

گزارش يك مورد آبستنی داخل رباط پهن تا پایان دوره حاملگی

دکتر جواد غفورزاده * دکتر سیمین کامیاب **

آنچه که بظاهر رحم مینمود يك توده سفت به اندازه های تقریبی $10 \times 15 \times 15$ سانتیمتر و متحرك بدست میخورد - جنین بطور طولی قرار گرفته بود ولی مشخص کردن دقیق تمام اعضاء جنین مخصوصاً محل قرار گرفتن سر از روی شکم ممکن نبود. صدای قلب جنین شنیده نمیشد - در بالای ناف در خط وسط در لمس يك Thrill واضح موجود بود.

معاینه مهبلی - دهانه رحم شبیه به حاملگی ماه نهم نبود - کوچکتر و سفت تر به نظر میرسید - دیلاتاسیون و افساسمان نداشت. قسمت نمایش یافته جنین بدست نمیخورد و جنین نسبت به لگن زایمانی خیلی بالاتر قرار داشت. بیمار بستری و ابتدا از نظر کم خونی و خیز و تنگی نفس تحت درمان و مراقبت قرار گرفت. امتحانات آزمایشگاهی - نتایج آزمایشهای بیمار در بدو ورود به بیمارستان بقرار زیر بود:

۱- آزمایش کامل ادرار $2/5$ گرم آلبومین در هر لیتر ادرار موجود بود. ۶ الی ۷ گلوبول سفید و ۲ الی ۳ گلوبول قرمز و مقدار زیادی سلول اپی تلیال و سیلندر گرانولو در امتحان میکروسکپی ادرار گزارش شده بود.

۲- شمارش گلوبولی - $3/200/000$ گلوبول قرمز - 9200 گلوبول سفید با 84 سگمانته و 16 لنفوسیت

۳- میزان همو گلوبین 70%

۴- سرعت رسوب گویچهها - 57 میلیمتر در ساعت اول و 114 میلیمتر در ساعت دوم.

خانم م- الف ۲۵ ساله حامله بارششم بعلت سپری شدن دوره کامل حاملگی و شروع نشدن دردهای زایمانی - بیحرکتی جنین بمدت یک هفته - ورم در پاها - سرفه و تنگی نفس به بیمارستان جهانشاه صالح مراجعه نمود.

سابقه شخصی - قاعدگی بیمار از ۱۴ سالگی شروع شده و مرتب بوده است. در ۱۶ سالگی ازدواج نموده سابقه سقط نداشته است سابقه ۵ زایمان طبیعی دارد. اولین فرزند دختر ۸ ساله زنده و چهار فرزند بعدی که ۲ پسر و ۲ دختر بوده اند طبیعی متولد شده و همگی در ۱۰ تا ۱۵ روز بعد از زایمان بمल्ली که مادر نمیداند فوت شده بودند. آخرین زایمان در ۲ سال پیش بوده است. سابقه بیماری مهم یا عمل جراحی و حساسیت دارویی را ذکر نمی کرد.

معاینات اولیه - حرارت 37 درجه سانتیگراد فشار خون $140/100$

نبض مرتب ۱۰۰ در دقیقه - بیمار رنگ پریده - ضعیف - ++ ورم در ساق پا داشت که گوده میگذاشت صداهای قلب در چهار کانون طبیعی بود. بیمار سرفه میکرد - نفس تنگی داشت رالهای مرطوب در سرتاسر دوره بگوش میرسید.

بیمار از نفخ شدید بعد از غذا - ترش کردن غذا و بیبوست شدید شکایت داشت. ادرار ۲۴ ساعت بیمار حدود ۸۰۰ سی سی و رنگ آن کدر بود. در سیستم عصبی بیمار ناراحتی نداشت.

