر خونرسانی زیاد این منطقه و وجود ارتباطات انشعابات شریانهای رحمی و تخمدانی در محل لانه گزینی، پارگی این منطقه به خونریزی کشنده ای منجر می گردد. و از آنجا که تشخیص آن به علت نزدیکی اش با رحم بسیار مشکل است در واقع یکی از انواع کشنده حاملگی نابجا است.

حاملگی تخمدانی: حدود ۲٪ - ۵٪ کل حاملگی های نابجا را حاملگی تخمدانی تشکیل می دهد. که بر دو نوع است اولیه و ثانویه. حاملگی تخمدانی اولیه یک پدیده غیرعادی است و طی آن تخمک در مرحله فولیکول گراف یا هنگام خارج شدن از فولیکول گراف (اوولاسیون) بارور می شود، سپس در داخل یک کپسول از بافت تخمدانی همراه با جسم زرد پیشرفت می کند.

حاملگی گردن رحم: یکی از انواع نادر حاملگی نابجا است. در این حالت تخم در کانال دهانه رحم جایگزین می شود و در این حال به رشد خود ادامه

انواع IDU تقریباً یکسان بوده به استثنای نوع پروژستازرت که شانس ابتلا به حاملگی نابجا در آن بیشتر است.

ریسک حاملگی نابجا در زنانی که سابقه استفاده قبلی IUD را داشتند افزایش نمی یابد. مگر اینکه IUD را به دلایل خونریزی، درد و عفونت لگنی خارج نموده باشند. در این گروه احتمال افزایش حاملگی نابجا وجود دارد.

عوامل فونکسیونل:

۱- رفلوی خون قاعدگی: تأخیر در تخمگذاری باعث تأخیر در بارور شدن تخمک و کاشتن تخم حتی تا قاعدگی بعدی شده و در نتیجه شروع خونریزی ممکن است تخم را به طرف لوله ها پس بزند.

۲- تغییرات هورمونی: استروژن سبب فعالیت عضله صاف و افزایش تونوس عضلانی در ناحیه ایسم رحم شده جایگزینی و نگهداری تخمک را در لوله آسان می کند ولی پروژسترون برعکس عمل می کند. بدین ترتیب کم یا زیاد شدن و تغییر نسبت استروژن و پروژسترون باعث افزایش میزان حاملگی نابجا می شود. فراوانی حاملگی نابجا با افزایش مصرف قرصهای خوراکی ترکیبی می تواند یک اثر محافظتی برای حاملگی نابجا محسوب شود.

در زنانی که در دوران جنینی تحت تأثیر دی اتیل استیل بسترول قرار گرفته اند، شیوع حاملگی نابجا را ۱۳-۴ درصد بیان می کنند. به علاوه مصرف HMG و کلامیفن سترات نیز ریسک حاملگی نابجا را افزایش می دهد. ۵٪ حاملگی ها بعد از باروری آزمایشگاهی^{۳۲} شامل حاملگی نابجا می شوند.

۳- شرایط مساعد کننده مخاط لوله برای حاملگی نابجا: اندومترئوز در لوله می تواند باعث سالپنژیت، ایسکیماندوزا شده و حاملگی نابجا ایجاد می کند. عفونت لگنی شیوع حاملگی نابجا را، ۷ برابر افزایش می دهد. افزایش مصرف سیگار سبب افزایش

مخاط را کاهش داده و سبب کاشته شدن زیگوت، داخل لوله می شوند.

۲- چسبندگی اطراف لوله: این چسبندگیها غالباً بدنبال عفونتهای پس از سقط، پس از زایمان، آپاندیسیت، التهاب غیر عفونی ناشی از اندومترئوز بوجود می آید که سبب تنگی مجرای لوله و کاهش عمل طبیعی لوله می شود.

۳- ناهنجاریهای تکاملی لوله: اختلال آناتومیکی شامل دیورتیکول، هیپرپلازی لوله، پیچ خوردگی ناهنجاریهای تکاملی مولرین رحم، رحم نیمه با یک شاخ رشد نکرده غیر مرتبط، می باشد.

۴- حاملگی نابجای قبلی: شانس ابتلا به حاملگی نابجای مجدد از ۲۰-۷ درصد متغیر است. که علت آن سالپنژیت قبلی است.

۵- اعمال جراحی قبلی روی لوله ها: جراحی های قبلی لوله و دفرم شدن آن زمینه را برای حاملگی نابجا مساعد می کند. ۱۵٪ از حاملگی هایی که بدنبال بستن لوله های رحمی ایجاد می شود حاملگی نابجا بوده. ۵٪ حاملگی هایی که بعد از توبوپلاستی متعاقب لوله بستن اتفاق می افتد حاملگی نابجا می باشد.

