

گزارش موردی**گزارش یک مورد حاملگی شکمی پیشرفته با جنین زنده**دکتر شهیدا شبانیان^{۱*}، دکتر غلامرضا شبانیان^۲، دکتر لعبت جعفرزاده^۱، دکتر بهرام خرم^۲^۱گروه زنان، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران؛ ^۲گروه بیپوشی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۱/۱۸ اصلاح نهایی: ۹۱/۲/۱۷ تاریخ پذیرش: ۹۱/۵/۲۸

چکیده:

زمینه و هدف: حاملگی شکمی پیشرفته یک مورد در هر ۸۵۰۰۰ تولد گزارش شده است. معمولاً در اکثر حاملگی های خارج رحمی به دنبال سقط لوله ای یا داخل صفاقی، محصولات حاملگی جذب می شود ولی به صورت نامعمول ممکن است اتصال جفتی آنها باقی بماند یا در جای دیگری مجدداً لانه گزینی کند و به صورت حاملگی شکمی رشد نماید. میزان مرگ و میر مادری و جنینی در حاملگی شکمی افزایش می یابد. در این مطالعه یک مورد حاملگی شکمی ۳۲ ای هفته با جنین زنده گزارش می شود. **گزارش مورد:** بیمار خانم ۳۶ ساله ایرانی بود که به دلیل افت قلب در سن حاملگی ۳۲ هفته با شک به دکولمان تحت لاپاراتومی اورژانس قرار گرفت. جنین پسر زنده ۱۸۰۰ گرمی که به دنبال پارگی پرده های جنینی در داخل حفره شکم غوطه ور شده بود خارج گردید و مادر هیسترتکتومی شد. **نتیجه گیری:** با توجه به میزان مرگ و میر بالای حاملگی شکمی باید در هر حاملگی بخصوص در صورت وجود عوامل خطر حاملگی شکمی و در بیماران دارای علائم مشکوک به این تشخیص توجه شود و اقدامات لازم و به موقع به عمل آید.

واژه های کلیدی: حاملگی، شکمی، هیسترتکتومی، مرگ و میر مادری، مرگ و میر جنینی.

مقدمه:

پیشرفته بسیار مبهم و غیر اختصاصی است و پزشک باید شک زیادی به این تشخیص داشته باشد. با وجود این بسیاری از زنان بدون علامت هستند. یافته های سونوگرافی نیز در اکثر موارد تشخیص قطعی را فراهم نمی کند و هرگاه حاملگی شکمی تشخیص داده شود برای به دست آوردن حداکثر اطلاعات در مورد لانه گزینی جفت اقدام به ام آر آی می شود (۲).

حاملگی شکمی وضعیتی مخاطره آمیز است و عامل اصلی تعیین نحوه برخورد بالینی با آن، سن حاملگی است. قبل از هفته ۲۴ حاملگی درمان محافظه کارانه به ندرت مقبولیت می یابد. ولی بعضی ها توصیه نمودند اگر حاملگی شکمی بعد از ۲۴ هفته تشخیص داده شد بیمار تا زمانی که جنین قابلیت حیات کسب نماید در شرایط بستری تحت نظر گرفته شود ولی این شیوه برخورد با خطر خونریزی ناگهانی و مخاطره آمیز

سلول تخم به طور طبیعی در داخل حفره آندومتر لانه گزینی می کند. لانه گزینی بلاستوسیت در هر جای دیگر به جز حفره آندومتر حاملگی خارج رحمی تلقی می شود که شیوع آن حدود ۲ درصد در تریمستر اول است و ۶ درصد موارد مرگ مرتبط با حاملگی را در مادران تشکیل می دهد (۲،۱).

تقریباً تمام موارد حاملگی شکمی به دلیل لانه گزینی در حفره صفاق است که اکثراً به دنبال سقط حاملگی لوله ای یا پارگی زود هنگام لوله ایجاد می شود و به طور نادر در موارد پیشرفته حاملگی شکمی ممکن است جفت به رحم یا به آدنکس بچسبد (۲).

