سامية محمد مصطفى

شبكة المعلومات الجامعية

بسم الله الرحمن الرحيم

سامية محمد مصطفى

شبكة المعلومات الجامعية

شبكة المعلومات الجامعية

التوثيق الالكتروني والميكروفيلم

سامية محمد مصطفى

شبكة المعلومات الجامعية

جامعة عين شمس

التوثيق الإلكتروني والميكروفيلم

قسم

نقسم بالله العظيم أن المادة التي تم توثيقها وتسجيلها علي هذه الأقراص المدمجة قد أعدت دون أية تغيرات

يجب أن

تحفظ هذه الأقراص المدمجة بعيدا عن الغبار

سامية محمد مصطفى

شبكة المعلومات الجامعية

بعض الوثائق الأصلية تالفة

سامية محمد مصطفى

شبكة المعلومات الجامعية

بالرسالة صفحات لم ترد بالأصل

جامعة دمشـــق
كلية الطب البشري

الحمل الهاجـــر
ECTOPIC PREGNANCY

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

برئاسة الدكتور
محمد الطباع

بإشراف الأستاذ الدكتور
محمد نذير ياسمينة

إعداد
الدكتور : حسان بحري

٢٠٠٤

B
١٢٤٩٣

مخطط البحث

الدراسة النظرية :

أولاً – المقدمـــة:

- الهدف من الدراسة .
- تعريف الحمل خارج الرحم .
- لمحة تاريخية .
- لمحة تشريحية و فيزلوجية عن البوقين .

ثانياً – الأسباب والآلية الإمراضية:

١ – الداء الحوضي الالتهابي (PID).
٢– الأجهزة المانعة للحمل ضمن الرحم .
٣ – موانع الحمل الهرمونية.
٤ – آفات البوق الخلقية والمكتسبة.
٥ – استعمال تقنيات الخصوبة المساعدة.
٦ – العوامل المناعية .
٧ – عوامل أخرى.

ثالثاً – تطور الحمل البوقي:

- الإجهاض.
- التمزق البوقي.
- الحمل الهاجر متعدد الأجنة.

رابعاً – المظاهر السريرية للحمل البوقي.

خامساً – التشخيص.

سادساً – الفحوصات المخبرية.

سابعاً – الوسائط التشخيصية المساعدة.

- الإيكو البطني.
- الأيكو المهبلي.
- الدوبلر النبضي الملون .
- التحريف الرحمي.
- بزل رتج دوغلاس.
- تنظير البطن.
- فتح البطن.

الدراسة العملية:

أولاً – مريضات الدراسة ونسبة الحدوث.

ثانياً – توزع المريضات حسب العمر وعدد الولادات.

ثالثاً – أماكن توضع الحمل الهاجر لدى المريضات .

رابعاً – دراسة احصائية للأسباب والمؤهبات.

خامساً – أعراض وعلامات الحمل الهاجر.

سادساً – خطة التدبير المتبعة:

- مراقبة العلامات الحيوية ودورها في وضع التشخيص.
- تفاعل الحمل المناعي ودور إيجابيته.
- الأمواج فوق الصوتية .
- تجريف بطانة الرحم.
- معايرة B-HCG والمعالجة الترقبية.
- المعالجة بالميثوتريكسات.
- تنظير البطن التشخيصي والعلاجي.
- فتح البطن.

سابعاً – التشريح المرضي.

ثامناً – الحمل الهاجر المزمن.

تاسعاً – تكرر الحمل الهاجر.

– التوصيـــات.

– المراجـــــع.

ثامنا – التشخيص التفريقي.

تاسعاً – الوفيات .

عاشراً – التدبيـــــــر.

١ – التدبير المحافظ:

آ – التدبير التوقعي(المراقبة).

ب – التدبير الدوائي.

٢ – التدبير الجراحي (الجراحة التنظيرية وفتح البطن):

أ – العلاج الجراحي المحافظ:

- خزع البوق الخطي.
- عصر البوق أو التمسيد اليدوي للبوق.
- استئصال البوق الجزئي والمفاغرة.

ب – العلاج الجراحي الجذري:

- استئصال البوق التام.

أحد عشر – الأنواع الأخرى للحمل الهاجر:

- المزمن.
- الزاوي.
- الخلالي.
- المبيضي.
- البطني.
- العنقي.
- مواضع أخري

اولاً – المقدمة :

الهدف من الدراسة

ـ تقـــديم دراســـة نظرية مجملة للحمل خارج الرحم بأسبابه و آلياته الامراضية و أعراضه وعلاماته.

ـ توضـــيح مـــزايا طـــرق التشـــخيص الحديثة باستخدام الايكو المهبلي و المعايرة الكمية لـــ B-HCG وتنظير البطن في وضع التشخيص الباكر و بالتالي السماح بتطبيق طرق علاجية حديثة (دوائية أو تنظيرية).

