

گزارش یک مورد حاملگی شکمی با تشخیص اولیه سقط فراموش شده

شهلا یزدانی^{۱*}، زینت السادات بوذری^۱، شهناز برات^۱، یاسر اصغری^۲

۱- استادیار گروه زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- دانشجوی پزشکی

سابقه و هدف: حاملگی شکمی نادر و با موربیدیتی و مورتالیتی بالایی همراه است. نحوه بروز کلینیکی حاملگی شکمی متنوع است و تشخیص آن نیاز به یک شک قوی دارد. علایم بالینی و یافته های معاینات و سونوگرافی هیچیک اختصاصی نیستند.

گزارش مورد: خانم ۲۹ ساله ای با حاملگی اول با شکایت خونریزی واژینال و درد شکم از ۴ روز قبل مراجعه کرد. بیمار با تشخیص اولیه سقط فراموش شده تحت درمان قرار گرفت ولی بخاطر عدم پاسخ به درمان طبی انجام شده برای ختم حاملگی، تصمیم به انجام دیلاتاسیون و کورتاژ در اتاق عمل گرفته شد. بعد از بررسی وضعیت دهانه رحم در حین بیهوشی و شک به حاملگی غیر طبیعی تصمیم به لاپاراتومی گرفته و در حین لاپاراتومی تشخیص حاملگی شکمی داده شد. جنین و جفت موجود در ناحیه کلدوساک خارج شد و بیمار بعد از عمل جراحی مشکلی نداشت. **نتیجه گیری:** تشخیص حاملگی شکمی براساس یافته های معاینه، سونوگرافی ممکن است مشکل باشد. تشخیص قطعی نیاز به لاپاراسکوپی یا لاپاراتومی داشته و جهت درمان حاملگی شکمی جراحی لازم است. **واژه های کلیدی:** حاملگی، شکمی، سقط فراموش شده.

دریافت: ۸۷/۳/۲۲، ارسال جهت اصلاح: ۸۷/۴/۲، پذیرش: ۸۷/۴/۱۹

مقدمه

حاملگی نابجای لوله ای هستند (۱۰ و ۱۱). حاملگی های شکمی به انواع اولیه و ثانویه طبقه بندی می شود و اکثر موارد حاملگی شکمی ثانویه بوده که بطور معمول از پارگی لوله یا شاخ فرعی رحم و لانه گزینی مجدد جنین در شکم ناشی می شود (۱۲ و ۱۳). درصد کمی از موارد حاملگی شکمی اولیه هستند که در آن آسیب و یا پاتولوژی جدید یا قدیمی در لوله های فالوپ و آدنکس ها یافت نمی شود (۱۴). حاملگی شکمی بصورت هتروتوپیک با حاملگی داخل رحمی نیز گزارش شده است (۱۵). تشخیص حاملگی شکمی مشکل است زیرا در بسیاری از موارد با سایر پاتولوژیهای لگنی از جمله سقط و یا بیماریهای التهابی لگن اشتباه می شود (۱). شرح حال، معاینه فیزیکی، آزمایشات و سونوگرافی هیچکدام اختصاصی نبوده و اکثرا در حین لاپاراتومی تشخیص داده می شود (۹). با توجه به اهمیت و عوارض حاملگی شکمی و خطراتی که عدم تشخیص آن می تواند