معاینه شکمی - توده ای به اندازه رحم ۹ ماهه با حدود مشخص و مرتب در شکم قابل لمس بود. در کنار سمت چپ و پائین

* مدیر گروه بیماریهای زنان و مامائی دانشکده پزشکی داریوش کبیر
** استادیار بیمارستان جهانشاه صالح - دانشکده پزشکی رازی

نشدیم و باهیسترومتر باین نتیجه رسیدیم که تومور طرف چپ رحم خالی غیر حامله است و حاملگی در فضای بیرون رحم قرار دارد. در روز چهارم بیمار با آمادگی قبلی و تشخیص آبستنی در خارج از رحم تحت عمل جراحی قرار گرفت.

شرح عمل: بعد از بازکردن جدار شکم توده‌ای بمانند رحم با جدار نرم در خط وسط شکم را پر کرده بود، جسم رحم واقعی در کنار این توده در سمت چپ با اندازه رحم حامله ۸ هفته و سالم بدست می‌خورد.

لوله راست رحم در بالای این توده بزرگ و تخمدان این سمت در پشت توده وسطی شکم قرار داشت. لوله و تخمدان سمت چپ طبیعی بودند. با تشخیص آبستنی در داخل رباط پهن سمت راست این رباط بازگردید. جنین مرده آنانسفال که منگوسل نیز داشت بوزن ۳۰۰۰ گرم از داخل رباط پهن سمت راست خارج گردید.

جفت در داخل رباط پهن چسبیده بود و چون براحتی قابل جدا شدن بود از محل چسبندگی با احتیاط جدا شد و در دو محل پدیکول آن لیگامانور گردید و سطوح خالی رباط به همدیگر دوخته شد و درن داخل محفظه مربوط به حاملگی که مشابه یک کیست خالی شده‌ای بود گذاشته شد و جدار شکم ترمیم گردید. جمعاً یک لیتر خون حین عمل و بعد از عمل به بیمار تزریق شد. فشار خون بیمار بعد از عمل $\frac{100}{70}$ و نبض او ۱۱۰ در دقیقه بود. بعد از عمل جراحی بیمار تحت درمان با آنتی بیوتیک - سرم قندی و مسکن قرار گرفت و درن پس از یک هفته خارج گردید. در روز بعد از عمل جراحی آزمایشهای بیمار بدینقرار بود:

۱- آزمایش کامل ادرار طبیعی بود.
۲- سرعت رسوب گویچه‌های خون - ۱۰۵ میلیمتر در ساعت اول و ۱۲۵ میلیمتر در ساعت دوم بود.
۳- همو گلوبین ۷۰٪ و هماتوکریت ۳۹٪ بود.

در یک هفته بعد از عمل جراحی:

۱- فرمول خونی بیمار - گویچه سرخ $\frac{4}{2000000}$ گویچه سفید ۸۲۰۰ با ۷۴ سگمانته - ۱۸ لنفوسیت و ۸ یک هسته‌ای بود.
۲- سرعت رسوب گویچه‌های خون - ۱۲۳ میلیمتر در ساعت اول و ۱۴۵ میلیمتر در ساعت دوم بود.
۳- روز بعد از عمل جراحی بخیه‌های بیمار برداشته شد و ۱۰ روز پس از عمل جراحی بیمار با فشار خون $\frac{115}{80}$ نبض

۵- قند خون ۱ گرم در لیتر.
۶- اوره خون ۵۰ سانتی گرم در لیتر.
۷- واسرمن و کان منفی.
۸- آزمایشهای سرم‌شناسی جهت لیستریوز و توکسوپلاسموز منفی.
۹- تست مانتومنفی بود.
رادیوگرافی:

۱- رادیوگرافی ریتین و قلب طبیعی بود.
۲- در رادیوگرافی ساده از شکم تصویر جنین ۹ ماهه مرده آنانسفال با قرارطولی و سردر قسمت پائین مشخص بود.
شروع درمان: بیمار با استراحت کامل - رژیم غذایی بدون نمک با مواد نشاسته‌ای و پروتئین متعارف و سبزیجات گذاشته شد. فشارخون - درجه حرارت و میزان مایعات خورده شده و دفع شده بیمار اندازه‌گیری میشد.

