

گزارش موردی از انسداد روده در لاپاراتومی با تشخیص حاملگی نابجا

دکتر ناهید سخاوری*، دکتر معصومه میر تیموری*

تاریخ دریافت مقاله: ۸۴/۸/۱۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۵/۴/۱۵

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پزشکی، گروه زنان و زایمان

چکیده

بطور طبیعی بلاستوسیت در پوشش آندومتر یا حفره رحم لانه گزینی می‌کند، لانه گزینی در هر جایی غیر از این محل حاملگی نابجا نامیده می‌شود. در ایالات متحده بیش از یک مورد از هر ۱۰۰ حاملگی از نوع نابجا بوده و بیش از ۹۵ درصد حاملگی های نابجا لوله رحم را درگیر می‌کند. با توجه به اینکه حاملگی نابجا می‌تواند با تظاهرات بالینی متنوعی همراه باشد موارد زیادی در تشخیص افتراقی آن مطرح می‌گردد که انسداد روده از نادرترین آنهاست.

در این مقاله خانم ۴۲ ساله ای معرفی می‌شود که بدلیل داشتن سابقه تأخیر در قاعدگی و β HCG مثبت و گزارش توده لگنی در سونوگرافی با تشخیص حاملگی نابجا لاپاراتومی شد ولی تشخیص نهایی، سقط کامل جنین بدنبال انسداد روده بود. همزمان شدن این دو مورد با یکدیگر و تقلید آنها از علایم و نشانه های حاملگی نابجا از موارد نادر می‌باشد. (مجله طبیب شرق، سال هشتم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۵، ص ۷۵ تا ۷۹)

کلواژه ها: حاملگی نابجا، انسداد روده، لاپاراتومی در حاملگی

مقدمه

حاملگی نابجا (Ectopic Pregnancy) اولین بار در قرن یازدهم توصیف شده و مدتها از وقایع صد درصد کشته شده بوده است. در قرون وسطی معتقد بودند که اگر زن در زمان لقاح یا مقاربت جنسی دچار یک حادثه احساسی شدید شود (ترس یا شگفت زدگی) محصول حاملگی در خارج از رحم قرار می‌گیرد.^(۱)

تقریباً تمام حاملگی های نابجا در لوله رحم قرار می‌گیرند و فرمهای خارج لوله ای اگر چه نسبتاً نادر هستند بیشتر مستعد ایجاد عوارض و بخصوص خونریزی داخل شکمی می‌باشند و به همین دلیل میزان مرگ و میر در حاملگی نابجای شکمی ۱۷ برابر بیشتر از سایر انواع حاملگی های نابجا است.^(۲)

حاملگی نابجا با تظاهرات متنوع و گول زننده ای همراه است تظاهرات بالینی ممکن است از لکه بینی واژینال تا شوک وازوموتور همراه با هماتوپریتون متفاوت باشد.

تاریاد کلاسیک تأخیر قاعدگی، خونریزی نامنظم واژینال و درد شکم در اکثر موارد دیده نمی‌شود. شک در تشخیص و توسل سریع به روشهای تشخیصی زود هنگام بهترین و مفیدترین رویکرد تشخیصی است.^(۳) شایعترین تشخیص های افتراقی حاملگی نابجا عبارتند از: حاملگی طبیعی داخل رحمی، پارگی کیست تخمدان، خونریزی از جسم زرد، سقط خودبخودی، سالپنژیت، آپاندیسیت، تورسیون آدنکس، آندومتریوز و دیورتیکولیت.^(۴)

عوامل مربوط به تاریخچه پزشکی بیمار شامل جراحی قبلی لوله، استفاده از فن آوریهای کمک باروری، تماس با DES (دی اتیل استیل بسترول)، سابقه بیماری التهابی لگن، استفاده از دوش واژینال و روشهای جلوگیری از حاملگی هستند. علاوه بر این استعمال دخانیات احتمال ابتلاء به حاملگی نابجا را دو برابر می‌کند.^(۴،۳)

ژنرالیزه داشت در معاینه با اسپکولوم خونریزی واژینال داشته و در معاینه دو دستی بدلیل حساسیت شکم اجازه معاینه آدنکس را براحتی نمی داد ولی در حد امکان معاینه توده ای قابل لمس نبود. تست گراویندکس مثبت و β HCG در حد ۱۸۰۰۰ میلی واحد در میلی لیتر بود. در سونوگرافی رحم و تخمدان ها نرمال ذکر شده و در کلدوساک (بن بست خلف رحم) توده ای mixed echo به ابعاد ۷×۸ سانتیمتر گزارش شده بود.