ـ تقديم دراسة احصائية وعملية ومقارنتها مع دراسات محلية و بعض الدراسات العالمية للحمل خـــارج الرحم و خاصة فيما يتعلق باعتماد طرق تدبير حديثة كالجراحة التنظيرية أو العلاج الدوائي بالميثوتريكسات.

تعريف الحمل خارج الرحم [49]

هـــو كـــل حمـــل عششت فيه البيضة الملقحة خارج غشاء باطن الرحم و يدعى أيضاً الحمل الهاجر، و يعتبر الحمل البوقي هو الشكل الأكثر شيوعاً من حالات الحمل الهاجر .

في حين تتوضع باقي الحمول الهاجرة في أماكن مختلفة مثل عنق الرحم ، قشرة المبيض ،الرباط العريض أو البطن .

لمحة تاريخية [42]

يعتـــبر الحمـــل خارج الرحم حاله تخص الانسان فقط دون بقية الثديات الأخرى. و أول من وضعها هو أبو القاسم الزهراوي عام 963 و في عام 1673 وصف BUSSIERE حالة حمل بوقي غير متمزق و ذلك عند تشريح جثة سجينة بعد إعدامها. و ظل تدبير الحمل الهاجر غير جراحياً حتى فـــترة متأخرة و قد ذكر أن الجراح الأمريكي Gohn Board هو أول من قام بنجاح باستئصال الحمل الهاجر بجراحة بطنية عام 1759 تلاه فيما بعد William عام 1791

لمحة تشريحية و فيزلوجية عن البوقين :

يتوضع البوق على الحافة العلوية الحرة من الرباط العريض، ممتداً على طول 10 –20 سم بين الرحم و المبيض ، و يقسم البوق إلى أربعة أقسام و هي من الأنسي إلى الوحشي :

1- الخلالي **Interstitial** وهو الجزء الذي يجتاز الجدار الرحمي، طوله 1 –2 سم و قطره 1 ملم تقريباً.

2 – المضـــيق **Isthms** وهـــو القسم المستقيم المجاور للرحم، طوله 2–3سم و قطره 1–2 ملم تقريباً.

3 – المحل **Ampula** وهو القسم العريض، رقيق الجدران، طوله 5–8 سم متعرج الشكل.

4 – الصيوان **Fimbriated extermity** وهو النهاية الوحشية المفتوحة على جوف البريتوان، يحيط به أهداب تلعب دوماً حيوياً في عملية الاخصاب.

بنية البوق:

يتألف البوق نسيجياً من ثلاث طبقات متراكبة من الداخل إلى الخارج كما يلي:

1 – **الطبقة المخاطية** : و هي مثنية بشدة و تسترها بشرة أسطوانية مرتكزة على غشاء قاعدي يفصلها عن أدمة ضامة.

البشـــرة الســـاترة: اسطوانية الشكل بسيطة مع خلايا كأسيةمن نوعين مُهدَّبة و غير مهدَّبة. تُحـــدِث هذه الأهداب تياراً يعمل مع حركة البوق الحوية على دفع البيضة باتجاه الرحم . في حين أن الخلايا غير المهدبة تقوم بدور افرازي .

الأدمة الضامة :لا تحوي غدد و لكنها غنية بالخلايا الضامة و التوعية الدموية و اللمفية .

2 – **الطـــبقة العضلية** : وتتكون من طبقتين داخلية دائرية الشكل و خارجية طولانية، وهي عبارة عن خلايا عضلية ملساء .

3 – **الطبقة المصلية** : عبارة عن نسيج ضام رخو تستره بشرة من خلايا متوسطية .

اعتبارات تشريحية مرضية :

إنَّ وجـــود زغابـــات مشيمية في لمعة أو جدار البوق هو المظهر التشريحي المرضي الواسم لـــلحمل الـــبوقي. ويجب تمييز الزغابة السليمة عن الخثرة المُتعَضّية حيث أن الأخيرة لا تحوي لحمة خلوية و بشرة ساترة، في حين أن الزغابة السليمة تتكون من طبقتين من الخلاية المغذية:

*طـــبقة داخلـــية خلاياها مكعبة الشكل، ذات حدود واضحة و هيولى رائقة، نواة حويصلية وتدعى طبقة الخلايا المغذية **Cytotrophoblast**.

*طـــبقة خارجية : خلاياها ذات حدود غير صريحة، نواة كثيفة التلون، هيولى حبيبية و تدعى طبقة المصورات المغذية **CynCytioTrophoblast**.

