مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره نوزدهم، شماره ۸، مرداد ۱۳۹۶، صفحه ۷۳-۶۹

گزارش مورد

گزارش یک مورد پیچ خوردگی کیست تخمدان و حاملگی خارج از رحم همزمان در ادنکس راست به دنبال حاملگی خودبخودی

نیره قمیان (MD)[۱*]، عاطفه علامتیان (MD)[۲]، مریم غفاریان امید (MD)[۲]

۱-مرکز تحقیقات نوزادان و مادران، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۲-گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دریافت: ۹۶/۲/۲، اصلاح: ۹۶/۳/۲۰، پذیرش: ۹۶/۴/۲۸

خلاصه

سابقه و هدف: پیچ خوردگی تخمدان در ۲/۷٪ و حاملگی خارج رحم در ۲٪ تمام حاملگی ها اتفاق می افتد که هر دو به عنوان اورژانس های ژنیکولوژی شناخته می شوند. وقوع همزمان این دو مورد نادر است. مطالعه حاضر گزارش یک مورد پیچ خوردگی تخمدان و حاملگی خارج رحم همزمان می باشد.

گزارش مورد: بیمار خانمی ۳۱ ساله بارداری سوم با سابقه دوبار سقط می باشد که با سابقه رتارد قاعدگی ۶ هفته ای و خونریزی واژینال از یک روز قبل و درد شکمی کولیکی همراه با دو نوبت تهوع و استفراغ مراجعه کرد. در سونوگرافی انجام شده کیست ۶۰×۵۴ میلیمتر در تخمدان راست و مایع آزاد متوسط در کلدوساک گزارش شد و سطح βHCG سرم بیشتر از ۱۰۰۰ بود. به علت تشدید درد شکم ،لاپاراتومی اورژانس انجام شد که حاملگی خارج از رحم پاره شده آمپول لوله راست با خونریزی فعال و کیست ۷×۶ سانتیمتری همان سمت که دو دور پیچ خوردگی داشت مشهود بود. پیچ خوردگی باز و سالپنژکتومی راست و کیستکتومی انجام شد. بیمار ۴۸ ساعت پس از عمل جراحی با حال عمومی خوب و بدون عارضه مرخص گردید و در طی ۶ هفته پیگیری پس از عمل نیز مشکلی نداشت.

نتیجه‌گیری: وقوع همزمان حاملگی خارج از رحم و پیچ خوردگی تخمدان نادر می باشد، اما احتمال وقوع دارد. بنابراین تشخیص زودرس برای حفظ باروری آینده و تخمدان اهمیت دارد که با اقدام مناسب درمانی می توان از عوارض ناخواسته در این بیماران پیشگیری کرد.

واژه‌های کلیدی: حاملگی خارج از رحم، پیچ خوردگی تخمدان، لاپاراتومی، حاملگی، کیست تخمدان.

مقدمه

حاملگی خارج از رحم و پیچ خوردگی تخمدان هر دو از اورژانس‌های ژنیکولوژی می باشند (۱) حاملگی خارج از رحم به لانه گزینی ساک حاملگی خارج از رحم اطلاق می‌شود (۲). شیوع حاملگی خارج از رحم ۲٪ از تمام حاملگی ها در ایالات متحده آمریکا می‌باشد. هنوز یکی از دلایل مورتالیتی زنان در سه ماهه اول، حاملگی خارج از رحم پرفوره می باشد (۴و۳). سنجش میزان ادراری و سرمی βHCG و سونوگرافی ترانس واژینال تشخیص سریع تر حاملگی اکتوپیک را امکان پذیر ساخته اند(۵). آناتومی غیر طبیعی لوله فالوپ زمینه ساز بسیاری از موارد حاملگی خارج از رحم می باشد(۴). جراحی های صورت گرفته برای حاملگی لوله ای قبلی و عقیم سازی نیز جز عوامل خطر می باشند (۴). سابقه بیماری التهاب لگن، ناباروری، استفاده از تکنیک های کمک باروری جز سایر عوامل خطر حاملگی خارج از رحم می باشد(۶). تظاهرات بالینی در صورت تاخیر در تشخیص با تریاد تاخیر در خونریزی قاعدگی، درد و خونریزی واژینال می باشد(۷). ولی در حال حاضر با استفاده از سونوگرافی ترانس واژینال و تیتراژ βHCG تشخیص سریع تر امکان پذیر شده است(۵). پیچ خوردگی تخمدان ناشایع می باشد و به پیچ خوردن کامل یا نسبی تخمدان حول پایه عروقی خود و انسداد جریان خون وریدی و شریانی اطلاق می شود (۹و۸). به طور شایع پیچ خوردگی تخمدان با کیست یا تومور تخمدان همراهی دارد که در بیشتر موارد کیست ماچور، تراتوم می باشد.

