

الحمل خارج الرحم دراسة بالأمواج فوق الصوتية لـ 31 حالة متتابعة في عيادة مستشفى الأسد الجامعي باللاذقية بين عامي 1995 - 1999

الدكتور محمد النقري*

(قبل للنشر في 1999/6/9)

□ الملخص □

تقدم هذه الدراسة نتائج حول الجانب الصوتي للحمل خارج الرحم عند 31 مريضة. تمت هذه الدراسة بالفترة الممتدة بين شباط 1995 حتى شباط 1997 وقمنا خلالها بفحص 31 حالة حمل خارج الرحم بالأمواج فوق الصوتية، تم فحص 23 حالة منها بالطريق المهبلية. اعتمدنا المعايير التالية بتشخيص الحمل خارج الرحم: وجود الجنين في الوضعية خارج الرحمية أو كشف كيس حملي، أو كتلة ملحقات تميز المبيض بمشاركتها مع انصباب بريتواني سائلي. اعتبر الحمل خارج الرحم متمزقاً في حال تدمي البريتوان المشاهد في الشقوق البريتوانية العلوية. بلغ متوسط العمر للمريضات 28 سنة (18 - 44). أكثر العلامات السريرية شيوعاً كانت: الألم بنسبة (87.1%)، انقطاع الطمث (83.9%)، النزف الرحمي (74.2%)، ميل للغشي (19.4%)، كتلة حوضية (12.9%). أجري اختبار الحمل لدى 7 مريضات (22.6%) وكان إيجابياً. وجد الحمل البوقي عند 31 مريضة (96.9%) على حين كان الحمل بطنياً في حالة واحدة فقط (3.1%). وقد كان متمزقاً في 14 حالة (45.2%). 71% من الحالات كان لديها انصباب بريتواني مميز، وجدت التشوهات الملحقة في 93.5% من الحالات بينما وجدت التشوهات الرحمية في 38.7% من الحالات (تسمك بطانة رحمية، كيسة كاذبة، عضلوم رحمي). من بين 31 مريضة كان هناك 26 حالة حملية (83.9%) منها: 11 حالة مع جنين حي (35.5%)، كتلة ملحقة غير نوعية 3 مريضات (9.7%). وقد كان الطريق المهبلية أفضل من الطريق البطني لدى 6 مريضات حيث أجري الاثنان معاً. يصادف الحمل خارج الرحم على الأغلب متمزقاً في بلدنا. ويبقى علينا أن نبذل جهوداً كبيرة لنفع المريضات للاستشارة البكرة وكذلك لتوجيه الأطباء نحو الشك المنهجي في هذه الحالات.

* أستاذ مساعد في قسم الأمراض النسائية والتوليد - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

La grossesse extra-utérine une étude échographique de 31 cas consécutifs Expérience de l'Hopital Universitaire AL - ASSAD de 1995 à 1997

Dr. Mohammad AL-NOKARI

(Accepté le 9/6/1999)

□ RÉSUMÉ □

Peu de données ultrasonographiques sur la grossesse extra-utérine (GEU) sont disponibles. Nous repportons dans cette étude le profil échographique de la GEU chez 31 patientes; l'étude a eu lieu de février 1995 à février 1997 pendant cette période 32 GEU ont été axaminées, dont 23 par voie vaginale; les critères de GEU étaient la présence d'un embryon en position extra-utérine, ou la mise en évidence d'un sac gestationnel ou d'une masse annexielle distincte de l'ovaire associée à un épanchement péritonéal liquidine. La GEU à été considérée rompue en cas d'hémopéritoine visible dans les crevasses poritonéa les supérieures.

L'âge moyen des patientes était de 28 ans (intervalle 18-44).

Les signes cliniques les plus frequents ont été la douleur (87.1%) l'aménorrhée (83.9%), les metrorragies (74.2%), la tendance syncopale (19.4%) et la masse pelvienne (12.9%).

