

حاملگی نا به جا (Ectopic pregnancy):

بلاستوسیت بطور طبیعی در لایه آندومتر حفره رحم لانه‌گزینی میکند. لانه‌گزینی در هر محل دیگری بجز این محل حاملگی نابجا (اکتوپیک) محسوب میشود. بیش از ۹۵ درصد این حاملگیها در لوله رحم رخ میدهند. در حاملگیهای نا به جا، رویان یا جنین اغلب وجود ندارد و یا از رشد باز میماند.

جدول ۱: عوامل خطر بروز حاملگی نا به جا

خطر اندک (کم خطر)	خطر متوسط	خطر زیاد (پرخطر)
جراحی قبلی لگنی یا شکمی	ناباروری	جراحی ترمیمی لوله
استعمال دخانیات	سابقه عفونت تناسلی	عقیم سازی لوله ای
دوش واژینال	شرکای جنسی متعدد	حاملگی نا به جای قبلی
		تماس داخل رحمی با DES
نزدیکی جنسی قبل از ۱۸ سالگی		وسایل داخل رحمی
		پاتولوژی ثابت شده لوله ای

انواع حاملگیهای نا به جا:

حاملگی لوله ای: تخمک بارور شده ممکن است در هر بخشی از لوله رحم جایگزین شود و به حاملگی لوله ای آمپولری، ایسمی و بینابینی منجر گردد. در موارد نادر تخمک بارور در انتهای فیمبriهای لانه‌گزینی میکند. آمپول شایعترین محل است و به دنبال آن درگیری ایسم شیوع بیشتری دارد. حاملگی بینابینی فقط

حدود ۳ درصد تمام حاملگیهای لوله‌های را شامل میشود. در اثر این انواع اولیه گهگاه انواع ثانویه لوله ای - شکمی و لوله ای - تخمدانی و حاملگیهای نا به جا در رباط پهن به وجود می - آیند.

حاملگی در قسمت بینابینی: لانه گزینی در قسمتی از لوله که دیواره رحم را سوراخ می کند، سبب حاملگی بینابینی (Interstitial) یا شاخی (Cornual) میشود. چون محل لانه گزینی در بین شرابین تخمدانی و رحمی قرار دارد، در صورت پارگی خونریزی شدیدی اتفاق می افتد. بسیاری از حاملگیهای نا به جای کشنده از نوع لانه گزینی های بینابینی هستند

سقط لوله ای: میزان شیوع سقط لوله ای تا حدودی به محل لانه گزینی بستگی دارد. سقط در حاملگی نا به جای قسمت آمپولری لوله شایع است، در حالی که در حاملگی ایسمی، پارگی لوله پیامد شایع حاملگی محسوب میشود. اگر جداشدگی جفت کامل باشد، ممکن است کل محصول حاملگی از طریق فیمبریه ای لوله به داخل حفره صفاق دفع شود. در این نقطه از زمان ممکن است خوتریزی متوقف شود و عالیم در نهایت ناپدید شوند. معمولاً تا زمانی که محصولات حاملگی در لوله رحم باقی مانده اند درجاتی از خونریزی، پابرجا می ماند. اگر انتهای فیمبریه ای لوله مسدود شده باشد لوله فالوپ ممکن است بتدریج در اثر جمع شدن خون متسع شود و هماتوسالپینکس (Hematosalpinx) به وجود آید.

پارگی لوله: هرگاه در چند هفته اول حاملگی پارگی لوله رخ دهد، مشخص میشود که حاملگی در بخش ایسم لوله قرار دارد. در مواردی که تخمک بارور کاملاً در بخش بینابینی لانه گزینی کرده است، پارگی معمولاً در مراحل دیرتر اتفاق می افتد. پارگی معمولاً خودبه خود ایجاد میشود، اما ترومای مرتبط با نزدیکی جنسی یا معاینه دودستی نیز ممکن است سبب پارگی لوله شود.

بیمار معمولاً نشانه های هیپوولمی را نشان میدهد. اگر محصول حاملگی در مراحل زودرس حاملگی به صورت کامل به داخل حفره صفاق دفع شود، ممکن است تقریباً در هر جایی مجدداً لانه گزینی کند، جریان خون کافی برقرار نماید و به حیات خود ادامه دهد، با این وجود این حالت بندرت اتفاق می افتد. اکثر محصولات کوچک حاملگی جذب میشوند.

حاملگی شکمی: اگر در زمان پارگی فقط جنین از لوله خارج شود، در صورت آسیب شدید جفت، جنین میمیرد، اما اگر بخش عمده جفت اتصال خود را با لوله حفظ کند، ادامه تکامل امکان پذیر خواهد بود. در این موارد ممکن است جنین مدتی به حیات خود ادامه بدهد و به حاملگی شکمی منجر شود .

