

## حاملگی نابجای داخل شکمی و گزارش مورد جالبی از آن

(۱) دکتر احمد رحیمی (۲) دکتر احسان آراسته

### خلاصه

حاملگی شکمی یکی از نادرترین انواع حاملگی خارج رحمی می باشد که بامیزان ابتلا و مرگ و میر بالائی همراه است. در این مقاله ضمن معرفی یک مورد غیر عادی، حاملگی شکمی بطور جامع بررسی شده است. بیمار برای پنجمین بار حامله شده بود، دردهای زیر شکم و علائم انسداد نسبی روده داشت. تشخیص حاملگی اکتوپیک مطرح و باسونوگرافی و رادیوگرافی تأیید شد. درلاپاراتومی قوسی از ایلئوم حاوی قطعات استخوانی جنین که در لگن چسبیده بود مشاهده گردید که رزکسیون و آناستوموز شد و بیمار پس از بهبودی کامل مرخص گردید.

### مقدمه

حاملگی نابجا اکنون یکی از علل اصلی ابتلا و مرگ مادران است بطوریکه در آمریکا ۱۴/۷ درصد مرگ و میر مادران باردار را شامل می شود. در دوده اخیر نسبت بارداری های نابجا به داخل رحمی افزایش یافته است و آنرا بیشتر به افزایش شیوع بیماریهای مقاربتی و اثر درمان ضد میکروبی و داروهای پیشگیری از بیماریهای التهابی می دانند در عین حال خطر مرگ ناشی از حاملگی نابجا کاهش یافته که آنرا به پیشرفت تکنولوژی در تشخیص و درمان نسبت میدهند. حاملگی شکمی احتمالاً نادرترین و همچنین خطرناکترین نوع بارداری نابجا است شیوع آن ۰.۳٪ تمام حاملگی های نابجا ذکر شده است (۱۶) در این مقاله ضمن گزارش یک مورد جالب و بسیار نادر از حاملگی شکمی نسبتاً پیشرفته و جوه مختلف این عارضه مورد بحث قرار می گیرد.

### معرفی بیمار:

بیمار خانم ق - ع زن ۳۰ ساله ای است اهل افغانستان که شش سال پیش به ایران آمده و در حومه شهر مشهد ساکن بوده است. وی در تاریخ ۱۳۷۰/۴/۹ باشکایت از درد زیر دل و دردهای کرامپی شکم و تشخیص احتمالی حاملگی خارج رحمی در بخش زنان بیمارستان امام رضا (ع) بستری گردید. قاعدگی بیمار از ۱۴ سالگی شروع شده و در ۱۵ سالگی ازدواج کرده است. سه زایمان طبیعی داشته و در حاملگی چهارم که هفت سال پیش بوده است مورد اصابت ترکش خمپاره قرار گرفته که برخورد آن به پیشانی جنین در داخل رحم موجب مرگ آن شده و باکمال تعجب با وجود سوراخ شدن رحم و مرگ جنین بیمار خونریزی شدیدی نداشته است. چندین روز بعد در کابل لاپاراتومی شده و جنین مرده خارج گشته و رحم ترمیم شده است. بعد از آن قاعدگی بیمار مرتب بوده است و در این فاصله بیمار بطریقه آمیزش منقطع از حاملگی جلوگیری می کرده است. اما از ده ماه پیش از بستری شدن