پیچ خوردگی همچنین یکی از علل جراحی های اورژانس زنان می باشد. و شیوع آن ۲/۷ درصد می باشد(۱۰). پیچ خوردگی تخمدان در زنان در تمامی سنین اتفاق می افتد (۱۱). اما حاملگی خارج از رحم فقط در سنین باروری رخ می دهد وقوع همزمان پیچ خوردگی و حاملگی خارج از رحم نادر می باشد(۱). تاکنون فقط چند مورد از وقوع همزمان آن ها گزارش شده است (۱۲). DiLuigi و همکاران برای اولین بار موردی از حاملگی اکتوپیک پاره شده با پیچ خوردگی آدنکس در سمت مقابل را در خانم ۲۳ ساله پس از حاملگی خود به خود گزارش نمودند که در لاپاراتومی اورژانس انجام شده، پیچ خوردگی آدنکس چپ و حاملگی اکتوپیک پاره شده سمت راست وجود داشت(۲). Murat و همکاران مورد نادری از حاملگی اکتوپیک پاره شد با پیچ خوردگی آدنکس در سمت مقابل را در خانم ۲۶ ساله گزارش نمودند که در لاپاراتومی انجام شده سالپنژکتومی راست و باز کردن پیچ خوردگی تخمدان و کیستکتومی صورت گرفته بود(۱). Mohapatra و همکاران موردی از پیچ خوردگی آدنکس در یک خانم ۲۴ ساله با حاملگی هتروتوپیک را گزارش نمودند که پیچ خوردگی آدنکس چپ و حاملگی اکتوپیک در همین سمت وجود داشت که سالپنگواووفورکتومی انجام شده و حاملگی داخل رحم ادامه یافته بود (۱۳). DeCherney و همکاران موردی از حاملگی هتروتوپیک و پیچ خوردگی آدنکس مقابل را در خانم ۳۱ ساله به دنبال ایندکشن اوولیشن و تلقیح

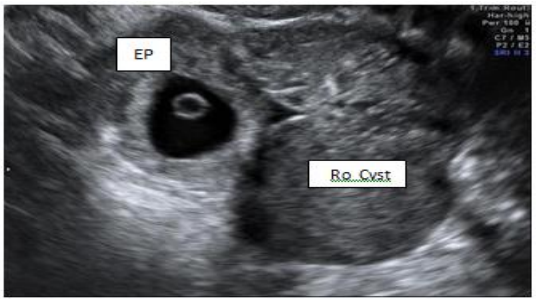
*مسئول مقاله: دکتر نیره قمیان
آدرس: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات نوزادان و مادران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۳۸۶۵۹
E-mail: ghomiann@mums.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.8.10.5]
[DOI: 10.22088/jbums.19.8.69]

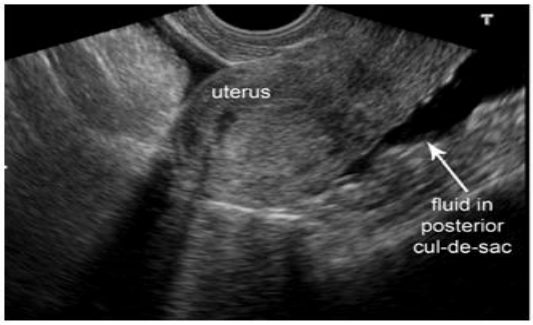
داخل رحمی گزارش نمودند(۳). اکثر مواردی که حاملگی خارج از رحم همراه با پیچ خوردگی آدنکس گزارش شده پیچ خوردگی در آدنکس مقابل بوده است، در حالیکه در بیمار ما پیچ خوردگی آدنکس و حاملگی خارج از رحم در یک سمت بوده است(۳). در این جا به معرفی بیماری می پردازیم که در سن حاملگی ۶ هفته دچار حاملگی خارج از رحم پاره شده همزمان با پیچ خوردگی آدنکس به دنبال حاملگی خود بخود شده است که با تشخیص به موقع، اقدام مناسب جراحی شامل سالپنژکتومی و کیستکتومی برای بیمار انجام شد. هدف از این گزارش معرفی ۲ مورد اورژانس شکمی همزمان می باشد.

