

حاملگی نا بجا (اڪٽوپيڪ)

Ectopic pregnancy

* بلاستوسیت به دنبال لقاح و عبور از لوله فالوپ در حفره اندومتر لانه گزینی می کند و لانه گزینی در هر نقطه دیگر اکتوپیک در نظر گرفته می شود

میزان بروز حاملگی خارج از رحمی $1/5$ تا 2 درصد کل بارداری ها است .

عوامل خطر

- * آناتومی غیر طبیعی لوله
- * جراحی لوله ای قبلی برای حاملگی اکتوپیک قبلی-باقای باروری-TL
- * پس از یک مورد حاملگی لوله ای احتمال وقوع مجدد به 10 درصد می رسد و بعد از 2 بار حاملگی خارج از رحمی احتمال عود 25 درصد بیشتر است
- * سابقه عفونت های لوله ای PID
- * به دنبال یک مورد سالپنژیت در 10 درصد زنان حاملگی اکتوپیک رخ می دهد
- * چسبندگی دور لوله ناشی از سالپنژیت - اپاندیسیت - اندومتریوز
- * سالپنژیت ایسکمیک ندوزا (دیورتیکول مفروش از اپیتلیوم به داخل لایه عضلانی هیپرتروفیه گسترش می یابد)
- * ناهنجاری مادرزادی لوله فالوپ
- * نازایی و استفاده از روش های کمک باروری
- * استعمال دخانیات
- * شکست روش های جلوگیری از باروری (IUD- TL - کنتراستپتوهای صرفا پروژسترونی)
- * در 1/3 موارد شکست بعد از TL احتمال EP وجود دارد (به دنبال کواگولاسیون بای پولار بیشترین امکان و با سالپنژکتومی کمترین حد است)

سیر بیماری

- * 1- پارگی لوله
- * 2- سقط لوله ای
- * 3- شکست حاملگی همراه با جذب شدن

* در موارد پارگی لوله محصولات متسع شونده و مهاجم و خونریزی در نقاط مختلف لوله پارگی ایجاد می کند

* اگر لوله فالوپ در چند هفته اول پاره شود احتمالاً در بخش ایسم لوله است در حالی که تخمک بارور در بخش بینابینی باشد پارگی در مراحل دیرتر است اتفاق می افتد

* حاملگی ممکن است به خارج از بخش دیستال لوله سقط شود

* سقط در حاملگی فیمبریا و امپولی شایع تر است

* معمولاً تا زمانی که محصولات حاملگی هنوز در لوله باقی بماند درجاتی از خونریزی وجود دارد

* خون به اهستگی از فیمبریا به داخل حفره صفاق میرزد و در کلدوساک جمع می شود

* اگر انتهای فیمبریا بسته باشد خون در لوله تجمع می کند و هماتوسالینکس ایجاد می کند

تظاهرات بالینی

* تظاهرات کلاسیک حاملگی اکتوپیک با تریاد
* ریتارد منس - درد شکم - خونریزی یا لکه بینی واژینال

- * در موارد پارگی لوله : درد شدید قسمت تحتی شکم و لگن (درد تیز-خنجری یا پاره کننده)
- * تندرنس و ریباند
- * حرکت سرویکس دردناک
- * فورنیکس خلفی برجسته
- * درد گردن یا شانه
- * لکه بینی یا خونریزی واژینال
- * در مراحل اولیه خونریزی شکمی: عدم تغییری علایم حیاتی-افزایش اندک فشارخون-
- * در صورت ادامه خونریزی شکمی: افت فشار - افزایش ضربان قلب-سرگیجه- سنکوپ

ابتدا فقط کاهش اندکی در هموگلوبین رخ می دهد

* درجاتی از لکوسیتوز تا 30000

* تهوع-استفراغ



* تشخیص:

- * BHCG از سنسشیوترفوبلاست ترشح می شود و 8-10 روز بعد از تخمک گذاری در سرم قابل تشخیص است
- * BHCG هر 48 ساعت 1.4 تا 2 برابر می شود و در 8 تا 10 هفتگی به 50 تا 100 هزار می رسد
- * در صورت وجود خونریزی و درد شکم و تست حاملگی مثبت به طور تیپیک سونو ترانس واژینال برای تشخیص محل حاملگی انجام می شود
- * در مواردی که نه حاملگی داخل رحمی و نه اکتوپیک شناسایی نمی شود تا زمانی که محل حاملگی مشخص شود از اصطلاح حاملگی با محل نامشخص استفاده می شود
- * 1- بارداری داخل رحمی زودرس یا کلاپس باشد یا چندقلویی
- * 2- سقط کامل
- * 3- بارداری خارج از رحمی کوچک یا سقط شده
- * رحم خالی در حضور میزان سرمی بتا 1500-3000 میلی یونیت در میلی لیتر در رد کردن حاملگی زنده داخل رحمی از صحت صددرصد برخوردار است

سونو واژینال

- * ساک حاملگی داخل رحمی در هفته 4/5 تا 5
- * کیسه زرده در هفته 5 و 6
- * قلب جنین در هفته 5/5 تا 6
- * در سن بارداری 5/5 هفته باید سونوگرافی واژینال یک بارداری زنده داخل رحمی را مشخص کند
- * عدم وجود کیسه زده 38 روز بعد از LMP یا 24 روز بعد از لقاح نشان دهنده بارداری غیر قابل حیات است
- * ساک کاذب حاملگی : تجمعی از مایع است در بین لایه های اندومتر و شکل حفره رحم را به خود می گیرد که در 10 درصد حاملگی اکتوپیک دیده می شود

* سونوگرافی داپلر:

* جریان خون جفتی در اطراف اندکس کمپلکس حلقه آتش RING OF FIRE ایجاد می کند که از طریق داپلر کمک کننده است

* غلظت پروژسترون سرم :

- * غلظت پروژسترون سرم در بارداری خارج از رحمی پایین تر است
- * احتمال بارداری داخل رحمی زیستا با سطح پروژسترون سرمی بالاتر افزایش می یابد
- * سطح بالاتر از 20 نانوگرم در میلی لیتر نشان دهنده یک بارداری داخل رحمی نرمال است
- * مقدار کمتر از 5 نشانه یک بارداری غیر طبیعی داخل یا خارج رحمی است
- * مقدار بین 5 تا 20 همپوشانی زیاد است و قابل تشخیص نیست
- * اندازه گیری پروژسترون در تشخیص EP کمک کننده نیست



* هموپریتوین

- * در سونو مایع فاقد اکو یا هیپواکو در شکم دیده می شود
- * ابتدا خون در کلدوساک خلفی وجود دارد سپس از ناودان پاراکولیک تا بن بست موریسون در اطراف کبد گسترش می یابد

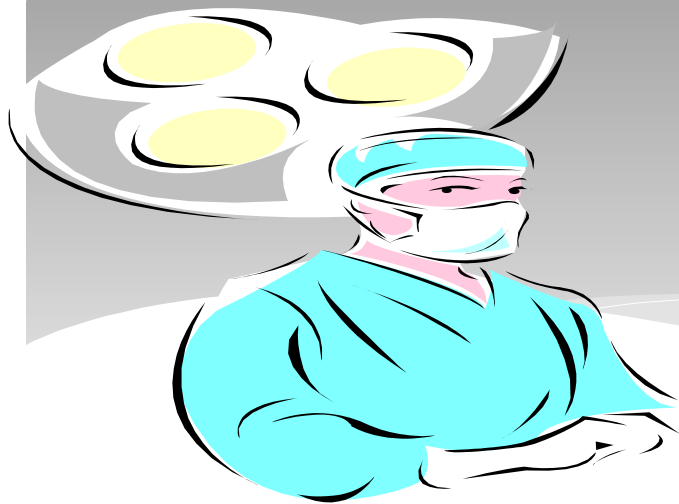
* کلدوسنتز: در گذشته برای تشخیص هموپریتوین استفاده می شد

- * اسپیره نشدن مایع ورود غیر رضایت بخش به کلدوساک است و حاملگی اکتوپیک را رد نمی کند