تقریباً" مایل در سمت راست لگن مشاهده می شود که سایه رحمی در اطراف آن وجود نداشت که با توجه به علائم بالینی حاملگی داخل شکمی مطرح گردیده بود. ضمناً چند قطعه کوچک فلزی و قوسهای مسطح روده باریک با چند سطح مایع و هوانیز ملاحظه می شود. در هیستروسالپینگوگرافی رحم ولوله‌ها نرمال و هردو ولوله باز و تصویر اسکلت یک جنین حدوداً ۵ ماهه ( با توجه به طول استخوان فمور) در خارج از رحم مشخص می شود (تصویر شماره ۱). بیمار در تاریخ ۱۴/۴/۷۰ با تشخیص حاملگی شکمی مرده لاپاراتومی شد. امتنوم، قوسهای روده رحم، ولوله‌ها و تخمدان چسبندگی‌های زیادی داشتند. قوسی از ایلئوم انتهائی در فاصله ۲۵ سانتیمتری دریچه ایلئوسکال بطول ۲۰ سانتیمتر کاملاً متسع شده و از جدار آن توده‌های استخوانی قابل لمس بودند. در اطراف این قوس چسبندگیهای ذکر شده با حوصله تا حد امکان آزاد شدند. آثار سیکاتریس و جوش خوردگی بصورت طولی در بخش خلفی روده متسع وجود داشت و پس از جدا کردن آن فیستولی در قوس مذکور ملاحظه شد که توسط چسبندگیها مسدود گردیده بوده است. قوس متسع حاوی استخوانهای جنین رزکسیون شد و آناستوموز آنها به انتهای ایلئوم انجام گردید و ماحصل جهت آسیب شناسی ارسال شد (تصویر شماره ۲). گزارش آسیب شناسی شماره ۹۴۶۳۶ حکایت از حاملگی خارج رحمی در داخل روده باریک با جنین ۵ ماهه ماسره تشکیل بافت گرانولاسیون در محل پرفوراسیون و در نواحی چسبندگی استخوانهای جنین به مخاط روده، آثاری از ویلوزیته کوریال در سطح داخلی روده و تعداد کمی از سلولهای تروفوبلاستیک سرگردان در اطراف عروق و پریتونیت مزمن هموراژیک بدن نشانه‌ای از آندومتریوز داشت. بیمار پس از عمل دچار عفونت محل عمل و ایلئوس نسبتاً طولانی شد که با مراقبتهای لازم بالاخره در تاریخ ۷/۵/۷۰ با حال عمومی رضایت بخش و پس از بهبودی کامل مرخص شد.

در این بیمارستان بمدت ۵/۵ ماه تاخیر رگل داشته و تست حاملگی مثبت گزارش شده، از همان موقع بیمار درد شکم داشته و این درد ادامه یافته تا اینکه متوجه می شود که شکمش کوچکتر شده و پستانها شل شده است. در عین حال بیمار دچار دردهای کرامپی شکم و تغییر عادات روده‌ای بوده است. پس از مراجعه بیمار به پزشک عمومی با این تصور که بیمار مبتلا به آمنوره بدون حاملگی است، برای او پروژسترون تجویز شده است. قاعدگی مجدداً برقرار و تا قبل از عمل جراحی ۴ بار رگل می شود ولی درد شکم و سفتی قسمت تحتانی ادامه داشته تا به بیمارستان امام رضا مراجعه می کند. هنگام معاینه بیمار از درد زیر دل و دردهای کرامپی شکم، تهوع، بی اشتها و اختلال در اجابت مزاج شاکی بوده و در نگاه بیمار لاغر و ضعیف بوده و حال عمومی خوبی نداشته است. در معاینه واژینال سرویکس بسته بوده و فاسمان نداشته است و آثاری از خونریزی رحمی مشاهده نگردید ولی توده‌ای سفت و ثابت در مجاورت رحم ولی جدا از آن لمس شده و اندازه رحم در حد طبیعی و پارامتر و ضمامم رحمی و تخمدانی به توده مذکور چسبیده و لمس آن دردناک بوده است. در لمس شکم قسمت‌های تحتانی حساس و سفت بوده و در جستجوی قلب جنین صدائی شنیده نشد اما صداهای روده‌ای افزایش داشتند. بررسیهای آزمایشگاهی شامل تست حاملگی و BHCG منفی بود. شمارش گلبولهای سفید، هماتوکریت، اوره، کراتین، سدیم، پتاسیم، کامل ادرار، PT، PTT طبیعی بوده و بیمار فقط پلی نوکلئوز ESR ۷۰٪ بالا و هیپوکلسمی خفیفی داشت. در بررسی سونوگرافیک اندازه رحم در حد معمول مولتی پار گزارش شده بود ولی فقط یک تخمدان مشاهده گردیده بود و تخمدان دیگر قابل رویت نبوده است بعلاوه توده‌ای که آثار و مشخصات استخوانهای جنین را داشته مشخص گردیده ولی دقیقاً "و کاملاً" شبیه به یک جنین کامل نبوده و در خارج رحم قرار داشته است. در رادیوگرافی ساده شکم استخوانهای یک جنین حدود ۵ ماهه با وضعیت