با توجه به علائم بالینی و آزمایشگاهی و سونوگرافی و سابقه لاپاراتومی بیمار بدلیل حاملگی نابجا، لاپاراتومی با تشخیص حاملگی نابجا در لوله مقابل مجدداً انجام شد. هنگام باز شدن پریوتان حدوداً ۲۰۰ سی سی مایع خونا به ای همراه با ذرات سفید رنگ (چرک یا فیبرین) خارج شد.

روده باریک قرمز رنگ همراه با رسوب ذرات فیبرین بود و شدیداً متورم و دچار دیستانسیون شده بود. در معاینه دقیقتر باندی به طول تقریبی ۱۵ سانتیمتر و به ضخامت ۴ میلی متر از محل سالنژکتومی قبلی تشکیل شده و پس از اینکه حلقه ای نسبتاً محکم بدور روده باریک تشکیل داده بود به قسمتی از انتوم چسبندگی داشت (شکل یک). خوشبختانه انسداد منجر به نکروز روده نشده بود. برای بیمار پس از آزاد کردن چسبندگی NGT (Nasogastric-Tube) گذاشته شده و محتویات روده باریک بداخل معده دوشیده و ساکشن شد، رحم در حد حاملگی ۶-۸ هفته و لوله راست رحم بیمار در لاپاراتومی قبلی برداشته شده بود.

تخمدان راست و لوله و تخمدان چپ طبیعی بودند و در طول کولون (روده بزرگ) فکالومهای بزرگ (توده های مدفوعی) متعدد ولی نرم قابل لمس بود. توده گزارش شده در سونوگرافی در واقع فکالوم کولون بود. شکم با چند لیتر سرم شستشو داده شد و بیمار با حال عمومی خوب به بخش جراحی منتقل و پس از چند روز با حال عمومی خوب مرخص گردید. تشخیص نهائی انسداد روده بدلیل چسبندگی از ناحیه

متأسفانه اکثر بیماران مبتلا به حاملگی نابجا دارای عامل خطر زای شناخته شده ای نیستند با وجود این اکثراً می توان با اندازه گیری دقیق مقدار β HCG (ساب یونیت بتای گنادوتروپین جفتی انسانی) و سونوگرافی این نوع حاملگی را تشخیص و پی گیری نمود.^(۱) علائم بالینی حاملگی نابجا شامل: درد شکم و لگن (۹۵ درصد)، تأخیر قاعدگی همراه با لکه بینی یا خونریزی (۸۰ - ۶۰ درصد)، علائم گوارشی (۸۰ درصد)، سرگیجه و احساس سبکی سر (۵۸ درصد)، لمس توده در معاینه واژینال (۲۰ درصد) می باشد.^(۳)

هدف از ارائه این مقاله گزارش مورد بسیار نادری از همراهی انسداد نسبی روده و سقط کامل جنین است که علائم و نشانه های آنها یک حاملگی نابجا را تقلید نموده اند و گزارش چنین مواردی می تواند در ارائه تشخیص های افتراقی به هنگام برخورد با موارد بالینی مشابه حاملگی نابجا راهنمای همکاران باشد.