۶- سابقه چندین سقط القایی: ریسک حاملگی نابجا بدنبال یکبار سقط القایی تغییر نمی کند. پس از دوبار یا بیشتر این ریسک به دو برابر می رسد علت افزایش ریسک حاملگی خارج از رحم بدنبال سقط عمدی بخاطر افزایش عفونت می باشد.

۷- توده های ضمیمه و تومورهای اطراف لوله: میوم های لوله و رحم، نشوپلاسم تخمدان و کیست های اطراف آن، میومهای رباط پهن ممکن است سبب پیچ خوردگی یا جابجایی لوله شده و زمینه حاملگی خارج رحم را فراهم کند.

۸- استفاده از IUD: در ۹-۴ درصد از زنانی که همراه با IUD حامله می شدند حاملگی نابجا اتفاق می افتد. و ۱- این حاملگی های نابجا نزدیک تخمدان است. در طی تحقیقی شیوع حاملگی نابجا در

دوره آمنوره بیش از ۱۲ هفته دارند. و در همین حدود نیز آمنوره کمتر از ۴ هفته دارند.

۳- خون ریزی و لکه بینی و ژینال: تازمانیکه عملکرد اندوکروینی جفت به کار خود ادامه می دهد معمولاً خونریزی رحمی دیده نمی شود ولی هر گاه که حمایت هورمونی اندومتر تضعیف گردد مخاط خونریزی می کند که عموماً بدون لخته های بزرگ و قهوه ای تیره و مختصر است.

۴- درد لگنی و شکمی: در نیمی از این بیماران دیده می شود و شکم در محل به نحو آزاردهنده ای حساس بوده و در معاینه مهبلی حرکات سرویکس دردناک است.

۵- تغییرات رحمی: شامل تغییرات دسیدوایی- بزرگ شدن- که به علت توده نابجا ممکن است به یک طرف رانده شود.

۶- تغییرات فشار خون و نبض: فشار خون هم حاد بودن جریان وهم شدت خونریزی را نشان می دهد. فشار خون سیستولی کمتر از ۸۰ mmHg تنها در حدود ۱۰٪ بیماران دیده می شود.

۷- تغییرات درجه حرارت: بعد از خونریزی حاد درجه حرارت ممکن است طبیعی و یا حتی پائین باشد. درجه حرارت بیش از ۳۸ درجه ممکن است در ارتباط با هموپرتیوتن ایجاد گردد ولی درجه حرارت بالاتر در غیاب عفونت نادر است.

۸- توده لگنی: در حدود ۲۰٪ از بیماران یک توده لگنی قابل لمس دارند. اغلب بین ۱۵ cm بوده و نرم والاستیک است.

روش های تشخیص:

۱- تست های آزمایشگاهی:

الف- تست حاملگی با حساسیت کم تنها وقتی کمک کننده است که نتیجه آنها مثبت باشد. یک تست حاملگی مثبت بسیاری از تشخیصهای افتراقی دیگر با علائم لگنی مانند آپاندیسیت پیچ خوردگی یا جسم زرد

شیوع حاملگی نابجا می گردد.

نیکوتین سیگار اثر سوء روی حرکت مزکهای لوله دارد و ورود بلاستوسیست به داخل رحم و کاشتن آن را به تأخیر می اندازد. زنانی که تست سرولوژی کلامیدیایی مثبت $IgG > 1.64$ داشتند شیوع حاملگی نابجا در آنها بیشتر است.

پاتوفیزیولوژی:

یکی از جنبه های مهم حاملگی نابجا فقدان مقاومت یا پاسخ بافت ها به تخم در حال رشد است که بطور غیر طبیعی کاشته شده است و بستگی به محل جایگزینی تخم دارد. در صورت پارگی یا نفوذ تروفوبلاستها به دیواره، خونریزی ایجاد می گردد که می تواند باعث کشیدگی لوله و لایه سروژدنبال آن درد بشود. طرح پاتوگونومیک لوله آستن از روی وجود پرزکوریونی مشخص می شود که ممکن است بخوبی حفظ شده باشد یا دژنراسیون و یا هیالینی شدن صورت گرفته باشد. زمانیکه پرز بخوبی حفظ شده باشد خصوصیات بافت شناسی پرز جوان را دارد. در کورتاژ اندومتر، ۶۰-۱۲٪ ازدیاد غدد، ۲۰-۱۰٪ طرح پرولیفراتیو، ۶۰-۲۰٪ واکنش اسیدوایی اتروما دیده می شود. مدت حاملگی بستگی به محل آن دارد. کوتاهترین زمان مربوط به حاملگی بینایی است.

