

## حاملگی هتروتوپیک کورنوال: یک گزارش موردی از سقز

جمیله صلواتی<sup>۱</sup>، بختیار مسلمی<sup>۲</sup>، وجیهه باغی<sup>۳</sup>، الهه دارایی<sup>۴</sup>، رضا قانع قشلاق<sup>۵</sup><sup>۱</sup> متخصص زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، بیمارستان تأمین اجتماعی سقز<sup>۳</sup> کارشناس مامایی، بیمارستان امام خمینی سقز، دانشگاه علوم پزشکی کردستان<sup>۴</sup> کارشناس پرستاری بیمارستان امام خمینی سقز، دانشگاه علوم پزشکی کردستان<sup>۵</sup> کارشناس ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کردستان؛ دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

## چکیده

**سابقه و هدف:** حاملگی هتروتوپیک کورنوال در حاملگی‌های خودبه‌خودی بسیار نادر است و تشخیص آن بسیار مشکل، همراه کننده و چالش‌برانگیز است. تأخیر در تشخیص یا تشخیص نادرست به طور بالقوه تهدید کننده زندگی مادر خواهد بود.

**گزارش مورد:** در این گزارش، خانمی ۲۷ ساله با شکایت درد شکمی و خونریزی در حد لکه بینی با تأخیر سه هفته‌ای به بیمارستان مراجعه کرده بود. در بررسی‌ها، تشخیص حاملگی هتروتوپیک کورنوال داده شد. قسمت کورنوال و لوله همان طرف خارج و محل ترمیم شد. حاملگی داخل رحمی هم پس از چند روز سقط شد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به این که حاملگی کورنوال در محل غنی از عروق واقع شده است، هر نوع پارگی می‌تواند منجر به خونریزی و شوک حاد و مرگ و میر شود؛ بنابراین حاملگی کورنوال نیازمند تشخیص دقیق و درمان فوری است.

**واژگان کلیدی:** حاملگی، حاملگی خارج رحمی، حاملگی هتروتوپیک کورنوال.

## مقدمه

حاملگی خارج رحمی به حاملگی اطلاق می‌شود که در خارج از محوطه رحمی اتفاق می‌افتد و در ۹۸ درصد موارد در لوله جایگزین می‌شود. حاملگی خارج رحمی شایع‌ترین علت مرگ و میر مادران در سه ماهه اول حاملگی است (۱). حاملگی هتروتوپیک زمانی رخ می‌دهد که بارداری داخل رحمی و خارج رحمی به طور هم‌زمان وجود داشته باشند. فراوانی حاملگی هتروتوپیک به دلیل استفاده از روش‌های کمک باروری در حال رشد است، به طوری که میزان بروز آن به یک مورد در هر ۱۰۰ حاملگی رسیده است (۲). حاملگی کورنوال یک نوع حاملگی خارج رحمی خطرناک و پرچالش است که در آن لانه‌گزینی در

کورنوال رحم انجام می‌شود (۳). حاملگی کورنوال ۲ تا ۴ درصد حاملگی‌های خارج رحمی را شامل می‌شود و میزان مرگ و میر آن ۶ تا ۷ برابر سایر حاملگی‌های خارج رحمی است (۴). میزان حاملگی هتروتوپیک کورنوال در لقاح آزمایشگاهی حدود یک مورد در هر ۳۶۰۰ بارداری برآورد شده است، اما در حاملگی‌های خودبه‌خودی بسیار نادر است (۲، ۵). بیماری‌های التهابی لگن، سابقه جراحی قبلی لگن، ناهنجاری‌های رحمی و لقاح آزمایشگاهی از جمله عوامل مستعد کننده حاملگی کورنوال هستند (۶). علی‌رغم روش‌های تشخیصی در دسترس، از قبیل سونوگرافی واژینال و اندازه‌گیری بتاگنادوتروپین جفتی انسانی، باز هم شناسایی زود هنگام این حاملگی کورنوال بسیار مشکل و همراه کننده است. این نوع حاملگی خارج رحمی تمایل به خونریزی شدید دارد، به طوری که تشخیص نادرست منجر به تهدید زندگی بیمار می‌شود (۷). هابانا (۲۰۰۰) می‌نویسد که تشخیص حاملگی هتروتوپیک کورنوال اغلب با تأخیر صورت

می‌گیرد، به طوری که تنها در ۱۰ درصد موارد قبل از جراحی تشخیص مسجل می‌شود (۸).

