بسم الله الرحمن الرحيم

شبكة المعلومـــــات الجامعية

التوثيق الالكتروني والميكروفيلم

شبكة المعلومات الجامعية

جامعة عين شمس

التوثيق الالكتروني والميكروفيلم

﴿ قـــسـم ﴾

نقسم بالله العظيم أن المادة التي تم توثيقها وتسجيلها
علي هذه الأفلام قد اعدت دون آية تغيرات

يجب أن

تحفظ هذه الأفلام بعيداً عن الغبار

في درجة حرارة من 15 – 20 مئوية ورطوبة نسبية من 20-40 %

To be kept away from dust in dry cool place of
15 – 25c and relative humidity 20-40 %

بعض الوثائق الأصلية تالفة

بالرسالة صفحات

لم ترد بالأصـــل

الدكتور
وائل عازر الزهر

الحمل خارج الرحم

Ectopic Pregnancy

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا(الماجستير)
في التوليد وأمراض النساء

أعد في قسم التوليد وأمراض النساء

برئاسة الأستاذ الدكتور
صلاح الشيخة

بإشراف الأستاذ الدكتور
جميل طالب

جامعة دمشق
كلية الطب

١٩٩٨

B
١-٤-٣

الإهداء

إلى كل من وقف بجانبي ...

إلى كل من أحبـ...

وائل

كلمة شكر

يطيب لي أن أتقدم بالشكر الجزيل لكل الأساتذة والمشرفين في مشفى التوليد الجامعي بدمشق الذين لم يضنوا علينا أبداً بالمعرفة والخبرة العملية وأخص بالشكر الأستاذ الدكتور جميل طالب لما قدمه لي من مساعدة خلال فترة تدريبي في المشفى وكذلك لتفضله مشكوراً بالإشراف لهذا البحث .

وكذلك أشكر الأستاذين الدكتور محمد أنور الفرا والدكتور مروان الزيات لتفضلهما بمناقشة البحث.

مخطط البحث

القسم النظري

١) مقدمة

٢) الوبائيات

٣) التشريح المرضي

٤) الأسباب

a) الإنتان الحوضي

b) استعمال وسائل منع الحمل

c) جراحة بوقية سابقة

d) تقنيات الإنجاب المتطورة

e) التشوهات التطورية

f) الهجرة المعاكسة للبيضة

g) التهاب البوق العقيدي

h) التعرض للـــDES

i) التدخين

٥) مواضع الحمل الهاجر

٦) الحمل الهاجر البوقي

a) الملامح السريرية

b) التظاهر والتشخيص

c) الدراسات التشخيصية

i) عيار HCG

ii) عيار البروجسترون

iii) التصوير بالصدى

iv) التوسيع والتجريف

v) بزل رتج دوغلاس

vi) تنظير البطن

d) المعالجة

i) المعالجة التوقعية

ii) المعالجة الدوائية

(١) الميتوتركسات الجهازي

(٢) الميتوتركسات الفموي

(٣) الأدوية الأخرى

iii) العلاج الجراحي

(١) العلاج الجراحي المحافظ

(a) خزع البوق الخطي

(b) الاستئصال القسمي للبوق

(٢) العلاج الجراحي الجذري

٧) أنماط الحمل الهاجر

a) الحمل الهاجر المستمر

b) الحمل الهاجر المزمن

٨) الحمل الهاجر غير البوقي

a) الحمل العنقي

b) الحمل المبيضي

c) الحمل البطني

d) الحمل الخلالي

e) الحمل ضمن الرباط

f) الحمل المتخالف

g) الحمل الهاجر المتعدد

h) الحمل عقب استئصال الرحم

القسم العملي

١) مريضات الدراسة ونسبة حدوث الحمل الهاجر.
٢) توزع الحمول الهاجرة حسب عمر المريضة.
٣) توزع الحمول الهاجرة حسب الولادات.
٤) مواقع الحمل الهاجر.
٥) دراسة الأسباب والمؤهبات.
٦) طرق التشخيص
   a) الأعراض
   b) العلامات السريرية ونسبة حدوث كل منها
   c) مراقبة العلامات الحيوية والفحوص الدموية
   d) تفاعل الحمل المناعي
   e) التصوير بالأمواج فوق الصوتية
   f) تجريف باطن الرحم
   g) بزل رتج دوغلاس
   h) تنظير البطن
   i) فتح البطن
٧) الحمل الهاجر المزمن
٨) المعالجة
٩) تكرر الحمل الهاجر
١٠) التشخيص التفريقي
١١) التشريح المرضي
١٢) الوفيات الوالدية
١٣) نتائج وتوصيات

القسم النظري

الهدف من الدراسة: تهدف الدراسة إلى:

- تقديم دراسة نظرية متكاملة حول الحمل خارج الرحم.
- تقديم دراسة إحصائية وعملية ومقارنة بين النسب في مشفانا وبعض النسب العالمية.