في بعـــض الحـــالات مـــن الحمل الهاجر نجد أدلة على **PID** مزمن وخاصة التهاب الملحقات الـــبرزخي العقدي و هو حالة تشريحية مرضية غير التهابية يندخل فيها الغشاء المخاطي ضمن طبقة الـــبوق العضـــلية مشكلاً رتوجاً حقيقية، وهذا بالفعل يتواجد لدى 50 % من مريضات الحمل الهاجر .[2]

التبدلات الرحمية المرافقة :

تطـــرأ على الرحم تبدلات مماثلة لما يحدث خلال الحمول داخل الرحم و ذلك نتيجة خضوعه لهرمونات الجسم الأصفر و لهرمون HCGالمفرز من النسيج المشيمي الهاجر .

إن وجـــود غشاء ساقط رحمي بدون خلايا مغذية يقترح حملاً هاجراً، و لكن ذلك ليس دليلاً قاطعـــاً. عـــندما يتجاوز سن الحمل خارج الرحم 18 يوماً فإنه يشاهد مظهر غير نموذجي في بطانة الـــرحم و يدعـــى إرتكـــاس أرياس ستيلا (**Arias Stella Reaction**) ويتألف من لا نموذجية رحمية بشروية : ضخامة خلوية، فرط كروماتين النواة، تعدد أشكال النوى و فعالية انقسامية.

كما يزول القسم العلوي من الخلايا المبطنة للغدد مما يؤدي إلى تجمع نوى الخلايا داخل لمعات الغدد مع ميل لحدوث نمو معمّم جديد للخلايا. و هذا الإرتكاس ليس نوعياً للحمل الهاجر .

فقـــد يشاهد في الحمل داخل الرحم و في مناطق مختلفة من الإندوميتريوز و قد يحدث بشكل صنعي عند استعمال الاستروجن أوحاثات المناسل و أمراض الطبقة المغذية .

تُظْهِرْ مجروفات باطن الرحم لدى مريضات الحمل الهاجر :

غدد مفرطة الافراز 12 –60 %

إرتكاس أرياس ستيلا 10 – 20 %

نموذج تكاثري 10 –30 %

إرتكاس ساقطي في اللحمة 20 – 60 %

معدل و أماكن حدوث الحمل الهاجر :

يختلف معدل الحدوث من بلد لآخر وحسب العمر والعرق. و يُقدَّر بين 3 – 4 حالات لكل 1000 امـــرأة في ســـن النشاط التناسلي لا يستخدمن أي طريقة لمنع الحمل سَيَحْدُثُ لديهن حمل هاجر كل سنة .

في دراســـة لـــ د . Hoslen P عام 1991 ذكر ارتفاع نسبة الحدوث، وعُزِيَ ذلك لزيادة عـــدد الاصـــابات الانتانية والعمليات الجراحية المجراة على البوق وتزايد استخدام IUD كمانع حمل إضافة إلى التحسُّن في وسائل التشخيص الحديثة .

و لكنه في دراسة مجراة في مقاطعات UK بين 1990 – 1999 تبين تراجع نسبة الحدوث من 73 حالة عام 1990 إلى 52 حالة عام 1999 . [16]

الجدول التالي يبين توزع الحمل الهاجر .[18]

مكانه	بوقي	مجلي	برزخي	صيواني	خلالي	بطني	مبيضي	عنقي
النسبة المئوية	%95	%80	%12	%5	%3	% 0.1	%1-0.5	%0.15

تكرر الحمل الهاجر و أثره على المستقبل الانجابي :

لا يـــزال الحمـــل الهاجـــر هو السبب الأول للوفيات الوالدية خلال الثلث الاول من الحمل في USA (12 % مـــن الوفـــيات الوالديـــة عام 1987) و ذلك بسبب النزف و الصدمة الناجمين عن تأخر التشخيص و بالتالي تأخر المعالجة .

ومـــن هنا يجب التأكيد على مسألة تكرر الحمل الهاجر . إذ أن الحمل الهاجر بأحد أسبابه هو ضعف في قدرة البيضة على الهجرة و بالتالي يزداد خطر حدوثه ثانية 7 –13 ضعف ، هناك عوامل عديدة تحدد الخطر الذي يشكله الحمل الهاجر على المستقبل الولادي للمرأة :

حجم الحمل الهاجر، موقعه، حالة الملقحات المقابلة، طريقة المعالجة، وجود قصة عقم.

