

نامه دانشکده پزشکی

تهران

تحت نظارت تحریر

رئیس هیئت مدیره: دکتر سید علی حسینی
رئیس هیئت تحریر: دکتر سید علی حسینی
رئیس هیئت مدیره: دکتر سید علی حسینی
رئیس هیئت تحریر: دکتر سید علی حسینی

بیریت گرداننده: دکتر سید علی حسینی

موسس: دکتر سید علی حسینی
معاونان: دکتر سید علی حسینی

شماره دوم

آبان ماه ۱۳۴۰

سال نوزدهم

يك مورد نادر (آبستنی درون تخمدان)^(۱)

دکتر اسداله مهدوی - دستیار بیمارستان زنان

دکتر جهانشاه صالح

استاد کرسی جراحی زنان

بطور کلی حاملگی خارج از رحم (۲) عبارتست از: لانه‌گزینی تخم‌گشوده در محیطی غیر از محوطه طبیعی داخل رحم. همانطور که این لانه‌گزینی ممکن است در قسمت بینابینی لوله یا گوشه رحم (۳)، در تنگه لوله (۴)، در حباب لوله (۵)، در چتر لوله (۶)، در روی صفاق شکم (۷) و یا در دهانه رحم (۸) اتفاق افتد در موارد خیلی نادر تخم‌گشوده شده در تخمدان لانه می‌گیرند و در این موقع است که آبستنی تخمدانی نامیده میشود. اصولاً این قسم آبستنی خارج از

- 1 - Ovarian pregnancy (intra follicular)
- 2 - Ectopic pregnancy
- 3 - Interstitiel or Annular
- 4 - Isthmic pregnancy
- 5 - Ampullar pregnancy
- 6 - Infundibular (ostial) pergnancy (Tubo-abdominal)
- 7 - Abdominal pregnancy
- 8 - Cervical pregnancy

در معاینه‌ای که از روی شکم بیمار بعمل آمد شکم مختصری نفاخ و در ناحیه زیرنافی در لمس احساس درد میکند این درد بخصوص در طرف چپ بیشتر محسوس است.

در معاینه دستگاه تناسلی: رشد و شکل دستگاه تناسلی خارجی بوضع عادی است. در مشاهده با اسپکولوم طول مهبل و رنگ مخاط آن طبیعی بنظر می‌رسد. دهانه گلوی زهدان چندزا، بسته و خون آلود است و خون سیاهرنگی بمقدار کم از آن جاری است.

در لمس مهبل: گلوی زهدان در خط وسط و دهانه آن بسته است. بن بست‌ها آزاد ولی دردناک بخصوص حرکت گلوی زهدان ایجاد درد شدید میکند. زهدان باندازه طبیعی در خط وسط لمس میشود. در محل اوله‌ها برجستگی حس نشد. تخمدانها در هر دو طرف مختصری بزرگتر از معمول و تخمدان چپ در لمس دردناک است. در لمس مهبل که در زیر بیهوشی بعداً از بیمار بعمل آمد نیز وضع زهدان و اوله‌ها و تخمدانها را بشرح فوق تایید کرد. بیمار با تشخیص آبستنی بیرون زهدانی در بخش بستری شد و چهارروز تحت نظر بود. در این مدت حال عمومی او خوب بنظر می‌رسید ولی خونریزی و درد مختصر ادامه داشت. در مدت بستری بودن از ادرار او امتحان بوفوق ۱۳ بعمل آمده که منفی بود.

بیمار رفته بگفته خودش کمتر از مقدار خون یکدوره قاعدگی بوده است. در سابقه خانوادگی بیمار نکته جالبی موجود نیست.

از نقطه نظر سابقه شخصی: بیمار برای اولین دفعه در ۱۳ سالگی قاعده شده و همراه با قاعدگی درد نداشته است. سابقه ابتلاء به بیماری مهمی را ذکر نمی‌کند. دوسال پیش ازدواج کرده و با شوهرش نسبت خانوادگی ندارد. نه‌ماه پس از ازدواج آبستن شده و آبستنی را بآخر رسانده بدون هیچگونه عارضه و بطور طبیعی زائیده است. پس از زایمان مدتی خونریزی داشته که با درمان طبی بهبود یافته. قاعدگی بیمار پس از زایمان طبق معمول برقرار شده ولی ماه گذشته قاعده نشده و هم‌اکنون ده روز از موعد قاعدگی او میگذرد.

در معایناتی که از بیمار بعمل آمد: دستگاه گردش خون طبیعی، فشار خون $\frac{110}{70}$ میلیمتر جیوه و تعداد قرعات نبض ۸۰ در دقیقه است.

دستگاه تنفس طبیعی است. معاینه دستگاه اداری نکته جالبی نشان نمیدهد.

از نقطه نظر روحی حال او کاملاً طبیعی است.

در دستگاه گوارش نکته مرضی جلب توجه نمیکند.

پستان و غده تیروئید طبیعی بنظر می‌رسند.

تخمندان راست را نیز برداشتم. طبقات جدار شکم طبق معمول دوخته شد و عمل خاتمه یافت.