حاملگی در رباط پهن: اگر محل اصلی لانه گزینی زیگوت به طرف مزوسالپنکس باشد، پارگی ممکن است در بخشی از لوله که بلافاصله توسط صفاق پوشیده نشده است، رخ بدهد. محصول حاملگی ممکن است به داخل فضایی که بین چینهای رباط پهن ایجاد شده است، دفع شود و سپس به حاملگی داخل رباطی یا حاملگی در رباط پهن مبدل گردد .

حاملگی نا به جای هتروتیپیک: حاملگی لوله ای ممکن است به صورت همزمان با یک حاملگی داخل رحمی رخ بدهد. در حال حاضر استفاده از فن آوری کمک باروری، میزان بروز این حاملگیها را افزایش داده است.

در موارد زیر احتمال حاملگی هتروتیپیک بیشتر است و این احتمال باید مد نظر قرار گیرد :

۱- بعد از استفاده از روشهای کمک باروری

۲- در صورت پابرجا بودن یا افزایش مقادیر گنادوتروپین کوریونی پس از انجام دیالتاسیون و کورتاژ به منظور سقط القا شده و یا به دلیل سقط خود به خود

۳- در صورتی که فوندوس رحم بزرگتر از حدی باشد که بر اساس سن قاعدگی انتظار میرود.

۴- در صورتی که بیش از یک جسم زرد وجود داشته باشد.

۵- در صورت فقدان خونریزی واژینال در حضور نشانه ها و علائم حاملگی نا به جا

۶- در صورت وجود شواهد سونوگرافیک حاملگی رحمی و خارج رحمی

ویژگیهای بالینی حاملگی نا به جا :

تظاهرات بالینی به وقوع یا عدم وقوع پارگی بستگی دارند. علایم و نشانه های حاملگی نا به جا اغلب مبهم هستند و یا حتی وجود ندارند.

علایم و نشانه ها :

درد: علایم شایعتر حاملگی نا به جا شامل درد لگنی و شکمی (۹۵درصد) و آمنوره همراه با درجاتی از لکه بینی یا خونریزی واژینال هستند. با افزایش سن حاملگی شیوع علایم گوارشی و سرگیجه یا احساس سبکی سر افزایش می یابد. در صورت پارگی، درد ممکن است در هر نقطه ای از شکم احساس شود، که معمولاً ویژگی آن به صورت تیز، مشابه ضربه چاقو و یا پاره کننده توصیف میگردد.

قاعدگی غیرطبیعی: اکثر زنان دچار آمنوره میشوند، اما در ۱/۴ آنان چنین حالتی رخ نمیدهد. اگرچه خونریزی واژینال شدید بیشتر از اینکه موید حاملگی نا به جا باشد، بر سقط کامل دلالت دارد، این گونه خونریزی گهگاه در زنان مبتلا به حاملگیهای لوله ای نیز دیده میشود .

حساسیت در لمس شکم و لگن: حساسیت بسیار شدید در هنگام معاینه شکمی و واژینال بویژه در هنگام حرکت دادن سرویکس، در بیش از ۳/۴ زنان مبتال به حاملگی لوله ای پاره شده و یا در حال پاره شدن دیده میشود. ممکن است قبل از پارگی چنین حساسیتی وجود نداشته باشد. فورنیکس خلفی واژن ممکن است به علت وجود خون در کول دوساک متورم و برآمده شود .

تغییرات رحم: توده مربوط به حاملگی نا به جا ممکن است رحم را به یک سمت براند و اگر رباط پهن با خون پر شده باشد، رحم ممکن است شدیداً جا به جا شود. در ۲۵ درصد زنان، رحم در اثر تحریک هورمونی بزرگ میشود. وجود دسیدوای رحمی در غیاب تروفوبالست، بر حاملگی نا به جا دلالت دارد، اما این دلالت مطلق نیست و فقدان بافت دسیدوایی وجود حاملگی نا به جا را رد نمی کند .

فشار خون و نبض: قبل از بروز پارگی، علایم حیاتی عموماً طبیعی هستند. پاسخ زودرس به خونریزی متوسط از عدم تغییر علایم حیاتی تا افزایش خفیف فشارخون و یا پاسخ وازوواگال همراه با برادی کاردی و

هیپوتانسیون متغیر است. توده لگنی: در معاینه دو دستی تقریباً در ۲۰ درصد بیماران یک توده لگنی با اندازه ۵-۱۵ سانتی متر لمس میشود. این توده تقریباً در تمام موارد در موقعیت خلفی یا جانبی نسبت به رحم قرار دارد و به طور بارز نرم و الاستیک است. با وجود این در صورت انتشار گسترده خون در داخل دیواره لوله رحمی، این توده ممکن است قوام سفتی پیدا کند. برای پرهیز از پارگیهای یاتروژنیک باید از معاینات دودستی بیش از حد و غیرضروری پرهیز شود .

