مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية
المجلد ٦ - العدد ١ من ٣١ إلى ٤٨

جمادى الأولى ١٤٠٣هـ
آذار ١٩٨٣م

دراسات في العقم عند المرأة

٢

الأسباب البوقية واليريتوانية

الدكتور
محمد خير ابوتراب
كلية الطب

إن ٤٠٪ من حالات العقم المستعصي (التي تدوم أكثر من سنتين) مرتبطة بوجود عوامل أنبوبية و/ أو بريتوانية .

وهي المجموعة من الأسباب التي تضم أكثر الحالات غير القابلة للشفاء ، ولكنها أيضاً هي التي حصل فيها تقدم علاجي في السنوات الأخيرة .

ذكرت العوامل البريتوانية والأنبوبية في فصل واحد لأنها من الناحية العملية تكون مجتمعة في ثلثي الحالات تقريباً ؛ وهذا الاشتراك المعتاد يسيطر على التحريات والمعالجة .

تذكرة تشريحية فيزيولوجية :

إن بوقي فاللوب أو البوقان الرحميان هما مجريان عضليان مخاطيان يبدآن من الزاويتين الجانبتين لجوف الرحم ، وينتهيان قرب القطب الخارجي للمبيض الموافق بشكل قمع منفتح في جوف الصفاق ، ويدعى الصيوان البوقي .

نميز في كل بوق : من الأنسي إلى الوحشي :

- قسماً خلالياً : طوله ١٥ ملم تقريباً ، يعبر عضلات قرن الرحم
- قسماً برزخياً : طوله ٦ سم تقريباً ، ضيق وقاس .
- قسماً مجلياً : طوله ٦-٨ سم ، عريض وطري
- قسماً قمعياً : أو الصيوان ، تشبه ريشة وعددها ، ١٢ تقريباً ، زهرة القرنفل تجمع إحداها الصيوان بالقطب المبيضي العلوي ، وتدعى بالريشة المبيضية (ريشة - ريشارد) يغطي المخاط الأنبوبي الغني جداً بالأهداب ، في هذا المستوى ، الوجه الباطن وقسماً من الوجه الظاهر لريش الصيوان .

تتحرك الأهداب باتجاه الفوهة البوقية الوحشية المتوضعة في عمق القمع .

وظائف البوق متعددة :

١- تسهل صعود وتفعيل النطف :

لانعرف جيداً مم يتألف التفعيل (عدا عن أنه يخص الجسيم الطرفي) ولكننا نعلم أن لدى معظم الثدييات من الضروري بقاء النطف حوالي ست ساعات في البوق من أجل أن تستطيع تلقيح البيضة .

٢- التقاف الكتلة البيضية عند خروجها من الجراب المتمزق :

من أجل ذلك ، يكون الصيوان متورماً ، عند الاباضة ، وتحدث العضلات الملساء لمساريقى البوق والمبيض تقارباً للصيوان مقابل المبيض ، الذي يكنس سطحاً كبيراً منه :

- فبمجرد حدوث تماس بين أحد نقاط الكتلة البيضية (المؤلفة من البيضة ، المحاطة

بخلايا من الركام النتوج ، ومؤلفة من كتلة لزجة) مع أحد ريش الصيوان ، فإن أهداب الخلايا المخاطية تقودها بعناد نحو الفوهة البوقية ، التي تبتلعها خلال بضعة دقائق .

ومن المألوف ان نشير للدور الممكن ، في التقاف الكتلة البيضية ، لتيار سائل جاذب يقود نحو البوق كل جزيء موجود في المنطقة الحوضية .

وقد بُرهن على وجوده باختبار Conill- Serra ، حيث نحقن ، حوالي اليوم العاشر ، في الناحية الخثلية ، مستحلباً من زيت الزيتون المعقم (٢ مل في ١٠ مل من المحلول الفيزيولوجي) . فإذا كان البوق بحالة وظيفية طبيعية ، فإننا نجد قطيرات الزيت ، بعد ٢-٣ أيام ، بالفحص المجهري للمخاط العنقي ، ولسوء الحظ فإن نتائج هذا الاختبار غير ثابتة بشكل كاف لتكون قطعية .

إن وجود هذا التيار يفسر الامكانية (النادرة) لحدوث الحمول «المتصالبة» .

٣- كونه المكان المعتاد للإلقاح :

يتم الالقاح عادة في الثلث الوحشي للبوق .

ونجد بشكل عام ، ٣٠-٥٠ نطفة حول الكتلة البيضية . وبمجرد دخول أحدها فإن الغشاء البيضي يتبدل ويصبح غير نافذ بالنسبة لبقية النطف .

إن شروطاً شديدة الدقة من الـ PH والتركيب الكيماوي للوسط البوقي هي ضرورية ليتم الإلقاح .