گزارش مورد

بیمار خانم ۳۱ ساله بارداری سوم با سابقه دو بار سقط با خونریزی واژینال در حد لکه بینی از ۲۴ ساعت قبل از مراجعه و درد شکمی در ناحیه LLQ ازچند ساعت قبل، به بیمارستان مراجعه کرده بود سن حاملگی بر اساس تاریخ آخرین قاعدگی ۶هفته بود. درد شکم ابتدا به صورت کولیکی و به تدریج مداوم شده بود تهوع و استفراغ را دو نوبت ذکر می کرد، سرگیجه نداشت. سابقه دو نوبت سقط ۸ سال و ۷ سال قبل داشته و یک نوبت کورتاژشده بود. علائم حیاتی در بدو ورود پایدار بوده BP=۱۱۰/۷۰، T=۳۷، PR=۹۰ و در معاینه شکم نرم تندرنس مختصر RLQ داشت. در معاینه دو دستی تندرنس حرکات سرویکس وجود نداشت. خونریزی واژینال در حد لکه بینی در آزمایشات انجام شده WBC=۱۰,۰۰۰ mg/dl ،Hb=۱۱/۵ ،HCT=٪۳۵ mIU/ml BHCG=۱۴۶۸ بود. طبق سونوگرافی شکمی انجام شده اندازه رحم ۱۱۰×۵۱ میلیمتر اندومتریال لاین ۱۱ میلیمتر و ساک حاملگی در رحم وجود نداشت کیست حاوی خونریزی داخلی به ابعاد ۶۰×۵۱ میلیمتر در تخمدان راست و ساک حاملگی حاوی فتال پل در لوله همان سمت و مایع آزاد به میزان متوسط در کلدوساک خلفی وجود داشت (شکل ۱و۲).



شکل ۱. کیست تخمدان راست همراه با حاملگی اکتوپیک لوله راست



شکل ۲. رحم همراه با تجمع مایع در کلدوساک خلفی

پس از دو ساعت بستری درد بیمار تشدید شد در سونوگرافی داپلر انجام شده جریان خون وریدی و شریانی در کیست تخمدان راست مشاهده نگردید با توجه به گزارش سونوگرافی داپلر و احتمال پیچ خوردگی کیست تخمدان بیمار تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت. پس از برش فان اشتیل حدود ۱۰۰ سی سی خون داخل شکم بود. حاملگی خارج از رحم پرفوره ۲ در ۳سانتیمتری در ناحیه آمپول لوله راست در حال خونریزی فعال بود، که سالپنژکتومی راست انجام شد. کیست ۷×۶ سانتیمتری در تخمدان راست که دو دور پیچ خوردگی به دور پایه عروقی اینفاندیبولوپلویک داشت، مشاهده گردید که نکروز و گانگرن ایجاد نشده بود. ابتدا پیچ خوردگی باز و سپس کیستکتومی با حفظ تخمدان انجام شد. جواب پاتولوژی کیست جسم زرد همزمان با حاملگی خارج از رحم پاره شده بود. بیمار پس از ۴۸ ساعت بستری در بیمارستان با حال عمومی خوب و بدون مشکل خاص ترخیص گردید و در طی ۶ هفته پیگیری بعدی نیز عارضه خاصی نداشت.

بحث و نتیجه گیری

در این مورد گزارش شده حاملگی خارج از رحم و پیچ خوردگی تخمدان هر ۲ در یک طرف وجود داشت. در اکثر موارد گزارش شده در مقالات قبلی حاملگی اکتوپیک در یک سمت و پیچ خوردگی آدنکس در سمت مقابل وجود داشته است (۳-۱). ریسک فاکتورهای پیچ خوردگی تخمدان شامل توده تخمدانی و بزرگی کیست جسم زرد و تحریک بیش از حد تخمدان و بارداری می باشد(۸) در حقیقت۱۲تا ۱۸ درصد از موارد پیچ خوردگی تخمدان در طی بارداری رخ می دهد.(۸) در اکثر مواردی که تا به حال گزارش شده است پیچ خوردگی تخمدان سمت راست غالب بوده است(۲).

