

گزارش یک مورد نادر حاملگی اکتوپیک

دکتر عالیه ترابی زاده^۱

چکیده مقاله

حاملگی اکتوپیک یکی از مهمترین اورژانسهای مامایی به شمار می رود و دومین علت مرگ مادران را در آمریکا تشکیل می دهد. تشخیص زودرس حاملگی اکتوپیک هم موجب نجات جان مادر و هم حفظ باروری وی می گردد. با توجه به قطر کم لوله رحم حاملگی لوله ای در مدت کوتاهی منجر به پارگی لوله و خونریزی شدید داخل شکم می شود. مورد گزارش یک کیس نادر می باشد که حاملگی لوله ای به مدت ۶ ماه ادامه یافته در حالیکه لوله کاملاً سالم باقی مانده است که می تواند بعضی از تئوریهای بافت شناسی را در لوله رحم مورد سؤال قرار دهد.

مقدمه

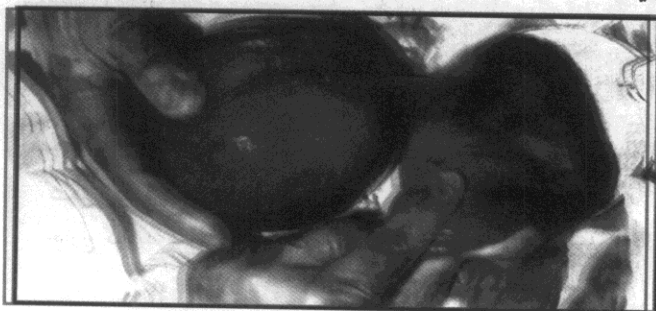
حاملگی اکتوپیک جزو خطر سازترین عوارض مائائی به شمار می رود. شیوع آن در سن باروری ۱۵ می باشد. دومین علت مرگ مادران و اولین علت مرگ مادر در سه ماهه اول بارداری را تشکیل می دهد لوله رحم محل شایع این عارضه می باشد. سرنوشت حاملگی لوله ای بستگی به محل لانه گزینی متفاوت است با توجه به قطر کم لوله رحم در ناحیه ایستم، حاملگی این قسمت بفاصله کمی به پارگی لوله و هموپریتون منجر می شود ولی حاملگی ناحیه آمپولر مدت بیشتری به طور می انجامد و احتمال سقط از انتهای لوله نیز در این نوع حاملگی افزایش می یابد.

معرفی مورد

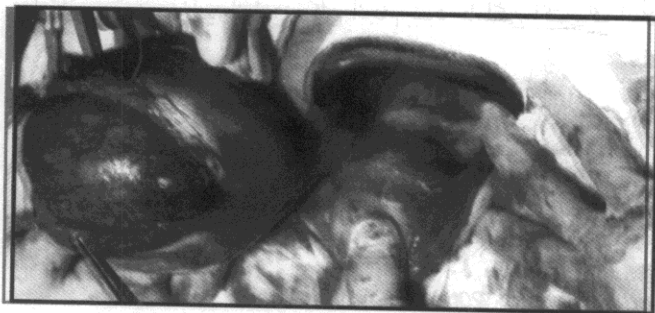
بیمار خانم طاهره - ب به علت عدم احساس حرکات جنین به کلینیک مائائی مراجعه می کند ایشان اظهار کرد که ۶ ماهه حاملگی می باشد و در چند روز گذشته حرکات جنین را احساس نکرده است. در معاینات اولیه سایز رحم حدود ۲۲ هفته بود و صدای قلب جنین با سونیک آید شنیده نشد سونوگرافی جهت ارزیابی سلامت جنین انجام شد که مرگ داخل رحم (FD) گزارش گردید بیمار جهت تحریک انقباضات رحم به منظور دفع جنین مرده بستری شد. پس از انجام آزمایشات روتین شونند داخل رحمی به روش اکستراآمینال جهت کمک به شروع زایمان گذاشته شد. ولی در ضمن عمل متوجه شدیم که سایز رحم نرمال و توده بزرگی در خارج از رحم قرار دارد سونود رحمی خارج شد و سونوگرافی مجدد با توجه به اطلاعات جدید انجام گردید. گزارش سونوگرافی حاملگی داخل شکمی (Abdominal) بود و سایز

رحم نرمال گزارش شد. روز بعد، بیمار با تشخیص حاملگی آبدومینال لاپاراتمی شد. در بررسی اولیه اندازه رحم نرمال بود و تخمدانهای دو طرف در سر حد طبیعی بودند.

توده ای به ابعاد تقریبی ۸۵×۱۲۰ سانتیمتر در لوله چپ رحم مشاهده شد. سطح لوله کاملاً سالم و فیمبریا در انتهای آن دیده می شد. (تصویر ۱) انسزیون در سطح پروگزیمال لوله داده شد (تصویر ۲). ضخامت عضلات لوله کاملاً افزایش یافته بود. جنین داخل ساک آمنیوتیک و ماسره بود (تصویر ۳). جفت نیز در داخل لوله و در اتصال به جنین دیده شد. توتال سالپنژکتومی یک طرفه انجام و کلیه قسمتها جهت امتحان پاتولوژی ارسال گردید.