٤- نقل البيضة الملقحة حتى الرحم خلال زمن محدد بدقة وتغذيتها خلال هذه الفترة :

تتحول البيضة تدريجياً بواسطة التقسم النشيط إلى توتة ثم إلى كيسة مصورة. تفقد البيضة ما يحيط بها من خلايا جرابية ولكنها تبقى ضمن الغشاء المحي ، وهو مثقّب ، ونعلم أن العديد من المواد المعلّمة ، المحقونة للحيوان خلال الهجرة البوقية ، نعثر عليها في البيضة اثناء التقطع . وإذا قطعنا المبيضين لدى الحيوان في هذه المرحلة فإن ذلك يؤدي إلى تنكس البيضة ضمن البوق . إذا وصلت البيضة إلى الرحم قبل اليوم الثالث ، فإنها لا تجد بطانة رحمية قابلة لأن تغذّيها ولهذا فهي تتنكس .

وإذا وصلت بعد اليوم السادس ، فإن بطانة الرحم لا تعود بحالة ملائمة للتعشيش . وقد بُرهن حالياً أن لدى معظم الثدييات ، تحجز البيضة الملقحة في البوق ، فوق الوصل البوقي البرزخي ، خلال يومين ونصف تقريباً ، ربما بتقلّص مقوٍّ دائم لعضلات البرزخ البوقي ، المرتبط بالتوازن الهرموني الجرابي اللوتئيني الموجود في مرحلة تشكل الجسم الأصفر .

تقطع البيضة بعد ذلك بسرعة الجزء البرزخي وتصل للرحم ، حيث تبقى حرة لمدة يومين أو ثلاثة في المفرزات الرحمية التي تغذيها حتى لحظة التعشيش .

الآليات البوقية والبريتوانية لحدوث العقم :

١ـ الانسداد البوقي العضوي :

ليس له علاج سوى الجراحة ، إذا كان التشخيص مؤكداً .

٢ـ الانسداد البوقي التشنجي :

إن انسدادات كاذبة ذات أصل تشنجي تشاهد غالباً عند استخدام النفخ أو عند تصوير الرحم والبوقين . وقد تؤدي لإجراء عمليات جراحية غير مفيدة . ومع ذلك فإننا نجهل اذا كان هؤلاء النسوة عقيمات بسبب ظواهر تشنجية بوقية .

٣ـ التضيق البوقي العضوي :

يكون هناك تضيق عندما نجد في نقطة ما من المسير البوقي قطراً داخلياً أقل من القطر التقريبي للكتلة البيضية ٢٥٠ ميكرون . في هذه الحالة يمكن للبيضة الملقحة ان تمتص او ان تعشش في مكانها ، محدثة حملاً خارج الرحم ، وهو الخطر الأعظم للتضيقات البوقية .

وإضافة إلى هذه التضيقات ، يجب أن نذكر التحجبات الناتجة عن التصاقات الثنيات البوقية ، وتشكل رتوج كاذبة ، والتي يمكن أن تفسر ايضاً بعض حالات الحمل البوقي (هناك أيضاً حالات من الرتوج الولادية) .

٤ـ ضيق الصيوان : Phimosis

اذا التصقت ريش الصيوان ببعضها ، فإن شكله القمعي يزول ، وإنه حتى ولو بقيت فتحة نهائية أكبر من ٢٥٠ ميكرون فإن فرص التقاط البيضة تكون متدنية جداً .

٥ـ الالتصاقات حول البوق :

عند ما يوجد التهاب في البوق ، فمن المصادف كثيراً ان يتجاوز الالتهاب الصيوان ، ويخلق حوله ارتكاسات ليفينية ، يمكنها أن تتعضى بشكل التصاقات حول البوقية ، مشكلة محفظة حول الصيوان بصورة جزئية أو تامة ، يمكن أن تؤدي لتزوي البوق ، أو أنها تثبت الصيوان في منطقة حيث يصبح من الصعب عليه التقاط البيضة .

٦ـ الالتصاقات حول المبيض :

نتيجة لالتهاب بريتوان حوضي أو التهاب بريتوان زائدي أو نتيجة تمزق متكرر لأكياس الاندومتريوز المبيضية .

وهنا تبقى البيضة أسيرة المحافظ أو القواقع الالتصاقية .

الآفات البوقية :

لها عدة أنواع :

١ـ انسداد تام ، تضيق رخو أو مشدود ، أو تضيق الصيوان إن هذه العوائق غالباً ما تحدث في الفوهة الخارجية بنسبة ٦٠٪ تقريباً ، ثم في النهاية القريبة (الثقبة الرحمية والقسم الخلالي ٢٠٪) ، ولكن هناك غالباً انسدادات مشتركة في النهايتين . وفي السل خاصة تحدث تضيقات أو انسدادات على طول البوق .

٢ـ إن حالة جدار البوق مهمة من أجل الانذار ، لأنه مسؤول عن نقل البيضة وتغذيتها .

ـ نشخص استقاء البوق عندما يكون المجل البوقي متسعاً بالمصالة . وهناك درجات مختلفة لهذا الاستقاء الذي يتراوح بين بين حجم السبابة إلى حجم حبة الكوسا : يكون الجدار مترققاً جداً عندئذ ، وهناك حظ ضعيف في أن يستعيد وظيفته الطبيعية .

ـ نشخص وجود تثخن البوق عند ما يكون جدار البوق سميكا جدا ، ويحدث ذلك في مستوى المجل غالباً .

وإذا كان التمسك والتصلب شديداً فالانذار عندئذ سيء ، وينتج ذلك عن السل في الأغلب .