دو تئوری در توضیح این مورد وجود دارد، اول اینکه تخمدان چپ به علت وجود سیگموئید قابلیت تحرک کمتری دارد و دوم اینکه تفاوت سیستم درناژ وریدی در تخمدان وجود دارد(۳). پیچ خوردگی تخمدان دارای دو نوع کامل یا نسبی می باشد که تخمدان حول پایه عروقی خود پیچ می خورد. انسداد وریدی یا لنفاتیک ایجاد شده به استاز فلوی شریانی و در نهایت احتقان استرومای تخمدان هموراژیک انفارکشن و گانگرن و نکروز منجر می شود(۹). علائم پیچ خوردگی غیر اختصاصی بوده و به طور کلاسیک در قسمت تحتانی شکم تندرنس در معاینه و علائم پریتونئال وجود دارد(۸).

در بیماران با پیچ خوردگی درد شکم در ۱۰۰ درصد موارد استفراغ در ۸۵ درصد موارد لکوسیتوز در ۵۶ درصد موارد و افزایش دمای بدن در ۱۸ درصد موارد وجود دارد(۱). مطالعات تصویر برداری می تواند کمک کننده باشد سونوگرافی داپلر در ۴۰ درصد موارد تشخیصی می باشد. این نوع سونوگرافی حساسیت کم ولی اختصاصیت بالا دارد. همه موارد با فقدان یا کاهش جریان در سیستم داپلر زمانی که با تشخیص پیچ خوردگی تحت لاپاراتومی قرار می گیرند به طور ۱۰۰ درصد پیچ خوردگی بوده اند. ولی پزشکان بایستی این نکته را مدنظر داشته باشند که فقدان گزارش پیچ خوردگی در داپلر رد کننده آن نمی باشد(۲). تشخیص اصلی پیچ خوردگی تخمدان بایستی بر اساس شک بالینی باشد(۱).

در گذشته رادیکال سالپنگوافورکتومی بدون بازکردن اولیه پیچ خوردگی انجام میشد که عدم انجام آن به علت ترس از آمبولی مواد نکروتیک از پدیکول پیچ خورده بود(۱۲). در طی سالهای اخیر هیچ موردی از حوادث ترومبوآمبولیک ناشی

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.8.10.5]
[DOI: 10.22088/jbums.19.8.69]

از بازکردن پیچ خوردگی گزارش نشده است. در نتیجه در حال حاضر درمان نگهدارنده جهت حفظ قدرت باروری توصیه می شود. حتی برای تخمدان هایی که در ابتدا غیر قابل حیات به نظر می رسندو به رنگ بنفش یا سیاه تغییر رنگ پیدا کرده اند کیستکتومی و باز کردن پیچ خوردگی درمان اول محسوب می شوند در زنانی که تمایل به حفظ باروری ندارند سالپنگوافورکتومی توصیه می‌شود(۲). تقریبا ۱تا ۲ درصد از تمام بارداری ها حاملگی خارج از رحم می باشند و همچنان یکی از دلایل عمده مرگ در سه ماه اول بارداری می باشد تشخیص اولیه حاملگی خارج از رحم می تواند سخت باشد این تشخیص ابتدایی بر اساس معاینه بالینی و شرح حال و تیتراژ βHCG و یافته های سونوگرافیک می باشد. تیتراژ βHCG زیر ۱۵۰۰ در ترکیب با ترانس واژینال سونوگرافی حساسیت ۱۰۰ درصد و اختصاصیت ۹۹ درصد دارد (۴).

