

گزارش یک مورد مرگ در اثر حاملگی نابجا علیرغم اقدامات تشخیصی - درمانی لازم

دکتر اردشیر شیخ آزادی

متخصص پزشکی قانونی، مدیر مرکز پزشکی قانونی استان تهران

دکتر فریبا موسوی پور

متخصص زنان و زایمان مرکز پزشکی قانونی استان تهران

دکتر حسین حسینیان

متخصص پزشکی قانونی - سازمان پزشکی قانونی کشور

خلاصه

گرچه مرگ به علت حاملگی خارج از رحم اتفاق می افتد، اما بیماری که گزارش می شود در دو مرحله خونریزی داخل شکمی داشته است. ابتدا با تشخیص حاملگی نابجا^(۱)، لاپاراتومی و جراح در حین عمل متوجه کیست هموراژیک تخمدان چپ و وجود ۲۰۰ سانتی متر مکعب خون در داخل شکم می شود که اقدام به برداشتن کیست^(۲) می کند و حدود ۱۰ روز بعد، بیمار به دنبال درد و افت فشار خون در کمتر از یک ساعت و با تابلوی شوک هیپولیمیک، قبل از رسیدن به بیمارستان فوت می نماید. در کالبدگشایی حاملگی نابجا در محل ایسم لوله چپ به قطر ۱/۵ سانتیمتر وجود داشته است.

کلیدواژه ها: تشخیص حاملگی نابجا - کیست لوتئال - لاپاراتومی

۱- Ectopic Pregnancy

۲- Cystectomy

□ مقدمه (تعریف، شیوع، تشخیص بالینی و پاراکلینیک)

در بارداری نابجا^(۱)، برخلاف حاملگی طبیعی، تخم بارور شده در محل دیگری غیر از پوشش آندومتر رحم جایگزین و شروع به رشد می‌نماید. این پدیده، بسته به محل آن، خطری جدی برای سلامت و قدرت باروری زن محسوب می‌شود و نیازمند اقدامات تشخیصی و درمانی دقیق و عاجل و نیز پیگیری هوشمندانه وضعیت کلی بیمار می‌باشد.

شیوع بارداری نابجا حدود یک درصد کل حاملگیها و خطر مرگ در این پدیده، ده برابر بیشتر از زایمان طبیعی و پنجاه برابر سقط جنین می‌باشد. طی دو دهه اخیر، افزایش قابل توجهی در تعداد و میزان حاملگیهای خارج رحمی به اثبات رسیده و این افزایش نسبت به رشد جمعیت، بیشتر بوده است. بطوری که در بیست سال اخیر، تعداد موارد حاملگی نابجا و بستری شدن ناشی از آن ۳-۴ برابر افزایش یافته است (۱ و ۲).

میزان مرگ و میر ناشی از بارداری نابجا نیز کاهش قابل ملاحظه‌ای نداشته است و امروزه حدود ۱۵ درصد از تمامی مرگ و میرهای مادران ناشی از بارداری و زایمان، به دنبال حاملگی نابجا می‌باشد.

در بارداری نابجا، شایع‌ترین محل جایگزینی تخم بارور شده، لوله رحمی است (۹۵ درصد کل موارد) و بعد از آن به ترتیب

شیوع در تخمدان، حفره شکمی، لابلای رباطهای رحم، شاخ رحم و گردن رحم (جمعاً ۵ درصد موارد) جایگزین می‌شود. در میان بارداریهای لوله‌ای، قسمت آمپولر رحم از همه شایع‌تر (۸۰ درصد بارداریهای لوله‌ای) و بعد از آن در قسمتهای انفاندیبولر (۱۲ درصد)، ایسم و انترسیس (۵ درصد - ۳ درصد) دیده می‌شود (۱ و ۲).

اکثر قریب به اتفاق موارد حاملگی نابجا طی هفته‌های ۸-۶ حاملگی شناخته می‌شوند ولی بندرت ممکن است مواردی از این حاملگیها، بخصوص در انواع شکمی، تخمدانی یا انترسیس به سن ۱۶-۱۲ هفتگی نیز برسند.

