

گزارش یک مورد مرگ ناگهانی ناشی از پارگی خودبخودی بارداری نابجا

تهیه کننده:

دکتر اردشیر شیخ آزادی

دستیار ارشد سازمان پزشکی قانونی و سرپرست تالار تشریح

زیر نظر: **دکتر حسن توفیقی**

دانشیار و مدیر گروه پزشکی قانونی و طب کار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

خلاصه

این مقاله، گزارش مرگ ناگهانی خانم جوانی است که بدون هیچ اتیولوژی مکانیکی شناخته شده‌ای، در نخستین بارداری خود، گرفتار یک حاملگی در قسمت ایسم لوله فالوپ شده و تا سن ۱۴ هفتگی آنرا تحمل نموده و بالاخره، بدون تشخیص بیماری، در عنقوان جوانی دچار مرگ ناگهانی گردیده و خانواده‌ای را داغدار نمود. این مورد از نظر سن حاملگی با توجه به محل قرارگیری آن، فقدان ریسک فاکتور مشخص و عدم تشخیص بموقع، موردی جالب، نادر و استثنائی بود و هدف از این گزارش، معطوف نمودن توجه خانواده‌ها، پزشکان معالج و پزشکان قانونی به اهمیت و مخاطرات بارداری نابجا می‌باشد.

واژه‌های کلیدی:

مرگ ناگهانی، بارداری نابجا، حاملگی در ایسم لوله، خونریزی داخل صفاقی

مقدمه

ماه اول حاملگی، که در موارد زیادی به فوت خانم حامله منتهی می‌شوند، اجساد تمامی زنان بارداری که بطور ناگهانی فوت نموده‌اند، در این سازمان مورد معاینه و کالبدگشایی دقیق قرار می‌گیرند و در این میان، مواردی که یک عامل طبیعی، مثل بارداری نابجا، علت فوت شناخته می‌شود، معدود نیستند. به همین جهت، اگر چه برخورد با بارداری نابجا در تالار تشریح به کرات رخ می‌دهد ولی نادر و استثنایی بودن این مورد خاص، انگیزه گزارش آن شد.

گزارش مورد، یافته‌های کالبدگشایی

در آبانماه سال ۱۳۷۴، خانمی ۲۱ ساله، بدون هرگونه علائم حیاتی به بیمارستان رسانیده شده و سپس جسد وی جهت تشخیص علت مرگ، به تالار تشریح سازمان پزشکی قانونی کشور منتقل گردید. در مصاحبه‌ای که با بستگان وی بعمل آمد، اظهار داشتند، یکسال قبل ازدواج کرده و در نخستین بارداری خود، چهار ماهه حامله بوده، سابقه بیماری، سقط جنین، مصرف دارو، استعمال دخانیات، عمل جراحی و بستری در بیمارستان نداشته و از قرص ضدحاملگی و وسایل پیشگیری از بارداری نیز استفاده نکرده است. علیرغم اینکه بعلت حاملگی شکم اول، مورد توجه خاص اطرافیان قرار داشته ولی در چند هفته اخیر، گاهگاهی دچار دردهای پراکنده شکمی گردیده که مورد بررسی و توجه

برخلاف حاملگی طبیعی، در بارداری نابجا^(۱)، تخم بارور شده، در جای دیگری غیر از پوشش آندومتر رحم، جایگزین می‌شود. این واقعه، یک خطر جدی برای سلامت و قدرت باروری زن محسوب می‌شود که نیازمند تشخیص عاجل و اقدامات درمانی فوری است. شیوع بارداری نابجا حدود یک درصد کل حاملگی‌هاست و خطر مرگ در آن، ده برابر بیشتر از زایمان طبیعی و پنجاه برابر سقط جنین می‌باشد. اطلاع دقیق از نقش عوامل مؤثر در ایجاد بارداری نابجا و شیوه‌های پیشرفته جهت تشخیص آن، ضروری است، زیرا بدین طریق می‌توان زندگی مادر را نجات داده و قابلیت تولید مثل بیشتر را حفظ نمود.