Le test de grossesse avait été obtenu chez 7 patientes (22.6%), il était positif. La grossesse était tubaire dans 31 cas (96.9%) et abdominale dans 1 cas (3.1%). Elle etait rompue dans 14 cas (45.2%), mais 71% des cas avaient un épanchement dans 93.5% des cas, et des anomalies dans 38.7% des cas (épaississement endométrial, pseudo - sac, myome utérin).

Un cas gestationnel était visible chez 26 patientes (83.9%), avec un embryon vivant chez 11 d'entre elles (35.5%). Une masse annexielle non spécifique était presente ches 3 patientes (9.7%). la voie vaginale a été supérieure à la voie abdominale pour les 6 patientes ou les deux avaient été réalisées. La GEU se présente encore souvent rompue dans nos pays. Un effort, reste à faire pour amener les patientes à consulter tôt, et les médecins à suspecter systématiquement ces cas.

* Prof. Ass., Gencol. & Obst., Faculté de Madicine, Univ. de Tichrine, Lattaquié, Syrie.

مقدمة:

يكون الحمل خارج الرحم (GEU) بوقياً في (95 - 97%) من الحالات، ويتبع عسادة إحصائية يسوق بإنتان، أو يلي رضاً ناجماً عن عمل جراحي [1،2،3،4]. وقد ازدادت نسبة حدوثه في السنوات الأخيرة في البلدان النامية، كما في البلدان المتقدمة تكنولوجياً [3،4] علماً بأن صورته السريرية كانت أخذة في التغير [5،6]. يستدعي التشخيص غير الغازي للحمل خارج الرحم عدد مريضه ذات لوحة سريرية موجهة أساساً معيارية الـ HCG - β وإجراء الفحص بالأصوات فوق الصوتية [2،4]. وقد بينت دراسات عديدة، أن استخدام الطريق المهبل، مع أو بدون الدوبلر، قد حمس بشكل لافت سرعة، وبنق التشخيص والعلاج [7،8،9].

أهمية البحث وأهدافه:

إن دلالات الحمل خارج الرحم باستخدام الإيكو المهبل (EEV)، قد عرفت جيداً في البلدان المتقدمة، [2،3،4] إلا أن الأمر ليس كذلك في البلدان الأقل تطوراً، ومن هنا تتبع أهمية هذه الدراسة، إذ أن انتشار هذه التقنية، مارال محدوداً، والأشخاص المؤهلون لإجراء هذا الفحص قلة. وقد حاولنا في هذه الدراسة أن نوضح الصورة الإيكوغرافية للحمل خارج الرحم في محيطنا، ومناقشة العديد من المسائل المرتبطة بتشخيصه الباكر. إن الحمل خارج الرحم، يبقى في بلادنا حالة إسعافية ملحة، يجب أن تُعرف بسرعة، إذ أنه في حال غياب العلاج، فإن المرض يتطور غالباً باتجاه نزف داخلي خطير، قد تكون نهايته مميتة، ولا يمكن تفادي هذه العواقب إلا بوضع التشخيص الباكر لعلاج ناجح وسريع. العينة وطريقة البحث:

أجريت هذه الدراسة على (44) مريضة في سن النشاط التناسلي في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية، وكذلك في بعض المشافي الخاصة. وقد تم اختيار المريضات في حال أن:

- الحمل خارج الرحم كان مجسداً والمريضة موجهة لإجراء الإيكوغرافي.
- تمت متابعة هذه الحالات بين شهري شباط 1995 وشباط 1997، وقد رافق اللوحة السريرية النموذجية أعراض متبدلة (انقطاع طمث، ألم، نزوف رحمية، كتلة في الملحقات، شحوب، ميل للغشي).
- ومن بين الـ 44 مريضة فإن 32، حمل خارج الرحم قد تم تشخيصها، منها 31 حالة حمل بوقي، وكان هناك حمل بطني واحد تم استبعاده من هذه الدراسة.