خطرناک‌ترین محل حاملگی نابجا، انترسیس لوله بوده و اکثر موارد منجر به فوت، در انترسیس قرار دارند. زیرا حاملگی در این قسمت از لوله، به علت خصوصیات ساختمانی، مستعد رشد بیش از حد، تشخیص دیررس و خونریزی شدید است. در حالی که حاملگی در ایسم لوله رحم که به فاصله کوتاهی از گوشه رحم قرار گرفته، معمولاً ظرف همان چند هفته اول تشخیص داده می‌شود و به عنوان یک اصل پذیرفته شده است که هرگاه پارگی لوله طی هفته نخست حاملگی رخ دهد، محل حاملگی در قسمت ایسم لوله می‌باشد.

علائم بالینی حاملگی نابجا، برای تشخیص این عارضه، پاتوگنومونیک نیست، بلکه بسیار

پارگی لوله حدود ۱۰ درصد است و چنانچه حاملگی خارج رحم در ایسم باشد خطر پارگی در سطح β -HCG زیر ۱۰۰ mIU/ml هم وجود دارد و باید بخاطر داشت که آزمایش منفی به معنای HCG کمتر از حد قابل اندازه گیری با آن روش است. بنابراین ممکن است کماکان تروفوبلاست موجود بوده و مقادیر کمتر HCG تشریح کند. به عنوان مکمل اندازه گیری HCG، اندازه گیری پروژسترون را نیز باید در نظر داشت که معمولاً سطح آن در Ep کمتر از حاملگی طبیعی است.

علاوه بر β -HCG سایر شاخصهای آندوکورینی و پروتئینی که جهت تشخیص حاملگی نابجا، مورد مطالعه قرار گرفته اند شامل اندازه گیری سطح استرادیول سرم، پروتئین ۱-شوانگرسفت^(۱) تحت عنوان پروتئین پلاسمایی C، ریلاکسین، Ca_{125} ، CRP، A.F.P، و سطح رنین فعال در حاملگی می باشد (۴).

علاوه بر شاخصهای فوق، پیشرفت در اولتراسونوگرافی نیز موجب تشخیص زودرس حاملگیهای داخل رحمی و نابجا شده است. بررسی کامل شامل اولتراسونوگرافی از طریق واژن و شکم می باشد. در ارزیابی ساختمانهای لگنی، سونوگرافی از طریق واژن نسبت به سونوگرافی شکمی ارجحیت دارد و نزدیکی پروب و واژینال به اعضای لگنی اجازه استفاده از فرکانسهای بیشتر (۵ تا ۷ مگاهرتز) را می دهد که موجب بهبود نتایج حاصل از سونوگرافی می شود.

برای تفسیر دقیق یافته های اولترا-سونوگرافیک باید آنها را با سطوح HCG مطابقت داد. همانطور که قبلاً اشاره شد، هنگامی که سطح HCG بیش از ۶۰۰۰-۶۵۰۰۰ mIU/ml باشد تمام حاملگیهای داخل رحمی زنده را می توان با سونوگرافی شکمی مشاهده نمود. دیده نشدن حاملگی داخل رحمی در شرایطی که سطح HCG بیش از ۶۵۰۰ mIU/ml باشد دلیلی برای وجود حاملگی غیرطبیعی است. مشاهده کیسه های داخل رحمی همراه با سطوح HCG کمتر از حد تمایز دهنده، غیرطبیعی بوده و نشانه وجود حاملگیهای داخل رحمی ناموفق با کیسه جنینی کاذب ناشی از حاملگی نابجا خواهد بود. امروزه استفاده از داپلرهای رنگی ضربانی حساسیت سونوگرافی واژینال را افزایش داده است. چرا که این وسایل علاوه بر نمای آناتومیک، اطلاعات فیزیولوژیک نیز به دست می دهند.