## گزارش مورد

بیمار خانمی ۲۷ ساله بود که با شکایت درد شکمی و خونریزی واژینال در ساعت ۲۱:۳۰ تاریخ ۱۳۹۲/۰۷/۰۷ به زایشگاه بیمارستان تأمین اجتماعی سقز مراجعه کرد و بستری شد. وی این علائم را از سه هفته قبل ذکر کرد. بیمار سابقه سه بار حاملگی و یک زایمان داشت (G<sub>3</sub>P<sub>1</sub>Ab<sub>1</sub>LCh<sub>1</sub>). در زمان بستری، علائم حیاتی بیمار طبیعی بود (فشار خون ۱۱۰/۶۰ میلی‌لیتر جیوه، نبض ۹۰ بار در دقیقه، تنفس ۱۸ بار در دقیقه و درجه حرارت ۳۷ درجه سانتی‌گراد)، اما بیمار از ضعف و بی‌حالی شاکی بود. در معاینه واژینال، سرویکس بسته و حرکات آن دردناک بود، VB در حد +۱ بود و تندرین روی رحم و آدنکس دو طرف، به خصوص طرف چپ، وجود داشت. برای بیمار آزمایش هموگلوبین (Hb)، هماتوکریت (Hct)، ازت اوره خون (BUN) و کراتینین (Cr) و تعیین گروه خونی با رزرو دو واحد پکسل و سونوگرافی اورژانسی رحم و ضمایم درخواست شد. میزان هموگلوبین ۱۰/۲ گرم در دسی‌لیتر، هماتوکریت ۳۱ درصد، ازت اوره خون ۱۴ میلی‌گرم در دسی‌لیتر و کراتینین ۰/۷ میلی‌گرم در دسی‌لیتر بود. سونوگرافی اول ساعت ۲۳ انجام شد. یافته‌های سونوگرافی تصویر یک ساک حاملگی در موقعیت مناسب رحمی را نشان می‌داد و درون ساک یک جنین زنده دارای ضربان قلب طبیعی و سن حاملگی ۸ هفته گزارش شده بود. در قسمت چپ و فوندال رحم ادامه واکنش دسیدوایی دیده می‌شد و رحم نمای مشکوک به دو شاخ داشت. تخمدان طبیعی و مایع آزاد اندکی داخل لگن دیده می‌شد. در آدنکس توده فضاگیری مشاهده نشد (شکل ۱).

در آزمایش روز دوم، هموگلوبین به ۹/۷ گرم در دسی‌لیتر افت کرده بود. علائم حیاتی بیمار به طور منظم کنترل می‌شد و افت فشار خون و تاکیکاردی نداشت. در سونوگرافی دوم در ساعت ۰۹:۳۰ روز ۹۲/۰۷/۰۸، یک ساک حاملگی در حفره رحم با یک جنین زنده دارای ضربان قلب طبیعی گزارش شد. در سمت چپ شاخ، واکنش دسیدوایی و تجمع مایع دیده می‌شد. مایع آزاد قابل توجهی در شکم و لگن دیده شده بود، اما توده فضاگیری در آدنکس گزارش نشده بود. بیمار با تشخیص حاملگی هتروتوپیک پاره شده همان روز در ساعت ۰۹:۴۵ تحت عمل جراحی لاپاراتومی با بیهوشی عمومی قرار گرفت. بعد از باز کردن شکم، یک لیتر خون و لخته داخل شکم وجود داشت. حاملگی کورنوال چپ دارای خونریزی فعال از نقطه کشش بود. قسمت کورنوال و لوله همان طرف خارج و محل ترمیم شد. پس از تخلیه خون و لخته‌ها و شستشوی شکم، ترمیم انجام گردید. نمونه برداشته شده برای پاتولوژی ارسال گردید. به دلیل خونریزی فعال حین عمل برای بیمار دو واحد پکسل هم ترانسفوزیون شد. به دلیل احتمال بالای سقط جنین دوم، نداشتن بخش مراقبت‌های ویژه، عدم دسترسی بیمار به خدمات بهداشتی درمانی به دلیل سکونت در روستا و پیش‌گیری از عفونت رحمی و نازایی ثانویه ناشی از آن برای بیمار آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف تجویز شد.

سونوگرافی روز ۹۲/۰۷/۰۹، fetal pole بدون ضربان قلب را گزارش کرد و شکم و لگن و آدنکس نرمال و فاقد مایع آزاد بود. بیمار بدون تجویز اکسی‌توسین یا هر نوع داروی یوتروتونیک در بخش تحت نظر قرار گرفت و جنین در عرض ۴۸ ساعت دفع گردید. در این مدت، علائم حیاتی بیمار پایدار بود و افت هموگلوبین نداشت. هموگلوبین ۴۸ ساعت پس از عمل جراحی ۱۰/۵ گرم در دسی‌لیتر بود. در سونوگرافی کنترل روز ۹۲/۰۷/۱۲، در کانال سرویکس تصویر ۲۶ میلی‌متری از بقایا وجود داشت. بیمار روز ۹۲/۰۷/۱۲ ترخیص شد. به دلیل پایدار بودن وضعیت بیمار، سرپایی پیگیری انجام شد. در سونوگرافی یک هفته پس از ترخیص، رحم و ضمایم طبیعی گزارش شد.