مقدمة *Introduction*

وصف الحمل الهاجر لأول مرة في عام ١٦٩٣ من قبل Busiere وذلك أثناء قيامه بتشريح جثة سجينة قضت في سجون باريس .

لكن Gifford من إنكلترا كان أول من أعد تقريراً متكاملاً في عام ١٧٣١ يصف فيه حالة تعشيش لمضغة خارج جوف الرحم . وسرعان ما أصبح الحمل الهاجر واحداً من أهم اختلاطات الحمل الخطيرة وأحد الأسباب الرئيسة المسؤولة عن المراضة والوفيات الوالدية حيث تسبب في ١٤,٧ % من وفيات الأمهات في الولايات المتحدة الأمريكية في عقدي السبعينيات والثمانينيات.(١)

ومع دخول المقايسة المناعية عالية الحساسية لـ β. HCG والتصوير بالصدى المهبلي أصبح التشخيص المبكر ممكناً الأمر الذي جعل العلاج المحافظ خياراً وارداً وبالتالي أمكن تحسين معدل الخصوبة عند المريضات الراغبات بالإنجاب.

الوبائيات *Epidemiology*

على الرغم من أن العدد الكلي للحمول انخفض في العقدين الأخيرين إلا أن معدل الحمل الهاجر ازداد بشكل دراماتيكي، وتعزى هذه الزيادة إلى ارتفاع نسبة الإنتانات المنتقلة عن طريق الجنس وإلى ظهور أجيال جديدة من الصادات أكثر فاعلية في معالجة الداء الحوضي الالتهابي PID .

وبرغم هذه الزيادة التي بلغت خمسة أضعاف في الولايات المتحدة الأمريكيـة إلا أن معدل الوفيات الناجمة عن الحمل الهاجر انخفض بنسبة ٩٠ % بسبب تحسـن تقنيـات التشخيص المبكر وبالتالي تحسن التدبير .(٢)

وجدير بالذكر أن معدل الحمل الهاجر يحسب بثلاث طرق مختلفة :

١- عدد الحمول الهاجرة عند كل ١٠٠٠ أنثى بين عمر ١٥-٤٤ سنة .

٢- عدد الحمول الهاجرة كل ١٠٠٠ ولادة حية .

٣- عدد الحمول الهاجرة كل ١٠٠٠ حمل مسجل (ويضم الولادات الحية ، الإجهاضات الدوائية والحمول الهاجرة)

ولا تعتبر أي من هذه الطرق طريقة صحيحة تماماً.

التشريح المرضي ***Pathology***

لا تمكث البيضة الملقحة في لمعة البوق طويلاً لكنها سريعاً ما تطمر نفسها ضمن المخاطية وحالما تخترق هذه الطبقة تصل مباشرة إلى الجدار العضلي لأنه لا وجود للطبقـة تحـت المخاطية submucosa في جدار البوق.

ثم تقوم الخلايا سريعة التكاثر والتي تحيط بالبيضة الملقحة إحاطة تامة بمهاجمـة الطبقـة العضلية مؤدية إلى تآكلها فتنفتح الأوعية الوالدية ليسيل الدم إلى الفراغات ضمن الطبقـة المغذية أو بينها وبين الأنسجة المجاورة.

لا يشكل البوق غشاءً ساقطاً واسعاً وإن شوهدت بعض الخلايا الساقطية في أحيانٍ كثيرة.

ويبدي جدار البوق مقاومة ضعيفة لغزو الخلايا المغذية. أما الجنين فيكون غائباً أو متوقف النمو.

<u>التبدلات الرحمية:</u> يخضع الرحم لبعض التبدلات في الحمل الهاجر وهي نفسها التي ترافـق الحمل ضمن الرحم في مراحله المبكرة. ومن ضمنها تليّن العنق والمضيق وزيادة حجـم الرحم ،وعلى الرغم مما ذكر إلا أن ٧٥% من مريضات الحمل الهاجر يملكـن أرحامـاً طبيعية الحجم حسب Stabile (٣).

أما درجة التحول الساقطي في بطانة الرحم فمتغيرة .إن مشاهدة ساقط رحمي دون خلايـا مغذية يثير الشبهة بالحمل الهاجر لكنه ليس دليلاً أكيداً.

في عام ١٩٥٤ وصف Arias-Stella هذه التبدلات -كما وصفها كثيرون غيره – في بطانة الرحم حيث تكون الخلايا البطانية متضخمة ونواها مفرطة التصبغ ومفرطة الكروماتين ومفصصة وذات شكل غير منتظم وتميل لأن تحتل القسم القاعدي من الخلية،أما الهيولى فتكون فجوية ورغوية المظهر. ويمكن أن تشاهد انقسامات عديدة ،تجمع كل هذه التبدلات تحت اسم ارتكاس Arias-Stella وهي تبدلات ليست نوعية للحمل الهاجر ويمكن أن تشاهد في الحمل داخل الرحم.