علائم و نشانه ها:

۱- درد: شایع ترین علامت حاملگی نابجا احساس درد شکمی یا لگنی است که در ۱۰۰٪ موارد دیده می شود و می تواند یکطرفه، دوطرفه در قسمت تحتانی شکم یا ژنرالیزه باشد. دلیل آن را می توان خونریزی داخل صفاقی، تحریک دیافراگم، انقباضات رحمی یا کشیدگی سروژ دانست.

۲- آمنوره: باید تاریخ دقیق سه قاعدگی قبلی با اختصاصات و مدت آنها مشخص شود ولی تاریخچه قاعدگی اغلب وجود ندارد. در حدود ۱۵٪ بیماران

پاره شده را رد می کند.

سنجش هورمونهای جفتی بصورت سریال می تواند حاملگی طبیعی را از حاملگی های غیرطبیعی جدا نماید. زیرا در موارد غیرطبیعی مقدار هورمونهای جفتی پائین تر است.

ب) اندازه گیری هموگلوبین - هماتوکریت: چون بعد از یک خونریزی واقعی ممکن است هموگلوبین و هماتوکریت فقط یک کاهش جزئی را نشان دهد. بنابراین اندازه گیری سریال هموگلوبین و هماتوکریت خیلی مهمتر از اندازه گیری اولیه آنهاست.

ج) اندازه گیری گلبولهای سفید. تعیین تعداد لکوسیت ها کمک خاصی نمی کند. در زمان پارگی لوله یک لکوسیتوز اولیه ظاهر می شود.

۲- سونوگرافی: در هفته پنجم قاعدگی اندازه ساک باروری 5 mm بوده که بوسیله ترانس دیوسرهای ترامن ابدومینال قابل رویت است. با ترانس دیوسرهای واژینال می توان یک هفته زودتر از ترانس دیوسرهای ترامن ابدومینال به تشخیص رسید.

در هفته های 5 تا 6/5 ضربان قلب جنین قابل مشاهده است که علامت تشخیص مطمئن می باشد با توجه به ساک دوگانه دسیدوایی که مشخصه حاملگی داخل رحمی است می توان ساک باروری را از ساک کاذب تشخیص داد.

در هفته پنجم قاعدگی سطح B-HCG حدود 1800 mIU/ml است که به توسط تست اسلاید لاتکس قابل اندازه گیری بوده و یک تست مثبت می تواند بسیاری از تشخیصهای افتراقی دیگر را رد کند همچنین اندازه گیری سریال آن به همراه سونوگرافی از هفته 5 می تواند یک حاملگی نابجا را از حاملگی داخل رحمی افتراق دهد. جدیدترین روشهای رادیوایمنواسی برای حدود 25 mIU/ml حامل است که بیش از 95٪ موارد مثبت است. گزارشات منفی کاذب سطح B-HCG در بیماران مبتلا به حاملگی نابجا نشاندهنده اختصاصی با حساسیت کمتر در حدود 5 mIU/ml می باشد.

۳- انجام کلدوستتیز: ساده ترین تکنیک جهت تشخیص هموپرتیونثوم است و حالات زیر را ممکن است داشته باشد.

الف) اگر روشن و سروزی به رنگ گاه باشد لگن طبیعی است.

ب) اگر سروزی ولی تیره باشد عفونت لگنی است.

ج) اگر خون و سروز با یکدیگر مخلوط باشد، کیستهای پاره شده، خونریزی در تخمدان به علت تخمکگذاری یا گاهی عفونت لگنی است.

د) اگر قرمز روشن و خونی است، جسم زردی که تازه خونریزی کرده یا حاملگی خارج رحم که اخیراً پاره شده یا آسپیراسیون همراه با تروما است.

ه) اگر خون قهوه ای کهنه است، حاملگی نابجا با خونریزی داخل پرتیون در چند روز گذشته مطرح است.

و) اگر خون آسپیره شده بعداً لخته شود، از یک رنگ سوراخ شده بدست آمده است. یک کلدوستتیز مثبت به همراه یک تست مثبت حاملگی نشاندهنده احتمال وجود یک حاملگی نابجا در 95٪ موارد است.

۴- لاپاراسکوپی: مطمئن ترین روش تشخیص حاملگی نابجا است ولی بدلیل اینکه روش تهاجمی است کمتر استفاده می شود.

۵- کورتاژ: کورتاژ آندومتر به ارزیابی محتویات رحمی کمک می کند. وجود پرزها بطور قطعی حاملگی نابجا را رد می کند.

تشخیص افتراقی:

مواردی که به عنوان شایع ترین موارد اشتباه شونده با حاملگی نابجا تشخیص داده می شوند عبارتند از:

۱- سالپنژیت حاد یا مزمن: بیماری است که بیش از همه با حاملگی لوله ای اشتباه می شود. درد در سالپنژیت به احتمال بیشتر دو طرفه است ولی در حاملگی لوله ای یکطرفه است. درجه حرارت در سالپنژیت حاد معمولاً از 38 درجه تجاوز می کند.