امروزه استفاده از سونوگرافی داپلر حساسیت بیشتری داشته و مشکلات کمتری در استفاده از آن وجود دارد و سریع تر به تشخیص منتهی می شود. بعلاوه، این روش با استفاده از نقشه های غیرطبیعی عروق در حاملگی نابجا در کنار عروق تقریباً کمتر رحمی^(۲) می تواند Ep بودن این توده را نیز مشخص کند. این تفاوت داپلر با سونوگرافی معمولی به خصوص در

۱- Schwangerschaft SP¹

۲- Cool Vasculature

در داخل شکم هنوز هم حائز اهمیت است. از روشهای با ارزش دیگر می توان از لاپاراسکوپی نام برد که بعضی آن را استاندارد طلایی برای تشخیص حاملگی نابجا ذکر کرده اند، با این وجود در ۴-۳ درصد از زنانی که مبتلا به حاملگی نابجای بسیار کوچکی هستند این حاملگی تشخیص داده نمی شود (۴).

ممکن است چسبندگیهای لگنی یا آسیبهای قبلی لوله های رحمی، ارزیابی لوله ها را در لاپاراسکوپی مشکل سازد. نتیجه مثبت کاذب نیز هنگامی اتفاق می افتد که اشباع لوله و تغییر رنگ آن به عنوان حاملگی نابجا تفسیر گردد (۴).

گزارش مورد

الف - یافته های بالینی و پاراکلینیک

خانمی ۲۱ ساله، بدون سابقه سقط جنین یا حاملگی قبلی و بدون سابقه هرگونه عمل جراحی در ناحیه شکم و لگن، به علت تأخیر ۸ روزه در رگل و بدون هیچگونه شکایت دیگری به پزشک مراجعه، که برای وی آزمایش β -HCG درخواست می شود. چهار روز بعد با مشاهده جواب آزمایش β -HCG = 15 mlu/ml آزمایش مجدد درخواست و در دومین بار مقدار β -HCG 100 mlu/ml می رسد. در این زمان که تأخیر قاعدگی به ۱۶ روز رسیده، بیمار از خونریزی مختصر واژینال و درد شکمی نیز اظهار تألم می نماید. در معاینه واژینال حساسیت در آدنکس چپ داشته که برای سونوگرافی معرفی می شود. در سونوگرافی ابدومینال هیچگونه علامتی از حاملگی داخل یا خارج رحمی

اوایل حاملگی بیشتر بوده و لذا استفاده از داپلر امکان درمان سریع تر را فراهم می کند (۲).

از دیگر روشهای تشخیصی، انجام کورتاژ رحمی است که تعیین وجود یا عدم وجود پرزها^(۱) در حاملگی قابل حیات داخل رحمی را میسر می سازد. اگر کورتاژ فقط دسیدوا را نشان دهد تشخیص حاملگی نابجا را باید در نظر گرفت، اما احتمال آن هست که در رحم حامله کورت کشیده شود و حاملگی از بین برود، بطوریکه فقط بافت دسیدوا بدست آمده باشد. (ولی فقدان بافت دسیدوا حاملگی خارج از رحم را رد نمی کند عده ای وجود آندومتر ترشچی را در ۴۰ درصد، آندومتر قاعدگی را در ۶ درصد موارد حاملگی خارج از رحمی ذکر کرده اند در حالی که دسیدوا در ۲۰ درصد موارد گزارش شده است (۶)). وجود واکتس Arias-Stella، آناپلازی حاملگی، پزشک را باید نسبت به احتمال حاملگی اکتوپیک هشیار کند. این مورفولوژی در آندومتر بیمارانی که به علت حاملگی کاذب تحت درمان با داروهای صنعتی پروژستین هستند دیده نمی شود. اما نکته قابل توجه این است که حاملگی توأم داخل رحمی و خارج رحمی را در این روش نباید از یاد برد.