* مایع حاوی قطعات لخته کهنه یا مایع خونی که لخته نمی شود هموپریتوین است

* مایع خونی که لخته می شود از عروق خونی مجاور یا از حاملگی اکتوپیک که دچار خونریزی سریع است منشأ گرفته

درمان



* 1-جراحی

* لاپاراسکوپی-لاپاراتومی (سالپنگوستومی - سالپنژکتومی)

* 2-طبی

* رژیم تک دوز - دوز متغیر - دو دوز

* 3-درمان انتظاری

* درمان انتظاری:

* در بیماران بدون علامت و دارای سطح بسیار پایین بتا و نزولی بتا در نظر گرفته می شود

* کاهش میزان بتا در سنجش سریال

* فقدان شواهد پارگی در سونو

* در صورت درمان انتظاری مراقبت دقیق و پیگیری علائم بالینی و ارزیابی مکرر بتا و سونو لازم است و تا زمانی که سطح بتا به طور پیوسته کاهش یابد تحت پایش قرار می گیرد تا زمانی که غیر قابل ردیابی باشد

* درمان دارویی:

* 1- تزریق مستقیم دارو (متوتروکسات - کلرید پتاسیم - گلوکز هیپر اسمولار)

* 2- تزریق سیستمیک متوتروکسات

* الزامات مطلق درمان دارویی:

- * پایداری همودینامیک
- * هیچ مدرکی در مورد پارگی لوله و خونریزی داخل شکمی نباشد
- * فرد بیمار پیگیر باشد
- * منع درمان متوتروکسات نداشته باشد

* الزامات ترجیحی:

- * عدم وجود علائم
- * بتا کمتر از 5000
- * عدم فعالیت قلب جنین
- * توده کمتر از 4 سانت
- * تمایل به دریافت خون در موارد اورژانس
- * دسترسی آسان به بیمارستان

چند دوز	تک دوز	
4دوز تا زمانی که بتا 15درصد کاهش یابد	یک دوز - تکرار در صورت نیاز	دوز بندی
1 میلی گرم بر کیلو در روز های 1-3-5-7	50میلی گرم بر متر مربع سطح بدن	متوترکسات
0/1 میلی گرم بر کیلو در روزها 2-4-6-8		لکورین
روز 1-3-5-7	روز 1-4-7	بتا
اگر بتا کمتر از 15 درصد کاهش پیدانکند تزریق دوز بعدی در روز 11	اگر بتا روز 4 تا 7-15 درصد کاهش پیدا نکند تزریق دوز بعدی در روزهای 11 و 14	دوز اضافی
	هر هفته بتا چک شود تا منفی شدن	نظارت

* کنتر اندیکاسیون mtx

- * 1- حساسیت 2- پارگی لوله 3- شیردهی 4- حاملگی داخل رحمی
- * 5- اختلال عملکرد کبد و کلیه و هماتولوژی 6- زخم معده
- * 7- بیماری ریوی فعال 8 - نقص ایمنی

- * عوارض جانبی: معمولا جزئی و گذراست و شیوع آن در درمان چند دوزی بیشتر است
- * افزایش سطح ترانس آمینازهای کبدی شایعتر است - تهوع و استفراغ و اسهال به علت گاستریت - استوماتیت - در موارد نادر سرکوب مغز استخوان
- * ارزیابی قبل از تزریق:
- * CBC- گروه خون - کراتینین - آزمایشات کبدی - سونوگرافی واژینال

* در زنانی با شکایت درد شکم فزاینده و شدید باید سونوگرافی تکراری برای تشخیص افزایش مایع آزاد شکمی که نشانه پارگی EP می باشد انجام می شود

* درد در روزهای بعد از درمان با متوتروکسات ممکن است ایجاد شود که به احتمال زیاد منعکس کننده سقط لوله ای یا کشش صفاقی ناشی از هماتوم است

* پارگی لوله حتی سطح بتا در حال کاهش باشد ممکن است اتفاق بیفتد و تا 6 هفته پس از شروع درمان ممکن است ایجاد شود