تشخیص علت فوت، یکی از کارهای روزمره پزشک قانونی در مواجهه با مرگهای ناگهانی^(۲) می‌باشد. تعیین طبیعی یا غیرطبیعی بودن مرگ، همواره اولین نکته‌ای است که در بررسی مرگ ناگهانی، مورد توجه پزشک قانونی قرار می‌گیرد. اهمیت بارداری نابجا، از دیدگاه پزشکی قانونی، از آنجا ناشی می‌شود که این پدیده، شایعترین علت مرگ طبیعی در سه ماهه اول حاملگی و دومین علت شایع مرگ در کل دوره حاملگی است. بنابراین پزشک قانونی، فقط با تسلط کافی در تشخیص علل طبیعی مرگهای ناگهانی، مثل بارداری نابجا، می‌تواند با کنار گذاشتن آنها، به بررسی دقیق‌تر مرگهای مشکوک و غیر طبیعی بپردازد.

بعلت اهمیت سقطهای جنایی در سه

۱- Ectopic Pregnancy

۲- Sudden Death

بود. لوله رحمی و تخمدان چپ، وضعیت طبیعی داشته، فقط در انتهای لوله، تعدادی کیست هیداتوئید مشاهده گردید. لوله‌های رحمی چسبندگی نداشته و در بررسی مخاط آنها، آثار عفونت و التهاب وجود نداشت. هر دو لوله باز و سطح مقطع و مخاط آنها طبیعی بود. در بررسی رحم و ضمائم، اثری از ناهنجاری مادرزادی، توده و یا تومور مشاهده نگردید. ایسم لوله فالوپ راست به قطر هفت سانتی متر متسع شده و در قطب فوقانی، پارگی وسیع توأم با خونمردگی جدید داشت. این حفره حاوی کیسه آمنیونی و جفت بود که حدود نیمی از جفت دچار کندگی شده و لخته‌های خونی فراوان در اطراف محل اتصال آن به پوشش درونی لوله وجود داشت که در واقع منشأ خونریزی وسیع داخل حفرات شکم و لگن گردیده بود. تخمدان راست کمی بزرگتر از طرف مقابل و در برش، حاوی جسم زرد حاملگی بود. گردن رحم دارای سوراخ سوزنی شکل و قوام نرم، فاقد آثار دستکاری بوده و سوراخهای داخلی و خارجی آن نیز بسته بودند. در بررسی ناحیه مهبل و میاندوره نکتہ غیرطبیعی دیده نشد. جنین که حاصل یک بارداری نابجا بود، تک قل، مذکر، به وزن ۲۱۵ گرم، قد نشسته (فرق سری - سرینی) ۹ سانتی متر و قد ایستاده (فرق سری - پاشنه‌ای) ۱۳ سانتی متر بود که با سن ۱۴ هفته جنین مطابقت دارد. جنین به راحتی قابلیت عبور از محل پارگی ایسم لوله رحمی را داشت و در اطراف پارگی مذکور هیچگونه آثار التیامی وجود نداشت. در بررسی ظاهری و تشریحی جنین ناهنجاری و نکتہ غیر طبیعی مشاهده نگردید.

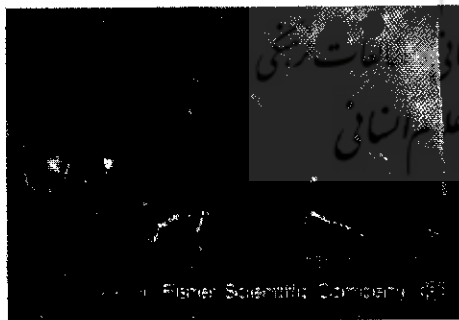
جدی قرار نگرفته است. سابقه‌ای از منازعه، هیجان یا هیچگونه حادثه و سانحه‌ای وجود نداشت.