شکل ۱: بیمار با احتمال حاملگی آبدیرینال غیر اتمی شده در تصویر ۱ رحم کوچک در دست جراح سمت چپ تصویر و توده لوله ای که فیبریای در انتهای آن مشاهده می گردد. در دست دیگر وی دیده می شود.



شکل ۲: سطح پروگزیمال لوله شکافته شد که عضلات کاملاً هیپروتروفه می باشد و کیسه آب از ورای آن مشاهده می گردد.

نتیجه پاتولوژی: در برش توده بافتی ارسالی، کیسه جنینی به همراه دیواره لوله رحم که در حد فاصل این دو پرولیفراسیون ویلوزینه های جفتی

۱- گروه بیماریهای زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد.

ایجاد مکان مناسب برای عمل لقاح و رشد اولیه آمبریو و بالاخره عبور و انتقال آن به داخل رحم می‌باشد. این عمل تحت تأثیر فعالیت مژه‌های موجود در مخاط لوله، انقباض عضلات آن و تغییر ویسکوزیته مایع داخل لوله‌ای صورت می‌گیرد اختلال در هر کدام از این اعمال موجب به دام افتادن تخم لقاح یافته در لوله رحمی می‌شود (۱). از نظر آناتومیک اپی‌تلیوم لوله به علت فقدان لایه زیر مخاطی در تماس نزدیک با بافت عضلانی زیرین می‌باشد و نفوذ ویلوزیته‌های جفتی در مدت کوتاهی پس از لانه‌گزینی موجب پارگی لوله می‌گردد سرنوشت EP بسته به محل لانه‌گزینی متفاوت می‌باشد. هر گاه پارگی لوله و خونریزی داخل حفره صفاقی به فاصله کمی از حاملگی ایجاد شود حاملگی ناحیه ایستم مطرح می‌شود. ولی حاملگی ناحیه آمپولر می‌تواند مدت طولانی‌تری ادامه یابد و یا از انتهای لوله سقط شود. حاملگی انترستیسیل به علت بافت عضلانی مناسب ممکن است تا هفته ۱۶ ادامه یابد. تشخیص زودرس EP در سالهای اخیر دچار تحول شده است. اندازه‌گیری β .HCG سرم همراه با سونوگرافی واژینال مبنای تشخیص می‌باشد. هر گاه میزان β .HCG سرم بیش از $\frac{mlu}{ml}$ ۱۰۰ باشد، حفره رحم در سونوگرافی واژینال خالی و توده آدنکسال غیرطبیعی دیده شود تقریباً تشخیص EP مسجل می‌باشد. (۵)

سایر روشها مانند اندازه‌گیری نسبت β .HCG سرم به مایع صفاقی، میزان پروژسترون سرم و مارکرهای دیگر مانند کاهش Inhibin و افزایش کراتین کیناز مورد توجه قرار گرفته است (۴).

در حال حاضر در مواردی که EP پاره نشده و کوچکتر از ۴ سانتیمتر باشد و علائم حیاتی بیمار نرمال باشد درمان طبی با متوتروکسات توصیه می‌شود که به صورت تزریق عضلانی، مصرف خوراکی و یا تزریق مستقیم متوتروکسات به داخل ساک حاملگی از طریق لاپاراسکپی یا سونوگرافی واژینال می‌باشد. در مطالعات اخیر مصرف توام متوتروکسات و mifepriston موجب جذب سریعتر تروفوبلاستها شده و از تکرار مصرف متوتروکسات جلوگیری می‌کند (۲) در این روش درمانی فالوآپ اندازه‌گیری هفتگی β .HCG ضروریست

علاوه بر درمانهای طبی اعمال جراحی کنسرواتیو مانند سالپنگوستومی یا سالپنگوتومی نیز نسبت به اعمال جراحی رادیکال ارجح است. چون پتانسیل باروری بعدی را به میزان بیشتری حفظ می‌کند (۳).

بانمای پرزی شکل جلب نظر می‌کند جنین به طور ۲۴ سانتیمتر بدون آنومالی ظاهری به همراه بند ناف به طول ۱۲ سانتیمتر و قطر ۰/۵ سانتیمتر می‌باشد. نتیجه حاملگی ۲۴ هفته داخل لوله رحم.



شکل ۳: یک جنین با مشخصاتی که در متن آمده است خارج گردید.



شکل ۴: تصویر جنینی واضح تر یم باشد. جفت و پره‌ها از داخل لوله خارج گردید. هیچ گونه پارگی در سطح لوله مشاهده نشد و خونریزی داخل شکمی موجود نبود.

بحث

بلاستوسیت به طور طبیعی باید در کاویته آندومتر لانه‌گزینی کند، هر گاه جایگزینی آن در خارج از این مکان انجام شود حاملگی اکتوپیک اطلاق می‌گردد.