ومن الناحية العملية ، اذا شاهدنا بالصورة الشعاعية وجود ثنيات طولانية طبيعية في مجل البوق فإنها تعتبر أفضل دليل نمتلكه للأمل بامكانية الشفاء .

الالتصاقات : Les adhérences

يمكن أن نميز فيها عدة أنواع :

ـ التصاقات ثربية :

يمكن للثرب أن يلتصق بسطح عريض أو بواسطة لجم على الأعضاء الملتهبة . هذه الالتصاقات قد تكون رخوة أو كثيفة ، أو تحتفظ بصفة التهابية .

٢ـ التصاقات صفيحية : Adhérences lamelleuses

تتكون من صفيحات أو محافظ ملتصقة جزئياً على الأعضاء ، مثبتة إياها أو مكونة محفظة حولها ، أو محدثة لجماً يمكن أن تزوّي البوقين .

٣ـ التصاقات سطحية :

قد تلتصق الاعضاء فيما بينها أو على جدار الحوض مباشرة ، والالتصاق يكون رخواً أو كثيفاً .

الأشكال الإمراضية الرئيسية للانسدادات البوقية :

١ـ إنسدادات بوقية بالمكورات البنية :

كان الالتهاب البني ، قبل عام ١٩٤٠ ، أكثر مسببات انسداد البوقين ؛ وخلال خمسة وعشرين عاماً تراجع بشكل كبير ، ولكنه يميل للظهور ثانية لدى حديثي السن ونجد أحياناً التهاباً خفياً ، مع ملحقات مؤلمة وزرع إيجابي .

الآفات الندبية بعد الالتهابات البنية غالباً ما تكون ثنائية الجانب ويغلب حدوثها في المخاطية ؛ ويوجد غالباً استسقاء البوق وعقد إلتهابية للوصل البرزخي والخلالي ، وتكون الالتصاقات خفية او غائبة .

تشاهد أيضا التهابات بالجراثيم العادية ، خاصة لدى المتزوجات حديثاً .

ومن الصعب غالباً تمييزها عن الالتهابات البنية ، عندما يكون الزوج مصاباً بالمكورات البنية .

٢ـ الانسدادات بعد الولادة و بعد الإجهاضات :

تمثل حالياً المجموعة الأكثر عدداً ، وتكوّن $\frac{٢}{٣}$ من حالات العقم الثانوي المستعصي وغالباً ما تكون المكورات العقديةStreptocoque هي السبب في الانتانات الحوضية ما بعد الولادة وما بعد الإجهاض ، محدثة فلغمونات =التهابات منتشرة حوضية ، التهابات حوضية بريتوانية ، التهابات الأوردة الحوضية ، والتهابات بوقيةSalpingites أيضاً .

ومن المألوف التأكيد على أن الآفات البوقية تكون غالباً وحيدة الجانب ، بينما تكون الالتصاقات ثنائية الجانب غالباً ، وتصيب بصورة أقل عمقاً المخاطية التي تحافظ عادة على ثنياتها .

وهناك مجموعة اخرى مكونة من التصاقات الوصل الرحمي البوقي التالية لتجريف مندفع كثيراً ، أو عن حقن كاوية داخل الرحم بفرض تحريض حدوث الإجهاض .

٣ـ السل التناسلي الخفي :

ما زال السل التناسلي يمثل في فرنسا وأكثر من ذلك في أفريقيا الشمالية العامل الثاني في نسبة الحدوث ، والأول في الخطورة .

فقد يحدث أن تأتي إمرأة للاستشارة من أجل العقم وأن تبدي آفات سل الملحقات بحالة تطور . وهذه الآفات لن نتوقف عندها هنا .

أما الحالة الأكثر حدوثاً فهي الحالة التي يكون فيها السل كامناً بصورة مطلقة ، سواء أعطي في الماضي علامات خفية مُهمَلَة (لم يعرف قدْرها) ، أو أنه لم يتظاهر سابقاً بأي عرض .

نحذر طبعاً عندما توجد سوابق واضحة لحدوث انصباب جنب أوحين في سن المراهقة ، ولكنه في أكثر من نصف الحالات لا توجد أية سابقة سلية دقيقة ؛ وأحياناً يكون التفاعل السلي الجلدي سلبياً . بصورة مؤكدة ، وعندئذ يشار بطلب ارتكاس داخل الادمة للتدقيق .

وبشكل عام ، فإن الملاحظة الأولى المقلقة هي انسداد أو تضيق يكشف بنفخ البوق ، وقد تكون أحياناً خزعة من باطن الرحم . وفي أحيان اخرى تكون الصور الشعاعية هي التي توجهنا في طريق التشخيص .

وما يجعلنا نفكر بالأصل السلي الممكن لانسداد بوقي ، هو اولاً الغياب المؤكد لأية سابقة التهابية حوضية ، تناسلية أو إجهاضية ، أو أية قصة لضائعات . إن قلة دم الطمث هي علامة كثيرة المصادفة ، ولكنها غير واسمة .

بالفحص السريري ، العنق سليم ، الرحم ناقص التصنع قليلاً ، وقد يبدو منحرفاً ومثبتاً قليلاً في أحد الجانبين ؛ وأحياناً يبدو أحد الملحقات قليل الحركة ؛ وكل هذه العلامات قليلة الدلالة .

