

گزارش یک مورد حاملگی شکمی پیشرفته

دکتر عصمت مشهدی^{۱*}، دکتر سمیرا مشهدی^۲

۱- استادیار، متخصص زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

۲- دارو ساز

تاریخ دریافت ۸۵/۶/۷ تاریخ پذیرش ۸۵/۱۱/۴

چکیده

مقدمه: حاملگی شکمی یک مورد در هر ۱۰۰۰۰ تولد زنده است و حاملگی شکمی پیشرفته به ندرت دیده می‌شود. حاملگی شکمی با مرگ و میر بالایی همراه است و در این نوع حاملگی احتمال مرگ ۷ تا ۸ برابر بیشتر از حاملگی لوله‌ای و ۹۰ برابر بیشتر از حاملگی داخل رحمی است.

مورد: بیمار خانمی ۳۵ ساله افغانی تبار (G₄P₃) بود که به علت عدم زایمان بعد از گذشت ۲ سال مراجعه نموده بود. بعد از انجام اقدامات تشخیصی بیمار لاپاراتومی شد. هنگام لاپاراتومی چسبندگی شدید جنین به آمنتوم و روده آزاد شد. جنین ۹ کیلوگرم کلسیفیه خارج گردید. سپس جفت به طور کامل همراه با آدنکس چپ برداشته شد.

نتیجه گیری: با توجه به مورثالیتی بسیار بالای حاملگی شکمی، باید در هر حاملگی به خصوص در حضور ریسک فاکتورهای آن (همانند عفونت‌های لگنی، سابقه حاملگی نا به جای قبلی، سابقه نازایی و مصرف داروهای ایجاد تخمک گذاری، IVF، جراحی قبلی لوله‌های رحمی و ...) و همچنین در حضور علائم مشکوک به این تشخیص توجه نموده و در صورت نیاز اقدامات لازم را به موقع به عمل آورد.

واژگان کلیدی: حاملگی نابه جا، حاملگی شکمی، حاملگی لوله‌ای

*نویسنده مسئول: اراک، بیمارستان طالقانی

E-mail: eeffmmaatt@yahoo.com

مقدمه

بلاستوسیت به طور طبیعی در لایه آندومتر خود رحم لانه گزینی می‌کند. لانه گزینی در هر محل دیگری به جز این محل حاملگی نا به جا محسوب می‌شود. حاملگی شکمی به دو دسته اولیه و ثانویه تقسیم می‌شود که معمولاً نوع اولیه آن نادر می‌باشد. مراکز کنترل و پیش‌گیری از بیماری جنین بر آورد کرده‌اند که میزان بروز حاملگی شکمی یک مورد در هر ۱۰۰۰۰ تولد زنده است و حاملگی شکمی پیشرفته بندرت دیده می‌شود.

حاملگی شکمی با مرگ و میر و موربیدیت بالایی همراه است. در این نوع حاملگی احتمال مرگ ۷ تا ۸ برابر بیشتر از حاملگی نا به جای لوله‌ای و ۹۰ برابر بیشتر از حاملگی داخل رحمی است. گزارش‌های پراکنده‌ای از حاملگی شکمی ترم اولیه شده است. در صورت رسیدن حاملگی شکمی به ترم، میزان مرگ و میر و موربیدیت پری ناتال به علت محدودیت رشد و ناهنجاری‌های مادرزادی مانند هیپوپلازی ریه جنین، دفورمیتة فشاری و عدم تقارن صورت و اندام‌ها افزایش می‌یابد (۱-۳).

در این مقاله یک مورد حاملگی شکمی ۲ ساله که در بیمارستان طالقانی اراک تحت لاپاراتومی قرار گرفته توضیح داده شده است.