إن النزف الخارجي الذي يشاهد بكثرة في الحمل الهاجر هو نزف رحمي المنشأ ويترافق مع تنكس و توسف الساقط الرحمي، ونادرا ما يكون شديدا،ولا يدل غياب النسيج السلقطي بأي حال من الأحوال على عدم وجود الحمل الهاجر حيث وجد Romney ورفاقه(٤) بطانة إفرازية عند ٤٠%من الحمل الهاجر وبطانة ذات طور تكاثري في ٣٠% من الحالات و طمثية عند ٦% بينما وجدت الخلايا الساقطية في٢٠% من الحالات فقط .

الأسباب *Etiology*

١-الإنتان الحوضي: *Pelvic Infection*

في دراسة أجريت على ٤١٥ سيدة مصابة بالداء الحوضي الالتهابي ومثبت بتنظير البطن كان معدل انسداد البوق يزداد مع كل هجمة من هجمات هذا الداء :

١٣% بعد أول هجمة ، و٣٥%بعد هجمتين و٣٥%بعد ثلاث هجمات .(٥)

أكثر من ذلك فإن نسبة الحمل الهاجر بعد هجمة انتانية واحدة كانت ١/٢٤ أي بزيادة ستة أضعاف عن النسوة اللواتي أظهر تنظير البطن عندهن نتائج سلبية، وفي دراسة مستقبلية توبعت ١٢٠٤ سيدة حتى الحمل الأول بعد الانتان فوجد أن ٦% من الحمول كانت حمولا بوقية وهي نسبة تزيد بكثير عن تلك المشاهدة لدى المجموعة الشاهدة والتي بلغت ٠,٩%.(٦)

إن المتدثرات (الكلاميديا) عامل ممرض هام يؤدي إلى أذية البوق وبالتالي الحمل الهاجر، وبما أن أكثر حالات انتان البوقين بالكلاميديا هي حالات ذات سير مخاتل فإنها غالبا ما تمر دون تشخيص أو تعالج معالجة مريض خارجي،وقد زرعت الكلاميديا عند ٧-٣٠% من مريضات الحمل الهاجر وتم إثبات وجود علاقة أقوى بين الحمل الهاجر والانتان بالكلاميديا من خلال الاختبارات المصلية للكلاميديا حيث يميل الحمل لأن يكون بوقيا بنسبة

أعلى بثلاث مرات عند النسوة اللواتي لديهن عيار أضـــداد الكلاميديـــا أكـــثر أو يساوي ١/٦٤ من أولئك النسوة اللواتي يملكن عيارات سلبية .(٧)

٢-استعمال وسائل منع الحمل *Contraceptive Use*

تمنع اللوالب الخاملة وتلك الحاوية على النحاس الحمول داخل وخارج الرحم ، وهي تمنـــع التعشيش داخل الرحم بشكل أكثر فاعلية من منعها له داخل البوق، لذلك فإن السيدة التـــي تحمل بوجود لولب داخل الرحم تملك احتمالاً أكبر بـــ ٦-١٠ مرات لأن يكون الحمل بوقياً مما لو حملت دون منع حمل .وبوجود اللولب النحاسي تكون ٤% من حالات فشـــل منـــع الحمل حمولاً بوقية.

تعتبر اللوالب الحاوية على البروجسترون أقل فعالية من اللوالب النحاسية في منع الحمـــل البوقي حيث تكون ١٧% من حالات الفشل حمولاً بوقية، أكثر من ذلك فإن معدل الحمـــل الهاجر في النسوة اللواتي يستعملن لولباً بروجسترونياً أعلى من نظيره في النسوة اللواتي لا يستعملن أية وسيلة لمنع الحمل .(٨)

وتدل هذه المعطيات فيما تدل على أن اللوالب لا تمنع التعشيش فحسب بـــل إنـــها تمنـــع الإلقاح لما لها من تأثيرٍ سمي على النطف والبويضات على حدٍ سواء . ومن المحتمـــل أن اللوالب الحاوية على البروجسترون أقل فاعلية في منع الإلقاح .

ولا تزيد مدة وضع اللولب من الخطورة المطلقة للحمل البوقي ولكـــن مـــع الاســـتعمال المتزايد ثمة زيادة في النسبة المئوية للحمول البوقية . ومن غير الواضح فيمـــا إذا كـــان استعمال اللولب في وقت سابق يزيد من خطر الحمل البوقي باســـتثناء لولـــب Dalkon Sheild الذي يزيد النسبة بمقدار الضعف .

وتكون النسبة المئوية للحمل الهاجر في حالات فشل موانع الحمل الفموية المركبة مســـاوية لـــ ٠,٥-٤% بينما لا يزيد استعمال موانع الحمل الفموية في وقت ســـابق مـــن خطـــورة الحمل الهاجر .

وتحمي موانع الحمل البروجسترونية بما فيها الحبوب(minipill) والغرســـلت (norplant) من الحمل داخل الرحم وخارجها، وعلى أية حال إذا حدث الحمل فهناك احتمال أن يكـــون هاجراً في ٤-١٠% من الحالات عند استعمال minipill وحتى ٣٠% عند اســـتعمال