شیوع حاملگی شکمی در سن بالای حاملگی از ۱ به ۲۵۰۰۰ تا ۱: ۲۵۰۰۰ تا ۱: ۸۵۰۰۰ تا ۱: ۱۰۰۰۰ تفاوت است و تعداد موارد گزارش شده ۲۶ هفته و بالاتر انگشت شمار می باشند (۲). علائم حاملگی شکمی

همراه است. میزان بقای جنین در موارد بیشتر از ۳۰ هفته ۶۳ درصد است ولی ناهنجاری های مادرزادی در ۲۰ درصد این جنین ها دیده می شود که شایع ترین آن عدم تقارن صورت و جمجمه و آنومالی های مفصلی و آنومالی های سیستم اعصاب مرکزی است (۲،۱). در این مقاله یک مورد حاملگی شکم پیشرفته که منجر به تولد جنین زنده سالم و هیستریکتومی مادر در بیمارستان هاجر شهر کرد شد گزارش گردید.

گزارش مورد:

بیمار خانم ایرانی ۳۶ ساله با سابقه مامایی یکبار زایمان طبیعی ۸ سال قبل و سپس یک حاملگی منجر به سقط بود که ۲ سال پس از سقط، با درد شکم و تست حاملگی مثبت به بیمارستان مراجعه نمود و با تشخیص حاملگی خارج رحمی در آدنکس چپ تحت سالپنژکتومی لوله چپ قرار گرفت. بعد از عمل لاپاراتومی سالپنژکتومی، بیمار دچار نازایی ثانویه شده بود و تحت درمان نازایی با کلومید و لتروزل، بیمار با تست حاملگی مثبت به پزشک مراجعه نموده بود. در سونوگرافی انجام شده برای بیمار، رحم ساینز طبیعی و ضخامت آندومتر ۶ میلی متر داشت ولی ساک حاملگی داخل رحم دیده نشده بود. در آدنکس چپ بین رحم و تخمدان یک ساک حاملگی ۱۶ میلی متری حاوی جنین زنده با ضربان قلب جنین با اندازه تخمینی (CRL) معادل ۳ mm با سن حاملگی ۶ هفته گزارش می شود. بیمار با تشخیص حاملگی خارج رحمی مجدد، تحت لاپاروسکوپی تشخیصی قرار می گیرد که شرح لاپاروسکوپی بیمار به صورت زیر بوده است. رحم ساینز نرمال دارد، لوله و تخمدان سمت راست نرمال است، لوله چپ وجود ندارد، چسبندگی امتنوم به کورنه چپ آزاد شد تخمدان چپ اندازه ۲ برابر معمول داشت که کمتر شد. بیمار با تشخیص حاملگی رحمی ترخیص شود و در طی حاملگی برای ۳ بار دیگر سونوگرافی انجام می شود که تمام سونوگرافی ها حاملگی را داخل رحمی و سن حاملگی را معادل عقب افتادن قاعدگی از

اولین روز آخرین قاعدگی گزارش کردند. از سن حاملگی ۳۰ هفته بیمار به دلیل تنگی نفس و با شک به moderate probably pulmonary emboli درمان با هپارین درمانی قرار می گیرد در سن حاملگی ۳۲ هفته و ۴ روز بیمار به دلیل درد زایمان با شک به زایمان زودرس تحت درمان آمپی سیلین، کورتون و سولفات قرار گرفت و چند ساعت پس از بستری به دلیل حالت تهوع، استفراغ و درد شدید شکم، ضربان قلب جنین (FHR) بررسی و به دلیل افت قلب جنین (FHR در حد ۷۰-۶۰٪) و با شک به دکولمان بیمار به اتاق عمل منتقل شد. روی تخت اتاق عمل، بیمار فشار سیستولیک ۱۰۰ و دیاستولیک ۶۰ و ضربان قلبی (PR) برابر ۱۰۸ داشت و آخرین دوز هپارین را ۸ ساعت قبل از عمل جراحی دریافت نموده بود. پس از لاپاراتومی متوجه وجود جنین آغشته به مایع آمینوتیک و خون در حفره شکم در زیر دیافراگم شده بلافاصله جنین با آپگار ۵/۱۰ و ۸/۱۰ در ۱ دقیقه و ۵ خارج گردید و سپس به دلیل احتمال حاملگی شکمی و پرکرتا و نفوذ جفت از روی سرور رحم به داخل میومتر بیمار تحت هیستریکتومی قرار گرفت. بیمار به بخش مراقبت های ویژه (ICU) منتقل و بعد از چند روز مادر و نوزاد با حال عمومی رضایت بخش از بیمارستان ترخیص شدند. جواب پاتولوژی بیمار، حاملگی شکمی و جفت پرکرتا بوده است که از روی سرور رحم داخل میومتر ریشه دوانده بود و در یک طرف تا نزدیک سرویکس نیز گسترش داشت.