لقد تم الفحص بالأصوات فوق الصوتية عبر البطن (ETA) بشكل نظامي، وبصورة متفق عليها خلال الأشهر الأربعة الأولى من الدراسة. ثم أجري الإيكو بـ (EEV) إي إيكو عبر المهبل بعد إفراغ المثانة. إن التقييم البنئي لهذا البروتوكول قد بين أفضلية الإيكو المهبل (EEV) كفحص أولي لوضع التشخيص عند تلك المريضات [10،11]. فحصت المريضات في البدء بمسبر 3.5 ميغاهرتز، إذ تم مسح سريع للحوض، وللـ بطن العلوي، وأسكن الحصول على خريطة مجملية للحوض، ولمختلف الزووب البريتوانية (الميزابات حول القولونات، جيب موريسون)، ثم أجري الفحص بواسطة جهاز إيكوغرافي زمن حقيقي بمسبر موشوري، ويعمل بتردد 7.5 ميغاهرتز.

تم الفحص، والمثانة فارغة، والمريضة بوضعية الاضطجاع الظهرية، والركبتان مثنيتان. سجلت جميع الصور المعبرة عن كل الفحوصات على ورق حساس للحرارة.

إن تشخيص الإيكو للحمل خارج الرحم قد تم الاحتفاظ به أمام تشارك متبدل للعناصر التالية [12،3،7،8]: كشف جنين بوضع خارج الرحم، (مع أو بدون ضربات قلبية)، وجود كيس جملي ملحقي يعمر كصورة حلقيه أكبر من (كمم) ذي إكليل مفرط الصدى، يميز عن المبيض الموافق، خاصة إذا كان الكيس المحي مرثياً، وجود كتلة ملحقيه معقدة تتميز عن المبيض بالترافق مع انصباب سائلي حوضي شاذ (غير طبييمي) بالكسية، أو بمظهر صدوي ناعم وعائم، أو بشكل خثرة Thrombi.

إن التمييز الدقيق ما بين الحمل الأنبوبي، الخلالي، أو البرزخي، لم يُبحث. وبالرغم من ذلك فقد تم التوجه نحو توضع أنبوبي عندما كان قياس الكيس أكبر من 3 سم.

أما الحمل القريني فقد تم اعتباره عندما كان توضع الكيس في أقل من 5 مم من المصلية [8]. العناصر الأخرى التي تم تسجيلها خلال الفحص كانت:

- سماكة باطن الرحم.
- الوجود المحتمل لكيس كاذب (انصباب داخل الرحم محاط ببطانة متفاوتة السماكة).
- مظهر عضلة الرحم والمبيضين.

اعتبر الحمل خارج الرحم متمزقاً (أو منشققاً بقوة) في حال تدمي الصفاق المرثي في البطن العلوي. أثبت التشخيص النهائي، وتم العلاج (استئصال البوق غالباً) عبر فتح البطن في (29) حالة، أو جراحة البطن في حالتين فقط. والتوابع الجراحية كانت بسيطة لدى الـ 31 مريضة.

النتائج:

العمر الوسطي لـ 31 مريضة كان 28 عاماً (تراوحت الأعمار بين 18 - 44 سنة)، 5 مريضات لم يكن لديهن انقطاع طمث سريري (16.1%)، بالنسبة للـ 26 مريضة المتبقية (83.9%)، فإن انقطاع الطمث تبدل بين (6 - 16 أسبوعاً) مع قيمة وسطية 9 أسابيع. 12 مريضة كان لديهن انقطاع طمث أقل أو يساوي ثمانية أسابيع. والجدول (1) يبين انقطاع الطمث لدى مختلف المريضات.