## مروری بر تاریخچه :

اولین بار حدود هزار سال پیش ابوالکسین (Abulcasis) موردی از حاملگی شکمی را گزارش کرد که اجزاء جنین از جدار شکم در ناحیه ناف خارج شده بودند. چند مورد دیگر مشابه آن نیز در قرن ۱۶ میلادی گزارش شدند و یک گزارش حاکی از زنده ماندن مادر و نوزاد پس از عمل جراحی در سال ۱۵۰۰ از سوئیس وجود دارد (۶). یک قرن قبل Tait مقاله کلاسیک خود را پیرامون حاملگی نابجا منتشر کرد و بر اهمیت نقش جراحی زودرس پس از تشخیص تاکید داشت. Gallabin در ۱۸۹۶ اولین مورد حاملگی پریتونئال اولیه حقیقی را گزارش نمود (۶). اخیراً با پیشرفت تکنولوژی در رابطه با IVF و آندوکرینولوژی تناسلی مدرن این تئوری مطرح است که می توان بطور مصنوعی در زنان نازا و حتی در افرادی که از نظر بیولوژیک مذکر محسوب می شوند حاملگی شکمی ایجاد نمود (۱۷).

## شیوع

گزارشات در مورد شیوع این نوع حاملگی متفاوت بوده و از یک در ۳۳۷۱ زایمان تا بیش از یک در ۱۰۲۰۰ زایمان بوده است (۱۶ و ۱۷). وقوع حاملگی شکمی در بیماران طبقات پائین اجتماعی و در کشورهای در حال توسعه به نظر بالاتر می رسد (۴-۶-۱۳-۱۸). این نوع باروری میتواند حتی پس از هیستریکتومی نیز بوجود آید، اما شانس زنده ماندن جنین حداقل است. لقاح ممکن است قبل یا بعد از هیستریکتومی ایجاد شده باشد. یک نوع کمیاب تر حاملگی شکمی، بروز همزمان حاملگی رحمی و شکمی است (۶). در صورتیکه یک حاملگی شکمی تشخیص داده نشود و درمانی نیز صورت نپذیرد و جنین در داخل شکم بمیرد، نتیجه نهائی ممکن است کلسیفیکاسیون محصول حاملگی (لیتو پدیوم) باشد که در یک مورد بمدت ۲۹ سال داخل شکم باقی مانده بوده است (۶). دو قلوهای بهم چسبیده با جایگزینی داخل شکمی نیز گزارش شده اند (۱۰).

## تقسیم بندی حاملگی شکم

بارداری شکمی به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می شود. اکثر بارداریهای شکمی ثانویه هستند که در پی سقط یا پاره شدن زودرس حاملگی لوله ای و جایگزینی ثانویه در حفره پریتونئال ایجاد می شوند. برای آنکه یک بارداری شکمی، اولیه محسوب شود باید سه ویژگی که توسط Studdiford در سال ۱۹۴۲ شرح داده شد داشته باشد :

۱- هردو لوله و تخمدان باید در شرایط طبیعی بوده شواهدی از صدمه اخیر یا قدیمی نداشته باشند.

۲- شواهدی از فیستول اوتروپریتونئال نیابستی یافت شوند.

۳- محصول حاملگی باید ارتباط نزدیکی با سطح صفاق داشته و به حد کافی از نظر لانه گزینی زودرس باشد تا احتمال جایگزینی ثانویه بدنیاال جایگزینی اولیه در لوله رد شود.

بارداری شکمی ثانویه موقعی ایجاد می شود که جدار لوله رحم در اثر رشد و گسترش جفت و محصول حاملگی از میان رفته و از طریق این قسمت تخریب شده یا از راه فیمبریا به داخل حفره شکم راه پیدا کند. احتمال دارد بخشی از چسبندگیها به لوله حفظ شود و در این صورت خون مورد نیاز برای ادامه رشد داخل شکمی را از محل قبلی تامین خواهد کرد. انواع نادری از حاملگی شکمی ثانویه بدنیاال باز شدن خود بخود یک اسکار سزارین قدیمی، سوراخ شدن رحم در جریان یک سقط تحریکی یا درمانی و پس از هیستریکتومی توتال یا ساب توتال گزارش کرده اند. در اکثر موارد تشخیص قطعی بین حاملگی شکمی اولیه و ثانویه فقط در صورتی امکان پذیر است که یک بررسی بافت شناسی کامل ضمائم رحمی و رحم انجام گیرد (۶-۱۶).