در معاینه خارجی، خانم جوانی بود که البسه راحتی برتن داشته، لباس وی مرتب و فاقد آثار درگیری بود. آثار ظاهری ضرب و جرح و خفه‌کردگی نداشت و تنها نکات قابل توجه، رنگ پریدگی پوست و اتساع شکم وی بود. در کالبدگشایی بعمل آمده، در تشریح سر و گردن آثار غیرطبیعی وجود نداشت، در بررسی تنه، عضلات سینه‌ای و ریه‌ها دچار رنگ پریدگی شدید بوده و در برش، خون قابل ملاحظه‌ای نداشتند. قلب در حدود طبیعی و حاوی مقدار کمی خون سیال و سیاهی لخته‌های پس از مرگ بود. در حفره صفاقی حدود سه لیتر خون موجود بود که تقریباً کمتر از یک لیتر آن لخته و بقیه کاملاً سیال بود. کبد و طحال بجز رنگ پریدگی ظاهری، نکتہ غیرطبیعی دیگری نداشتند. در بررسی احشای شکمی و خلف صفاقی هیچگونه نکتہ مرضی و غیرطبیعی مشاهده نشد. پس از تخلیه خون حفره صفاقی، جنینی در داخل آن دیده شد که از طریق بند ناف به سطح درونی لوله رحمی راست متصل بود. جنین هیچگونه چسبندگی به احشای داخل صفاقی نداشت. روده‌ها نیز چسبندگی نداشتند. رحم و ضمائم که فاقد هرگونه چسبندگی بودند، به راحتی از حفره لگنی خارج و پس از شستشو مورد بررسی قرار گرفتند، رحم به وزن ۱۶۰ گرم و ابعاد $4 \times 6 \times 10$ سانتی متر کتابی شکل و فاقد توده فضاگیر بود و در برش دارای آنسدمتر ضخیم، نرم و سفیدرنگ (پوشش دسیدوایسی) بود. ضخامت جدار رحم نیز کمی افزایش یافته



شکل ۲- لوله رحمی متسع شده همراه با پرده‌های جنینی

شکل ۱- ۱_ اتساع لوله رحمی راست (حاوی جفت، پرده‌های جنینی و لخته‌های خون)، ۲_ جنین و بند ناف، ۳_ کیست های هیدانتوئید



شکل ۴- جنین حاصل از حاملگی لوله‌ای

شکل ۳- سمت راست: سطح مقطع رحم با نمای دسیدوایی، سمت چپ: سطح مقطع لوله رحمی با خونریزی در زیر پرده‌های جنینی، وسط: سطح مقطع تخمدان با جسم زرد حاملگی

بحث

طی دو دهه اخیر، افزایش قابل ملاحظه‌ای در تعداد و میزان حاملگی‌های خارج رحمی به اثبات رسیده و این افزایش نه تنها متناسب با رشد جمعیت نبوده، بلکه بسیار بیشتر از آن بوده است. بطوری که در بیست سال اخیر، تعداد موارد بارداری نابجا و بستری شدن ناشی از آن ۳-۴ برابر افزایش یافته است. میزان مرگ ناشی از بارداری نابجا نیز کاهش قابل توجهی نداشته و امروزه، همچنان، حدود ۱۵ درصد از تمام مرگ و میرهای مادری ناشی از بارداری و زایمان بدنبال بارداری‌های نابجا رخ می‌دهد.

در بارداری نابجا، شایعترین محل جایگزینی تخم بارور شده، لوله رحمی می‌باشد (۹۵ درصد تمامی موارد)، و بعد از آن به ترتیب شیوع در تخمدان، حفره شکمی، لابلای رباطهای رحم، شاخ رحم و گردن رحم رخ می‌دهد. لوله رحم، قسمت آمپولر شایعترین محل (۸۵٪ بارداری‌های لوله‌ای) بوده و بعد از آن در قسمتهای انفندیولر، ایسم و انترسیس لوله دیده می‌شود.

اگر چه، اکثریت قریب به اتفاق موارد بارداری نابجا در هفته ۶-۸ حاملگی شناخته شده و مورد درمان فوری قرار می‌گیرند ولی بندرت ممکن است حاملگی رحم به سن ۱۶-۱۲ هفتگی نیز برسد. با این حال تقریباً تمامی مواردی که به این سن می‌رسند حاملگی‌های شکمی، تخمدانی یا انترسیس بوده و بسیار نادر است که حاملگی در دیگر قسمتهای لوله به این حد از رشد رسیده و تشخیص داده نشود. بطوریکه به عنوان یک اصل پذیرفته شده که هرگاه پارگی لوله در

چند هفته اول حاملگی رخ دهد محل حاملگی در قسمت ایسم لوله در فاصله کوتاهی از گوشه رحم است. در حالیکه در مورد گزارش شده فوق جنینی تا ۱۴ هفتگی در قسمت ایسم لوله قرار داشته و باعث اتساعی به قطر هفت سانتی متر شده بود و بدون تشخیص، به علت پارگی خودبخودی منجر به فوت ناگهانی گردیده بود. حتی در بررسی کتب مربوطه، مورد گزارش شده مشابهی در چند ساله اخیر بدست نیامد.