نكس الحمل الهاجر	تكرره	خلال سنتين	خلال 4 سنوات
النسبة المئوية	% 15 – 5	% 50	% 80

ثانياً – الأسباب والآلية الإمراضية:

1 – الداء الحوضي الالتهابي (PID): [9]

يعتبر من أهم الحالات الإنتانية التي تصيب النساء وقد يكون حاداً أو مزمناً أو تحت حاد، وهو مسؤول عن رفع نسبة حدوث الحمل الهاجر لأربعة أضعاف عند النساء المصابات به، [31] إذ يعتبر الحمل الهاجر من أكثر اختلاطات (PID) جدية وأطولها بقاء وينجم عن التخريب النسيجي المباشر أو عن الاستجابة الالتهابية المناعية، وبطبيعة الحالات تزداد نسبة حدوث الحمل الهاجر مع زيادة هجمات PID لتبلغ 75% بعد 3 هجمات.

العديد من النساء المصابات بالحمل الهاجر أو بالعقم الأنبوبي قد أظهرن دلائل على خمج تناسلي حالي أو سابق بالكلاميديا التراخومية، [4] كما أن الحمل الهاجر البوقي يحدث أكثر بثلاث مرات لدى النساء اللواتي لديهن عيار أضداد الكلاميديا 64/1 منه عند النساء سلبيات الأضداد. [2]

أيضاً تتهم الصادات كسبب من أسباب تزايد الحمل الهاجر، إذ أنها تُحوِّل التهاب البوق إلى حالة تحت حادة محدثة إنسداداً جزئياً بدلاً من تاماً في البوق.

2– الأجهزة المانعة للحمل ضمن الرحم:

اعتبر اللولب بشكل تقليدي بأنه عامل خطورة لحدوث الحمل الهاجر وعُزِيَ ذلك إلى العلاقة بين IUD، PID ولكننا يجب أن نؤكد على حقيقة أن IUD النحاسية يؤمن بعض الحماية المعقولة من الحمل خارج الرحم ولكن على اعتباره يمنع التعشيش ضمن الرحم أكثر منه في البوق فإن النساء اللواتي يستخدمن اللولب يملكن خطورة لحدوث الحمل البوقي تعادل 6 – 10 أضعاف ممن لا يستخدمن وسيلة منع حمل.

ويمكن اعتبار اللوالب النحاسية Tcu380A و IUD-Levono خيارات مقبولة لمن لديهن سوابق حمل هاجر، في حين تعتبر اللوالب البروجسترونية أقل فعالية من بقية اللوالب في الوقاية من الحمل الهاجر.

النوع	اللولب النحاسي T-Cu380	اللولب البروجستروني	IUD - Levonorgestril	Norplant
النسبة	%0.2	%6.8	%0.2	%0.28

3 – موانع الحمل الهرمونية:

نظـــراً لوجـــود مستقبلات الاستروجين والبروجسترون في البوقين فإنه من الطبيعي أن تلعب العوامل الهرمونية دوراً في حركية البوق وفعالية أهدابه وإفرازات غدده، ولذا يبدو أن ارتفاع مستوى البروجســـترون يـــؤدي إلى تثبيط حركية البوق مما يؤخّر انتقال البيضة وهذا ما يفسر النسبة العالية لـــلحمول الهاجـــرة المصـــادفة مع استخدام حبوب منع الحمل البروجسترونية 4-10% مقارنة مع الحبوب المشتركة 0.5-4%.[2]

وكذلك الأمر فإن استعمال الاستروجين كمانع حمل اسعافي قد أدى إلى حدوث حمل هاجر.[12] في ثلث حالات الحمل الهاجر يكون الجسم الأصفر الحملي في الجهة المعاكسة لوجود الحمل البوقي، ومن هنا طرحت فكرة أن يكون تطاول فترة الهجرة عاملاً أهم من إعاقة الهجرة.

4 – آفات البوق الخلقية والمكتسبة:

- تشوهات البوق: نقص تصنّع، رتوج.
- الأندوميـــتريوز: حيـــث يلعب دوراً في إحداث خلل بحركية البوق كما أن إصابة البوق تؤدي إلى التهاب ملحقات عقيدي وأحياناً تشكل مكاناً مناسباً للتعشيش.
- أورام حوضية ضاغطة على البوق: أورام الرحم الليفية، أورام المبيض.[9]
- الالتصاقات الحوضية التالية لإنتان نفاسي، جراحة بطنية أو حوضية، أندوميتريوز، عمليات على البوق (تصنيع، فتح، ربط).[6]

- المحـــاولات الجراحـــية لإعادة فتح البوقين تزيد نسبة حدوث الحمل الهاجر، حيث تتوقف البيضة الملقحة في مكان إعادة المفاغرة وتختلف نسبة الحدوث حسب تقنية العمل الجراحي المستخدم في عملية الربط فهي 3% عند عكس طريقة Pomery وتصل حتى 15% عند إعادة المفاغرة بعد التخثير.[9]

- إنّ العـــلاج الجـــراحي المحافظ للحمل الهاجر (استئصال جزئي للبوق مع إعادة مفاغرة) سيرفع نسبة الحدوث إلى 10%.