

EP

تشخیص :

تریاد :

درد شکم ۹۹٪

آمنوره ۷۴٪ ← مطرح کننده EP

VB ۵۶٪

← hCG = ۱۰-۸ روز پس از لقاح مثبت می شود حوالی ریتارد منس ۱۰۰-۵۰ می باشد .

منفی و مثبت کاذب نادر است .

← به طور طبیعی در اوایل بارداری غلظت BHCG سرم هر ۱/۴ تا ۲/۱ روز ۲ برابر می شود .

و در هفته ۸-۱۰ بارداری به ۵۰۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰۰ می رسد و سپس با افزایش سن بارداری سرعت افزایش

غلظت HCG به تدریج کاهش می یابد .

← حداقل افزایش در بارداری نرمال ، ۲۴٪ پس از یک روز و ۵۳٪ پس از دو روز می باشد.

← در صورت کاهش BHCG ، کمتر از ۲۱٪ در عرض ۲ روز و یا کمتر از ۶۰٪ در عرض ۷ روز مطرح

کننده EP می باشد.

← افزایش BHCG بیشتر از ۵۰٪ در عرض ۲ روز یا کمتر ، کاهش BHCG بیشتر از ۲۰٪ در عرض ۲ روز

اطمینان بخش است ولی ۱۰۰٪ نیست .

۳۸ روز پس از LMP

← باید بتواند ساک حاملگی قابل حیات را تشخیص دهد .

یا ۲۴ روز پس از لقاح

در TVS : مشاهده ساک حاملگی به همراه ساک زرده رویان با فعالیت قلبی در خارج از رحم تشخیص قطعی میدهد .

← مشاهده کیست ساده یا توده آدنکس با مایع آزاد در لگن تشخیص را قطعی نمی کند .

ضخامت رحم تشخیص قطعی نمیدهد ولی بیشتر از ۲۲ میلی متر در صورت عدم رویت ساک حاملگی به تشخیص EP

کمک می کند .

TVS ← عدم ساک داخل و خارج رحمی ← بارداری با مکان نامشخص

۱- بارداری داخل رحمی در مراحل اولیه

۲- بارداری داخل رحمی بطور کامل سقط شده

۳- بارداری نابجای کوچک

← کالرداپلر می تواند به تشخیص کمک کند لوله حاوی EP، ۲۰٪ جریان خون بالاتری نسبت به لوله سمت

مقابل دارد.

در صورت شک به بارداری نابجا :

۱- سونوگرافی واژینال + hCG چک شود

الف - در صورت وجود حاملگی داخل رحمی = بارداری داخل رحم

ب - رویت ساک حاملگی خارج از رحم = حاملگی خارج رحم

۱- BHCG کمتر از ۵۰۰۰ - ساک حاملگی کمتر از 4 cm، رویت نکردن قلب جنین و بیمار Stable = درمان

دارویی طبی پیشنهاد می شود.

۲- BHCG بیشتر از ۵۰۰۰ یا ساک حاملگی بیشتر از 4 cm رویت کردن قلب جنین یا بیمار unstable درمان

جراحی

ج - عدم رویت ساک حاملگی = حاملگی با محل نامشخص

۱- BHCG کمتر از ۲۰۰۰ باید ۲ روز بعد تکرار شود و در صورتی که BHCG افزایش طبیعی داشت = تکرار

سونوگرافی در صورتی که BHCG بالاتر از ۲۰۰۰ شود.

در صورتی کاهش سریع BHCG، سقط مطرح می شود.

در صورت کاهش یا افزایش تدریجی و آهسته کورتاژ می کنیم

۱- در صورت وجود پرزهای کوریونی سقط مطرح می شود

۲- در صورت عدم وجود پرزهای کوریونی، تکرار روز بعد : در صورت کاهش سریع پیگیری تا منفی شدن جواب

BHCG

در صورت کاهش آهسته یا افزایش تشخیص EP است و باید درمان شود.

❖ در صورت BHCG بیشتر از ۲۰۰۰ و عدم رویت ساک حاملگی باید کورتاژ شود.

❖ روز بعد چک BHCG : کاهش سریع = پیگیری

❖ و افزایش تدریجی کاهش آهسته = تشخیص EP که باید درمان شود .

عدم درمان EP = سه حالت دارد :

الف - پسرفت خودبخود ب - سقط لوله ای ج - چسبندگی لوله

درمان انتظاری در موارد غلظت پائین BHCG کمتر از ۱۰۰۰ و عدم رویت ساک حاملگی خارج از رحم میتواند انجام پذیرد ولی بیمار باید تحت مراقبت دقیق باشد .