مورد

بیمار خانمی افغانی تبار ۳۵ ساله (G_4P_3) با شکایت عدم زایمان بود که بعد از گذشت دو سال از شروع حاملگی به درمانگاه زنان و زایمان مراجعه نمود. بیمار سابقه نازایی، عمل جراحی، مصرف داروهای ایجاد کننده تخمک گذاری، مصرف سیگار و سابقه حاملگی نا به جای قبلی نداشت. در ضمن بیمار از هیچ روش جلوگیری از بار داری استفاده نمی‌کرد. بیمار ذکر می‌کرد در مدت باروری به طور متناوب اسهال و یبوست به همراه تهوع و استفراغ خفیف داشته است. حرکات جنین دردناک بوده و بعد از گذشت چند ماه (حدوداً ماه نهم حاملگی) متوقف شده است. بیمار به مامای محلی مراجعه می‌کند. سعی می‌شود با فشارهای

مکانیکی (از جمله رفتن یک کودک روی شکم بیمار) زایمان صورت گیرد که به هر حال اقدامات انجام شده منجر به زایمان نمی‌شود. بیمار بعد از گذشت ۱۳ ماه دیگر به در مانگاه زنان مراجعه می‌نماید. در معاینه عمومی بیمار مشکل خاصی نداشت. در معاینه شکمی اندازه رحم تا ناحیه گزینوئید بود. صدای قلب جنین سمع نمی‌شد و در مانور لئوپولید بنظر بریج می‌رسید. در معاینه واژینال سرویکس بسته بود عضو پرزاتنه از طریق کلدوساک قابل لمس بود و نکته غیر طبیعی دیگری وجود نداشت. هنگام مراجعه با توجه به شرح حال بیمار تشخیص احتمالی حاملگی شکمی مطرح شده و سونوگرافی برای بیمار درخواست شد. در سونوگرافی جنین مرده، حدوداً ۲۸ هفته با پرزانتایسیون بریج مشاهده شده و تعیین محل جفت مشکل بود و به نظر قدامی می‌رسید. میزان مایع آمینوتیک کاهش یافته گزارش شد. سایر آزمایشات بیمار نرمال بود.

بحث

در دهه‌های اخیر احتمال حاملگی نا به جا به ازای هزار مورد حاملگی گزارش شده ۴ برابر افزایش یافته است. برخی علل احتمالی شامل: افزایش شیوع آسیب و عفونت لوله‌ها، افزایش مقبولیت روش‌های جلوگیری از حاملگی و عقیم سازی (در مورد شکست این روش‌ها احتمال حاملگی نا به جا افزایش می‌یابد)، افزایش استفاده از روش‌های کمک باروری و جراحی لوله‌ها می‌باشند.

در طی سه دهه گذشته با معرفی و اصلاح روش‌های تشخیص حاملگی نا به جا، مورتالیتی ناشی از آن تا حدودی کاهش یافته است (۲). الگوریتم‌های متعددی برای تشخیص حاملگی نا به جا پیشنهاد شده است. در تمام این الگوریتم‌ها از پنج جزء اساسی استفاده می‌شود:

- ۱- سونوگرافی واژینال و ابدومینال، ۲- میزان سرمی B-HCG (هم میزان اولیه و هم میزان الگوی بعدی افزایش یا کاهش)، ۳- میزان پروژسترون سرم، ۴- کورتاژ رحم، ۵- لاپاراسکومی و با شیوع کمتر لاپاراتومی.

الگوریتم‌های تشخیصی صرفاً در مورد زنانی که از نظر همودینامیک پایدار هستند کاربرد دارد. زنانی که در آنان به احتمال قوی پارگی رخ داده است باید به سرعت تحت درمان جراحی قرار گیرند.