بحث:

در سال های اخیر احتمال حاملگی خارج رحمی افزایش یافته است ولی حاملگی خارج رحمی نیز به صورت نادر منجر به تولد نوزاد زنده می شود. برخی علل احتمالی افزایش حاملگی خارج رحمی شامل افزایش موارد عفونت های لگنی و آسیب لوله ها در نتیجه استفاده از روش های کمک باروری و جراحی های لوله رحمی می باشد (۲).

ترفوبلاست از پريتوئن و امتوم برداشته شد (۵). بیمار ما علی رغم اینکه در سن حاملگی ۶ هفته با تشخیص حاملگی خارج رحمی لاپاروسکوپی شد ولی حاملگی خارج رحمی برای او تشخیص داده نشد.

در گزارش Rahman و همکاران برای خانم ۲۹ ساله با سابقه ۱۰ سال نازایی و سابقه قبلی عمل جراحی توبوبلاستی تشخیص حاملگی شکمی در ۲۱ هفته حاملگی داده شده است و درمان نهایی در ابتدا با آمبولیزاسیون شریانی قبل از خروج نوزاد با لاپاروسکوپ انجام پذیرفته است. سپس متتروکسات به میزان 50 mg/m^2 هفتگی تا ۴ دز برای از بین بردن باقیمانده های جفت شکمی تجویز شده است (۶). شاید اگر در لاپاروسکوپی تشخیص حاملگی شکمی داده شده بود درمان دارویی با متتروکسات می توانست تنها درمان مورد نیاز برای این بیمار باشد.

در گزارش Phupong و همکاران خانمی ۳۸ ساله که به دلیل خونریزی واژینال مراجعه و در سونوگرافی واژینال برای وی حاملگی لیگامان پهن تشخیص داده شده بود تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفته بود و لیگامان پهن و آدنکس سمت راست او را برداشته بودند (۷).

Varma و همکاران یک مورد حاملگی پیشرفته شکمی را گزارش کردند که جنین به امتوم اتصال داشت و بعد از تشخیص بیمار تحت نظر گرفته شد و در هفته ۳۵ حاملگی جنین زنده را خارج نمودند (۸).

در گزارش Isah و همکاران گزارش یک مورد حاملگی خارج شکمی پیشرفته بیمار با علائم خونریزی واژینال، درد شکمی مداوم، کاهش وزن و رنگ پریدگی مراجعه نموده بود و مراقبت قبل از تولد نداشت و به این دلیل در اواخر حاملگی مراجعه نموده بود و تحت لاپاراتومی قرار گرفت و جنین زنده خارج شد (۹).

در گزارش Teklu و Terefe در یک خانم ۲۸ ساله شکم اول، یک حاملگی شکمی تا ترم تداوم یافته بود (۱۰).

حاملگی شکمی بسیار خطرناک است و درمان آن به سن حاملگی نیز بستگی دارد. تعدادی از پزشکان در سن حاملگی بیشتر از ۲۴ هفته، درمان انتظاری در بیمارستان را جایز می دانند که البته در این موارد نیز احتمال خونریزی داخل شکمی مخاطره آمیز نباید فراموش شود. لذا در اکثر مواردی که حاملگی شکمی تشخیص داده می شود عموماً ختم حاملگی اندیکاسیون می یابد. در حاملگی شکمی، عمل جدایی جفت ممکن است زمینه ساز خونریزی بسیار شدیدی شود که به دلیل عدم انقباض عروق هیپروتروفیک بعد از جدایی جفت ناشی می شود. جدا شدن کامل جفت باید به جز در مواردی که جفت روی عروق بزرگ یا ارگان های حیاتی کاشته شده، انجام شود (۲۰۱).