معرفی بیمار

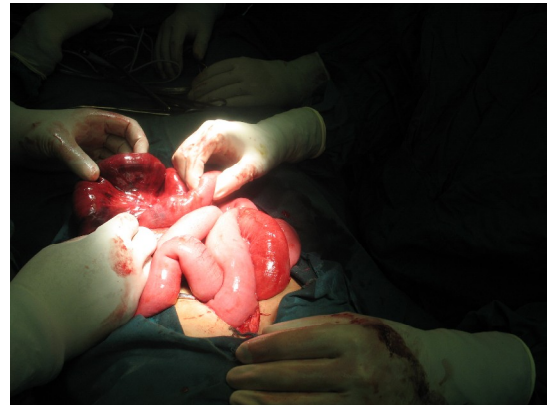
خانم ۴۲ ساله MG4L2 که حدوداً ۳ سال قبل بدلیل حاملگی نابجا تحت عمل جراحی لاپاراتومی (باز کردن جدار شکم) و سالنژکتومی (خارج کردن لوله رحم) قرار گرفته بود، با شکایت تهوع استفراغ، درد شکم و خونریزی واژینال بدنبال ۱۷ روز تأخیر در قاعدگی در اورژانس زایشگاه بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) زاهدان در مرداد ماه ۸۴ بستری شد. تهوع و استفراغ بیمار از سه روز قبل از مراجعه شروع شده و همراه با دردهای متناوب شکمی بوده است و طی این مدت اجابت مزاج داشته است. در ضمن بدنبال ۱۷ روز تأخیر قاعدگی بیمار دچار خونریزی واژینال شدید شده که هنگام مراجعه محدود تر شده بود و در شرح حال خود دفع نسج را هنگام خونریزی شدید ذکر نمی کرد.

در معاینه علائم حیاتی بیمار در حد طبیعی بود، بیمار هوشیاری کامل داشت و در معاینه شکم نرم ولی تندرنس

میلی لیتر باشد و محصولات حاملگی داخل رحم رویت نگردد، حاملگی نابجا با احتمال زیاد مطرح می شود^(۸) و در این مورد نیز گزارش توده ۷×۸ سانتی متر خارج رحم و عیار β HCG در حد ۱۸۰۰۰ میلی واحد در میلی لیتر موید وجود حاملگی نابجا ی فعال در کلدوساک بود. انسداد روده در ۶۰ درصد موارد بدنبال چسبندگی ایجاد می شود و اوایل سه ماهه دوم حاملگی یعنی هنگامی که رحم یک عضو داخل شکمی می شود نیز اتفاق می افتد.^(۹) در مورد گزارش شده نیز انسداد روده به دنبال چسبندگی ناشی از لاپاراتومی قبلی اما در ابتدای سه ماهه اول حاملگی رخ داده بود.^(۸) میزان مرگ و میر مادر در موارد انسداد روده در حاملگی ۱۰ تا ۲۰ درصد و میزان ازدست رفتن جنین ۳۰ تا ۵۰ درصد است.^(۹) در این گزارش مورد نیز سقط کامل جنین در انسداد روده رخ داده بود ولی خوشبختانه مادر با تشخیص و درمان به موقع نجات یافت. خونریزی واژینال در حاملگی نابجا اغلب به صورت اندک ولی طولانی مدت است^(۱۰) و بر این اساس وقوع خونریزی واژینال شدید در این بیمار می توانست دلیلی بر رد حاملگی نابجا باشد. تشخیص انسداد روده در موارد مشابه این بیمار، با توجه به نادر بودن انسداد روده در تشخیص افتراقی حاملگی نابجا منوط به توجه دقیق به مشکلات گوارشی بیمار و سابقه جراحی قبلی وی می باشد.

در خصوص این مورد تأخیر در قاعدگی، سابقه حاملگی نابجا و مثبت بودن عیار β HCG و نیز درد شکم و خونریزی واژینال، حاملگی نابجا را به عنوان اولین تشخیص مطرح می نمود. ولی باید توجه کرد که خونریزی واژینال شدید و نیز مثبت شدن گراویندکس در اوایل حاملگی نابجا کمتر دیده می شود و استفراغ های مکرر نیز مشکلات گوارشی را بیشتر مطرح می نماید. در هر حال توصیه می شود در موارد تشخیص حاملگی نابجا به علائم همراه خصوصاً اگر از نظر شیوع نادر باشند ولی در بررسی اولیه بیمار پررنگ بنظر برسند توجه بیشتری شده و همواره به تشخیص های افتراقی نیز بیندیشیم.

سالنپژکتومی قبلی بود که همراه با آن سقط جنین بطور کامل صورت گرفته بود.