* به طور نرمال 5 هفته طول می کشد تا بتا بعد از درمان دارویی منفی شود ولی به سطح اولیه بتا بستگی دارد

* اندیکاسیون درمان جراحی:

* 1-بی ثباتی همودینامیک

* 2-پارگی لوله

* 3-بارداری زیستای داخل رحمی

* 4-عدم تمایل بیمار

* 5-عدم دسترسی سریع به بیمارستان

* 6-موارد منع استفاده از درمان دارویی

* 7-شکست درمان دارویی

* در صورت بتا بالای 5000 و توده بالای 4 سانت و فعالیت قلب جنین جراحی توصیه می شود

* تکنیک جراحی :

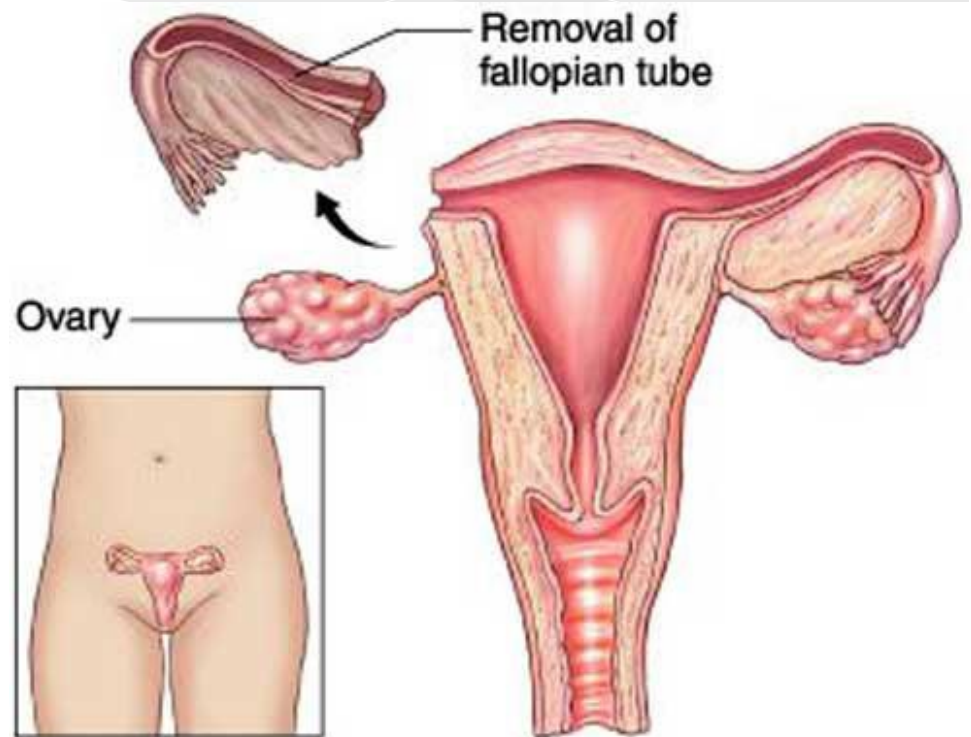
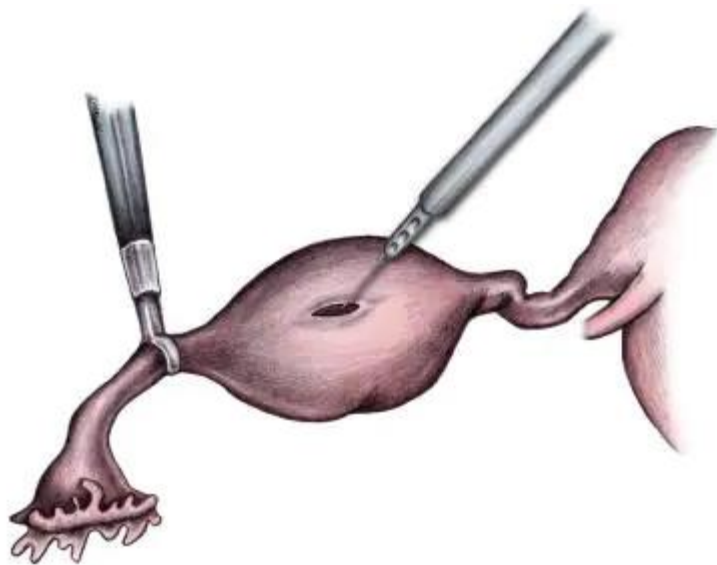
* 1- لاپاراسکوپی