حاملگی شکمی در میان انواع حاملگی های نابجا نادر است و با مورتالیتی و موربیدیتی بالا همراه است (۱ و ۲). بروز آن در مناطق مختلف با توجه به سطح اقتصادی و اجتماعی منطقه و مراقبت های دوران بارداری متفاوت است (۳). حدود ۱/۳ درصد حاملگی های نابجا در کشورهای غربی بصورت حاملگی شکمی اتفاق می افتد (۴). میزان بروز حاملگی شکمی حدود یک مورد در ۱۰۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ تولد زنده است (۵ و ۶). خطر مرگ بدنال حاملگی شکمی ۷/۷ برابر حاملگی نابجا لوله ای و ۹۰ برابر حاملگی داخل رحمی است (۷ و ۸). موربیدیتی مادر ممکن است بدلیل خونریزی، عفونت آنمی، آمبولی ریه یا تشکیل فیستول بین ساک حاملگی و روده بوسیله نفوذ استخوان جینی باشد (۹). افزایش مورتالیتی و موربیدیتی مادری بخاطر تأخیر در تشخیص و پیچیدگیهای درمانی در حاملگی شکمی است (۱). عوامل خطر حاملگی شکمی مشابه

مطرح گردید. بیمار با تشخیص اولیه سقط اجتناب ناپذیر بستری گردید. در طی بستری برای بیمار سونوگرافی واژینال انجام شد که یک جنین دفورمه و بدون ضربان در قسمت تحتانی سرویکس مشهود بود و نمای مشابه سرویکس کوچک در قسمت قدام محل قرار گیری جنین و مثانه دیده شد که احتمال آنومالی رحم مطرح شد. بعد از انجام سونوگرافی فوق بیمار با تشخیص سقط فراموش شده جهت ختم حاملگی با توجه به سن حاملگی بالاتر از ۱۴ هفته تحت درمان طبی با شیاف پروستاگلاندین واکسی توسین قرار گرفت. با توجه به عدم پاسخ به القای صورت گرفته جهت ختم حاملگی، تصمیم به تخلیه رحم به روش (Dilatation and curettage, D&C) در اتاق عمل گرفته شد. در معاینه واژینال زیر بیهوشی یک سرویکس کوچک در ناحیه قدام واژن بسختی لمس و دیده شد و یک توده حدود ۲۰ سانتی متر در ناحیه کلدوساک وجود داشت. با این توضیح که امکان دیلاتاسیون این سرویکس وجود نداشت و با شک به آنومالی رحمی یا پاتولوژی خارج رحمی تصمیم به لاپاراتومی گرفته شد. عمل جراحی زیر بیهوشی به روش نخاعی انجام شد و یک برش عرضی (May lard) روی پوست داده شد و لایه های شکم باز شد، رحم به ابعاد ۱۲×۸×۶ سانتی متر با لوله های دوطرف دیده شد و یک توده به ابعاد ۲۰×۱۲ سانتی متر در خلف رحم وجود داشت که به کف لگن در ناحیه کلدوساک، پشت رحم، امتوم و لوله رحمی راست چسبندگی داشت، تخمدان و لوله سمت چپ طبیعی بود. لوله سمت راست تا ناحیه فیمبریا طبیعی و از ناحیه فیمبریا به توده خلف رحم چسبندگی داشت ولی تخمدان راست در داخل چسبندگی در ابتدا قابل شناسایی نبود.

بعد از آزاد کردن چسبندگی توده به اطراف، یک جنین حدود ۱۶ هفته با وزن حدود ۴۰۰ گرم از داخل توده لگنی خارج و بندناف قطع گردید (شکل ۲). جفت بصورت تکه تکه با مقداری لخته از ناحیه کلدوساک تخلیه گردید. هموستاز کف لگن و اطراف توده حاملگی شکمی برقرار گردید و بعد از گذاشتن درن، ترمیم لایه های آناتومیک شکم انجام گرفت. بیمار بعد از جراحی با حال عمومی خوب و بدون عارضه مرخص شد. یک هفته بعد بیمار ویزیت شد که مشکل نداشت و β HCG دو هفته بعد از جراحی منفی شد.

بحث و نتیجه گیری

نشانه های بالینی بارز در بیمار فوق شامل خونریزی واژینال،

برای مادر داشته باشد یک مورد حاملگی شکمی را که در هفته ۱۹ حاملگی با تشخیص سقط فراموش شده تحت درمان قرار گرفت معرفی می گردد.