## بحث

تشخیص سریع حاملگی کورنوال همواره مشکل است. هر چند حاملگی نابجای کورنوال خیلی نادر است، اما میزان بروز آن به دلیل ظهور فن‌آوری‌های کمک باروری رو به افزایش است. از سال ۱۹۹۰ به بعد تنها ۳۲ مورد و یک دهه قبل از آن تنها ۹ مورد منتشر شده است. به دلیل وجود ساک حاملگی خارج رحمی، تشخیص این بیماری مشکل است. شایع‌ترین خطر آن،



شکل ۱. تصویر سونوگرافی که نشان دهنده ساک بارداری و واکنش دسیدوایی هتروژن در بخش مرکزی و سوپرالترال چپ فوندوس رحم است.

کورنوال ممکن است منجر به نازایی و پارگی رحمی در بارداری‌های بعدی شود (۱۴).

هیستروسکوپی به عنوان یک روش تشخیصی و درمانی استاندارد به دلیل تشخیص دقیق‌تر، ارزیابی صحیح‌تر پاتولوژی قبل از درمان، ثبت معاینه با عکس و فیلم و هزینه کمتر نسبت به سایر روش‌های جراحی ارجح‌تر است (۱۵). منطق حاکم بر روش هیستروسکوپی، پیشگیری از جراحی وسیع است. در صورت عدم تمایل به درمان با متوتروکسات، شکست درمان طبی و یا در دسترس نبودن درمان طبی از این روش استفاده می‌شود (۱۱). با توجه به عدم امکانات و تجهیزات لازم و این که هم زمان حاملگی داخل رحمی با FHR طبیعی هم گزارش شده بود، امکان استفاده از هیستروسکوپی منتفی بود. برای بیماران با حاملگی خارج رحمی پاره نشده که وضعیت همودینامیک ثابتی دارند و در سونوگرافی مایع آزاد کمی وجود داشته باشد، درمان طبی توصیه می‌شود (۱۳). در روش طبی، به خصوص در اوایل بارداری و قبل از پارگی، از درمان با کلرید پتاسیم با یا بدون متوتروکسات استفاده می‌شود (۱۲). در این مورد هم به دلیل وجود جنین زنده از درمان طبی استفاده نشد. هابانا و همکارانش (۲۰۰۰) در مطالعه‌ای پیامد روش‌های جراحی و درمان طبی را با هم مقایسه کردند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که میزان سقط در روش جراحی کمتر از درمان طبی (۱۳) درصد در مقابل ۵۰ درصد) است و میزان تولد زنده در روش جراحی بیشتر از درمان طبی است (۶۰/۹ درصد در مقابل ۵۰ درصد) (۸). با اجرای این پروسجر باید این خطر را مد نظر داشت که تخلیه حاملگی خطر خون‌ریزی وسیع و هیستروکتومی بالقوه را افزایش می‌دهد؛ همچنین رزکسیون کورنوال ممکن است با تضعیف عضلات رحم خطر پارگی را در حاملگی‌های بعدی بالا ببرد (۵).

با توجه به این که حاملگی کورنوال در محلی غنی از عروق در لگن واقع شده است، هر نوع پارگی می‌تواند منجر به خون‌ریزی و شوک حاد و مرگ و میر شود. بنابراین حاملگی کورنوال نیازمند تشخیص دقیق و درمان فوری است.

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی کسانی که ما را در این مطالعه یاری رساندند، قدردانی می‌گردد.

پارگی رحم با پیشرفت حاملگی است (۵). حاملگی کورنوال دارای علائم درد شکمی و خونریزی واژینال است که در یک چهارم بیماران به شوک هموراژیک و مرگ و میر بالقوه مادران می‌شود (۴). با توجه به این که ساک حاملگی در منطقه‌ای پرعروق و کنار شریان رحمی است، با پیشرفت حاملگی و بزرگ شدن اندازه جنین، این عروق پاره شده و خونریزی سریع و شدیدی رخ می‌دهد (۵).

ساک حاملگی با حفره رحم خالی و میومتریم نازک و گاه عدم وجود میومتریم در اطراف ساک از معیارهای تشخیصی حاملگی کورنوال در سونوگرافی است. تفاوت بین حاملگی کورنوال با حاملگی داخل رحمی با موقعیت غیر عادی می‌تواند مبهم باشد. وجود میومتریم اطراف ساک حاملگی یک مشخصه مفید سونوگرافیک برای نشان دادن تفاوت این دو وضعیت است (۹). حساسیت و ویژگی این معیار به ترتیب ۴۰ درصد و ۸۰ درصد گزارش شده است (۱۰). در اوایل حاملگی ساک حاملگی معمولاً در قسمت کناری رحم واقع شده است و با پیشرفت حاملگی کورنوال ممکن است در بالای فوندوس رحم قرار گیرد و ممکن است وضعیت حاملگی داخل رحمی دارای موقعیت غیر عادی را تقلید کند؛ به این یافته سونوگرافیک نشانه *interstitial line* گفته می‌شود (۱۱).