لوله رحم شایعترین محل لانه‌گزینی غیرطبیعی تخم اولیه می‌باشد. مهمترین فونکسیون لوله شامل انتقال اسپرماتوزا، گرفتن اووم از تخمدان،

مراجع

- 1- Cunning macdonald - "ectopic pregnancy" williams obstetrics ricd text book - 20th Edition 1997 chop 27 Pag:158
- 2- Gazvani - MR; Baruah - DN "Mifepriston in combination with methotrexate for the medical treatment of tubal pregnancy" Hum - Repord. 1998 Jul, 13(7): 1987 - 90
- 3- Mol - BW; Matthijisse - Hc "Fertility after Conservative and Radical surgery for tubal pregnancy". Hum - Ropord. 1998 Jul 13(7): 1804-9
- 4- Saha - PK; Ganguly - NK "Evaluation of serum creatine kinase as a diagnostic marker for tubel pregnancy" Aust - N.Z.J - Obstet - Gynaeacl. 1999 Aug:39(3): 366-7.
- 5- Sander ANN Carson M.D. "Ectopic pregnancy" Clinical obs 8 Gyn. Vol 42 No March 1999 pag 1-56.

نقد مقاله "گزارش یک مورد نادر حاملگی اکتوپیک"

دکتر علی اکبر طاهریان

یکی از علل شایع مورتالیتی مادران در جهان حاملگی خارج رحمی بخصوص نوع لوله‌ای آن است. شیوع آن در کشورهای مختلف متفاوت است بیش از این که تخم لقاح شده در سیر تقسیم و تکامل در محلی غیر از دسیجوای داخل رحمی جایگزین گردد به آن حاملگی خارج رحمی اطلاق می‌شود. شایع‌ترین محل آن لوله رحمی است و شایع‌ترین محل در لوله آمبولای لوله است از آنجایی که فضای فیزیکی کافی برای رشد آمبریو در داخل لوله بخصوص ناحیه ایسم وجود ندارد. در همان هفته‌های اول (تریستر اول) در صورت عدم تشخیص باعث پارگی لوله و خونریزی داخل شکمی و احتمالاً منجر به مرگ می‌گردد. سرانجام حاملگی خارج رحمی در لوله به یکی از موارد تبدیل می‌شود. سقط از فیمبریا داخل شکم سقط شده که برخی از آنها تبدیل به حاملگی داخل شکمی می‌گردد. جذب شدن محصول حاملگی و... و سرانجام پارگی لوله که در مورد اخیر بستگی به محل آن دارد. در محل ایسم لوله در کمتر از ۱۲ هفته و در محل آمبول تا حدود ۱۴ هفته و در انترستیسیال (کورنه) تا حدود ۱۷-۱۶ هفته هم گزارش شده است. اخیراً در مشهد یک مورد حاملگی خارج رحمی در داخل لوله تا ۲۴ هفته حاملگی گزارش شده است که در مورد این بیمار با توجه به ساختمان آناتومی و هیستولوژی لوله رحمی که امکان رشد جنین همراه پلاستا تا هفته ۲۴ وجود ندارد و در بررسی مدلاین‌ها و کلیه متون تاکنون گزارشی چنین موردی نشده است. تشخیص این بیمار به احتمال قوی حاملگی در شاخ کور رحمی (رادیمنتاری کورن) می‌باشد. در بیماری که رادیمنتاری کورن دارد، معمولاً یک رحم کامل یک شاخ وجود دارد که شاخ کور به همراه لوله رحمی به اشکال و اندازه‌های مختلف با رحم اصلی ارتباط دارد و چون ساختمان بافتی شاخ کور رحمی مشابه رحم طبیعی است و جنین می‌تواند در بعضی از آنها حتی تا بیشتر از هفته ۲۴ هم رشد کند ولی به هر جهت از رحم طبیعی حجم کمتری دارد و بالاخره باعث پارگی و خونریزی داخل شکمی می‌گردد.

مراجع

- 1- Rajkhowa M, Glass MR, Rutherford AJ, Balen AH, Sharma V, Cuckle HS. Trends in the incidence of ectopic pregnancy in England and Wales from 1966 to 1996. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000, 107: 369-74.
- 2- ACOG practice bulletin no. 3. Medical management of tubal pregnancy. *Clinical management guidelines for obstetrician - gynecologists*. Washington, D.C: American college of obstetricians and Gynecologists, 1998.
- 3- Falcone T, Mascha EJ, Goldberg JM, Falconi LL, Mohla G, Attaran M. A study of risk factors for ruptured tubal ectopic pregnancy. *J Womens Health* 1998; 7:459-63.
- 4- Thonneau P, Hijazi Y, Goyaux N, Calvez T, Keita N. Ectopic pregnancy in conakry, Guinea world health organization. *Bulletin of the world health organization*; geneva; 2002.