گزارش مورد

خانم ۲۹ ساله ای با حاملگی اول با شکایت خونریزی واژینال و درد شکم در هفته ۱۹ به اورژانس زایشگاه بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل مراجعه نمود. خونریزی بیمار از حدود ۴ روز قبل از مراجعه شروع شده بود و مقدار آن کمتر از خونریزی قاعدگی بوده است. علاوه بر خونریزی واژینال، بیمار از درد ناحیه هیپوگاستر، تهوع و بیوست در این مدت شاکی بود. بیمار تست حاملگی مثبت در هفته ۸ حاملگی داشته و آزمایشات اولیه دوران بارداری وی طبیعی بوده است. در هفته ۱۲، سونوگرافی لگن از طریق شکم انجام شده که یک جنین ۱۲ هفته با قلب و حرکات طبیعی داخل رحم گزارش شد و یک ساک حاملگی نامنظم در طرف چپ و قدام جنین زنده که حاملگی دوقلویی مطرح گردید (شکل ۱).



شکل ۱. سونوگرافی لگن در هفته ۱۲ حاملگی

در زمان مراجعه، حال عمومی بیمار خوب و علائم حیاتی پایدار بود. شکم نرم و حساسیت وجود نداشت. در معاینه واژینال خونریزی در حد لکه بینی بود و سرویکس بسته و در موقعیت قدام واژن قرار داشت. ناحیه کلدوساک برجسته بود و حد رحم حدود ۱۸ سانتی متر بود. همه آزمایشات بیمار بجز $Hb=9/2$ در حد طبیعی بود. در سونوگرافی روز مراجعه، تصویر یک جنین زنده حدود ۱۵ هفته در حفره رحم بدون مایع آمنیوتیک گزارش شد که در موقعیت پایین تر از حد طبیعی در ناحیه سرویکس دیده شد و یک ساک حاملگی بدون قلب به ابعاد ۳۰×۴۵ میلی متر با حدود نامنظم در قدام و چپ جنین زنده نیز گزارش شد که حاملگی در رحم دو شاخ

در گزارشات Zhang و Jazayeri همانند این مورد تشخیص حاملگی شکمی در حین لاپاراتومی داده شد (۲۲و۶). در بعضی گزارشات که تشخیص ابتدایی حاملگی شکمی با استفاده از سونوگرافی داده شده بود، در صورت پایین بودن سن حاملگی از لاپاراسکوپی جهت درمان حاملگی شکمی استفاده کردند (۲۶-۱۴). حین لاپاراتومی در این بیمار، بعد از خروج جنین، خوشبختانه جفت بطور کامل خارج و هموستاز برقرار گردید که در اکثر مطالعات این امر امکان پذیر نبود (۹و۶و۲) که شاید بعلاوه آتروفی جفت و عروق بعد از missed شدن جنین بوده باشد. در موارد احتمال خونریزی شدید معمولاً جفت در محل باقی مانده و بندناف در نزدیکی جفت قطع می شود (۲۷). بطور خلاصه می توان گفت که اگرچه حاملگی شکمی نادر است ولی شک به آن و قرار دادن آن در تشخیص افتراقی لازم است تا با تشخیص سریعتر و طرح درمان مناسب قبل و هنگام جراحی، بتوان میزان مرگ و میر مادری و عوارض بعد از آن را به میزان قابل توجهی کاهش داد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از پرسنل اطاق عمل زنان بیمارستان شهید یحیی نژاد بخاطر کمک در تهیه تصاویر حین لاپاراتومی و خانم فریبا داودی کمال تشکر را داریم.

درد قسمت تحتانی شکم و تهوع بود. در گزارش Golz, Tsudo نیز درد شکم، خونریزی واژینال و تهوع جزء نشانه های اصلی حاملگی شکمی بوده است (۱۷و۱۶). در مطالعات Seow و Saravanane علایم گوارشی بصورت سیری زودرس، تهوع، استفراغ، اسهال و بیبوست غالب بوده است که ناشی از تحریک و یا انسداد دستگاه گوارشی می باشد (۱۹و۱۸) که از بین این علایم، بیمار معرفی شده فقط از تهوع و بیبوست گاهگاهی شاکی بود.