جوابی که چهار روز بعد از آزمایشگاه دریافت کردیم بشرح زیر است:

« بیوپسی شماره ۳۹۸۱۲ نام بیمار:

ح-ه»

(۱- شرح ماکروسکوپی)

« بافت ارسالی از سه قطعه تشکیل

شده است: »

« قطعه اول بابعاد $1.0 \times 0.8 \times 1.0$ میامیتر

که يك سطح آن زرد رنگ و صاف و سطح

دیگر نامستقیم و قهوه‌ای است. در سطح

مقطع مناطق قهوه‌ای رنگی مشهود است.

دو قطعه دیگر شبیه قطعه اول است. »

(۲- شرح میکروسکوپی)

« در آزمایش ریزینی بافت »

« ارسالی لخته خون دیده میشود که در »

« وسط آن ویلوزیته‌های جفت و توده »

« های وسیعی از سلولهای تروفوبلاستیک »

« دیده میشود. در يك قسمت ساختمان »

« کورتکس تخمدان مشاهده شد که در »

« آن جسم زرد مشاهده میشود. وصل »

« باین ناحیه ویلوزیته‌های جفتی قرار »

« گرفته است. سلولهای کورتیکال »

« تخمدان در آن ناحیه بزرگتر و چند »

« سطحی با پروتوپلاسم روشن شده »

« هستند. »

« تشخیص: آبستنی تخمدانی»

در زیر نمای ریزینی بافت آزمایش

شده مشاهده میشود *

در تاریخ ۱۵ مرداد پس از انجام

بیپوشی بانسدونال (۲) از بیمار بزل

بن بست دوگلاس بعمل آمد. در نتیجه

خونی سیاهرنگ خارج شد که تشخیص

آبستنی بیرون زهدانی را تأیید کرد و

بلافاصله تصمیم بعمل جراحی گرفته شد.

پس از باز کردن شکم بیمار در حفره

صفتی در حدود پنجاه سانتیمتر مکعب

خون سیاهرنگ موجود بود. در بازدید

از زهدان و لوله‌ها زهدان مختصری از

طبیعی بزرگتر ولی با کمال تعجب دریافتیم

که هر دو لوله کاملاً طبیعی و سالم میباشند

و هیچگونه تومور یا پارگی و خونریزی

در سرتاسر آنها مشهود نیست.