حاملگی شکمی مخاطره آمیز است و درمان بالینی به سن حاملگی در زمان تشخیص بستگی دارد. تعدادی پزشکان در صورتی که حاملگی بعد از هفته ۲۴ تشخیص داده شده باشد با درمان انتظاری در بیمارستان منتظر کسب قابلیت حیات توسط جنین می‌مانند. این روش درمانی با خطر خونریزی داخل شکمی ناگهانی و مخاطره آمیز همراه است. به علت این خطر هنگامی که حاملگی شکمی تشخیص داده می‌شود عموماً ختم حاملگی اندیکاسیون پیدا می‌کند. در حاملگی شکمی عمل جدایی جفت ممکن است زمینه ساز خونریزی بسیار شدیدی شود که از عدم انقباض عروق هیپرتروفیه بعد از جدایی جفت ناشی می‌شود. نکته ضروری این است که خون کافی باید در دسترس باشد. قبل از عمل دو سیستم انفوزیون داخل وریدی که هر کدام قادر به ارائه حجم زیادی از خون با سرعت زیاد هستند باید برقرار شوند. آمادگی مکانیکی روده انجام شده و آنتی بیوتیک پروفیلاتیک تجویز شود. لاپاراتومی عموماً از طریق یک برش عمودی در خط وسط صورت گرفته و نوزاد خارج گردد و بند ناف در مجاورت جفت بریده شود. جدا شدن کامل جفت ممکن است به صورت خود به خود و یا با شیوع بیشتر در سیر عمل در هنگام تلاش برای تعیین دقیق محل چسبندگی جفت رخ بدهد. جفت به جز در مواردی که بر روی عروق بزرگ یا ساختمان‌های حیاتی کاشته شده باشد باید برداشته شود (۱-۳).

در اکثر موارد باقی گذاشتن جفت در محل احتمال خونریزی مخاطره آمیز فوری را کاهش می‌دهد. اما این مزیت منجر به عواقب طولانی مدت می‌شود که عبارتند از: عفونت همراه با تشکیل آبه، چسبندگی، انسداد روده، از هم گسیختگی زخم و انسداد نسبی حالب همراه با هیدرونفروز. اگر جفت به حال خود رها شود پسرفت آن را

میتوان با سونوگرافی و تشخیص میزان سرمی β -HCG پایش کرد (۱، ۲).

اخیراً در مقالات، لاپاراسکوپی و استفاده از متوترکسات در حاملگی‌های شکمی تشخیص داده شده در سنین پایین مطرح شده است (۷-۴).

بیمار مورد نظر بعد از آمادگی روده و رزرو خون لاپاراتومی شد. هنگام لاپاراتومی جنین مرده در اثر رسوب کلسیم کاملاً کلسیفیه شده بود و چسبندگی شدید به امتوم و مقداری چسبندگی به روده‌ها داشت. جنین کلسیفیه از امتوم و روده‌ها آزاد و سپس خارج شد که وزن آن ۹ کیلوگرم بود. وارمار و همکاران در سال ۲۰۰۳ یک حاملگی پیشرفت شکمی با اتصال جنین به امتوم را گزارش نمودند که بعد از تشخیص بیمار را تحت نظر گرفته و در هفته ۳۵ حاملگی جنین زنده را خارج نموده بودند (۶).

علی و فیتزجرالد در سال ۲۰۰۶ یک مورد حاملگی شکمی با چسبندگی به امتوم به دنبال IVF را گزارش نمودند. بیمار در ۷ هفتگی با لاپاراسکوپ سالپنژکتومی شده بود. بعداً به علت بالا رفتن β -HCG مجدداً دو هفته بعد لاپاراسکوپی شد. تکه‌های باقیمانده تروفوبلاست از پریتون و امتوم برداشته شد (۷).

فاپونگ و همکاران در سال ۲۰۰۳، خانمی ۳۸ ساله را (G_3P_2) که به علت خونریزی واژینال مراجعه نموده و توسط سونوگرافی واژینال برای وی حاملگی لیگامان پهن تشخیص داده شده بود، تحت عمل لاپاراتومی قرار دادند و لیگامان پهن راست و آدنکس راست وی را برداشتند (۸).

رحمان و همکاران در سال ۲۰۰۴ برای خانمی ۲۹ ساله با سابقه ۱۰ سال نازایی و سابقه توبوپلاستی، تشخیص حاملگی شکمی ۲۱ هفته دادند. درمان در ابتدا قبل از عمل خروج نوزاد از طریق لاپاراسکوپی، با استفاده از آمبولیزاسیون شریانی صورت گرفت. بعد از عمل از متوترکسات به میزان ۵۰ میلی‌گرم / متر مربع عضلانی، هر ۳ هفته تا ۴ مرتبه، برای باقی مانده شکمی جفت استفاده گردید (۹).