درمان طبی :

کنتراندیکاسیون مطلق :

- ۱- ناپایداری همودینامیک
- ۲- شواهد خونریزی حاد داخل شکم
- ۳- عدم تعهد بیمار به پیگیری
- ۴- شیردهی
- ۵- بیماری نقص ایمنی
- ۶- بیماری خونی مثل ترمبوسیتوپنی ، لکوپنی ، کم خونی
- ۷- حساسیت شناخته شده به متوتروکسات
- ۸- بیماری ریوی فعال
- ۹- زخم پپتیک فعال
- ۱۰- ختلال عملکرد کبد یا کلیه از لحاظ بالینی حائز اهمیت است
- ۱۱- الکلیسم

قبل از شروع درمان :

۱- CBC ۲- BG/Rh ۳- Cr ۴- آزمایش عملکرد کبد ۵- TVS

توصیه های بیمار :

۱- مکمل اسید فولیک قطع شود ۲- تماس با نور خورشید نداشته باشد.

۳- NSAID مصرف نکند . ۴- مقاربت جنسی نداشته باشد .

در صورت گروه منفی باید روگام 50 mg بگیرد .

تنها در صورت درد شدید و افزایش TVS باید تکرار شود تا افزایش آشکار مایع که بر پاره شدن بارداری نابجا ایجاد دارد شناسایی شود .

رژیم تک دوز :

۱-روز اول = BHCG چک شود + 50 mg/m^2 عضلانی (متوتروکسات) ۲-روز چهارم BHCG

۳-روز هفتم BHCG ، در صورت کاهش بیشتر از ۱۵٪ بین دوز ۴ تا ۷ چک هفتگی

BHCG تا زمان منفی شدن در صورت کاهش کمتر از ۵۰٪ 50 mg/m^2 MTX / عضلانی

۴-روز یازدهم BHCG کاهش بیشتر از ۱۵٪ چک هفتگی در صورت کاهش کمتر از ۱۵٪ مجدداً

50 mg/m^2 MTX =

۵-روز چهاردهم BHCG چک در صورت کمتر از ۱۵٪ افت جراحی در صورت بیشتر از ۱۵٪ افت چک هفتگی تا

منفی شدن

رژیم ۲ دوزه

۱-روز اول 50 mg/m^2 MTX = BHCG (عضلانی) ۲-روز چهارم 50 mg/m^2 MTX = BHCG (عضلانی)

کاهش بیشتر از ۱۵٪ بین روز ۴-۷ تکرار هفتگی تا منفی شدن

روز هفتم BHCG

در صورت کاهش کمتر از ۱۵٪ تجویز مجدد 50 mg/m^2 عضلانی

در صورت کاهش BHCG بیشتر از ۱۵٪ تکرار هفتگی

روز یازدهم BHCG

در صورت کاهش کمتر از ۱۵٪ تجویز مجدد 50 mg/m^2 عضلانی

در صورت کاهش BHCG کمتر از ۱۵٪ جراحی

روز چهاردهم BHCG

در صورت کاهش BHCG بیشتر از ۱۵٪ چک هفتگی BHCG

رژیم چند دوزی :

۱-روز اول BHCG + 1 mg/kg MTX عضلانی ۲-روز دوم لکوپورین (فولینیک اسید) 0.1 mg/kg = عضلانی

۳-روز سوم BHCG = در صورت کاهش بیشتر از ۱۵٪ چک هفتگی BHCG تا پاسخ منفی شود . در صورت عدم

کاهش ، متوتروکسات 1 mg/kg عضلانی

۴-روز چهارم = لکورین 0.1 mg/kg عضلانی در صورت تجویز متوتروکسات روز سوم

کاهش بیشتر از ۱۵٪ بین روز ۳ تا ۵ تکرار هفتگی

۵-روز پنجم BHCG

کاهش کمتر از ۱۵٪ = متوتروکسات 1 mg/kg عضلانی

۶-روز ششم در صورت تجویز MTX در روز ۵ لکورین 0.1 mg/kg عضلانی

۷-روز هفتم BHCG در صورت کاهش ۱۵٪ تکرار هفتگی تا منفی شدن در صورت عدم کاهش ۱۵٪ 1 mg/kg

متوتروکسات عضلانی

۸-روز هشتم 0.1 mg/kg لکورین در صورت تجویز MTX روز ۷

۹-روز ۱۱ BHCG در صورت کاهش بیشتر از ۱۵٪ چک هفتگی تا منفی شدن در صورت کاهش کمتر از ۱۵٪ جراحی

نتایج درمان طبی چه بصورت تک دوز و چه بصورت دوزهای متعدد ، بسیار خوب است ۷۵-۹۵٪ .