دارو - بیمار تحت درمان آنتی بیوتیک - دیورتیک - سرم قندی هیپرتونیک - فنرگان - لومینال - سولفات دومینیزی و آهن تزریقی قرار گرفت. بیمار بدینترتیب ۱۵ روز تحت درمان بود و در این مدت ۲ نوبت هر بار ۲۰۰ سی سی خون تازه باو تزریق گردید. در این زمان فشار خون بیمار $\frac{120}{90}$ و نبض او ۹۵ دقیقه بود. بیمار دیگر سرفه - تنگی نفس و ورم نداشت.
آزمایشهای مجدد بیمار در دو هفته پس از درمان طبی باین قرار بود:

۱- آزمایش کامل ادرار - میزان آلبومین ادرار ۱ گرم در لیتر بود و هنوز در ادرار گلبول قرمز و سفید و سلول اپی تلیال موجود بود و سیلندرگرانولو از بین رفته بود.
۲- فرمول خونی: $\frac{4}{000000}$ گلوبول قرمز، ۸۲۰۰ گلوبول سفید با شمارش ۷۶ سگمانته ۲۳ لنفوسیت - ۴ یک هسته‌ای بزرگ و ۱۲ ائوزینوفیل بود.
۳- سرعت رسوب گویچه‌های خون - ۸۵ میلیمتر در ساعت اول و ۱۱۵ میلیمتر در ساعت دوم بود.
۴- قند خون ۱ گرم در لیتر بود.

۵- اوره خون ۴۹ سانتی گرم در لیتر بود.
در اینموقع تصمیم به ختم حاملگی بیمار گرفته شد و لذا در دو روز متوالی روز اول با $\frac{2}{5}$ واحد سنتوسینون در یک لیتر سرم قندی و روز دوم با ۵ واحد سنتوسینون در یک لیتر سرم قندی برای بیمار تحریک زایمانی انجام شد ولی بیمار درد زایمانی پیدا نکرد. در روز سوم سعی شد که شاید بتوان کیسه آب بیمار را پاره کرد ولی موفق به پیدا کردن کیسه آب در داخل دهانه رحم

۸۵ درد دقیقه بدون ورم و تنگی نفس با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص گردید.

بحث:

در تعدادی از حاملگی های خارج از رحم بخصوص نوع لوله ای اگر محل لانه گزینی تخم بسمت مزوسالپنکس باشد ممکن است لوله در قسمتی که از صفاق پوشیده نیست پاره گردد و ماحصل حاملگی بداخل فضای بین دولا به رباط پهن وارد شود. ممکنست تخم بدینگونه به حیاتش خاتمه داده شود، و یک همتوم در رباط پهن بوجود آید و یا اینکه ندرتاً در محل جدید به رشد خود ادامه داده حاملگی پیشرفت نماید و حتی به ترم برسد. ادامه رشد تخم بستگی به میزان جداساز جفت از محل اصلی خود در لوله دارد. اگر ارتباط جفت در داخل لوله حفظ گردد بتدریج که حاملگی پیشرفت مینماید جفت در بالای جنین قرار میگیرد. اگر جفت در نزدیکی محل پاره شده لوله قرار داشته باشد در ماههای بعد بتدریج قسمتی از آن به سمت پائین در نسج هم بندلگن کشیده میشود و در آن قسمت میچسبید و قسمتی هم در داخل لوله باقی میماند. در هر حال جنین در خارج فضای صفاق رشد میکند و بتدریج که بر اندازه آن افزوده میگردد لایه صفاق لگنی و شکمی از محل خود جدا میشوند. ممکنست در جریان حاملگی رباط پهن پاره گردد و جنین در فضای شکمی به رشد خود ادامه دهد. در حالیکه جفت در محل قبلی خود باقی مانده و حاملگی بنوع شکمی تبدیل گردد.