در معاینه فیزیکی مورد گزارش شده، حساسیت شکمی وجود نداشت. سرویکس بسته با جایجایی بسمت قدام و برجستگی کلدوساک مشهود بود. در گزارش Paternoster در معاینه فیزیکی حساسیت شکمی و سرویکس بسته وجود داشت و توده لگنی لمس شد (۲۰). عدم حساسیت شکمی در این بیمار شاید بعلاوه واقع شدن توده در کلدوساک و لگنی بودن ساک حاملگی بوده باشد. در بعضی گزارشات، یافته های بالینی دیگری از جمله موقعیت غیرطبیعی جنین و لمس واضح اعضای جنینی از روی شکم را ذکر کردند (۲۲و۲۱) که در مورد اخیر وجود نداشت و علت آن سن حاملگی پایین در این بیمار می باشد. در سونوگرافی های متعدد انجام شده حاملگی شکمی مطرح نشده است ولی یافته هایی چون اولیگوهایدرامنیوس، جنین در موقعیت پایین تر از محل طبیعی، جنین بدون ضربان قلب می توانست شک به حاملگی شکمی را برانگیزاند.



References

1. Attapatu JA, Menon S. Abdominal pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 1993; 43(1): 51-5.
2. Shaw HA, Ezenwa E. Secondary abdominal pregnancy in a Jehovah's witness. South Med J 2000; 93(9): 898-900.
3. Atrash HK, Friede A, Hogue CJ. Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal mortality. Obstet Gynecol 1987; 69(3 Pt 1): 333-7.
4. Dennert IM, Van Dongen H, Jansen FW. Ectopic pregnancy: a heart beating case. J Minim Invasive Gynecol 2008; 15(3): 377-9.
5. Alto WA. Abdominal pregnancy. Am Fam Physician 1990; 41(1): 209-14.
6. Jazayeri A, Davis TA, Contreras DN. Diagnosis and management of abdominal pregnancy. A case report. J Reprod Med 2002; 47(12): 1047-9.
7. Alexander MC, Horger EO 3rd. Early diagnosis of abdominal pregnancy by ultrasound. J Clin Ultrasound 1983; 11(1): 45-80.