علائم تحریک دیافراگم: با درد گردن و شانه بویژه در هنگام دم مشخص میشوند، در ۵۰ درصد زنان مبتلا به خونریزی داخل صفاقی شدید دیده میشود .

اختلالات وازوموتور: از سرگیجه تا سنکوپ متغیر هستند

روشهای تشخیصی:

هموگرام: حتی بعد از خونریزی قابل توجه، ممکن است در ابتدا میزان هموگلوبین یا هماتوکریت صرفاً کاهش اندکی را نشان بدهد. در نتیجه پس از خونریزی حاد، کاهش میزان هموگلوبین و هماتوکریت در طول چند ساعت نسبت به مقادیر اولیه شاخص ارزشمندتری در مورد خونریزی است. تقریباً در نیمی از زنان مبتال به حاملگی نا به جای پاره شده، شدت متغیری از لکوسیتوز دیده میشود .

سنجش گنادوتروپین کوریونی: در بیش از ۹۹ درصد حاملگیهای نا به جا نتیجه تست مثبت است .

میزان پروژسترون سرم: از یک بار سنجش میزان پروژسترون سرم، میتوان با قابلیت اعتماد بالایی برای اثبات حاملگی همراه با تکامل طبیعی استفاده کرد. میزان بالاتر از ۲۵ نانوگرم در میلی لیتر با حساسیت ۹۷/۵ درصد حاملگی نا به جا را رد می کند .

تصویربرداری سونوگرافیک: برای تأیید تشخیص بالینی موارد مشکوک حاملگی نا به جا و تعیین اندازه و محل آنها تصویربرداری سونوگرافیک ضرورت دارد.

سونوگرافی شکمی: در صورت فقدان حاملگی رحمی در سونوگرافی، مثبت بودن نتیجه تست حاملگی، وجود مایع در کول دوساک و توده لگنی غیرطبیعی، تشخیص حاملگی نا به جا تقریباً قطعی میشود.

سونوگرافی واژینال: با استفاده از مبدل واژینال تشخیص سونوگرافیک حاملگی رحمی حتی یک هفته بعد از قاعدگی فراموش شده امکان پذیر میگردد .

اکثر حاملگیهای نا به جا (حدود ۸۰ درصد) قبل از پارگی تشخیص داده میشوند .

*الگوریتمهای تشخیصی صرفاً در مورد زنانی که از نظر همودینامیک پایدار هستند کاربرد دارد؛ زنانی که در آنان به احتمال قوی پارگی رخ داده است، باید به سرعت تحت درمان جراحی قرار گیرند.

➤ در زنانی که در آنان به علت درد، خونریزی و تست حاملگی مثبت شک به حاملگی نا به جا مطرح شده است انجام سونوگرافی واژینال نخستین اقدام منطقی است. اگر یک حاملگی زنده داخل رحمی وجود داشته باشد، حاملگی نا به جا فوق العاده نادر خواهد بود. همچنین در صورت خالی بودن رحم، حاملگی نا به جا را می توان با مشاهده یک توده آدنکسی مجزا از تخمدانها تشخیص داد.

➤ در صورتی که نتیجه بررسی فاقد قدرت تشخیصی باشد، اقدام بعدی را میتوان بر اساس سنجش سریال مقادیر سرمی β -HCG و تکرار سونوگرافی واژینال انجام داد. وجود رحم خالی همراه با مقادیر سرمی β -HCG در حد ۱۵۰۰ میلی یونیت در میلی لیتر یا بالاتر با دقت ۱۰۰ درصد حاملگی رحمی زنده را رد میکند. اگر میزان اولیه β -HCG کمتر از حد تمایز دهنده باشد، احتمال مراحل اولیه حاملگی رحمی مطرح میشود و در این موارد ممکن است سنجش سریال- β -HCG همراه با تکرار سونوگرافی واژینال کمک کننده باشد. در زنان دارای حاملگیهای طبیعی میانگین زمان دو برابر شدن β -HCG در سرم تقریباً ۴۸ ساعت است. ناتوانی در حفظ حداقل افزایش β -HCG همراه با خالی بودن رحم بر حاملگی نا به جادلالیت دارد. این زنان باید برای بررسی بیشتر در فواصل ۲-۳ روزه مورد ارزیابی قرار گیرند. اگر میزان β -HCG به طور

نامتناسب افزایش پیدا کند، در حد ثابت (کفه ای) باقی بماند و یا از سطح تمایز دهنده فراتر برود و با شواهد حاملگی رحمی در سونوگرافی واژینال همراه نباشد، می توان وجود حاملگی زنده داخل رحمی را رد کرد. -۱ .