## اتیولوژی حاملگی شکمی :

چون اکثر حاملگی های شکمی از پارگی حاملگی های لوله ای یا تخمدانی ناشی می شوند فاکتورهای اتیولوژیک شبیه سایر حاملگی های اکتوپیک می باشند. بیماران

بیشتر از گروه کم درآمد بوده و بصورت مرتب ضمن حاملگی مراقبت نمی شوند. قابل توجه است که در این بیماران سابقه سقط های خود بخودی، نازایی طولانی و مشکلاتی که ناهنجاری لوله ای ایجاد می کنند مثل جراحی آدنکسها، بیماری التهابی لگن، حاملگی لوله ای یا شکمی قبلی، آندومتریوز و پس از درمان توپرکولوز دستگاه تناسلی زنانه شایعتر بوده اند (۶-۷)

**تشخیص حاملگی شکمی:**

تشخیص زودرس مشکل اما، اساسی است، چون ممکن است بدنبال جدا شدن جفت خونریزی فاجعه آمیزی رخ دهد. سابقه ناراحتی شکمی تکرار شونده، لمس جنین و حرکات آن زیر دیواره شکم و وجود حرکات جنین در قسمتهای فوقانی شکم باید پزشک را به امکان وجود یک حاملگی شکمی مشکوک سازد. سایر یافته های بالینی شامل قطع حرکات جنین، استفراغ در مراحل آخر حاملگی، پوزیسیون غیر عادی جنین و فقدان افاسمان و دیلاتاسیون دهانه رحم باید مورد توجه قرار گیرند (۱۶). در مروری بر ۳۶۲ مورد از گزارشات مختلف شایعترین علائمی که در موقع مراجعه وجود داشتند به ترتیب عبارت بوده اند از: آمتوره در ۱۰۰٪، دردهای شکمی در ۷۹٪، حرکات دردناک جنین یا قطع ناگهانی حرکات جنین در ۴۸٪، خونریزی واژینال در ۳۰/۸٪، تهوع و استفراغ شدید و حال عمومی بد در ۲۰/۴٪، علائم انسداد ناقص روده در ۱۴٪، شوک هموراژیک در ۵٪، دو بیمار هم در خانه مرده بودند (۶).

### یافته های بالینی و آزمایشگاهی:

در اکثر بیماران معاینات بالینی کمک قطعی نخواهد کرد، حساسیت شکم، دهانه رحم بدون افاسمان و اتساع، لمس توده لگنی مجزا از رحم، لمس راحتتر اجزاء جنین و پوزیسیون غیر عادی جنین بعنوان علائم مطرح کننده حاملگی شکمی ذکر شده اند. اما در یک بررسی در بیش از ۶۰٪ بیماران هیچگونه علامت بالینی راهنمایی کننده برای تشخیص حاملگی شکمی وجود نداشته است.

گزارشات محدودی از یافته های آزمایشگاهی در این بیماران وجود دارد. گنادوتروپین کوریونیک، استریول، استرادیول، پروژسترون، لاکتوزن جفتی انسانی، پروتئین شوانگر شافنس ۱ (SP1) و آلفافتو پروتئین در پلاسما وادرار اندازه گیری شده اند و سطح آنها مشابه با حاملگی های طبیعی بوده است. با آنکه این بررسیها در تشخیص کمک چندانی نمی کنند اما ممکن است در ارزیابی استحاله جفتی که در جای خود باقی گذاشته شود مفید واقع گردند (۶).

### روشهای تشخیص غیر تهاجمی:

اولتراسوند:

چنانچه با دقت انجام شود میتواند بعنوان روش تشخیص قطعی حاملگی شکمی مطرح باشد (۶-۹-۱۵) ولی با تجهیزات مدرن و دستهای باتجربه، در ۵۰٪ موارد نمیتوان حاملگی شکمی را به وسیله سونوگرافی تشخیص داد (۱۹). که با مشکلات و محدودیتهائی نیز همراه است و باعث می شود که با تمام پیشرفتهای تکنولوژیک تشخیص قطعی با سونوگرافی هنوز امری غیر شایع باشد (۲-۶). علائم کمک کننده عبارتند از: ارتباط غیر عادی بین جنین، جفت، مایع آمنیوتیک و رحم، قرار گرفتن مجسمه یا قسمتهای کوچک جنین روی ستون فقرات مادر در نمای جانبی، پر زنتاسیون غیر عادی جنین بخصوص وضعیت عرضی، الیگوئیدرآمنیوس، مرگ جنین و وجود مایع در حفره صفاقی مادر که در حاملگی طبیعی غیر معمول است. در بررسی گذشته نگر در ۷۸ مورد حاملگی شکمی که سونوگرافی انجام شده بود. در ۵۰٪ سونوگرافی این تشخیص را مطرح نکرده بود. در ۴۱٪ سونوگرافی ارزش تشخیصی داشت و یا تشخیص راتائید کرد و در ۹٪ سونوگرافی فقط اشاره ای به احتمال حاملگی شکمی کرده بود (۶).