در بیمار معرفی شده سابقه نازایی یکی از ریسک فاکتورهای حاملگی خارج از رحم می باشد در شرایط پایدار بیماران با تشخیص حاملگی خارج از رحم می توانند کاندید دریافت متوتروکسات شوند و در شرایط غیر پایدار کاندید لاپاراسکوپی و لاپاراتومی می باشند(۱۱). همراهی حاملگی خارج از رحم و پیچ خوردگی تخمدان نادر می باشد(۱). ازآنجاییکه تاخیر در تشخیص پیچ خوردگی می تواند منجر به از دست رفتن تخمدان و کم شدن قدرت باروری فرد شود، بیمارانی که با علائم غیر اختصاصی مانند درد قسمت تحتانی شکم تهوع و لکوسیتوز مراجعه میکنند تشخیص هر دو مورد بایستی مد نظر باشد (۲). DiLuigi و همکاران یک مورد از حاملگی اکتوپیک پاره شده با پیچ خوردگی آدنکس در سمت مقابل را در خانم ۲۳ ساله پس از حاملگی خود به خود گزارش نمودند که درلاپاراتومی اورژانس انجام شده، پیچ خوردگی آدنکس چپ و حاملگی اکتوپیک پاره شده سمت راست وجود داشت(۲). پیچ خوردگی آدنکس در سمت راست معمولاً شایع تراست در بیمار ما نیز پیچ خوردگی آدنکس و حاملگی اکتوپیک نیز هر دو در سمت راست وجود داشت. Murat و همکاران نیز مورد نادری از حاملگی اکتوپیک پاره شد با پیچ خوردگی آدنکس در سمت مقابل را در خانم ۲۶ ساله گزارش نمودند که در لاپاراتومی انجام شده سالپنژکتومی راست و باز کردن پیچ خوردگی تخمدان و کیستکتومی صورت گرفته بود(۱). در بیمار ما برخلاف این مورد گزارش شده هر ۲ پاتولوژی در یک سمت بود. Mohapatra و همکاران موردی از پیچ خوردگی آدنکس در یک خانم ۲۴ ساله با حاملگی هتروتوپیک را گزارش نمودند که پیچ خوردگی آدنکس چپ و حاملگی اکتوپیک در همین سمت وجود داشت که سالپنگواووفورکتومی انجام شده و حاملگی داخل رحم ادامه یافته بود(۱۳).

در این مورد گزارش شده، همانند بیمار ما حاملگی اکتوپیک و پیچ خوردگی تخمدان هر دو در یک سمت بود. DeCherney و همکاران نیز موردی از حاملگی هتروتوپیک و پیچ خوردگی آدنکس مقابل را در خانم ۳۱ ساله به دنبال ایندکشن اوولیشن و تلقیح داخل رحمی گزارش نمودند (۳). اکثر مواردی که حاملگی خارج از رحم همراه با پیچ خوردگی آدنکس گزارش شده پیچ خوردگی در آدنکس مقابل بوده است، در حالیکه در بیمارما پیچ خوردگی آدنکس و حاملگی خارج از رحم در یک سمت بوده است (۳). وقوع همزمان حاملگی خارج از رحم و پیچ خوردگی تخمدان نادر می باشد و هر دو اورژانس زنان می باشند. تشخیص زودرس برای حفظ باروری آینده و تخمدان اهمیت دارد و از بروز عوارض ناخواسته پیشگیری می نماید.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات وفناوری دانشگاه علوم پزشکی مشهد جهت حمایت از این تحقیق، همچنین از بیماری که اطلاعات خود را جهت نشر در مجله در اختیار ما قرار داده و پرسنل بخش زنان بیمارستان امام رضا (ع) مشهد، تقدیر و تشکر می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.8.10.5]
[DOI: 10.22088/jbums.19.8.69]

Report of a Case with Simultaneous Ovarian Cyst Torsion and Ectopic Pregnancy in the Right Adnexa after Spontaneous Pregnancy

N. Ghomian (MD)*[1], A. Alamatian (MD)[2], M. Gaffarian Omid (MD)[2]

1.Neonates and Mothers Research Center, Mashad University of Medical Sciences, Mashhad, I.R.Iran
2.Department of Midwifery and gynecology, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 19(8); Aug 2017; PP: 69-73
Received: Apr 22th 2017, Revised: Jun 10th 2017, Accepted: July 19th 2017.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Ovarian torsion and ectopic pregnancy occur in 2.7 and 2% of all pregnancies, respectively, and both are known as gynecologic emergencies. The simultaneous occurrence of these two cases is rare. This study reports a case with simultaneous ovarian torsion and ectopic pregnancy.