تكشف خزعة باطن الرحم الروتينية (النمطية ـ التقليدية) سلاً خفياً في ٤ إلى ٦ من حالات العقم المستعصي ؛ ولسوء الحظ ، فإن الآفات السلية لبطانة الرحم هي خفية ومبعثرة ، ولا تظهر غالباً بقنية نوفاكNOVAK . ولهذا يفضل تأجيل خزعة بطانة الرحم إلى يوم إجراء تنظير جوف البطن(Coelioscopie)، في اليوم الخامس والعشرين من الدورة ، فما يسمح بالحصول على نتيجة هرمونية فضلى وحظاً أعظم لكشف سل خفي ، فقد بيّن الباحثون(Delarue) كيف تبني الجريبات السلّية نفسها خلال الدورة ، وأنها لا تظهر إلا في ربعها الأخير . فنجري في هذه اللحظة تجريفاً خفيفياً يسمح بدراسة كاملة .

يسمح تصوير الرحم والبوق غالباً بالاشتباه بالأصل السلي للآفات الانسدادية للبوقين .

إن صورة عديمة الانتظام كثيراً ذات حدود ممزقة ، مع كهيفات ، هي واسمة للمرض تقريباً .

كما أن المشاهد التالية كثيراً ما توحي بالمرض :

أ ـ التوسع الكيسي ، مع صورة غير منتظمة بشكل لبّ الخبز .

ب ـ مجلّ ضيّق مع تضيقات طابقية .

حـ ـ برزخ البوق متوسع وقاس ، ينتهي بكرة صغيرة .

د ـ مجل البوق ذو ثنيات كبيرة متضخمة .

يزداد الاشتباه بالسل إذا أضيف إلى ما سبق علامات رحمية : (synéchies ، مسالك وعائية ، مخاطية وبرية) أو صور مدوَّرة أو بيضوية لتكلسات ، وخاصة إذا كانت توافق أجزاء غير محقونة من البوقين (تجبن بوقيCaséo- salpinx متكلس ثانوياً) أو عقداً حرقفية .

وغالباً ، بعد تصوير الرحم والبوقين ، نكون متأكدين تقريباً من الأصل السلي للانسداد ، ولكننا نجهل غالباً فيما إذا كان الأمر يتعلق بآفات ندبية لسل قديم قد شفي ، أو آفات ما زالت نشيطة قابلة للتطور . وهذا تمييز أساسي من وجهة نظر القرارات العلاجية . ولهذا الغرض بصورة رئيسية نجري غالباً تنظير جوف البطن ، بالرغم من اعتقادنا من أن فرص اعادة البوق إلى وضعه الطبيعي هي معدومة .

ماذا يفيدنا تنظير البطن : Coelioscopie

أولا وكما أشرنا سابقاً ، إلى امكانية تجريف كامل لبطانة الرحم . ويفيدنا في رؤية البوقين والبريتوان الحوضي . يوجد أحياناً مشتلة من جيبات سلّية دالّة على أن السل في دور التطور . وفي بعض الأحيان ، نجد حبيبات جبنية ، بحجم حبة الدخن (الذرة البيضاء) ، أو أكبر ، تطرح مشكلة طبيعتهاكعقابيلrésiduelles ، يمكن أخذها كخزعة . يكون البوقان أحياناً بشكل خيطي ، filiforme ، ولهما مظهر تصلبي : فقد تكون عقابيل مطفأة لسل قديم .

وأحياناً يكون للبوقين مظهر غض (عصاري) Succuleut ، وذمي التهابي يوحي بسيرورة ثابتة . مما يغري بإجراء الخزعة عليه ، وقد أجريت من قبل الباحثين كثيراً ، ولكنها صعبة أو قد تكون خطيرة ، لأن خطر النزف مهم الى حد كاف . ولهذا لا ينصح بإجرائها ويوصي بالوخز الاستنشاقي ، يتبع بفحص خلوي للعناصر المستنشقة ، وإذا أمكن بتطعيمها (إلقاحها) للقبعة .

ويلاحظ ان الصيوان غالباً ما يبدو سليماً بشكل جزئي مما يُتَوَهَّم معه بوجود ترميم محتمل .

٤ـ الاندومتريوز : والاندوسالبنجيوز :

يعتبر الاندومتريوز سبباً كثير الحدوث للعقم .

يوجد أولاً استعمارات لبطانة الرحم في الجزء الخلالي من البوق . وهي كثيرة الحدوث بعد سن الخامسة والثلاثين ، تبدو أولاً بشكل صور شبه بوليبية (شبه مرجلات) في الجزء الخلالي ثم يحدث تضيق تدريجي .

وبعد ذلك يوجد الاندومتريوز العقيدي للوصل البرزخي الخلالي ، والتي تمثل احدى الأشكال التشريحية المرضية لعقيدات القرن ، وهذه يمكن أن تظهر أيضاً بشكل رتوج diverticulose ، أوendosalpingiose أو التهاب النفير العقيدي . يمكن لهذه العقيدات أن تكون نفوذة أو غير نفوذة للمادة الظليلة والتي يمكن أن ترسم صوراً نموذجية بشكل كرة الدبق .

وهذه الاصابات ليست سبباً مطلقاً في العقم ، ولكنها تساعد على حدوث حمل خارج الرحم .