### رادیوگرافی ساده شکمی:

در گذشته تنها امکان تصویر سازی از جنین بوده و در سطح وسیع انجام می شده است. علائمی که

(۹۹m) پس از شکست با سونوگرافی و آرتریوگرافی مشخص کردند (۸).

روشهای تشخیص تهاجمی:

دراوایل این قرن روشهای تهاجمی مثل هیستروسالپنگوگرافی، سونداژرحم و آنژیوگرافی لگنی بکاررفته‌اند و بسیار اختصاصی بوده‌اند، اما در صورتیکه هرگونه تردیدی در مورد احتمال حاملگی داخل رحمی وجود داشته باشد باید از آنها صرف نظر کرد (۵-۶).  
میزان ابتلا و مرگ:

با آنکه لیتوپدیوم لزوماً اثرات مهمی ایجاد نخواهد کرد اکثر حاملگی‌های شکمی اورژانس هستند و پیش آگهی برای مادر و جنین با وجود پیشرفت در مراقبتهای پزشکی مناسب نیست (۶-۱۸). میزان مرگ مادری از ۴ تا ۲۹ درصد متفاوت بوده است و در یک گزارش در ۱۰ مورد و در گزارش دیگری در ۲۳ مورد مرگ و میر مادر ذکر نشده است. میزان مرگ جنین بسیار بالا و از ۷۵ تا ۹۵ درصد بوده است (۱۶-۱۸). موربیدیتهای مادری بسیار بالاست، چون تقریباً تمام بیماران حداقل از یکی از عوارض مهم رنج می‌برند نظیر: خونریزی و عوارض انتقال خون، عفونت شامل: آبسه‌های لگنی، پریتونیت و سپسیس ناشی از اجزاء جفت، توکسمی، آنمی، سندرم اختلال انعقادی منتشر داخل عروقی (DIC) آمبولی ریوی، فیستول بین کیسه آمنیوتیک و روده، رکتوم، واژن، مثانه یا جدار شکم که باعث نفوذ استخوانهای جنین ایجاد می‌شود (۳-۶-۱۱-۱۴-۱۶).

در یک گزارش از ۲۳ مورد حاملگی شکمی از ۵ نوزاد زنده ۴ تاناهنجاری فشاری و سه تا وزن پائین داشتند (۱۸). اما در چندین مورد هم نوزدان با آپگار نسبتاً خوب و فقط وزن پائین گزارش شده‌اند (۳-۵-۱۲) یکی از عوامل مهم در بقاء جنین وضعیت پرده‌های جنینی است و اگر این پرده‌ها پاره بشوند معمولاً طی طول مدت کوتاهی جنین باعث دیسترس تنفسی در حفره صفاقی خواهد مرد. میزان بالایی از آنومالی‌های جنینی (۳۵٪-۷۵) شامل تغییر شکلهای

در رابطه با حاملگی شکمی مطرح شده‌اند عبارتند از: فقدان سایه رحمی مشخص در اطراف جنین، سایه‌های روده‌های مادر که در نمای روبرو با اجزاء جنین مخلوط شوند، روی هم افتادن مهره‌های مادر و اجزاء جنین در نمای جانبی، اما اکثر این یافته‌های رادیولوژیک غیر قطعی و مشکوک تلقی می‌شوند (۶)

توموگرافی کامپیوتری:

گزارشات محدودی در رابطه با استفاده از سی تی اسکن در حاملگی شکمی وجود دارد. سی تی اسکن و سونوگرافی در پیگیری استحاله جفت دارای نقش تکمیلی هستند. هوای آزاد در سی تی اسکن نشان دهنده مرگ جنین خواهد بود. البته استفاده از آن باید محدود به حاملگی‌های شکمی پیشرفته بشود چون احتمال اثرات تراوتوژنیک وجود دارد (۶).  
توکوکاردیوگرافی:

**Non Stress test** در حاملگی شکمی دارای طرح نرمال ضربان قلب جنین بوده است تنها در مورد زجر متغیر جنین گزارش شده است. فقدان پاسخ میومتر به تحریک اکسی توسین و تحریک زایمان با بکاربردن پروستاگلاندین و اژینال احتمالاً یکی از ارزنده‌ترین و مفیدترین روشهای تشخیص بالینی در حاملگی شکمی است.