CASE REPORT: The patient is a 31-year-old woman with history of two abortions, who referred with a history of 6-week missed menstrual period and vaginal bleeding from one day before and abdominal colic pain accompanied by two occasions of nausea and vomiting. In ultrasonography, cyst was reported to be 54 × 60 mm in right ovary and moderate free fluid was found in cul de sac, while serum HCGβ levels were more than 1000. Due to the exacerbation of abdominal pain, emergency laparotomy was performed, which revealed ruptured ectopic pregnancy and ovarian torsion with active bleeding and a 7×6 cm cyst in the same side with two rounds of torsion. Open torsion, right salpingectomy and cystectomy were performed. The patient was discharged 48 hours after the operation with a good general condition and without serious complication, and there was no problem during the 6-week postoperative follow-up.

CONCLUSION: Simultaneous occurrence of ovarian torsion and ectopic pregnancy is rare, but it is likely to occur. Therefore, early diagnosis to maintain future pregnancies and preserve the ovary is important and suitable medical measures may prevent the unwanted side effects in these patients.

KEYWORDS: *Ectopic Pregnancy, Ovarian torsion, Laparotomy, Pregnancy, Ovarian cyst.*

Please cite this article as follows:

Ghomian N, Alamatian A, Gaffarian Omid M. Report of a Case with Simultaneous Ovarian Cyst Torsion and Ectopic Pregnancy in the Right Adnexa after Spontaneous Pregnancy. J Babol Univ Med Sci. 2017;19(8):69-73.

* **Corresponding author: N. Ghomian (PhD)**
Address: Neonates and Mothers Research Center, Mashad University of Medical Sciences, Mashhad, I.R.Iran
Tel: +98 51 38538659
E-mail: ghomiann@mums.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.8.10.5]
[DOI: 10.22088/jbums.19.8.69]

References

1.M Ekin, C Kaya, H Cengiz, L Yasar, K Dogan. A rare case: ruptured ectopic pregnancy with contralateral adnexal torsion. Olgu Sunumları. 2015;107(11):29-32.

2.Andrea J, D Maier, Andrea J. C Benadiva. Ruptured ectopic pregnancy with contralateral adnexal torsion after spontaneous conception. Fertil Sterilit. 2008;90(5):2007.

3.De Cherney, Eichhorn AJ. Case 3-1996: severe abdominal pain during early pregnancy in a woman with previous infertility. New Eng J Med. 1996;334(4): 255-60.

4.JE Peña, D Ufberg, AL Denis. Nancy cooney usefulness of doppler sonography in the diagnosis of ovarian torsion. Fertilit sterilit. 2000;73(5):1047-50.

5.Shadinger LL, Andreotti RF, Kurian RL. Preoperative sonographic and clinical characteristics as predictors of ovarian torsion. J Ultrasound Med. 2008;27(1):7-13.

6.Hannah C, Bhatt S, Dogra VS. Pearls and pitfalls in diagnosis of ovarian torsion. Radiograph. 2008;28(5):1355-68.

7.Kolluru V, Gurumurthy R, Vellanki V, Gururaj D. Torsion of ovarian cyst during pregnancy. Cases J. 2009;2:9405

8.Ben-Ami MY. Perlitz S. The effectiveness of spectral and color Doppler in predicting ovarian torsion: a prospective study. Eur J Obstetri Gynecol Reproduct Biol. 2002;104(1):64-6.

9.Albayram F, Hamper UM. Ovari an and adnexal torsion: spectrum of sonographic findings with pathologic correlation. J Ultrasound Med. 2001;20(10):1083-89.

10.PanLee-Wen HS, Lee Jiann-Loung H, Chang H. Ovarian pregnancy torsion. Arch Gynecol Obes. 2004;270(2):119-21.

11.Sasaki KJ, Miller CE. Adnexal torsion: review of the literature. J Minim Invasive Gynecol. 2014;21(2):196-202.

12.Insunza A, De Pablo F, Croxatto H, Letelier M, Morante M, Croxatto H. On the rate of tubal pregnancy contralateral to the corpus luteum. Acta Obste Gynecol. 1988;67(5):433-6.

13.Mohapatra K, Mishra S, Sahoo B, Marandi B, Sen R, Sagarika N. Adnexal torsion in a heterotopic pregnancy: a rare clinical entity with diagnostic dilemma. Int J Reproduc Contracep Obs Gynecol. 2016;5(1):232-6.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.8.10.5]
[DOI: 10.22088/jbums.19.8.69]