بغیر از آبستنی لوله ای - آبستنی Interstitial, cornual و تخمدانی که در مزواواریوم رشد کرده باشد و آبستنی شکمی که در قسمت خلفی رباط پهن چسبیده باشد نیز ممکنست بصورت آبستنی در رباط پهن در آیند.

در بررسی آمار مختلف ۸۲ مورد از این نوع حاملگی توسط Runbolz-Redgwick و NACE جمع آوری شده است. یک مورد در ۱۵۰۰۰ مورد حاملگی خارج از رحم، ممکن است جنین در داخل رباط پهن و یا داخل فضای شکم به رشد خود ادامه دهد. در این نوع حاملگی جنین اکثراً در ماههای اول میمیرد و اگر هم بموقع زایمان برسد اکثراً ناهنجاریهای متعدد دارد و یا در روزهای آخر حاملگی میمیرد. با اینکه بنظر میرسد این نوع حاملگی باید علائم شکمی و روده ای زیاد داشته باشد و در موقعیکه جنین از بین میرود احساس داخل شکم به نسوج نکروزه حاملگی چسبندگی پیدا میکنند ولی علائم بدینگونه نیستند. و گاهی مرگ جنین بدون توجه مادر اتفاق میافتد و ممکنست دور جنین را املاح آهکی بگیرد و بدل بیک Lithopedion شکمی شود که بعداً در جریان اتوپسی و یا یک عمل شکمی کشف گردد. جنین همچنین

ممکنست مومیائی و یا تبدیل به توده چربی Adipocere گردد.

علائم - علائم این نوع حاملگی در شروع مانند یک آبستنی لوله ای پاره نشده است. دردهای گاه بگاه در زیر شکم همراه با علائم حاملگی دلیل بر کشیده شدن بیش از اندازه لوله و یا خونریزی بداخل شکم است. در موقع سقط لوله ای با پارگی لوله ممکنست بیمار خونریزی از رحم هم داشته باشد ولی اگر حاملگی ادامه یابد این خونریزی قطع میگردد. بعداً علائم ناراحتی و دردهای مختصر زیر شکم خواهد بود.

تشخیص - با علائم فوق بعد از سپری شدن مرحله پارگی لوله و یا سقط لوله ای تشخیص این اتفاق از یک تهدید سقط معمولی مشکل است. ولی بهر حال به تدریج که حاملگی در داخل رباط پهن برسد خود ادامه دهد از روی شکم توموری بشکل رحم حامله نمایان میگردد که بتدریج بزرگتر میشود ولی فقط اندازه و نرمی دهانه رحم است که با بزرگی تومور و باسن حاملگی تطبیق ندارد و ضمناً در این حاملگی انقباضات Braxton Hicks نیز وجود ندارد بنابراین با احساس رحم کوچک و غیر حامله در یک طرف لگن و جدا از تومور میتوان بحاملگی خارج از رحم و یا حاملگی در یک شاخه از رحم دوشاخ مظنون بود ولی در هر صورت تشخیص یک آبستنی شکمی و آبستنی در داخل رباط پهن از لحاظ بالینی امکان پذیر نیست. در موارد مشکوک معاینه زیر بیهوشی به تشخیص این وضع غیر عادی کمک شایان میکند و ندرتاً ممکنست با لمس رباط گرد در روی توده حاملگی احتمال وجود آبستنی را در داخل رباط پهن بیشتر کند. با رادیوگرافی نسوج نرم میتوان تشخیص داد که حاملگی خارج از رحم است و با تعیین اندازه رحم با هیسترومتر و کورتاژ به تشخیص قطعی رسید. با هیستروسالپنکوگرافی نیز میتوان محوطه خالی رحم را در کنار سایه استخوانی جنین مشاهده نمود.