الجدول (1) نسبة وجود انقطاع الطمث عند المريضات

انقطاع طمث	عدد الحالات	%
-	5	16.1
+	26	83.9

وبالنسبة للعلامات السريرية الأخرى المسيطرة فقد لخصت بالجدول (2)

الجدول (2) العلامات السريرية (عدا انقطاع الطمث) المسيطرة بالحمل خارج الرحم

العلامة السريرية	عدد الحالات	%
الأم	27	87.1
نزوف رحمية	23	74.2
ميل للغشي	6	19.4
كتلة	4	12.9

المشاركة بين انقطاع الطمث، والنزف الرحمي، والآلم وجدت لدى 19 مريضة، أي حوالي (61.3%) من المريضات.

من جهة أخرى فإن 9 مريضات بنسبة (29%) كنّ يعالجن من أجل العقم، ومريضتان (6.5%) كان لديهما مفهوم سابق عن الحمل خارج الرحم.

إن اختبار الحمل تم قبل إجراء الإيكو وكان إيجابياً عند 7 مريضات (22.6%).

إن المدة الوسطية بين الاستشارة الأولى والتشخيص كانت ستة أيام.

في الواقع خضعت المريضات لعلاج وضع أساساً دون إيكو جرافي كما لو كان الأمر تشخيصاً محتملاً للتهديد بالإسقاط أو التهاب البوق.

في حالتين فقط فإن إيكو عبر البطن كان قد أجري بادئ ذي بدئ في عيادات طبية ولم يؤد إلى نتيجة، وبالتالي لم يكن مقنعاً.

23 مريضة تم فحصهن بإيكو عبر المهبل معزولاً (19 مريضة) أو مشتركاً مع إيكو جرافي عبر البطن مريضاً (4 مريضات) و (8 مريضات) كان لديهن فقط إيكو عبر البطن.

العلامات الصدوية مع هذا الاقتراب أو ذلك ملخصة في الجدول (3).

الجدول (3) العلامات الصدوية المشاهدة بالإيكو

تشوهات صدوية	المريضات	%
آفات ملحقية: كلي	29	93.5
كيس تون جنين	7	22.6
كيس مع جنين حي	11	35.5
كيس مع جنين ميت	6	19.4
كيس مع حويصل مخي	2	6.5
كتلة غير نوعية (تسمى بوق)	3	9.7
انصباب لئو غلاس: كلي	23	74.2
سائل بسيط	8	25.8
سائل جزئي	15	48.4
تشوهات رحمية: كلي	12	38.7
سماكة بطانة الرحم	7	22.6
كيس كاذب	5	16.1

كان الحمل خارج الرحم أيسراً عند 15 مريضة وبمينياً لدى الـ 16 الأخريات. وقد اعتبر متمزقاً عند 14 مريضة (45.2%).

إن وجود انصباب بريتواني سائل ذو دلالة كان قد لوحظ عند 22 مريضة (71%)، هذا السائل كان صافياً لدى 7 مريضات أي (22.6%) وجزئياً لدى 15 مريضة أي (48.4%).

شوهدت آفات ملحقية لدى 28 مريضة (90.3%). وفي هذه المجموعة تم رصد صورة حلقية تتلاءم مع الكيس الحملية كانت قد حددت لدى 26 مريضة أي (83.9%)، تمت رؤية الجنين أو الحويصل المحي في 19 مريضة (61.3%) منها 11 جنيناً حياً (35.5%) و 6 أجنة ميتة و 2 أكياس محية.

القطر الوسطي للكيس الحملية كان 38.5 مم. لوحظت كتلة ملحقية غير نوعية تتلاءم بشكل محتمل مع تسمى البوق في حالتين (6.5%)، وقطرها الوسطي كان 69 مم.

ومن جهة أخرى 4 مريضات كان لديهن كيسة مبيضية. 12 مريضة (38.7%) كان لديهن تشوهات رحمية، ويتعلق الأمر بسماكة البطانة الرحمية لدى 7 مريضات (22.6%) وبكيس كاذب لدى 5 مريضات (16.1%).