از روشهای تشخیصی دیگر کولدوستنز است که از مدتها قبل انجام این عمل را برای یافتن خون غیر منعقد در داخل شکم، روش با ارزشی می دانستند ولی گرچه به تدریج این عمل را زیر سؤال برده اند اما در موارد افتراق بین وجود خون در حفره شکم و یا سروزیته و چرک

مجله علمی پزشکی قزوین / سال چهارم / شماره چهارم

مراجعه نماید. اما پس از چند روز و قبل از فرارسیدن نوبت مراجعه بعدی، ناگهان حال عمومی بیمار به وخامت گراییده و ظرف مدتی کمتر از یک ساعت و قبل از رسیدن به بیمارستان فوت می‌کند و جسد وی برای تعیین علت فوت به پزشکی قانونی ارجاع می‌گردد.

ب - یافته‌های معاینه جسد

جسد خانمی ۲۱ ساله است که در قسمت تحتانی شکم اثر عمل جراحی به صورت بریدگی عرضی به طول ۲۰ سانتیمتر در حال التیام نسبی داشته و در معاینه ظاهری بجز رنگ‌پریدگی و کم‌خونی مخاطها نکته قابل توجه دیگری ندارد.

کالیدگشایی: وضعیت مغز، قلب، ریه‌ها و سایر احشاء داخلی در حد طبیعی ولی رنگ‌پریده گزارش می‌شود و در بررسی شکم، حفره صفاقی حاوی بیش از دو لیتر خون سیال و مقداری لخته بوده، احشای شکمی طبیعی بوده و پس از تخلیه حفره صفاقی از خون، رحم و ضمایم بررسی شد که در ابتدای لوله رحمی چپ در ناحیه ایسم آثار پارگی لوله و خونریزی فعال بصورت لخته‌های خونی چسبیده به ناحیه‌ای متورم و پرخون به قطر ۱/۵ سانتی‌متر دیده شد که از آن، ماده نیمه جامد سفید رنگی که به داخل لوله اتصال داشت خارج می‌شد. در برش روی ناحیه مذکور بافتی غیرعادی و چسبیده به لوله به همراه خونریزی در داخل لوله وجود داشت که به نظر می‌رسید حاملگی خارج رحمی در ناحیه ایسم لوله چپ باشد. رحم بزرگتر از طبیعی و در برش، آندومتر مختصری برجسته و سفیدرنگ بود. بر روی تخمدان چپ آثار عمل جراحی به صورت تعدادی بخیه مشهود بود. رحم و ضمایم جهت بررسی آسیب‌شناسی به آزمایشگاه پاتولوژی ارسال و با توجه به سابقه عمل جراحی اخیر و اظهار شکایت اولیاء مرحومه از پزشک معالج پرونده بالینی وی از بیمارستان

دیده نمی‌شود و سه روز بعد در سونوگرافی واژینال نیز یافته‌ای به نفع حاملگی طبیعی یا بارداری نابجا مشاهده نمی‌گردد و بدین ترتیب بیمار با توجه به خونریزی مختصر واژینال، درد لگنی، افزایش β -HCG و سونوگرافی منفی جهت انجام لاپاراسکوپی به بیمارستان معرفی ولی بیمار از مراجعه فوری به بیمارستان خودداری می‌نماید. چند روز بعد، در موقعی که در واقع سن حاملگی به حدود پنج هفته رسیده، بیمار به علت تداوم و تشدید علائم به اورژانس بیمارستان دیگری مراجعه و توسط طبیب متخصص دیگری معاینه و کولدوستز انجام که مثبت گزارش شده و سومین آزمایش β -HCG نیز درخواست که به دو برابر مقدار قبلی رسیده بود. بنابراین بیمار با تشخیص حاملگی نابجا به اتفاق عمل برده شده و لاپاراتومی می‌شود. در جریان لاپاراتومی، آغشته بودن اومنترم به حدود ۲۰۰ سانتی‌متر مکعب خون مشاهده ولی رحم و لوله‌های هر دو طرف طبیعی و فاقد برجستگی، توده یا پارگی بوده‌اند و تنها یافته غیرطبیعی دیگر، وجود کیست پاره شده‌ای بر روی تخمدان چپ برده که خونریزی مختصر داشته است. کیست تخمدان طی عمل جراحی برداشته شده و تخمدان بخیه می‌شود. از آنجا که در حین عمل جراحی اثری از بارداری نابجا مشاهده نشده، جهت بررسی احتمال حاملگی داخل رحمی سقط شده، کورتاژ تشخیصی آندومتر به عمل آمده و حاصل کورتاژ و نیز کیست تخمدان چپ جهت بررسی پاتولوژی ارسال می‌شود. روز سوم بعد از عمل، بیمار با حال عمومی خوب بیمارستان را ترک کرده و شش روز بعد در معاینه سرپایی در مطب؛ با توجه به حال عمومی خوب وی و نیز جواب آزمایش آسیب‌شناسی که بیوسی تخمدان چپ را کیست لوتئال هموراژیک و نستیجه بررسی کورتاژ آندومتر را Late Secretary Endometrium گزارش کرده، به بیمار اطمینان داده می‌شود که مشکل خاصی ندارد و یک هفته بعد برای معاینه مجدد و سایر پیگیریهای لازم