8. Allibone GW, Fagan CJ, Porter SC. The sonographic features of intra-abdominal pregnancy. *J Clin Ultrasound* 1981; 9: 383-7.
9. Kun KY, Wong PY, Ho MW, Tai CM, Ng TK. Abdominal pregnancy presenting as a missed abortion at 16 week's gestation. *HKMJ* 2000; 6: 425-7.
10. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. *Williams Obstetrics*, 22nd ed, USA, Williams & Wilkins 2005; pp: 265-6.
11. Marchbanks PA, Annegers JF, Coulam CB, Strathy JH, Kurland LT. Risk factors for ectopic pregnancy. A population-based study. *JAMA* 1988; 259(12): 1823-7.
12. Berek JS. *Novak's gynecology*, 14th ed, Lippincott, Williams & Wilkins 2007; p: 6280.
13. Rana A, Gurung G, Rawal S, Bista KD, Adhukari S, Ghimire RK. Surviving 27 weeks fetus expelled out of the ruptured rudimentary horn and detected a month later as a secondary abdominal pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res* 2008; 34(2): 247-51.
14. Brandt AL, Tolson D. Missed Abdominal ectopic pregnancy. *J Emerg Med* 2006; 30(2): 171-4.
15. Knopman JM, Talebian S, Keegan DA, Grifo JA. Heterotopic abdominal pregnancy following two-blastocyst embryo transfer. *Fertil Steril* 2007; 88(5): 1437.
16. Golz N, Kramer D, Robrecht D, Mast H. Abdominal pregnancy. Case report and review of the literature. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1984; 44(12): 816-8.
17. Tsudo T, Harada T, Yoshioka H, Terakawa N. Laparoscopic management of early primary abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol* 1997; 90(4 Pt 2): 687-8.
18. Saravanane C, Robinson Smile S, Chandrass, Habeebullah S. Rectal bleeding: a rare complication of abdominal pregnancy. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 1997; 37(1): 124-5.
19. Seow C, Goh HS, Sim CS. Massive bleeding from rectum from a caecal pregnancy. *Ann Acad Med Singapore* 1992; 21(6): 818-20.
20. Paternoster DM, Santarossa C. Primary abdominal pregnancy. A case report. *Minerva Ginecol* 1999; 51(6): 251-3.
21. Rahman MS, Al Suleiman SA, Rahman J, Al Sibai MH. Advanced abdominal pregnancy observation in 10 cases. *Obstet Gynecol* 1982; 59(3): 366-72.
22. Zhang J, Li F, Sheng Q. Full-term abdominal pregnancy: a case report and review of the literature. *Gynecol Obstet Invest* 2008; 65(2): 139-41.
23. Mbura JS, Mgaya HN. Advanced abdominal pregnancy in Muhimbili Medical centre, Tanzania. In *J Gynecol Obstet* 1986; 24(3):169-76.
24. Abossolo T, Sommer JC, Dancoisne P, Orvain E, Tuailon J, Isoard L. First trimester abdominal pregnancy and laparoscopic surgical treatment. 2 case reports of evolving abdominal pregnancy treatment with Laparoscopy at 10 and 12 weeks. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1994; 23(6): 676-80.
25. Gerli S, Rossetti D, Baiocchi G, Clerici G, Unfer V, Di Renzo GC. Early ultrasonographic diagnosis and laparoscopic treatment of abdominal pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 113(1): 103-5.

26. Shaw SW, Hsu JJ, Chueh HY, Han CM, et al. Management of primary abdominal pregnancy: twelve years of experience in a medical center. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86(9): 1058-62.
27. Hallatt JG, Grove JA. Abdominal pregnancy: a study of twenty-one consecutive cases. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152(4): 444-9.

Archive of SID

A CASE REPORT OF ABDOMINAL PREGNANCY WITH PRIMARY DIAGNOSIS OF MISSED ABORTION

Sh.Yazdani (MD)^{1*}, Z. Bouzari (MD)², Sh. Barat (MD)², Y. Asghari³.

1. * Assistant Professor of Obstetrics & Gynecology Department, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran, Yazdani_1348@yahoo.com, 2. Assistant Professor of Obstetrics & Gynecology Department, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran, 3. Medical Student

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Abdominal pregnancy is a rare event but is associated with significant morbidity and mortality. The clinical presentation of abdominal pregnancy varies, and the diagnosis depends on a high index of suspicion. Clinical history, physical examination and ultrasonographic features are all non-specific.

CASE: A 29-years-old woman, G1, presented with a history of 4 days of vaginal bleeding and treated as missed abortion. After medical treatment failure, we decided to do D&C (Dilation and Curettage) for termination of pregnancy. After evaluation of cervix under anesthesia, with suspicious of abnormal pregnancy, laparotomy was done. In laparotomy abdominal pregnancy was diagnosed. Fetus and placenta was removed from the cul-de-sac, and the patient remained well after the operation.

CONCLUSION: There are many pitfalls in diagnosing abdominal pregnancy by examination and ultrasound. Laparoscopy or laparotomy is required to make a definitive diagnosis of abdominal pregnancy. For abdominal pregnancy, surgical interventions are recommended.

KEY WORDS: *Pregnancy, Abdominal, Missed Abortion.*

Journal of Babol University of Medical Sciences 2008; 10(4): 84-89

Received: June 11th 2008, Revised: June 22nd 2008, Accepted: July 9th 2008