اولین بار در سال ۱۹۵۴ از توکودینامومتر حین تزریق ویدی اکسی توسین برای اثبات وجود حاملگی شکمی پیشرفته استفاده شد. **Oxytocin challenge test** در حاملگی شکمی بکاررفته است، یافته‌های مشخص عبارتند از عدم انقباضات رحم و طرح نرمال ضربان قلب. کلاً این تستها در مراحل اولیه حاملگی شکمی کمک کننده نیستند (۶).

MRI، داپلر، اسکن رادیو ایزوتوپ:

بنظر میرسد MRI دقیق‌ترین و اختصاصی‌ترین شیوه تشخیصی این بیماری باشد (۶-۱۹). در یک مورد محل جفت را با گلوبولهای قرمز نشاندار شده با تکنسیوم

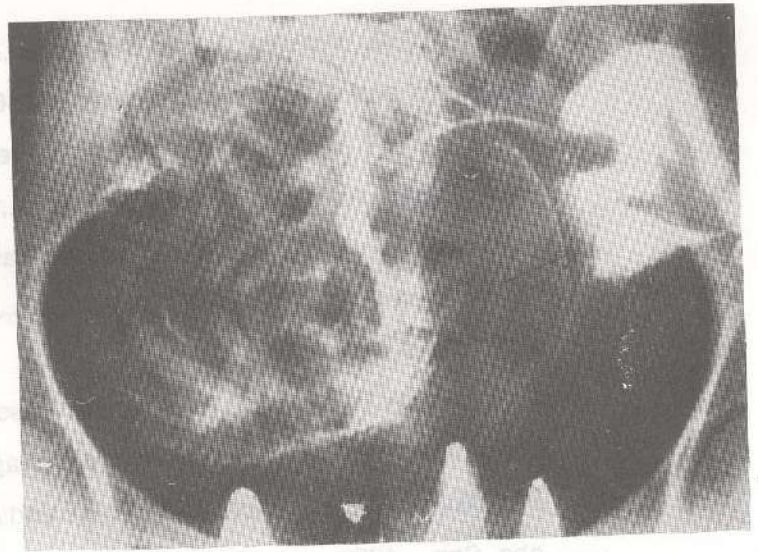
صورت و مفاصل، تور تیکولیس و هیپوپلازی اندامهانیز در حاملگی شکمی مکرر دیده شده این آنومالی ها به محیط خارج رحمی زندگی جنین ارتباط داده می شوند (۱۶).

درمان:

پس از تشخیص این نوع یاروری بیمار باید تحت مراقبت و ارزیابی دقیق قرارگیرد. اگر جنین مرده باشد معمولاً انجام عمل جراحی بجا خواهد بود اما بعضی از مولفین توصیه می کنند که ۳ تا ۸ هفته باید صبر کرد و بیمار را تحت نظر گرفت تا عروق جفتی آتروفی شوند و عوارض عمل جراحی کاهش یابد. اگر جنین زنده باشد باید ارزیابی دقیقی انجام شود و مقدار مایع آمنیو تیک و سن حاملگی مشخص گردد. اکثر صاحب نظران معتقدند که در حاملگیهای کمتر از ۲۳ تا ۲۴ هفته باید عمل جراحی فوری انجام گیرد چون میزان بروز ابتلاء مادری بالاست و خطر آشکار مرگ و میر مادری در عین حال پیش آگهی نامناسب جنین وجود دارد. در بیمارانی که بعد از ۲۴ هفتگی مراجعه می کنند اکثر مولفین روش محافظه کارانه تری را توصیه می کنند و جراحی را به منظور تکامل بیشتر جنین به تاخیر می اندازند. مسلماً این روش احتیاج به تحت نظر گرفتن دقیق در بیمارستان دارد (۶). وقتی که حجم مایع آمنیوتیک کاهش یافته باشد و یا وجود نداشته باشد بروز ناهنجاریهای جنینی شدید افزایش خواهد داشت تغییر شکل اندامها در اثر فشار ایجاد می شوند و هیپوپلازی ریوی هر گونه امکان بدنیا آمدن یک جنین قابل زنده ماندن را از بین خواهد برد.