مربوطه درخواست گردید.

رگل ۸ روزه و سپس درد شکم و لکه‌بینی و درتوش واژینال، حساسیت آدنکس چپ داشته که در مرحله اول که بیمار فقط رتارد رگل را ذکر نموده جهت انجام آزمایش β -HCG معرفی که آزمایش اول میزان 15 mIU/ml و حدود ۱۶ روز بعد از رتارد رگل میزان β -HCG به حدود 100 mIU/ml رسیده بود که بیمار برای انجام سونوگرافی ابدومینال و سپس سونوگرافی ترانس واژینال معرفی که بیافته‌ای به نفع حاملگی طبیعی و یا بارداری نابجا مشاهده نگردیده است.

مجموعه شرح حال و β -HCG بالا و نتایج سونوگرافی و کولدوستن انجام شده شک پزشک معالج را به تشخیص Ep برانگیخته، بنابراین لاپاراتومی تشخیصی و درمانی انجام شده است. در هنگام لاپاراتومی لوله‌ها سالم به نظر رسیده‌اند و پزشک توجیهی برای حجم نسبتاً قابل توجه خونریزی بجز پارگی کیست تخمدان نداشته است.

در مورد این بیمار، با وجود افزایش HCG و رتارد رگل، سونوگرافی ابدومینال و سپس سونوگرافی واژینال طبیعی گزارش شده و Accuracy لازم را جهت تشخیص حاملگی نابجا نداشته‌اند. نکته قابل توجه در این بیمار مسئله β -HCG است. β -HCG افزایشده در حالی که ردپایی از حاملگی در رحم نداشته است، علیرغم وجود کیست لوتئال هموراژیک در

پاتولوژی: در ناحیه ایسم لوله چپ، منطقه قهوه‌ای رنگی به قطر $1/5$ سانتیمتر گزارش شد که دچار از هم گسیختگی گردیده و از سطح مقطع ساختمانهای شبیه به پرزهای خفیفی بیرون زده است. در برشهایی که به قسمتهای دیگر این منطقه داده شد، مقدار زیادی لخته خون وجود دارد. حفره رحم خالی بود و تغییر مشخص دیگری در تخمدانها بجز خونریزی در تخمدان چپ دیده نمی‌شود. در آزمایش میکروسکوپی برشهای متعدد تهیه شده از قسمتهای مختلف نمونه ارسالی دیواره رحم و لوله زهدان بررسی شده که دیواره رحم تغییر خاصی نداشته و در داخل لوله تعداد زیادی پرزهای خفیف مشهود است. نمای میکروسکوپی با حاملگی داخل لوله (در ناحیه ایسم) مطابقت دارد.

کمیون: هیأت کارشناسان در جلسه تخصصی پزشکی قانونی، پس از بحث، بررسی و تبادل نظر در مورد این پرونده، اقدامات درمانی پزشک معالج را مغایر با اصول و موازین علمی نشناخت.