- در مواردی که شک به حاملگی نا به جا وجود دارد، یک بار سنجش میزان سرمی پروژسترون ممکن است تشخیص را آشکار کند. اگر میزان سرمی پروژسترون بعد از حاملگی خود به خود حداقل ۲۵ نانوگرم در میلی لیتر باشد، باعث اطمینان از این مساله می شود که حاملگی نا به جا غیرمحمتمل است یکی از مشکلات این است که در حاملگیهای حاصل از فن آوریهای کمک باروری ممکن است میزان پروژسترون سرم بیش از حد معمول باشد. -۲ .
- لاپراسکوپ: مشاهده مستقیم لوله های فالوپ و لگن توسط لپاروسکوپ تشخیصی، در اکثر موارد مشکوک به حاملگی نا به جا، سبب دستیابی به تشخیص قابل اعتماد میشود. -۳ .
- لاپراتومی: در صورتی که زن حامله از نظر همودینامیک وضعیت ناپایداری داشته باشد و یا لپاروسکوپ امکان پذیر نباشد، جراحی باز شکم ترجیح داده میشود. در زنان مبتال به خونریزی آشکار شکمی که نیازمند درمان قطعی فوری هستند، نباید در هنگام انجام لاپراسکوپ، لاپراتومی به تعویق انداخته شود .

درمان و پیش آگهی :

ایمونوگلوبولین آنتی D: زنان D منفی مبتال به حاملگی نا به جا که در برابر آنتی ژن D حساس نشده اند، باید ایمونوگلوبولین آنتی D دریافت کنند .

درمان جراحی: اگر وضعیت بیمار ناپایدار باشد، لپاروسکوپ بر لپاروتومی ترجیح داده میشود. از سالپنگوستومی برای خارج ساختن حاملگیهای کوچکی که معمولاً کمتر از ۲ سانتی متر طول دارند و در یک سوم دیستال لوله فالوپ واقع هستند، استفاده میشود. همچنین میتوان از سالپنژکتومی

(رزکسیون لوله از طریق پاروسکوپ) برای درمان حاملگیهای نا به جای پاره شده و حاملگیهای نا به جای پاره نشده استفاده کرد

تروفوبالست پابرجا: به دنبال سالپنگوستومی، میزان سرمی β -HCG معمولاً به سرعت افت میکند و در روز دوازدهم به حد ۱۰ درصد مقادیر قبل از عمل می رسد. حاملگی نا به جای پابرجا از برداشته شدن ناکامل تروفوبالست ناشی میشود و در ۲۰-۵ درصد سالپنگوستومیها رخ میدهد

عواملی که خطر حاملگی نا به جای پابرجا را افزایش میدهند به شرح زیر هستند:

۱- حاملگیهای کوچک، یعنی با اندازه کمتر از ۲ سانتی متر ۲-درمان زودهنگام، یعنی قبل از روز ۴۲ قاعدگی

۳-میزان سرمی β -HCG بیش از ۳۰۰۰ میلی یونیت در میلی لیتر

۴-لانه گزینی در موقعیت داخلی نسبت به محل سالپنگوستومی

در صورت پابرجا ماندن یا افزایش میزان β -HCG، درمان جراحی یا طبی بیشتر ضرورت پیدا میکند .

درمان طبی :

درمان طبی حداقل در ۱۰-۵ درصد موارد با شکست مواجه میشود، در صورت شکست درمان طبی، درمان مجدد با روشهای طبی یا جراحی الکتیو ضرورت پیدا میکند. در صورت بروز پارگی لوله جراحی اورژانس ضروری خواهد بود

متوترکسات سیستمیک: این داروی ضدنئوپالسم، به عنوان آنتاگونیست اسید فولیک عمل میکند و

شدیداً علیه تروفوبالست سرعت تکثیرابنده موثر واقع میشود. خونریزی فعال داخل شکمی،

کنتراندیکاسیونی برای شیمی درمانی است. اندازه توده نابجا نیز حایز اهمیت است. اگر اندازه حاملگی نا به

جا بیشتر از ۴ سانتی متر باشد، نباید از متوترکسات استفاده شود. اگر حاملگی کمتر از ۶ هفته و حداکثر

قطر توده لوله ای ۳/۵ سانتی متر بوده و جنین مرده باشد و در ضمن میزان β -HCG کمتر از ۱۵۰۰۰ میلی یونیت در میلی لیتر باشد، بیشترین میزان موفقیت حاصل میشود .

کنتراندیکاسیونها شامل شیردهی، نقص ایمنی، الکلیسم، بیماری کبد یا کلیه، دیسکرازیه‌های خونی، بیماری ریوی فعال و زخم پپتیک هستند. بیمار باید از نظر همودینامیک در وضعیت باثباتی قرار داشته باشد. تا زمانی که حاملگی نا به جا برطرف نشده است، باید از نزدیکی جنسی و مصرف الکل اجتناب شود و مکمل اسید فولیک تجویز گردد .