واذا بقي العقم دون اكتشاف سبب آخر ، فيمكن التفكير بالعمل الجراحي .

ويعتبر الاندومتريوز المبيضي سبباً في ٤٪ تقريباً من حالات العقم ويتظاهر بشكل أكياس دموية متعددة ، وأحياناً يقتصر على بضع حبيبات عنبية على المبيضين ، ولا نعرف بعد بشكل جيد لماذا تحدث هذه الحالات العقم ، لانه توجد عادة إباضة وأجسام صفراء طبيعية .

وبالعكس ، فعندما تعاني الأكياس الدموية (ذات المحتوى الشوكولاتي ، أو القطراني) ، من تمزقات متكررة ، وهذا مألوف عندما تبلغ حجماً معيناً ، تؤدي هذه الارتشاحات الى ارتكاسات التصاقية مهمة ، وغالباً ما تكون كيسات القطران ملتصقة بآن واحد على الرباط العريض وعلى الرحم ، ويُشمَل البوق أيضاً في الالتصاقات ، حتى ولو أن الصيوان بقي نفوذاً شعاعياً (في الصورة الشعاعية) .

وهنا أيضاً ، فإن تنظير البطن هو الذي يؤكد التشخيص . وغالباً ما يفيد في هذه الحالة عمل بزل مفرغ تام للكيسات (بإبرة كبيرة) وهذا ما يسهل الإباضة التالية ، سواء كنا نفكر بالمعالجة قبل الحملية أو بالجراحة .

٥ـ الانسداد بعد التهاب البريتوان خارج التناسلي :

الأكثر حدوثاً هو التالي لالتهاب البريتوان الزائدي ، وخاصة إذا عولج متأخراً واذا اضطررنا لوضع تصريف لجوف الحوضDrainage .

والخطر أكبر إذا حدث خراج حوضي ، وانفتح عفوياً في المستقيم أو جراحياً في المهبل .

وحسب الحالة ، تكون الأذيات من نوع التصاقي فقط ، وسنجد صيواناً طبيعياً تحت الالتصاقات ، أو بالعكس ، يكون البوق والمبيض مشاركان في الالتهاب ، مع انسداد الصيوان وقوقعة (قشرة) كثيفة حول المبيضية .

فهناك إذن حالات ملائمة وحالات غير ملائمة ، يمكن لتنظير البطن أن يحددها .

٦ ـ الالتصاقات بعد العمليات الجراحية :

وأخيراً ، يجب أن نعلم جيداً أن كل تداخل على البطن والحوض (حتى ولوكانت عملية بسيطة كتثبيت رباطLigamento pexie أو قطع ورم عضلي ، حمل خارج رحم متمزق ، وأحياناً استئصال الزائدة البسيطة دون حدوث التهاب بريتوان) يمكن أن تكون سبباً في التصاقات حول بوقية ـ مبيضية .

٧ ـ الانسدادت التشنجية :

تشير أعمال غرانتGrant (في استراليا) إلى عدم وجود أية آفة تضيقية في ٥٠٪ من حالات الزرع البوقي ـ الرحمي لانسداد الفوهة البوقية . وقد وجد بعض الباحثين رغم الاستكشافات المتكررة مع مضادات التشنج نسبة ٥٪منها وهو أيضاً كثير .

تتوضع الانسدادات التشنجية دوماً عند الفوهة الرحمية مباشرة ، مما يحرض تكرار الاستكشاف في فترة مختارة جيداً (قبل اليوم العاشر من الدورة) ومع تحضير بالمهدئات ومضادات التشنج .

وقد وصفنا سابقاً الانسداد الدوري في مرحلة ما بعد الإباضة . ولدى بعض النساء ، وجدنا في كل شهر نفوذية طبيعية في اليوم الثامن ، ولكننا وجدنا انسداداً في النفخات المجراة بين اليومين الـ ١٢ و١٨ .

وقد قارنّا ذلك مع أبحاثRubin على إناث الخنزير ، فقد لاحظ أن النفخ الصاعد لا يمر في هذه الفترة ، بينما يمر النفخ النازل .

ولهذا فمن المقبول وجود فرط تقوي برزخي طبيعي (فيزيولوجي) تال للإباضة ، يؤمن احتجاز البيضة الملقحة في مجل البوق خلال ٢ـ٣ أيام .

ونعتقد أن الانسداد الدوري ليس إلا مبالغة لهذا الأمر الطبيعي (الفيزيولوجي) .

وفي جميع الأحوال ، يمر النفخ بعد ذلك بسهولة بضغط منخفض ، حوالي اليوم ٢٠ .

وعدا عن الخطأ الجسيم الذي يمكن أن تسببه الانسدادات التشنجية ، تبقى المشكلة مطروحة لمعرفة اذا كان هؤلاء النسوة يتأخرون في الحمل بسبب هذا الميل التشنجي ، وإذا كان من اللازم معالجة .

ويشير بعض المؤلفين بوصف المهدئات المضادة للتشنج الخفيفة لمدة ٢ـ٣ أشهر من اليوم ١٢ حتى اليوم ٢٠ من الدورة وتحدث الحمول خلال أو بعد المعالجة .