□ بحث و نتیجه گیری

مرگ به علت حاملگی نابجا حدود ۱۲ تا ۱۵ درصد در منابع مختلف ذکر شده است (۲ و ۴). بیشترین علت مرگ ناشی از Ep (حاملگی نابجا) در ناحیه انترستیسیل^(۱) لوله و ایسم (به ترتیب شیوع) ذکر گردیده است. در مورد این بیمار که به علت پارگی لوله در ناحیه ایسم فوت نمود اقدامات تشخیصی لازم شامل معاینه بالینی، β -HCG سریال، سونوگرافی ابدومینال، سونوگرافی واژینال و حتی لاپاراتومی و D & C (دیلاتاسیون و کورتاژ) صورت گرفت. در معاینه بالینی علایم رتارد

مجله علمی پزشکی قانونی، سال چهارم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۷۷

بررسی رحم و لوله‌ها پزشک معالج علائم ظاهری مشکوکی دال بر حاملگی نابجا نیافته است و لذا کنترل β -HCG بعد از عمل را ضروری ندانسته و همه اقدامات لازم را انجام شده دانسته است.

لاپاراتومی پاسخ بیوپسی آندومتر Late Secretary می‌توانست موجبات اندازه‌گیری این هورمون را بعد از عمل جراحی، فراهم نماید (۳).
از سوی دیگر در حین عمل جراحی و

منابع □

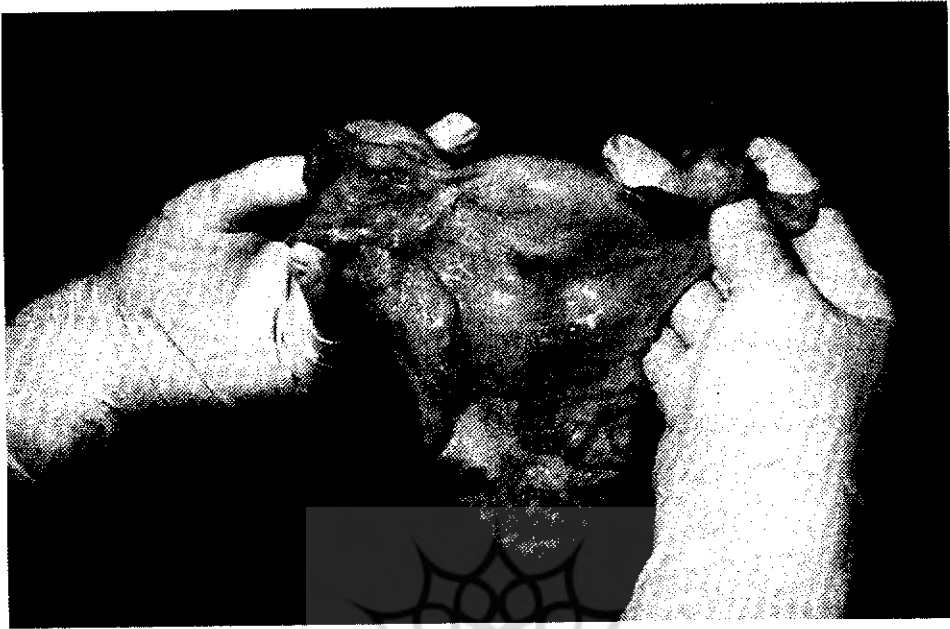
- 1- WILSON's obstetric & Gynecology, 199th ed.
- 2- SPEROFF, Clinical Gynecology Endocrinology & Infertility, 5th ed., 1994.
- 3- KISTNER's Gynecology Sixth ed., 1995.
- 4- NOVAK's Gynecology 12th ed., 1996.

قال علی علیه السلام:

طیب دواء بطبه قد اجکم مراهمه و اقمی
مواسمه...

پزشک با کوله‌باری از دانش و تجربه
در میان مردم برای یافتن بیمار و بیماری و ریشه‌های دردها و
نابهنجاریها در تکاپوست.

علی (ع)



تصویر ۱ - کانون خونریزی دهنده در ایسم لوله (حاملگی خارج رحمی).



تصویر ۲ - نمای نزدیک حاملگی خارج رحمی در ایسم لوله.