انتخاب درمان به وضعیت ضایعه و شرایط بیمار بستگی دارد (۱۲). در درمان جراحی از روش‌های لاپاراتومی (هیستروکتومی، رزکسیون کورنوال و بستن شریان رحمی و ترمیم پارگی (uterine conrnu)، تکنیک‌های لاپاراسکوپی (رزکسیون کورنوال، سالپینژستومی، رزکسیون کورنوال همراه با سالپینژکتومی) و هیستروسکوپی استفاده می‌شود (۱۱). برای بیماران با پارگی و شوک هیپوولمیک از لاپاراتومی استفاده می‌شود؛ در صورت سالم بودن لوله طرف مقابل، تمامی لوله یا سگمنت حاوی حاملگی خارج رحمی برداشته می‌شود (۱۳). در حضور تجهیزات و امکانات کافی، روش لاپاروسکوپی معمول‌تر از لاپاراتومی است، گرچه در یک سوم موارد به دلیل مشکلات فنی یا هماتوم پریتوئن این روش هم به لاپاراتومی منتهی خواهد شد (۵). در جراحی لاپاراسکوپی، زمان جراحی، خونریزی، اقامت در بیمارستان و نیاز به ضد دردها کمتر از روش لاپاراتومی است (۱۳). امروزه حاملگی کورنوال و حتی موارد با پارگی اورژانسی با جراحی لاپاراسکوپی مدیریت می‌شوند، هر چند جراحی رزکسیون

## REFERENCES

1. Kashanian M, Baradaran HR, Mousavi SS. Evaluation of the risk factors of ectopic pregnancy and a comparison between two age groups: more and less than 20 years old. Razi Journal of Medical Sciences 2012; 18: 20-26. [In Persian]

2. Pasic RP, Hammons G, Gardner JS, Hainer M. Laparoscopic treatment of corneal heterotopic pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002; 9: 372-75.
3. Pal B, Akinfenwa O, Harrington K. Hysteroscopic management of cornual ectopic pregnancy. *BJOG* 2003; 110:879-80.
4. Surekha SM, Chamaraja T, Nabakishore SN, Bimolchandra SN, Neeraja TS. A ruptured left corneal pregnancy: a case report. *J Clin Diagn Res* 2013; 7: 1455-56.
5. Poujade O, Ducarme G, Luton D. Cornual heterotopic pregnancy: a case report. *J Med Case Rep* 2009; 3: 1-4.
6. Hwang JH, Lee JK, Lee NW, Lee KW. Open corneal resection versus laparoscopic corneal resection in patients with interstitial ectopic pregnancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011; 156 78-82.
7. Walid MS, Heaton RL. Diagnosis and laparoscopic treatment of cornual ectopic pregnancy. *Ger Med Sci* 2010; 8: 1-4.
8. Habana A, Dokras A, Giraldo JL, Jones EE. Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:1264-70
9. Rizk B, Holliday CP, Abuzeid M. Challenges in the diagnosis and management of interstitial and corneal ectopic pregnancies. *Middle East Fertility Society Journal* 2013; 18: 235-40.
10. Tinelli A, Malvasi A, Pellegrino M, Pontrelli G, Martulli B, Tsin DA. Laparoscopical management of corneal pregnancies: a report of three cases. *Eur J Obstetr Gynecol Reprod Biol* 2010; 151: 199-202.
11. Faraj R, Steel M. Management of cornual (interstitial) pregnancy. *Obstet Gynaecol* 2007; 9:249-55.
12. Su MT, Hsu KF, Kuo PL. Delayed uterine rupture after fetal reduction in a case of heterotopic pregnancy. *Taiwanese J Obstet Gynecol* 2005; 44: 270-72.
13. Sivalingam VN, Duncan WC, Kirk E, Shephard LA, Horne AW. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2011; 37: 231-40.
14. Yang SB, Lee SJ, Loe HS, Goo DE, Chang YW, Kim DH. Selective uterine artery embolization for management of interstitial ectopic pregnancy. *Korean J Radiol* 2007; 8:176-79.
15. Vahdat M, Aghaee M, Setarehdan A. The survey on ten years management with hysteroscopy of patients referred to Rasool Akram teaching hospital in Tehran. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2009; 12: 1-6.