



حاملگی اکتوپیک (نا به جا)
Ectopic Pregnancy

حاملگی اکتوپیک

- تعریف: جایگزینی رویان در هر نقطه ای غیر از اندومتر مفروش کننده رحم
- تقسیم بندی
 - ✓ در ۹۵ درصد در لوله های فالوپ رخ داده
 - آمپول شایع ترین محل است (۷۰ درصد) سپس به ترتیب شیوع: ایسم، فیمبریه و نامیه بینابینی
 - ✓ ۵ درصد مابقی EP های غیر لوله ای در نامیه تخمدان، مفره صفاقی، سرویکس یا اسکار قبلی سزارین دیده می شود.
- بارداری هتروتوپیک: بارداری چندقلویی با جنینی با لانه گزینی طبیعی در رحم همراه با جنینی دیگر با لانه گزینی اکتوپیک

علل و عوامل خطر EP

- آناتومی غیر طبیعی لوله های فالوپ (مسئول اکثر بارداری های اکتوپیک لوله ای است)
- جراحی های لوله
- بازگرداندن باروری یا عقیم سازی (با بیشترین خطر همراه است)
- سابقه EP: احتمال وقوع مجدد EP در زنان با سابقه قبلی ۱۰ درصد است.
- عفونت ها مانند سالپنژیت و پسبندگی های اطراف لوله (به دنبال آپاندیسیت، سالپنژیت و اندومتریوز)
- ناباروری و روش های کمک باروری
- مصرف دخانیات
- برخی از روش های جلوگیری از بارداری مانند عقیم سازی لوله ای، IUD و OCP پروژسترونی

پیامدهای EP

- پارگی لوله
- سقط لوله ای
- شکست بارداری به همراه جذب شدن



تفاوت هایی بین حاملگی اکتوپیک ماد و مزمن وجود دارد.

- در بارداری اکتوپیک ماد افزایش واضح β hCG همراه با رشد سریع EP سبب تشخیص سریع آن میشود. خطر پارگی لوله در این لوله ها بالا است.
- در بارداری اکتوپیک مزمن سطوح سرمی β hCG پایین بوده و دیرتر دچار پارگی می شوند.

علائم بالینی EP

- درد شکمی
- لکه بینی و خونریزی واژینال
- در موارد پارگی درد تیز، فنجری و پاره کننده
- درد گردن و شانه در اثر تمرین دیافراگم
- سرگیجه و سنکوپ به دلیل هیپوولمی در اثر خونریزی
- تندرینس شکم
- درد در معاینه دودستی

تریاد کلاسیک بارداری اکتوپیک

✓ آمنوره

✓ درد

✓ خونریزی واژینال

هموگرام

- پیگیری مقادیر هموگلوبین و هماتوکریت و مقایسه با مقادیر اولیه در موارد خونریزی حاد
- لکوسیتوز در نیمی از زنان با EP پاره شده تا حد ۳۰۰۰۰ عدد در میکرولیتر وجود دارد.

تشخیص EP

- میزان سرمی β hCG (زیر واحد بتای گنادوتروپین کوریونی انسان)
- سونوگرافی ترانس واژینال (TVS)
- میزان پروژسترون سرخ

BHCG سرم

در مواردی که میزان β hCG بیشتر از آستانه تمایز باشد و ساک بارداری داخل رحمی مشاهده نشود، بارداری فاقد قابلیت میات و یا از نوع EP است.

آستانه تمایز در حد ۱۵۰۰ یا ۲۰۰۰ میلی یونیت در میلی لیتر است.

سونوگرافی ترانس واژینال (TVS)

- در صورت نتیجه مثبت تست بارداری و وجود خونریزی و درد، سونوگرافی ترانس واژینال جهت تشخیص محل بارداری انجام می شود.
- بارداری با محل نامشخص (PUL): مواردی که بارداری داخل رحمی و خارج رحمی مشخص نمی شود.
- پس از دو بار سنجش اولیه β hCG در موارد PUL، سنجش های بعدی هر ۲ تا ۷ روز یک بار انجام می شود.
- الگوی سه لایه اندومتر ممکن است جنبه تشخیصی داشته باشد
- در موارد مشاهده سای کاذب حاملگی احتمال EP افزایش می یابد.
- کمپلکس ملقه آتش: مشاهده جریان خون جفتی اطراف توده آدنکسی از طریق تصویر برداری با داپلر رنگی

هموپریتوئن

- زمانی که میزان خون تجمع یافته به ۴۰۰ الی ۶۰۰ سی سی می رسد، مایع آزاد در بن بست موریسون در اطراف کبد تشخیص داده می شود.
- وجود هم زمان مایع صفاقی به همراه توده آدنکسی با احتمال زیاد بر بارداری اکتوپیک دلالت دارد.

پروژسترون سرم

مقادیر پروژسترون بیشتر از ۲۵ نانوگرم در میلی لیتر، حاملگی نابه جا را با حساسیت ۹۷ درصد رد می کند.