ومن الصعب أيضاً نفي تأثير علاجي معين للنفخ وللتصوير الرحمي البوقي ، فإحصائياً تحدث حمول أكثر في الشهر الأول مما في الشهر الثاني وخاصة اكثر من الشهر الثالث ، ولكننا نجهل تماماً ان كان السبب في ذلك هو توسع العنق التالي لهذا العمل ، او ان التأثير على

البوقين ، أو أنه أيضاً تأثير ما على الفعل الانعكاسي على الجملة تحت السرير النخامية ، دون حذف الدور المطمئن بأن المرور لم يوضح أي تشوه خطير .

ماذا يمكن أن نجني من النفخ :

يسمح النفخ بتحديد :

أ ـ نفوذية طبيعية ، على الأقل لبوق واحد عند وجود منحني مهتز بصورة طبيعية تحت ضغط طبيعي (٥٠ إلى ٨٠ ملم زئبق) وألم لوحي واضح تال . ولكن ذلك لا ينفي امكانية ضيق الصيوان ، أو التصاقات حول المبيض أو حول البوق ، بصورة كافية لمنع التقاف البيضة .

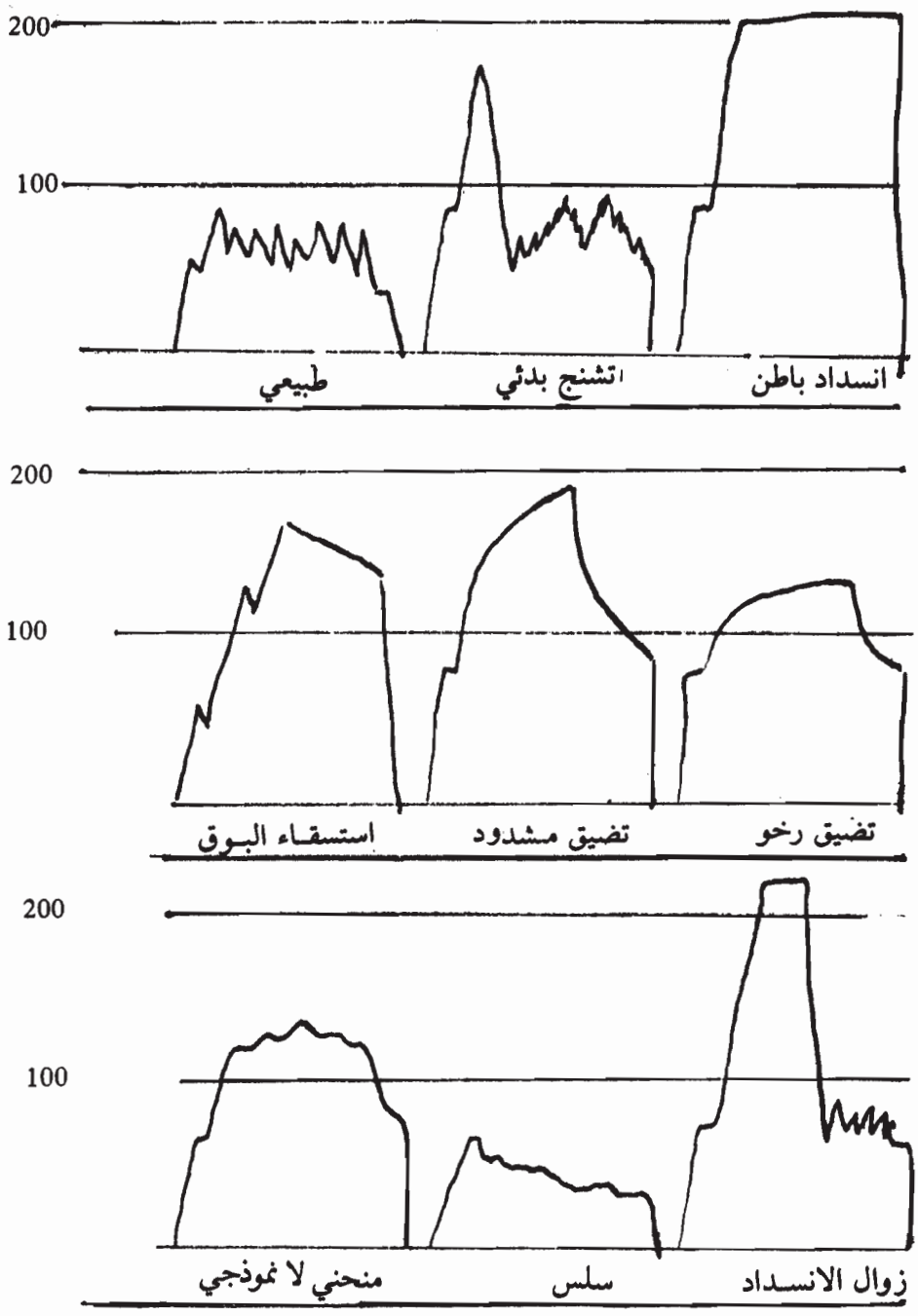
ب ـ وجود منحني انسداد مع ضغط مستمر لدرجة ٢٠٠ ملم خلال ٣ دقائق مع ألم متوسط يدل على انسداد ثنائي الجانب وقريب ، ولكنه تشنجي في ثلث الحالات على الأقل . ولذلك يجب تأكيد الصفة العضوية ، بتكرار النفخ بعد إعطاء مضادات التشنج ، والتحقق منه بواسطة تصوير الرحم والتنبيت المائي بواسطة منظار البطن قبل ان نفكر بعملية زرع البوق .