در اکثر موارد باقی گذاشتن جفت در محل، احتمال خونریزی مخاطره آمیز فوری را کاهش می دهد ولی در چنین مواردی احتمال ایجاد آبه، چسبندگی و انسداد روده افزایش می یابد. به هر حال اگر جفت در محل خود باقی بماند پسرفت آن را باید با سونوگرافی و تیتراژ مکرر βHCG پایش نمود (۲۰۱). اخیراً لاپاروسکوپی و درمان با متتروکسات را در درمان حاملگی های شکمی تشخیص داده شده در سنین حاملگی پایین به کار می برند (۳-۶).

در بیمار ما، بعد از شک به دکولمان و لاپاراتومی، جنین غوطه ور در مایع آمنیون و خون در حفره شکم که توسط بند ناف به فوندوس رحم متصل بود خارج گردید و پوار و بند ناف کلامپ و بریده شد. وزن جنین ۱۸۰۰ گرم و آپگار بدو تولد در دقایق ۱ و ۵، $6/10$ و $8/10$ بود و رحم پس از خروج از شکم با شکم به نفوذ جفت از روی رحم به داخل میومتر و پرکرتا تحت هیستریکتومی قرار گرفت.

در گزارشات مشابه Ali و Fitzgerald یک مورد شکمی با چسبندگی به امتوم را به دنبال IVF گزارش نمودند که در هفته ۷ حاملگی با لاپاروسکوپ سالپنژکتومی شده بود. ۲ هفته بعد نیز به دلیل افزایش βHCG مجدد لاپاروسکوپی شد و تکه های باقیمانده

گزینی کرده است. آن چه مهم است این است که تشخیص افتراقی های حاملگی نابجا بسته به سن حاملگی می تواند متفاوت باشد و در مراحل پیشرفته حاملگی ممکن است با پارگی رحم و تومرهای شکمی تشخیص افتراقی داشته باشد.

نتیجه گیری:

وقوع حاملگی خارج رحمی یکی از رویدادهای مهم و تهدید کننده حیات است و در هر حاملگی بخصوص در صورت وجود عوامل خطر حاملگی نابجا باید به این تشخیص توجه شود و در صورت لزوم اقدامات درمانی مناسب و به موقع انجام شود.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از پرسنل اطاق عمل بیمارستان هاجر شهر کرد که در امر نجات این بیمار تلاش نمودند، صمیمانه قدردانی می نمایم.

در گزارش Zacchee و همکاران (۱۱) یک مورد حاملگی هتروتوپیک ۳۲ هفته و ۴ روز تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت، بیمار سابقه سالپنژکتومی ۲ طرفه به دلیل عفونت لگنی داشته است و به روش تزریق داخل سیتوپلاسمی اسپرم (ICSI)، ۲ جنین به رحم او انتقال و حاملگی ۲ قلوئی برای او ایجاد می شود. در طول زمان حاملگی بیمار هیچ شکایتی نداشته و در هفته ۳۲ حاملگی با تشخیص حاملگی دوقلوئی دی کوریون دی آمنیون و تاخیر رشد داخل رحمی (IUGR) یکی از جنین های بیمار تحت لاپاراتومی قرار گرفت که یک جنین زنده (۱۹۵۰ gr) سالم از داخل رحم خارج شد و جنین دوم در ساک حاملگی دوم در خارج رحم و جلوی رکتوم قرار گرفت و جفت دیگر روی سطح خارجی فوندوس قرار گرفته بوده که به لیگامان پهن و میومتر تهاجم کرده بود و هیستریکتومی ساب توتال برای بیمار انجام شده بود. شبیه بیمار ما اکثر موارد حاملگی شکمی که تا سن حاملگی بالا رشد کرده است مواردی گزارش شده که جفت روی امتوم یا روی میومتر لانه