مريضتان كان لديهما من جهة أخرى عضلوم رحمية خلالية. لدى 6 مريضات كانت مثنائهن فارغة، فإن الإيكو عبر البطن (من أجل إيجاد الحل) كان كافياً لوضع تشخيص تشريحي دقيق، وكان الإيكو عبر المهبل ثانوياً تبع إيكو البطن، واثبت التشخيص بسهولة.

المناقشة:

لدى الارتباب بالحمل خارج الرحم يجب إجراء معايرة أولية لـ β -HCG متبوعة بايكوغرافي حوضي من أجل تحديد موضع الكيس الحملية [2,3,4]، وهذا يتطلب أن تكون معايرة β -HCG موثوق بها، جاهزة دوماً، وبسرعة مقبول، والحال ليس كذلك في العديد من البلدان النامية.

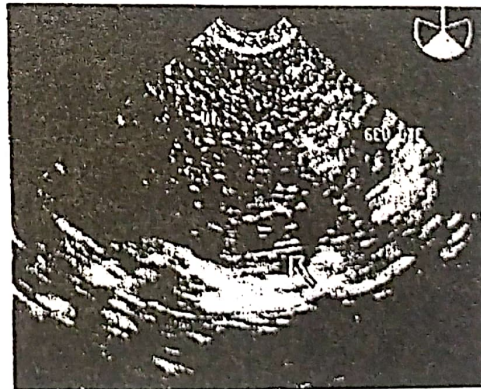
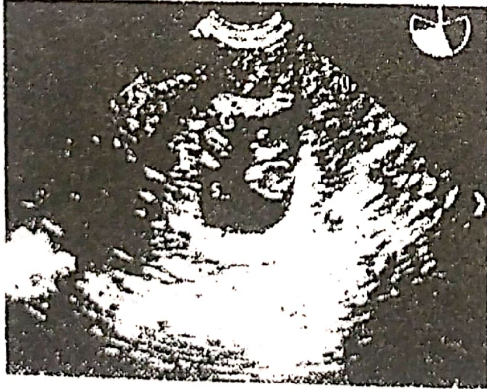
إن الكشف عن HCG يتم في البول دون تحديد الكمية، ونسب الأخطاء الإيجابية قد تبلغ 20%. ومن جهة أخرى بعد معرفة نتيجة البحث عن HCG فإن النتيجة قد لا تبلغ في كثير من الأحيان للشخص الذي يجري فحص الإيكو، والذي يطلب منه تبيان رأيه دون معرفة للحالة الهرمونية، هذا هو الحال لدى 82% من مريضاتنا. وقد بينت الدراسة التي أجريناها، في هذه المواضع أن الإيكو عبر المهبل كان مثيراً للاهتمام بسبب نتائجه الدقيقة، وعدم الضرورة لوجود مثنائ ممتلئة يسمح بالفحص السريع دون تأخير.

لقد كشفت دراساتنا وبشكل أكثر انتشاراً منه في المجموعات الأخرى صورة حلقية متلائمة مع كيس حملي (83.9%) مقابل (49 - 61%) في الدراسات الأوروبية والأمريكية أو مع جنين حي (35.5%) بدراستنا مقابل (15 - 21%) [3,7,8,12]. إن ذلك ناجم وبشكل أكيد عن المرحلة المتقدمة للحمل خارج الرحم عند عدد كبير من مريضاتنا.

العمر الحملية الوسطي، كان 9 أسابيع عند مريضاتنا، مقابل أقل من 7 أسابيع في الدراسات الأوروبية والأمريكية [13,14]. هذا يفسر أيضاً نسبة التمزقات المرتفعة لدى مريضاتنا والتي قاربت الـ 46%. في دراسات أخرى كان التمزق أكثر ندرة، وقد يتناقص حتى 5% [6,13,14]، والسبب يعود إلى تأخر التشخيص في محيطنا، فمن جهة إن نسبة قليلة من المريضات يستشرن الأطباء بشكل عفوي منذ الأسبوع الخامس أو السادس بعد انقطاع الطمث، ثم إن الكثير منهن قد شوهدن في البداية في مراكز رعاية الطفولة والأمومة، وهناك كان التأخير في طلب الإيكوغرافي بسبب عدم التفكير باحتمال الحمل خارج الرحم.