جـ ـ منحني انسداد ، مع ضغط مستمر إلى ١٥٠ أو ٢٠٠ وآلام قوية جانبية ، تعني وجود انسداد عضوي ، بعيد في جهة الآلام .

د ـ منحني التضيق : الذي يعني عادة آفات بوقية عضوية هامة ، وهي سبب ممكن للحمل خارج الرحم .

هـ ـ وجود منحني مرور غير نموذجي بمستو مرتفع وذو اهتزازات ليّنة وغير منتظمة ، يمكن أن يدل على آفات بوقية او التصاقات .

ان فائدة النفخ هي امكانية تكراره من أجل التحقق من التقدم بعد المعالجة . ويوصى بإجرائه قبل اليوم العاشر من الدورة ، حتى نتجنب الانسدادات الكاذبة الناتجة عن التشنج .



النماذج الرئيسية لمنحنيات النفخ

ماذا يفيدنا تنظير جوف البطن : Coelioscopie

فقط تنظير البطن يمكننا من كشف ما يلي :

١ـ الحالة الحقيقية للصيوان النفيري (طبيعي ، أو أنه ملتحم نوعاً ما ، أو أنه محاط نوعاً ما بمحفظة) .

٢ـ الحالة الحقيقية للمبيض (حجمه ، الالتصاقات ، وجود أجربة ، وجود أجسام صفراء ، ندبات ، . . .)

٣ـ وجود او عدم وجود التصاقات ، وامتداد هذه الالتصاقات ، وطبيعتها (صفيحية ، كثيفة ، التهابية ، ثربية) .

٤ـ وجود الاندومتريوز وامتداده .

٥ـ حالة جدار البوق (مسترق في استسقاء البوق ، متخن في التهابات البوق المزمنة ، ويقدر ذلك بشفافية اللون الازرق الموجود داخله) .

٦ـ الوجود المحتمل للسل وامتداده ومرحلة تطوره (ومقابلة ذلك مع الصور الشعاعية للبوقين) .

يتطلب تنظير البطن ليكون مفيداً ودون خطر :

١ـ مختصاً بتنظير البطن كفءً (في التنظير وفي النسائية) .

٢ـ جهازاً حديثاً بضوء بارد .

٣ـ طاولة تسمح بوضع تراندلنبرغ معتدل ٢٠° .

٤ـ جهاز آلي يحدث نفخا في البريتوان بحوالي ٢٠ ملي بار والمحافظة على هذا الضغط .

٥ـ مخدر متمرس بمشاكل التنظير البطني .

٦ـ البقاء في المستشفى لمدة ٢٤ـ٤٨ ساعة .

هناك أدوات إضافية مساعدة لا غنى عنها غالباً :

١ـ لامس مدرّج ،

٢ـ ابرة كبيرة ، لبزل الكيسات .

٣ـ ملقط خزعة ، لأخذ الحبيبات المشبوهة او لقطع الشرط الالتصاقية .

٤ـ ملقط ثاقب لأخذ الخزع الجزرية الشكل للمبيض .

تذكر دوماً الأخطار الممكنة للجراحة الكهربية ، وموازنتها مع الفوائد المحتملة للعمل المقترح .

ماذا يفيدنا حقن البوق بالسائل : hydro tubation

يحقن السائل في الرحم لتحري نفوذ البوقين . [ويمكن أن يكون تشخيصياً أو علاجياً] .

يجب أن يكون الحقن مراقباً في الكمية وفي الضغط .

تسجيل حقن البوق بالسائل : une hydrotubation Kymographique

يمكن تحقيق ذلك بسهولة بأن نضع بين جهاز النفخ البوقي (Bonnet أو Pangynor) جهازاً بلاستيكياً لمدام هنري سوشة Madame Henry Suche ، وهو عبارة عن أسطوانة صغيرة نملؤها بـ ١٠-٢٠ مل من السائل الذي نريده . وبعد تنظيف القنوات والقنية ، ندخل الجهاز الذي يحتجز عند عنق الرحم . وعندئذ يكفي وضع مقياس الصَّبّ عند اشارة ١٠ سم٣/ دقيقة . فنلاحظ عندئذ ، حسب درجة النفوذية ، أن الضغط يرسم خطاً مائلاً صاعداً حتى ١٨٠ (حيث ينصح بالتوقف) في حالة الانسداد ، بينما إذا كانت النفوذية موجودة فبعد صعود بدئي حوالي الـ ١٠٠ ، فإن الضغط يثبت عادة حول ٧٥ ، يتلو ذلك منحن مهتز مرتبط بمرور الغاز .

وبين هاتين النهايتين ، كل الارقام الوسط ممكنة : يمكن للألم أن يفرض علينا التوقف أو أن ننقص الصبيب وبالحالة الطبيعية يجب أن تمر الـ ١٠ سم٣ في أقل من دقيقتين ، إلا في حالة التشنج البدئي المتطاول نوعاً ما .