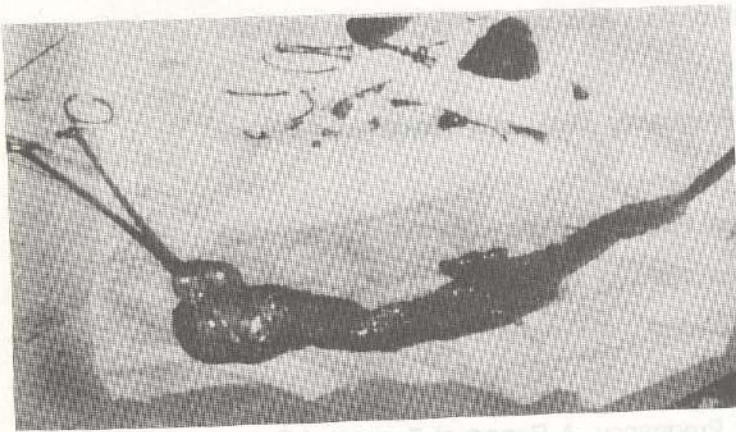
در این شرایط صبر کردن سود چندانی چندانی برای جنین نخواهد داشت و ختم فوری حاملگی توصیه می شود. در

حالتی که حاملگی پیشرفته همراه با مایع آمنیوتیک کافی است که با اولتراسوند مشخص می شود امکان پیش آگهی مناسب برای جنین وجود دارد (۶). نحوه برخورد با جفت هنوز مورد بحث است، اگر عروق جفت را بتوان بدون خطر لیگاتور کرد، منجر به بهبودی تدریجی بعد از عمل خواهد شد (۶-۱۶). اکثر مولفین با برداشتن جفت موافق هستند، برداشتن ناقص جفت اگر تمام عروق آن لیگاتور نشده باشد منجر به خونریزی شدید و شوک خواهد شد، در این شرایط توصیه می شود که جفت در جای خود باقی گذاشته شود (۳-۶-۱۵-۱۶-۱۸). میتوان پس از قطع کامل فعالیت جفت با تیتراهای کمی HCG مشخص می شود آنرا برداشت، ضمن لاپاراتومی تنها وقتی اقدام به برداشتن جفت می شود که دردسترس بوده و برداشتن آن بدون خونریزی شدید قابل انجام باشد. وقتی عمل جفت کاملاً از بین برود عروق دچار فیروز می شوند ولی در صورتیکه هنوز شک وجود دارد باید جفت را باقی گذاشت و منتظر اسکالروز عروق آن شد (۱۶). بعضی از مولفین توصیه کرده اند که جفت را در شکم باقی گذاشته و بعداً از متوترکسات جهت افزایش میزان تخریب و جذب یافت ترفوبلاستیک استفاده کرد که با تیتراهای سریال HGC تعقیب می شود، اما متوترکسات باعث تخریب سریع جفت و تجمع بافت نکروتیک و احتمالاً عفونت خواهد شد. بنابراین در حال حاضر چنین استنباط می شود که بهتر است متوترکسات بکار گرفته نشود، در اینصورت اغلب جفتهای باقی گذاشته شده بدون خونریزی یا عفونت جذب خواهند شد. جذب یک روند آهسته خواهد بود که در یک مورد ۵/۵ سال و در موردی دیگر ۱۳ سال بدون ایجاد ضرری برای بیمار طول کشیده است (۶-۱۶).



تصویر شماره ۱  
هیستروسالپینکوگرافی:

اسکلت جنین حدود ۵ ماهه در خارج از رحم  
در سمت راست لگن مشاهده می شود. رحم  
ولوله هانرمال و هر دو لوله باز هستند.



تصویر شماره ۲

قوس متسع روده حاوی قطعات جنین و  
تعدادی از قطعات استخوانی جنین در کنار  
آن.