في 6 حالات (19.6%) لم تكن هنالك ضرورة للإيكو المهبلية، أو حتى للإيكو النموذجي عبر البطن (بمثنائ ممتلئة) من أجل وضع التشخيص.

تبين الصورتان (1) و(2) نموذجين من الحالات المدروسة.



صورة (1)

صورة (2) حمل خارج الرحم أيمن متمزق باستخدام الإيكو المهبلية لكن الجنين حي (الكيس الحملية 47 مم).

حمل خارج الرحم أيمن غير متمزق باستخدام الإيكو المهبلية إذ يلاحظ كيس حملي (17 مم) مع كيس محي

REFERENCES

المراجع

- [1] CARTWRIGHT PS. 1988- *Ectopic pregnancy*. In Novak's textbook of gynecology. 11th edition. Jones III HW, Wentz AC, Burnett L (eds). Williams and Wilkins, Baltimore; 479-506.
- [2] FLEISCHER AC, CARTWRIGHT PS, PENNELL RG, et., al., 1991 - *Sonography of ectopic pregnancy with transabdominal and transvaginal scanning*. In the principles and practice of ultrasonography in obstetrics and gynecology. 4th ed. Norwalk, 57-76.
- [3] ROTTEM S, TIMOR- TRISCH IE. 1991 - Think ectopic. In *Transvaginal sonography*. Timor- Trisch IE, Rottem S (es). Elsevier. New York;376-392.
- [4] DODSON MG., 1991 - *Transvaginal Ultrasound*. Churchill Livingstone. New York; 203-14.
- [5] PANSKY M, GOLAN A, BUKOVSKY L, et., al., 1991 - *Non surgical treatment of ectopic pregnancy, necessity in view of the changing clinical appearance*. Am J Obstet Gynecol; 164:888-95.
- [6] ARTI M, BRET PM, TULANDI T, 1992 - *Senterman. Ectopic pregnancy: evolution of treatment with methotrexate at transvaginal US*. Radiology 185:749-53.
- [7] DASHEFSKY SM, LYONS EA, LEVI CS, et., al., *Suspected ectopic pregnancy, endovaginal and transvesical US.*, Radiology, 169:181-4.
- [8] FLEISCHER AC, PENNELL RG, MCKEE MS, et., al, 1990 - *Ectopic pregnancy, features at transvaginal sonography*. Radiology, 171:375-8.
- [9] TAYLOR JW, RAMOS IM, FEYOCK AL et., al., 1989 - *Ectopic pregnancy, duplex doppler evaluation*. Radiology
- [10] NKO'O AMVENE S, SHU D, KAYEMBE TANGA L, et., al., 1992 - *Valeur diagnostique de l'échographie endovaginale dans l'exploration des masses pelviennes*. JEMU, 13:310-4.
- [11] NKO'O AMVENE S, SHASHA W, KAYEMBE TANGA L, et., al., 1993 - *L'échographie endovaginale dans le diagnostic des saignements utérins anormaux de la femme en activité génitale*. Comparaison avec l'échographie transvésicale. Rev fr Gynecol- obstet, 88:219-20
- [12] NYBERG DA, HUGHES MP, MACK LA, WANGKY, 1991 - *Extrauterine findings of ectopic pregnancy et transvaginal US.*, importance of echogenic fluid. Radiology, 178:823-6.
- [13] CACCIATORE B., 1990 - *Can the status of tubal pregnancy be predicted with transvaginal sonography? A prospective comparison of sonographic, surgical and serum HCG findings*. Radiology, 177:481-4.
- [14] ARTI M, BRET PM, TULANDI T., 1993 - *Spontaneous resolution of ectopic pregnancy. Initial appearance and evolution of transvaginal US.*, Radiology, 186:83-6.