در بارداری نابجا، اکثر موارد منجر به فوت، در انترسیس لوله قرار دارند. زیرا حاملگی در این قسمت از لوله، بععل آناتومیک، مستعد رشد بیش از حد، تشخیص دیررس و خونریزی شدید است ولی با توجه به گزارش فوق، خونریزی شدید در سایر قسمتهای لوله نیز دور از انتظار نبوده و حتی علت خونریزی می‌تواند پارگی شریانهای اصلی نبوده بلکه پارگی لوله و کنده شدن جفت، منشاء وسیع و شوک هموراژیک ناشی از آن گردد. تظاهرات بالینی حاملگی لوله‌ای، بستگی به پاره شدن یا نشدن لوله رحم دارد. عموماً بیمار خانمی است که فکر می‌کند بطور طبیعی حامله شده یا سقط جنین حاملگی داخل رحمی در حال انجام است و گاهی اوقات حتی حدس نمی‌زند که حامله باشد. بطور کلی، علائم بارداری نابجا بسیار متنوع و مبهم بوده و شامل درد شکم و لگن (۹۵٪ موارد) و آمنوره به همراه درجاتی از لکه‌بینی و خونریزی واژینال (۸۰-۶۰٪ موارد) و چندین علامت یا نشانه غیراختصاصی دیگر می‌باشد که ممکن است براحتی با سالپنژیت حاد یا مزمن، تهدید به سقط یا سقط ناقص در حاملگی

Work-up تخصصی بیماران پردازند.
بر پزشک قانونی نیز واجب است که با حاملگی خارج رحمی و مخاطرات آن آشنایی کافی داشته تا در مواردی از قبیل تعیین علت فوت، احتمال قابلیت زندگی جنین در برخی موارد خاص که بخصوص با شیوه‌های درمانی جدید میسر شده، دادن مجوز سقط درمانی در موارد لزوم، و بررسی قصور احتمالی پزشکی، بخوبی از عهده کارشناسی مربوطه برآید.

منابع:

1 _ T.W. Sadler, Langman's Medical Embryology sixth edition 1990.

داخل رحمی، پارگی کیست جسم زرد یا فولیکولی بهمراه خونریزی داخل صفاقی، پیچ خوردگی کیست تخمدانی، آپاندیسیت، گاستروآنتریت و ... اشتباه شود. کما اینکه در بیمار مورد نظر ما علائم بیماری به گاستروآنتریت نسبت داده شده و بررسی تشخیصی لازم و کافی صورت نگرفته بود. بهرحال، بعلت تنوع علائم و غیراختصاصی بودن آنها، بعید نیست که گاهی این حالت خطرناک از نظر دور بماند. از طرف دیگر، معمولاً خانمی که دچار چنین مسأله‌ای می شود تعدادی ریسک فاکتور از قبیل سن بالا، سابقه زایمانهای قبلی، سابقه سالپنژیت، چسبندگیهای اطراف لوله‌ای، ناهنجاریهای تکاملی لوله فالوپ، سابقه اعمال جراحی قبلی بر روی لوله‌ها، حاملگیهای خارج رحمی قبلی، سقطهای متعدد قبلی، تومورهای مخرب لوله یا حداقل برخی عوامل فونکسیونل خواهد داشت، در حالیکه در این مورد خاص، هیچ ریسک فاکتور شناخته شده‌ای برای وی وجود نداشته و این مسأله نیز به عدم تشخیص بالینی آن کمک کرده است.

نتیجه گیری

بارداری نابجا می تواند در هر سنی اتفاق افتاده و عواقب مرگباری داشته باشد و هیچگونه اتیولوژی مکانیکی برای آن یافت نشود. خانواده‌ها بایستی هرگونه ناراحتی زنان را در سنین باروری جدی تلقی نموده و بموقع به پزشک مراجعه کرده و پزشکان نیز برای پیشگیری از عواقب نامطلوب، لازم است در هر مورد درد شکمی یا سایر علائم غیراختصاصی در اینگونه خانمها، احتیاط را از دست نداده و با دید وسیعتری به