* 2- لاپاراتومی

* مزیت لاپاراسکوپی:

* از دست دادن خون کمتر - چسبندگی کمتر - طول عمل کوتاهتر - بستری کوتاهتر -
بهبود سریعتر

* روش های جراحی: سالپنژکتومی - سالپنگوستومی



* در روز نخست بعد از جراحی بتا چک می شود و سپس هر 3 تا 7 روز بسته به میزان کاهش آن چک می شود

* در صورت افزایش یا ثابت ماندن بتا رژیم درمانی تک دوز متوتروکسات استفاده می شود

شک به حاملگی
اکتوپیک

ناپایداری
همودینامیک

جراحی

همودینامیک
پایدار

سونوگرافی
واژینال

حاملگی داخل
رحمی طبیعی

مراقبت پریناتال

حاملگی اکتوپیک

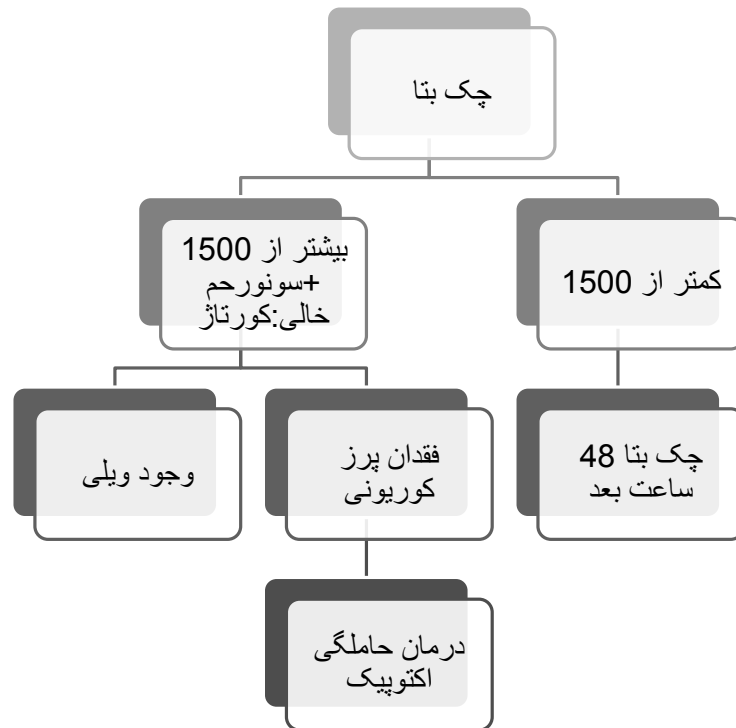
درمان

حاملگی داخل
رحمی غیر طبیعی

درمان

غیر تشخیصی

چک بتا



چک بتا 48
ساعت بعد

افزایش طبیعی: بتا
بالای 1500 سونو
می کنیم

کاهش قابل انتظار

افزایش کم یا
کاهش غیر طبیعی

حاملگی طبیعی
داخل رحمی

حاملگی غیر
طبیعی داخل
رحمی

حاملگی اکتوپیک

سنجش سریال بتا

کورتاژ

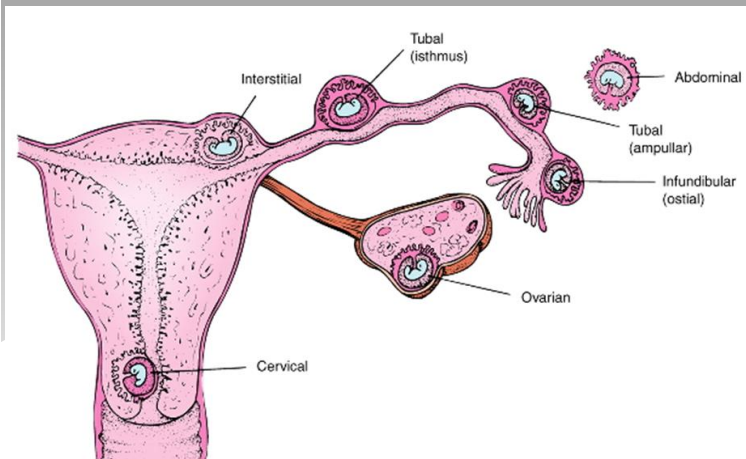


Figure 46-9 Sites of ectopic pregnancy.

Copyright © 2004 Lippincott Williams & Wilkins.

انواع حاملگی خارج از رحمی

* حاملگی لوله ای

* حدود 95 درصد حاملگی اکتوپیک در لوله فالوپ لانه گزینی می کند