منابع:

1. Storall TG. Early pregnancy loss and ectopic pregnancy. In: Break JS, Addis IB, Hillard PJA. Berek and Novak's Gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007; p: 618-35.
2. Cuningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams's obstetrics. 23Rd ed. NewYork: McGraw Hill; 2010.
3. Speroff L, Fritz MA. Ectopic pregnancy in Clinical Gynecologic Endocrinologic and infertility. 7th ed. Philadelphia: Lippinott Williams and Wilkins; 2005.
4. Seeber BE, Branhart KT. Ectopic pregnancy. In: Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Niggaard IE. Danforth's obstetrics and gynecology. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008; p: 71-88.
5. Ali CR, Fitzgerald C. Omental and peritoneal secondary trophoblastic implantation an unusual complication after IVF. Reprod Bimed online. 2006; 12(6): 776-8.
6. Rahman J, Berkowitz R, Mitty H, Gaddipati S, Brown B, Nezhat F. Minimally invasive management of an advanced abdominal pregnancy. Obstet Gyneco. 2004; 103(5 pt 2): 1064-8.
7. Phupong V, Lertkhachonsuk R, Triratanachat S, Sueblinvong T. Pregnancy in broad ligament. Arch Gynecol Obstet. 2003; 268(3): 233-5.
8. Varma R, Mascarenhas L, James D. Successful outcome of advanced abdominal pregnancy with exclusive omental insertion. Ultrasound Obstet Gynecol. 2003; 21(2): 192-4.

9. Isah AY, Ahmed Y, Nwobodo EI, Ekele BA. Abdominal pregnancy with a full term live fetus: case report. *Ann Afr Med*. 2008 Dec; 7(4): 198-9.
10. Teklu S, Terefe Y. Advanced abdomind pregnancy. *Ethiop Med J*. 2008 Jan; 46(1): 99-103.
11. Zacche MM, Zacche G, Gaetti L, Vignali M, Busacca M. Combined intrauterine and abdominal pregnancy following ICSI with delivery of two healthy viable fetuses: a case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011 Feb; 154(2): 232-3.

A case report of an advanced abdominal pregnancy with live fetus

Shabaniyan Sh (MD)^{1*}, Shabaniyan GhR (MD)², Jafarzadeh L (MD)¹, Khoram B (MD)²
¹Obstetric & Gynecology Dept., Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran; ² Anesthesia Dept., Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran

Received: 30/Jan/2012 Revised: 6/May/2012 Accepted: 18/Aug/2012

Background and aims: Advanced abdominal pregnancy has been reported one case per 85,000 births. Usually ectopic pregnancies or tubal pregnancy are aborted in the intraperitoneal cavity and then absorbed, but their placental connection might remain in unusual way or re-implantation elsewhere into the abdominal cavity and grow in abdominal pregnancy form. The rates of maternal and fetal mortality are increasing in abdominal pregnancy. In this study, a 32 abdominal pregnancy case with the live fetus is reported.

Case report: A 36 years old Iranian women, with 32 weeks gestational age, undergoing emergency abdominal laparotomy due to fetal distress with suspected placental abruption and the live boy fetus with weight 1800 grams placed in the abdomen below the diaphragm into the blood and amniotic fluid, and the mother underwent hysterectomy surgery.

Conclusion: Considering the high mortality of abdominal pregnancy, abdominal pregnancy should be diagnosed early in patient with risk factor and suspicious symptoms. Thus if necessary action are taken, maternal and fetal mortality might be decreased.

Keywords: Abdominal, Fetal mortality, Pregnancy, Hysterectomy, Maternal mortality.

Cite this article as: Shabaniyan Sh, Shabaniyan GhR, Jafarzadeh L, Khoram B. A case report of an advanced abdominal pregnancy with live fetus. J Sharekord Univ Med Sci. 2012 Dec, Jan; 14(5): 108-113.

***Corresponding author:**

Obstetric & Gynecology Dept., Hajar hospital, Parastar St. Shahrekord, I.R. Iran. Tel: 00983812220016,
E-mail: sheidashabaniyan@yahoo.com