۲- سقط ناکامل یا تهدید به سقط در یک

درمان:

روش انتخابی درمان حاملگی نابجا به دو صورت: طبی - جراحی است.

درمان طبی: در درمان طبی می توان از متوتروکسات که دارویی مؤثر در درمان بیماری تروفوبلاستیک حاملگی است استفاده نمود خونریزی و سمیت ناشی از متوتروکسات استفاده از آن را محدود می کند.

درمان جراحی: در درمان حاملگی نابجا بوسیله لاپاراسکوپی دو مقدمه لازم است: مهارت جراح در جراحی لاپاراسکوپ و در دسترس بودن وسایل لازم. ممنوعیت های درمان حاملگی نابجا بیشتر نسبی است و مهمترین آنها عدم پایداری همودینامیکی است. سایر محدودیت ها عبارتند از: اندازه محصولات بارداری نابجا و جراحی قبلی.

در صورتی که امکانات لاپاراسکوپی موجود نباشد، سالپترکتومی از طریق لاپاراتومی انجام می گیرد. تخمدان طرف مبتلا تنها در صورتی برداشته می شود که یک هماتوم بزرگ در ناحیه شرابه ای لوله یا لیگامان پهن وجود داشته باشد.

زنان RH منفی که تاکنون حساس نشده اند باید پس از جراحی ایمنوگلوبولین آنتی D دریافت کنند.

امروز از سالپترکتومی خطی استفاده می شود با این تفاوت که بستن آن در یک عمل جراحی دیگر انجام می گیرد. درمان حاملگی شکمی به محض تشخیص، لاپاراتومی صورت می گیرد. هدف از عمل خروج جنین و بندناف در محلی نزدیک به جفت بدون وارد کردن آسیب به آن است. جفت به حال خود در هیمی گردد تا جذب شود.

در حاملگی سرویکال اولین اقدام توقف خونریزی بوسیله خارج کردن محصولات حاملگی است. در حاملگی تخمدانی درمان شامل برداشتن تروفوبلاست از تخمدان بطوریکه تا حد امکان بافت تخمدان حفظ شود.

حاملگی رحمی: در تهدید به سقط یا سقط ناکامل خونریزی رحمی معمولاً شدیدتر است. اگر شك ناشی از هیپولمی وجود داشته باشد برعکس حاملگی لوله ای متناسب با شدت خونریزی و ژینال می باشد.

در از سقط ناکامل یا سقط خودبخودی در اغلب موارد بطور ریمیک حس می شود ولی در حاملگی لوله ای بصورت یک طرفه در لگن احساس میشود. β -HCG در یک حاملگی تهدید به سقط به طور مناسب افزایش نمی یابد.

۳- بیماریهای دستگاه معدی - روده ای: در آپاندیسیت، درد شکمی یکطرفه علامت نمایشی مشترک از آپاندیسیت حاد است، حساسیت در ناحیه مک بورنی، درد در ناحیه اطراف ناف و تهوع و استفراغ به همراهی اشتهایی از علامت آپاندیسیت است.

۴- پارگی کیست جسم زرد یا کیست فولیکولار: در مواردی که کیست پاره نشده لمس توده در ناحیه ادنکس و همچنین مشاهده فعالیت قلب جنین توسط سونوگرافی کمک کننده است. در مواردی که کیست پاره شده باشد کلدوستنز کمک کننده است.

۵- عقیم سازی لوله ای قبلی: پس از عقیم سازی لوله ای با لاپاراسکوپی حدود ۵۰٪ از حاملگیهای ایجاد شده نابجا هستند.

۶- بیماریهای سیستم ادراری: سنگ کلیه، پیلونفریت و گاهی هیدرونفروزین در ابتدا ممکن است با حاملگی نابجا اشتباه شوند، زیرا علائم و نشانه های آنها شبیه به حاملگی خارج از رحم هستند. مقدار HCG غیرطبیعی ما را به حاملگی نابجا مشکوک می کند. بنابراین انجام یک سونوگرافی می تواند کمک کننده باشد. اگر ساک حاملگی داخل رحمی دیده نشد در لاپاراسکوپی انجام می شود.

۷- آی - یو - دی: دردهای کرامپی در لگن و خونریزی رحمی که هر دو از علائم حاملگی نابجا هستند می توانند بوسیله آی - یو - دی بوجود بیایند. در این موارد رتارد رگل وجود ندارد و تست حاملگی منفی است.

1. Ectopic pregnancy.
2. Intravitrro Fertilization.
3. Gameto Fertilization tube.