* شایعترین محل امپول لوله است و در رتبه بعدی ایسم قرار دارد

>95% ectopic
pregs in fallopian
tubes

70% ampulla

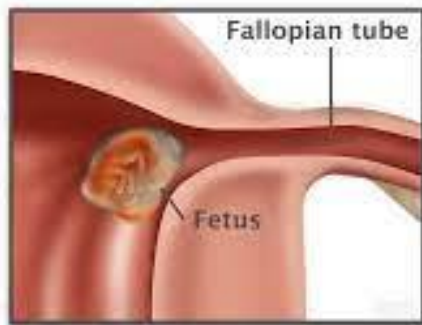
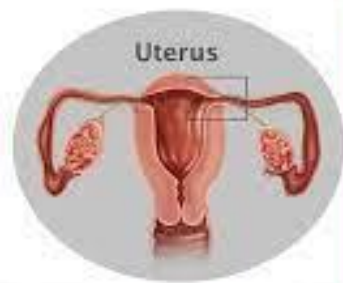
12% isthmic

11.1% fimbrial

3.2% ovarian

2.4% interstitial

1.3% abdominal



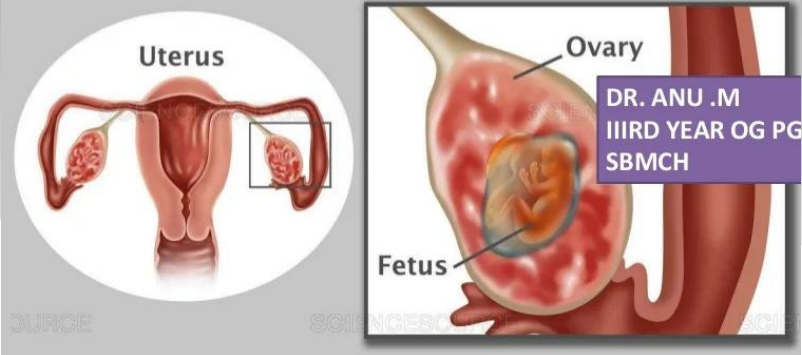
حاملگی بینابینی:

- * در داخل قطعه ای از لوله که در داخل دیواره رحم است قرار می گیرید
- * به ندرت قبل از 12 هفته پاره می شوند زیرا میومتر آن قابلیت اتساع بیشتری دارد
- * به علت مجاورت این حاملگی با شریانهای رحمی و تخمدانی خطر خونریزی شدید وجود دارد
- * معیارهایی که به تمایز در سونوگرافی کمک می کند:
- * خالی بودن رحم - ساک حاملگی خارج از مرکز همراه با یک پوشش میومتری نازک با ضخامت کمتر از 5 میلی متر که ساک را احاطه کرده است
- * یا از لاپاراسکوپی تشخیصی برای آن استفاده کرد
- * در لاپاراسکوپی یک برآمدگی بزرگ در خارج از رباط پهن قرار دارد همزمان با طبیعی بودن بخشهای دیستال لوله فالوپ و تخمدانها است
- * درمان طبی یا جراحی با لاپاراسکوپی یا لاپاراتومی
- * باتوجه به خطر پارگی رحم در بارداری بعدی پس از درمان نیاز به نظارت دقیق در حاملگی ضروری است