درمان - امروزه عقیده بر اینستکه این نوع حاملگی اگر تشخیص داده شد با عمل جراحی هر چه زودتر خاتمه یابد. برای عمل باید خون بمقدار کافی آماده باشد زیرا خونریزی این عمل زیاد است. خونریزی دو هفته بعد از عمل جراحی نیز این بیماران را تهدید میکند زیرا با وجود جذب جفت ممکنست قبل از ترمبوز و انسداد کامل عروق مربوطه جفت از محل چسبندگی خود جدا شود و ایجاد خونریزی شکمی کند. این بیماران خطر عفونت هم دارند. ممکنست عفونت در محوطه داخل رباط پهن رخ کند و ایجاد آبسه نماید که گاهی ممکنست این آبسه از راه جدار شکم، روده بزرگ و یا مثانه بخارج راه یابد. اگر آبستنی در ماههای آخر تشخیص داده شود و بیمار علائم عمده ای نداشته باشد میتوان

نتیجه: در بیمارستان جهان‌نشاہ صالح از تاریخ ۱/۱/۴۲ تا ۱/۱/۵۲ بمدت ۱۰ سال فقط همین يك مورد آبستنی داخل رباط پهن که تا ترم ادامه یافته دیده شده است. در همین مدت تعداد ۸۶۷۷۶ زایمان در این بیمارستان انجام شده است و ۲۳۸۹۲ بیمار در این مدت زمان برای سقط ناقص کورتاژ شده‌اند و ۷۷۱ مورد آبستنی خارج از رحم در این مدت زمان عمل جراحی گردیده‌اند.

بنابراین نسبت وقوع آبستنی داخل رباط پهن که تا ترم ادامه یافته باشد نسبت به حاملگی‌های خارج از رحم $\frac{1}{771}$ و نسبت بزایمانها $\frac{1}{86776}$ و وقوع آن، نسبت به جمع کل حاملگی‌ها $\frac{1}{111439}$ بوده است.

تا زمانیکه جنین قادر به ادامه زندگی باشد عمل جراحی را به تعویق انداخت ولی بیمار باید در بیمارستان بستری و تحت نظر باشد. باید جنین با نهایت دقت در آورده شود که جفت جدا نشده و آسیب نبیند. درباره این سؤال مهم که آیا جفت را در حین اینگونه اعمال جراحی بایستی جدا نمود و بیرون آورد و یا آنکه بحالت خود گذاشت بحث فراوانی شده و اکثر مؤلفین عقیده دارند که اصرار در بیرون آوردن جفت نباید داشت چه با این اقدام ممکنست حال مادر بخطر بیفتد ولی بهر حال بایستی در نظر داشت که در مواردیکه محل چسبندگی جفت کاملاً آزاد و براحتی بتوان آنرا بایگاتورچند رنگ اصلی مربوط بآن برداشت و از بدن مادر دور کرد نتیجه بهتری گرفته میشود ولی بطور کلی در مواردی که محل چسبندگی جفت نامشخص و وسیع بوده و غیر قابل جدا شدن بنظر برسد از هر گونه دستکاری بی‌مورد و اصرار در جدا نمودن جفت باید اجتناب ورزید.

References

- 1- Dehner, L.P. Advanced extrauterine pregnancy and the fetal death Syndrom. J.Ob. Gyn. Vol 40-No4 : 525, 1972.
- 2- Greenhill, J.P. Intraligamentary pregnancy. Obstetrics - Saunders Company - P.424-1961
- 3- Hellman, L.M. and Pritchard, J. A. Termination of tubal pregnancy. Williams Obstetrics, 14 th Edition, Appleton, century crofts- P. 544-1971.
- 4- Parson, L. and Sommers, S.C. What happens when viable placental tissue is extruded into the peritoneal cavity or broad ligament Gynecology - Saunders company - P. 405 - 1963.
- 5- Reid, D.E. Diagnosis and treatment of abdominal pregnancy - text Boox of obstetrics - Saunders company - P. 282 - 1962.
- 6- Tan, K.L., Vengadasalam, D. and Lean T.H. Recurrent abdominal Pregnancy. Brit. J. Ob. Gyn. 1044- Nov 1971.