مقادیر کمتر از ۶ نانوگرم در میلی لیتر مرگ رویان یا جنین را مطرح می کند.

در اکثر بارداری های EP پروژسترون بین ۱۰ تا ۲۵ نانوگرم در میلی لیتر است.


درمان طبی

متوترکسات (MTX)

- آنتاگونیست اسید فولیک
- ضد تروفوبلاست های دارای تکثیر سریع

رژیم تک دوز

رژیم چند دوزی که برای کاهش سمیت متوترکسات، لکهورین هم به رژیم افزوده می شود.

- 
- متوترکسات تراتوژنی پر قدرت است
 - امبریوپاتی متوترکسات: ناهنجاری های کرانیوفاسیال، اسکلتی و IUGR
 - عوارض متوترکسات:
 - درگیری کبد
 - استوماتیت
 - گاستروانتریت
 - انجام آزمایش های CBC، BG Rh و تستهای عملکرد کبد (LFTs)

فاکتورهای درمان موفقیت آمیز متوترکسات

- میزان اولیه β hCG کم (بهترین پیشگویی کننده پروگنوستیک در موارد درمان تک دوز با MTX)
- بارداری اکتوپیک با اندازه کوچک
- فقدان فحایت قلب جنین

پروتکل های درمان طبی بارداری اکتوپیک

■ رژیم تک دوز:

- MTX: ۵۰ میلی گرم بر متر مربع BSA، تکرار در صورت لزوم
- سنجش β hCG: روزهای ۱ (مد پایه)، ۴ و ۷

■ رژیم چند دوزی:

- MTX: ۱ میلی گرم بر کیلوگرم در روزهای ۱، ۳، ۵ و ۷
 - لکهورین: ۰/۱ میلی گرم بر کیلوگرم در روزهای ۲، ۴، ۶ و ۸
 - تا ۴ دوز از هر دو دارو، تا زمانی که میزان β hCG سرم ۱۵٪ کاهش یابد.
 - سنجش β hCG: روزهای ۱ (مد پایه)، ۳، ۵ و ۷
- ❖ پس از وصول کاهش ۱۵ درصدی، میزان β hCG سرم هر هفته یک بار تا غیرقابل سنجش شدن آن اندازه گیری می شود.

درمان جراحی

- لاپاراسکوپی: درمان ارجح در بیماران با ثبات از نظر هودینامیک
- سالپنگوستومی: برای خارج سازی بارداری کوچک و پاره نشده مورد استفاده قرار می گیرد.
- سالپنژکتومی: در موارد بارداری اکتوپیک پاره شده و پاره نشده مورد استفاده قرار می گیرد.

درمان انتظاری

درمان انتظاری در بیماران زیر توصیه می شود:

- بیماران بدون علامت
- در مراحل اولیه بارداری لوله ای
- میزان سرمی β hCG ثابت یا در حال کاهش باشد

بارداری بینابینی

- لانه گزینی در قطعه پروگزیمال لوله در داخل دیواره عضلانی رحم
- عامل خطر اختصاصی: سابقه سالپنژکتومی در همان سمت
- پارگی معمولاً بعد از ۸ الی ۱۶ هفته آمنوره
- نشانه خط بینابینی

بارداری در اسکار سزارین (CSP)

- بارداری در میومتر مربوط به اسکار سزارین قبلی
- علائم شایع: درد و خونریزی
- معمولاً زنان مبتلا به CSP در مراحل زود هنگام مراجعه می کنند.

بارداری سرویکال

- عوامل خطر زمینه ساز: روش های کمک باروری و سابقه کورتاژ رحم
- در ۹۰ درصد زنان مبتلا به بارداری سرویکال: خونریزی بدون درد که ممکن است شدید باشد
- در سونوگرافی رحم به شکل ساعت شنی دیده می شود.

بارداری شکمی

- لانه گزینی در مفره صفاق (به جز لانه گزینی در لوله، تخمدان و داخل رباط)
- ممکن است میزان سرمی α FP مادر افزایش یابد.
- لمس موقعبیت غیر طبیعی جنین یا سرویکس مالت جابه جا شده داشته باشد.
برفی نشانه های سونوگرافیک بارداری شکمی:
- مشاهده جنین مجزا از رحم یا با موقعبیت خارج از مرکز در لگن
- فقدان میومتر در بین جنین و دیواره قدامی شکم یا مثانه مادر
- اماطه شدن ساک بارداری توسط قوس های روده
- اولیگوهایدرآمنیوس شایع اما غیر اختصاصی می باشد.
- می توان از MRI برای تشخیص استفاده کرد.

بارداری تخمدانی

معیارهای تشخیصی حاملگی تخمدانی:

- لوله در همان سمت سالم و مجزا از تخمدان است.
- توده حاملگی اکتوپیک تخمدان را احاطه کرده است
- توده حاملگی اکتوپیک بوسیله رباط رحمی تخمدانی به رحم متصل است.
- بافت تخمدان در بین بافت جفت در بررسی هیتولوژیک شناسایی می شود.