حاملگی شکمی:

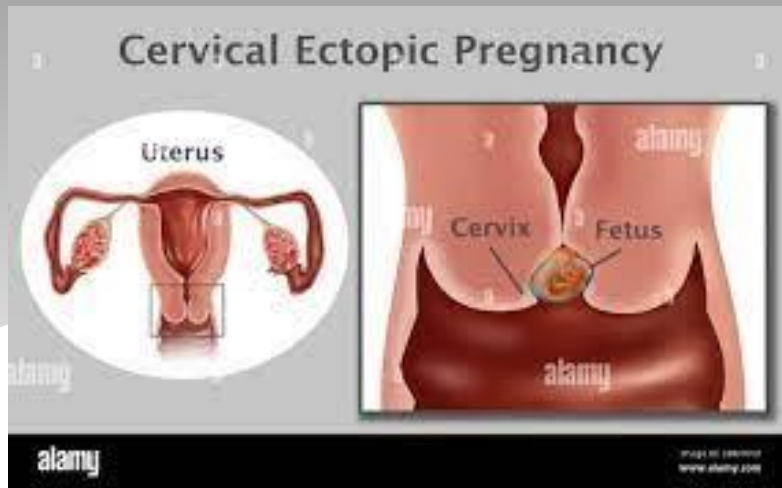
- * لانه گزینی در حفره صفاق (امنتوم - دیواره لگن - رباط پهن - کلدوساک - طحال - کبد - روده - سروز رحم - دیافراگم)
- * می تواند به صورت اولیه یا به صورت ثانویه به دنبال سقط لوله ای باشد
- * علایم مبهم (درد شکم - تهوع و استفراغ و حرکات دردناک جنین - موقعیت غیرطبیعی جنین - سرویکس جا به جا شده - الیگوهیدرامنیوس)
- * تشخیص با سونوگرافی است که نشانه ان عدم وجود میومتر بین مثانه و جنین است
- * می توان از MRI برای تایید تشخیص استفاده کرد
- * در هنگام تشخیص ختم حاملگی اندیکاسیون دارد
- * مرگ و میر مادر در بارداری شکمی بالاترین میزان در انواع بارداری خارج از رحمی است

Ovarian Ectopic Pregnancy



* حاملگی تخمدانی:

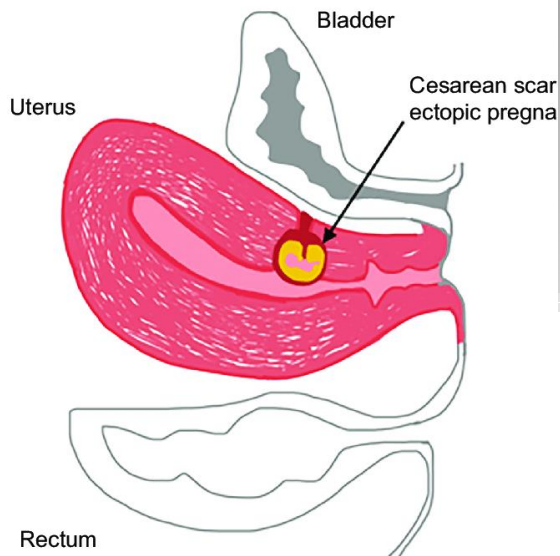
- * تشخیص با معیارهای زیر است
- * 1- لوله همان سمت سالم و مجزاست
- * 2- توده حاملگی اکتوپیک تخمدان را اشغال کرده است
- * 3- توده توسط رباط یوترواوارین به رحم وصل است
- * 4- در بررسی هیستولوژیک بافت تخمدان در میان بافت جفت قابل شناسایی است
- * به طور معمول درمان جراحی استفاده می شود



* حاملگی سرویکال:

* لانه گزینی در کانال اندوسرویکس قرار دارد
* علائم:

- * خونریزی واژینال بدون درد-سرویکس متسع و دارای دیواره نازک و ظاهر پر خون یا سیانوتیک است همراه با اتساع نسبی سوراخ خارجی دیده می شود
- * در سونو شکل ساعت شنی دارد-سرویکس متسع و رحم خالی با ضخامت اندومتر طبیعی است و وجود بافت حاملگی در سرویکس
- * و افزایش جریان خون کانونی که توسط سونوگرافی داپلر یا فعالیت قلب تشخیص داده می شود
- * درمان: در موارد ثبات خط اول MTX
- * جراحی

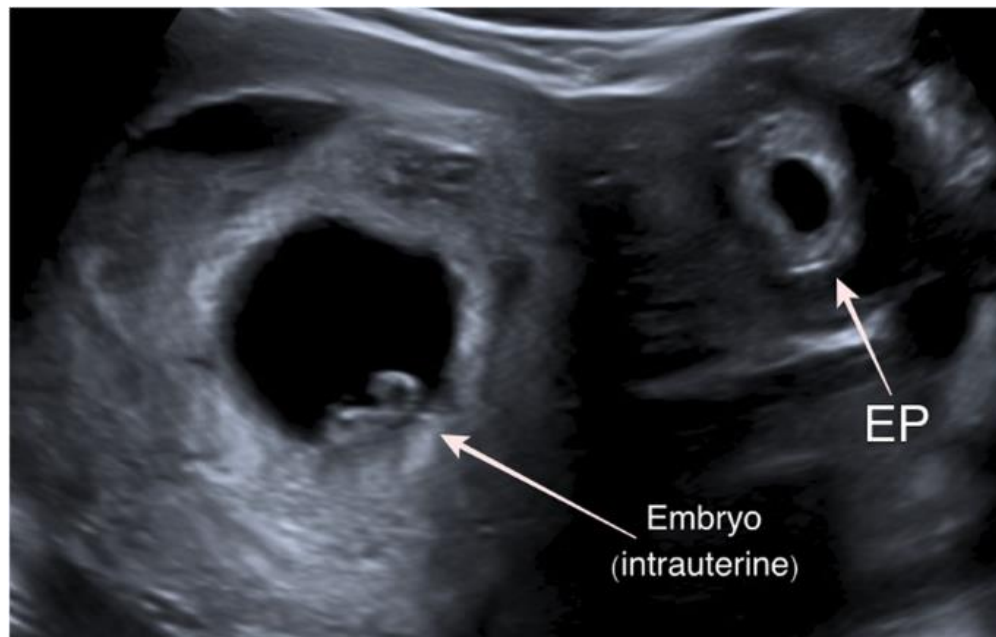


* حاملگی در اسکار سزارین :

- * لانه گزینی در داخل میومتر در محل اسکار سزارین قبلی انجام می شود
- * بارداری اسکار می تواند بعد از کورتاژ -میومکتومی -متروپلاستی - هیستروسکوپی - برداشتن دستی جفت
- * مکانیسم آن ناشناخته است اما تصویری شود که ناشی از مهاجرت بلاستوسیت از نقص میومتر -باز شدن اسکار یا از مسیر میکروسکوپی درون اسکار است
- * میزان بروز آن همزمان با افزایش میزان سزارین رو به افزایش است
- * علائم :خونریزی واژینال با یا بدون درد - پارگی رحم و شوک هموراژیک
- * در 40 درصد زنان فاقد علامت در سونوگرافی روتین تشخیص داده می شود که میومتر سالم بین مثانه و ساک حاملگی وجود ندارد
- * بهترین روش درمانی مشخص نیست
- * درمان شامل تزریق سیستمیک یا موضعی متوتروکسات یا همراه با جراحی (هیستروسکوپ - لاپاراتومی)
- * با توجه به احتمال عود در بارداری بعدی سونوگرافی زودرس برای تعیین محل لانه گزینی اندیکاسیون دارد

* بارداری هتروتوپیک:

- * هم زمان بودن بارداری داخل رحمی و خارج رحمی (لوله 90 %)
- * تشخیص زود هنگام ان ممکن است امکان پذیر نباشد چون هم بتا سرم و هم سونوگرافی گمراه کننده است
- * درمان انتخابی جراحی است



*باتشكر