2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. 22nd ed. New York: Mc Graw-Hill; 2005.p.253-273.
3. DeCherney AH, Nathan L. Current obstetric & gynecologic diagnosis & treatment. Ninth ed. USA: Mc Graw-Hill; 2003.p.272-286.
4. Speroff L. Principles of clinical gynecologic endocrinologic & infertility. 7th ed. Baltimore: Lippincott-Williams & Wilkins; 2005. p.1275-1303.
5. Scott JR, DiSai PJ, Hammond CB, Spellacy WN. Danforth's obstetrics and gynecology. 9th ed. Philadelphia: Lippincott -Williams & Wilkins; 2003.p.88-105.
6. Varma R, Mascarenhas L, James D. Successful outcome of advanced abdominal pregnancy with exclusive omental insertion. Ultrasound Obstet Gynecol 2003;21(2):192-4.
7. Ali CR, Fitzgerald C. Omental and peritoneal secondary trophoblastic implantation- an unusual complication after IVF. Reprod Biomed Online 2006;12(6):776-8.
8. Phupong V, Lertkhachonsuk R, Triratanachat S, Sueblinvong T. Pregnancy in broad ligament. Arch Gynecol Obstet 2003; 268(3):233-5.
9. Rahman J, Berkowitz R, Mitty H, Gaddipati S, Brown B, Nezhath F. Minimally invasive management of an advanced abdominal pregnancy. Obstet Gynecol 2004; 103 (5pt2): 1064- 8.

تشخیص افتراقی‌های حاملگی نا به جا بسته به سن حاملگی ممکن است متفاوت باشد. مثلاً در مراحل اولیه با سقط، مول، سالپنژیت، آپاندیسیت و کیست‌های تخمدانی و در هفته‌های بالاتر حاملگی با کیست‌های هموراژیک تخمدان و پارگی رحم و نهایتاً در مراحل پیشرفته‌تر با تومورهای شکمی تشخیص افتراقی دارد.

نتیجه گیری

وقوع حاملگی در خارج از رحم یک رویداد تهدید کننده حیات است. هنوز هم حاملگی‌های نا به جا یک علت مرگ مادر در سه ماهه اول حاملگی به شمار می‌آیند و ۹۰ درصد این مرگ‌ها ناشی از خونریزی می‌باشد. پس در هر حاملگی به خصوص در صورت وجود ریسک فاکتورهای حاملگی نا به جا و وجود علائم مشکوک باید به این تشخیص توجه نموده و در صورت لزوم اقدامات درمانی مناسب و به موقع انجام داد.

منابع

1. Berek JS, Adashi EY, Hillard PJA. Novak's gynecology. 13th ed. Philadelphia: Lippincott-Williams & Wilkins; 2002. p.517-543.

A case report of advanced abdominal pregnancy

Mashadi E¹, Mashadi S²

Abstract

Introduction: Abdominal pregnancy is 1 in 10000 live births and advanced abdominal pregnancy is rare. Abdominal pregnancy is associated with high morbidity and mortality with the risk for death 7 to 8 times greater than tubal ectopic pregnancy and 90 times greater than intrauterine pregnancy. In this article a case of advanced abdominal pregnancy is reported.

Case: The patient was a 35 year's old (G4P3) woman presented with undelivered pregnancy after two years. After diagnostic procedures laparotomy was done. During the operation, fetus adhesion to the omentum was released. A 9 kg calcified fetus was delivered. Then the placenta and left adnex was removed completely.

Conclusion: Regarding the high mortality rate of abdominal pregnancy, in every pregnancy specially in the presence of its risk factors (such as PID, history of ectopic pregnancy, history of infertility and using drugs to induce ovulation, IVF, prior tubal surgery and ...) and also suspicious symptoms, this probability and early intervention must be considered.

Key word: Ectopic pregnancy, abdominal pregnancy, complication, management

1 - Assistant professor, gynecologist, school of medicine, Arak University of medical sciences.

2 - Pharmacologist.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.