شکل ۱- تصویر لاپاراتومی گزارش مورد

بحث

گزارش فوق مورد نادری از همراهی انسداد نسبی روده و سقط کامل جنین است که علائم و نشانه های حاملگی نابجا را تقلید نموده اند. علاوه بر این گراویندکس و β HCG مثبت و گزارش سونوگرافی نیز به تأیید تشخیص حاملگی نابجا قبل از لاپاراتومی صحه گذاشته اند. تست گراویندکس در ۵۰ درصد موارد در حاملگی نابجا مثبت است^(۴) حاملگی نابجا در سونوگرافی می تواند تصاویر بسیار متنوعی از عدم رویت تا وجود جنین همراه با ضربان قلب در آدنکس (ضمائم رحم) و یا وجود خون و توده در کلدوساک تظاهر نماید.^(۵)

علائم گوارشی در ۹۵-۸۰ درصد موارد در حاملگی نابجا وجود دارند و این علائم می تواند بصورت تهوع و استفراغ، درد شکم و دیستانسیون شکم باشد.^(۶) انسداد روده از موارد بسیار نادر در تشخیص های افتراقی حاملگی نابجا می باشد. در اکثر این بیماران دیستانسیون شدید بوده و دفع گاز و مدفوع قطع می گردد در حالی که در مورد بیمار ما بدلیل اینکه انسداد روده کامل نبود دیستانسیون مختصر و دفع گاز و مدفوع در سه روز قبل از مراجعه وجود داشت و از این جهت انسداد روده تنها به دلیل سابقه جراحی بیمار در تشخیص های افتراقی بیمار مطرح بود.^(۷) هنگامیکه عیار β HCG بالاتر از ۶۰۰۰ میلی واحد در

References

منابع

1. Lissa A. Ectopic pregnancy. In: Cunningham G, Gant N, Leveno K. Williams Obstetrics. 21th Ed. New York: MC Graw – Hill; 2005:883–6.
2. Glass RH. Ectopic pregnancy. In: Speroff L. Kase NG. Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility. 7th ed. Philadelphia: Baltimore; 2005:1275–80.
3. Berek JS. Ectopic pregnancy. Novak Gynecology. 13th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2002:505–7.
4. Laurence A, Sarah A. Accuracy of pregnancy test at the time of missed menses. American J of obstetric and Gynecology. 2004; 190:100-6.
5. Feigin JD, Prober E. Ultrasound and prenatal diagnosis. Supplement to Am J obstet Gynecol. 2004;191: S6.
6. Gideon K, Carolin M. Recall bias of the symptoms of nansea and vomiting of pregnancy. Am J obstet Gynecol. 2004;190:485–9.
7. Renate M, Anne K. Complications of cesarian delivery. British J obstet Gynecol. 2003:211–17.
8. Susan N. overview of current state of research on pregnancy outcomes in minitory population. Supplement to Am J obstet Gynecol. 2005;192: S3.
9. Symmond RE. Small bowel obstruction in pregnancy: a review and report of four cases. Obstet Gynecol 49:170–3.
10. Sylvia R. Abdominal pain in pregnancy. In: David K, Jams MA, Steer P, Gonik B, et al. High risk pregnancy. 2nd ed. London: Edinburgh; 1999:983–8.

A case report: Intestinal Obstruction in laparotomy with diagnosis of ectopic pregnancy

Sakhavar N., MD *; Mirteimoory M., MD *

Approximately 1% of pregnancies are ectopic. The incidence of ectopic pregnancy (EP) appears to be increasing especially among young women. The diagnosis of EP is often based on clinical suspicion and usually the history and physical findings aren't typical.

In this article we report a 42 – year old female with abdominal pain, nausea and vomiting, 17 days retard of mense and vaginal bleeding. In paraclinic work up there was positive Grave Index test and β -HCG titer was 18000 mu/ml and according to sonography findings a 7×8^{cm} mixed echo mass in cul-de-sac was present and uterine cavity was empty. In Laparotomy there was partial obstruction in small intestine with adhesion bands from the site of salpingectomy related to a previous ectopic pregnancy. This condition (intestinal obstruction with complete abortion) is very rare in ectopic pregnancy differential diagnosis.

KEY WORDS: ectopic pregnancy, intestinal obstruction, laparotomy in pregnancy

*Obstetric and Gynecology Dept, Faculty of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences and health services, Zahedan, Iran.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.