همانطور که در لمس مهبلی نیز

دریافته بودیم هر دو تخمدان از اندازه

طبیعی بزرگتر بودند. بزرگی تخمدان

راست بعلت وجود کیست کوچکی باندازه

فندق در سطح قدامی آن تشخیص داده

شد اما بر روی تخمدان چپ لخته قدیمی

مشاهده میشد که پس از برداشتن لخته

در زیر آن و روی تخمدان شکاف کوچکی

موجود بود که از آن خون خارج میشد

بنابراین شکاف مزبور را کمی بزرگتر

کردیم و ملاحظه شد که در داخل نسج

تخمندان بافت قهوه‌ای رنگی شبیه جفت

موجود است که تا مرکز تخمدان پیشرفته

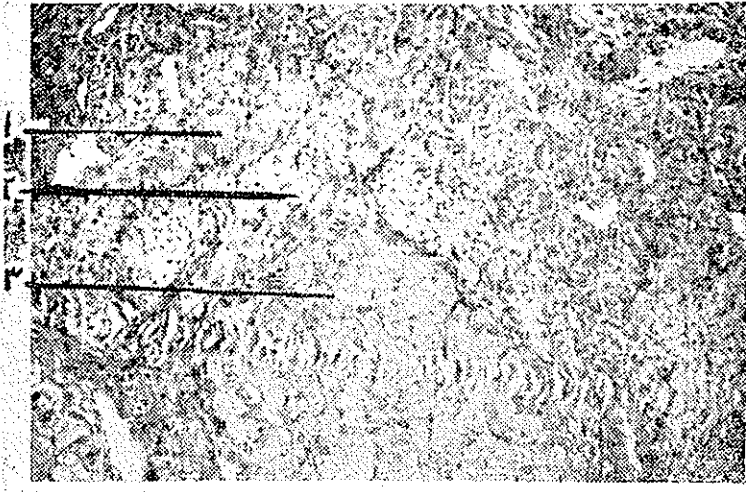
است. بلافاصله حدس حاملگی تخمدانی

زده شد، و تمام نسج مشکوک مزبور

برداشته و برای امتحان بافت‌شناسی

بآزمایشگاه فرستادیم. سپس شکاف

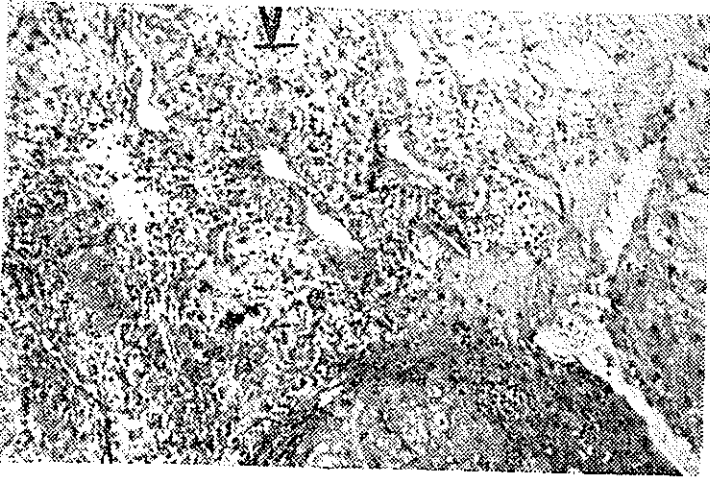
تخمندان چپ را دوخته و کیست کوچک



- شکل ۵ - قسمتی از کورتکس تخمدان را نشان میدهد:
 ۱ - واکنش مشابه دسیدوال در داخل نسج تخمدان
 ۲ - لوئینیزاسیون
 ۳ - جسم زرد .



- شکل ۶ - لوئینی زاسیون وسیع نسج مقابل جسم زرد را نشان میدهد .
 در طرف راست قسمتی از جسم زرد مشاهده میشود .



شکل ۷ - قسمتی از کورتکس تخمدان که در ناحیه پائین جسم زرد و در قسمت بالا لوتئینی زاسیون مشاهده میشود و بطور پراکنده سلولهای کوریال باهسته‌های پررنگ خود بین سلولهای لوتئینیزه مشاهده میشود .

همانطور که ملاحظه میشود امتحان بافت‌شناسی نیز حاکی از آنست که بیمار ما مبتلا به آبستنی درون تخمدانی بوده است .
جراحی بیمارستان زنان بستری بود و در آن تاریخ پس از برداشتن بخیه‌های پوست شکم با حال عمومی خوب مرخص شد .

بیمار تا تاریخ ۲۳ مرداد در بخش

نتیجه

- باتوجه بنکات فوق و در نظر گرفتن شرح حال بیمار مورد بحث میتوان چنین نتیجه گرفت :
- ۱- بیماری با تشخیص آبستنی بیرون زهدانی در بیمارستان زنان تحت عمل جراحی قرار گرفته و پس از باز کردن شکم حدس آبستنی تخمدانی زده شد و قسمت مشکوک تخمدان برداشته شده است.
 - ۲- نتیجه آزمایش بافت شناسی
 - آبستنی تخمدانی نوع داخل فولیکول را نشان میدهد .
 - ۳- هر چهار اصل اشیپگل برگزدر مورد بیمار ما صدق میکند .
 - ۴- آبستنی تخمدانی بسیار نادر است و تاکنون در حدود صد مورد دیده شده است .
 - ۵- بیمار با بهبودی کامل پس از برداشتن قسمت آبستن تخمدان چپ و کیست کوچک تخمدان راست از بیمارستان زنان مرخص شده است .

A CASE OF PRIMARY OVARIAN PREGNANCY.

J. Saleh M. D.
Prof. of Gynecology.
University of Teheran.

A. Mahdavi M. D.
Resident of Women's Hospital.

Ovarian pregnancy is comparatively rare. Probably not more than 100 true primary ovarian pregnancies have been recorded so far in literature.

Ovarian pregnancy is either primary or secondary in origin. In the former, the fertilized ovum implants and develops inside the Graafien follicle. Apparently fertilization occurs before the escape of ovum from the follicle.

In ovarian pregnancies of secondary origin tubal abortion or tubal rupture precedes the ovarian implantation.

In order to establish true primary ovarian pregnancy four specific requirements are cited by Spiegelberg.

- 1 - The tube on the affected side must be intact.
- 2 - The foetal sac must occupy the position of the ovary.
- 3 - The pathologic lesion must be connected to the uterus by the utero ovarian ligament.
- 4 - Definite ovarian tissue must be formed in the foetal sac wall preferably at separated sections.

A case of ovarian pregnancy operated at Tehran Women's Hospital is presented. The patient was operated with pre-operative diagnosis of ectopic pregnancy.

The findings on laparotomy were indicative of primary ovarian pregnancy.

This diagnosis was confirmed by pathologist (Dr. Armin) reporting presence of definite ovarian tissue in the foetal sac wall. (Page Persian Section).

The four specific requirements of Spiegelberg were met in this particular case. Patient had a normal recovery and was discharged from the hospital 10 days after the operation.

References

- 1 - DAVIS G.H.; GYNECOLOGY OBST: PRIOR CO. 1958 VOL. 1—11
- 2 - DOUGLAS & STROMME; OPERATIVE OBST. APPLETON CENTURY CROFTS; 1957, P. 188
- 3 - GREENHILL, DELEE; SAUNDERS CO; 1956,P. 378
- 4 - MAZER & ISRAEL; MENSTRUAL DISORDERS & STERILITY, PAUL & HOEBER, 1957, P. 381
- 5 - SALEH, J.S. GYNE COLOGY & RECENT ADVANCES, TEHRAN UNIVERSITY PRESS 1961,P. 596-623
- 6 - SHAWS & HOWKINS, TEXT BOOK OF GYN. E. & S. LIVINGSTON, LTD, LONDON, 1960, P. 233