#### REFERENCES:

- 1- Alto ,W,A., Abdominal Pregnancy , Am -Fam -physician ,Jan ,1990,Vol,41 NO.1 ,P.209-14
- 2-Becerra ,M., calzada,T.,Camara.p.,Abdominal Pregnancy. Surgical Emergency ,Gyn -obs-Mexic ,Feb.,1991,vol.59.P59-62
- 3-Brasso ,K.,Strom K.V.,Abdominal Pregnancy with a living Infant, ugeskr -Laeger,May.,1991-vol .153, NO.22-P 1593 -4
- 4- Bugalho ,A.,corlomagno ,G.,Advanced Non -Tubal Ectopic Pregnancy , At the "Hospital Central " of Maputo (Mozambique),clin-Exp-obs-Gyn.,vol.,16,No.,4 .1989,P.103-5
- 5-cachon ,L.,Casque,L.,Abdominal Pregnancy ,A Case Report , Gyn -obs - Mexic ,Mar.1989,vol 57,P 73-5

- 6-Costa ,S.D., Presley ,J.,and Bastert,G.,Advanced Abdominal Pregnancy ,  
Obstetrical and Gynecological Survey ,vol.46,NO 8,1991,P 515 -525
- 7- Durukan , T.,Urman ,B.,An Abdominal Pregnancy 10 years After treatment for  
pelvic Tuberculosis, Am - J .obs-Gyn ,Aug .,1990 ,vol.163 ,No.2, P 594 -5
- 8- Martin ,B.,Payan ,J.M ., Placental localization In Abdominal Pregnancy Using  
Technetium -99m- Labeled Red Blood Cells,J -Nucl -Med ,Jun .,1990 vol .31 ,No  
.6 ,P.1106-9
- 9- Murphy ,W.D, Feiglin ,D.H., Magnetic Resonance Imaging of a Third Trimester  
Abdominal Pregnancy , Magn - Reson -Imaging, vol .8,No .5,1990
- 10-Offringa  
,P.J., Wildschut ,H.I .,Conjoined Twins and Abdominal Pregnancy , Int -J -Cyn  
-obs, Sep ., 1989 ,,vol ., 30 ,no ., 1,P.,73-6
- 11-Rohde ,E., Frahm ,R.,A case of Secondary Abdominal Pregnancy, zentrabi  
Gynakoi ,vol .11,No 8 , 1989.
- 12- Rosano ,L., Advanced Abdominal Pregnancy ,Gyn - obs -Mexic ,Jul.,1989 vol  
.57 ,P 175 -81
- 13- Ruminjo ,J.K., Nuwagaba ,E., Clinical Pattern of Extra - Uterine - Gestation In  
Peri -Urban Kenya ,East -Afr-Med -J,Nov.,1990,vol .67,No.11, P 808-11
- 14- Sereno ,C., Garcial ,L., Castill,H., Abdominal Pregnancy .An Unusual case  
,Gyn -obs -Mexic ,Apr.1989 ,vol .57 ,P 85- 9
- 15- Setouani ,A.,Snaibi ,A., Abdominal Pregnancy -A Report of 7 cases J-Gyn -  
obs-Biol -Reprod -(Paris ). vol .18,NO.2, 1989 , P.177-80
- 16- Thompson ,J.D, Rock ,J.A., Ectopic Pregnancy ,Telind'S Operative  
Gynecology , 7th ed. ,J.B.Lippincott Co .1992, Chapter 18 ,P.411-436
- 17- Walters ,W.A,"The Artificial Induction of Abdominal Pregnancy ," Bailliere's  
Clinical obs.and Gyn ,vol .5,No.3,Sep ., 1991,P.731-741
- 18- White ,R.G.,Advanced Abdominal Pregnancy .A review of 23 cases ,Ir-J-Med  
-Sci ,Apr .1989 ,vol .,158, No .,4,P.77-8
- 19- F.Gary Cunningham -Jack ,A. Pritchard Williams Obstetric,19 th Ed, Appleton  
& Lange .U.S.A. 1989.



**Intra Abdominal Ectopic Pregnancies and an Interesting Case  
Report about It .**

**A.Rahimi,M.D,E.Arasteh,M.D.**

**ABSTRACT:**

One of the rarest types of ectopic pregnancy is abdominal form which has a high mortality and morbidity rate .An abnormal case of abdominal form is presented in this article .

The patient is a 30- year-old multi - parous Afganian refugee who had a history of three previous normal pregnancies and deliveries .The Fourth Pregnancy, however , had been terminated by a piece of shrapnel .

The 5th pregnancy was associated with lower abdominal pain and subocclusion symptoms. This case was diagnosed as an ectopic pregnancy which was confirmed by ultrasound and radiography .In Laparatomy a loop of terminal ileum containing fetal bones was observed .It was attached to pelvic bone Structure.These bones were resected and necessary anastomosis was performed .The patient made complete recovery.