درمان جراحی :

۱- وضعیت ناپایدار همودینامیک ۲- پارگی توده مطرح شده نابجا

۳- عدم تمایل بیمار به درمان طبی و عدم توانایی پیگیری کردن توسط بیمار

۴- کنتراندیکاسیون در مورد مصرف متوتروکسات ۵- تمایل به لوله بستن و عقیمی دائمی

۶- دور بودن مسیر جهت انتقال به بیمارستان در صورت پارگی لوله ۷- شکست درمان طبی

درمانهای جراحی موجود :

روش انتخابی در جراحی لوله :

۱- سالپنگوستومی خطی ۲- سالپنگوتومی خطی ۳- Milking فقط در مواردی که توده در حال دفع باشد توصیه می شود .

۴- برداشتن قطعه ای یا seqmental در مواردی که در ایسم باشد توصیه می شود .

۵- برداشتن تخمدان ، سالپنگواووفورکتومی فقط در موارد خونریزی غیر قابل کنترل انجام می شود.

بارداری هتروتوپیک :

شیوع یک در ۳۰۰۰۰ ولی با افزایش ART و استفاده از گنادوتروپین ها به میزان ۱ در ۱۰۰۰ افزایش یافته است .

درمان :

۱- جراحی ۲- استفاده از KCL یا گلوکز هیپراسمولار تزریق مستقیم داخل ساک حاملگی نابجا

نشانه های بالینی عبارتند از درد شکم - تهوع - استفراغ - کسالت عمومی - دردناک بودن حرکات سرویکس -

حساسیت شکم به لمس

Sono بهترین وسیله تشخیص است . درمان جراحی فوری می باشد .

➤ بارداری تخمدان

سونو کمک کننده است ولی اغلب با جسم زرد اشتباه شده توسط جراح زنان یا پاتولوژیست تشخیص داده می شود .

درمان بصورت جراحی یا متوترکسات طبق پروتکل

➤ بارداری بینابینی

IVF قبلی ریسک را زیاد می کند .

درمان : کورنوستومی لاپاروسکوپیک همراه با برداشتن کورنه - درمان طبی با متوترکسات چند روزه - هیستریکتومی و

آمبولیزاسیون شریانی انتخابی به تنهایی یا همراه با درمان طبی تزریق KCL

خطر پارگی رحم در حاملگی بعدی وجود دارد و باید زایمان بعدی بصورت سزارین انجام شود .

➤ بارداری سرویکس

نادر میباشد . در میان بارداری های حاصل از ART شایع تر است .

فاکتورهای خطر : سابقه سزارین یا کورتاژ رحمی می باشد.

علائم : خونریزی رحمی بدون درد - در معاینه دهانه رحم بزرگ متسع - پر خون - سیانوزه نرم می باشد.

تشخیص حین کورتاژ یا TVS انجام می شود . TVS داپلر ضربانی و رنگی کمک کننده می باشد .

درمان : اگر شرایط همودینامیک پایدار باشند هدف حفظ رحم است . درمان موضعی یا سیستمیک با متوترکسات ۸۰٪ .

موفقیت دارد . کورتاژ - هیستریکتومی - سرکلاژ - تزریق وازوپرسین - بستن شریانهای رحمی - شریان هیپوگاستریک

۴- بارداری در اسکار سزارین :

علائم آن عبارتند از :

خونریزی واژینال با یا بدون درد تا پارگی رحم و شوک

تشخیص توسط سونوگرافی در سه ماهه اول یک اسکار هیستروتومی بزرگ به همراه توده ای که از محدوده خارجی رحم فراتر رفته است و عدم وجود اجزای جنینی در داخل رحم یا میومتر در صورت تشخیص EP باید مشخص شود چقدر ساختمانهای را اطراف گرفتار شده است .

درمان : برداشتن از طریق واژن - انجام لاپاراتومی یا لاپاروسکوپی تزریق موضعی کلرید پتاسیم - درمان موضعی یا سیستمیک با متوترکسات و آمبولیزاسیون شریان رحمی