يفضل عدم إجراء سلسلة من حقن البوق بالسائل كعلاج إلا بعد إجراء حقن البوق بالسائل مع تنظير البطن ، الذي يرينا ماذا يحدث فعلاً عندما نجري حقن البوق بالسائل (انفكاك الريش أو بالعكس تمزق خلالي لجدار البوق) .

معالجات الأسباب البوقية البريتوانية :

يمكن التفكير بمعالجة دوائية في الحالات التالية :

١ـ التهاب ملحقات ثابت : Annexite Persistante

في بعض الحالات ، يعتبر بقاء الآلام بالجس او بتحريك الملحقات دليلاً على بقاء الالتهاب المزمن للنفيرين . وإن سرعة تثفل زائدة هي دليلاً ايجابياً . وعند الاقتضاء فان تنظير البطن سيؤكد التشخيص ، ويسمح أحياناً بإجراء بزل وزرع .

أما في حالة عدم وجود معطيات دقيقة ، فإننا نجري معالجة اختبارية بالمضادات الحيوية الواسعة الطيف أو بمشاركة مجرَّبة (ستربتوميسين-Bi بنسلين مثلاً) لمدة ١٠ . ١٥ يوم .

إن إشراك الكورتيكوئيد يمكن أن يسرع اختفاء التعجّن (التورم) والآلام . لا يجرى تصوير الرحم والبوق قبل ٤ـ٥ أشهر ، بعد عودة متأكد منها لسرعة التثفل الى الحالة الطبيعية . ويجب قطعياً عدم اجراء حقن البوق بالسائل قبل إجراء تنظير البطن مسبقاً .

٢ـ سل ثابت : Tuberculose Persistante

اذا كان لدينا علم بسل ما زال نشيطاً ، وليس لنا علم عن المقاومات المحتملة لعصية كوخ ، المسبِّبة ، فإننا نعطي بوجه عام بصورة مشتركة الايزونيازيد (١٠ ملغ/ لكل كغ) لمدة ١٥ شهراً ، والستربتوميسين (١ غ كل يومين ، في الشهرين الأولين ، وكل ثلاثة أيام في الشهرين التاليين) .

وقد امكن لبعض المؤلفين الحصول دوماً على اختفاء تام للآفات النفيرية في الحالات التي أجريت الجراحة عليها بعد تلك المعالجة . وقد أمكنهم الحصول أحياناً على حمل ولكنه خارج الرحم في كل الحالات تقريباً .

ولهذا فإن المعالجة غير مبررة إلا في حالة وجود بؤرة سلية نشيطة ، مع المحاذير التي يحملها العلاج .

٣ـ الآفات الندبية غير السلية :

قبل عام ١٩٦٠ ، كانت المعالجة الطبية لانسداد البوقية تشمل بشكل إشراك جلسات معالجة حرارية (علاج بالانفاذ الحراري diathermie) للمهبل ، وغالباً لقاحات desVaccins ونفخ كل شهرين او ثلاثة أشهر .

ويقول Grant (استراليا) أنه قد حصل من أصل ١٢٤ على ٤٢ زوال للانسداد ، و١٧ حمل بواسطة نفخ قسري insufflations forcées بدرجة ٣٠٠ مم/ زئبق . وقد تحقق بعض المؤلفين بإجراء ذلك مع تنظير البطن، ولاحظوا غالباً تمزقات المنطقة الأكثر رقة من استسقاء البوق hydro salpinx اكثر مما لاحظوا زوال التصاق الصيوان . وبصورة عملية كان هناك دوماً عودة الانسداد بعد شهرين من النفخ هذا .

وحالياً يتبع النفخ السائل للبوقين hydro tubations وقد اقترحت هذه الطريقة عام ١٩٥٨ وقد نجحت بواسطة Moraos الذي قام بها في ٧١٪ من الحالات . وتقوم المعالجة على حقن داخل الرحم ، تحت ضغط مراقب ، لمزيج حال Cocktail lytique متنوع ، حتى نحصل على زوال التصاق الريش .

تذكر من بين المواد الأكثر استعمالاً :

١ـ الهرمونات القشرية Les corticoides (أسيتات الهيدروكورتيزون ، ١٢٥ ملغ ، أو Soludécadron ١٦ ملغ) كمضادة للالتهاب ؛

ـ الهيالورونيداز ، كمزيل للتلازن (الالتصاق) ؛
ـ الألفاكيموتربسين ، ليسهل هضم البقايا الليفينية ، ولكن بعض المؤلفين لاحظ ارتكاساً تأقياً لهذا الاستعمال .
ـ مضاد حيوي بمقدار قليل ، كتدبير وقائي لتجنب يقظة التهابية .

وفي الواقع ، فان الضغط اللطيف والمتزايد تدريجياً هو العامل الرئيسي في زوال الالتصاقات التي يحصل عليها وإعطاء الكورتيكوئيد هنا هو لتخفيف الارتكاس الالتهابي للرض الذي يمثله التمدد .

إن الطريقة المفضلة هي حقن السائل ، الموجود في محقنة سعتها ٢٠ سم٣ ، بواسطة الغاز الفحمي لجهاز نفخ (Bonnet ou Pangynor) واضعين سرعة الصبيب الغازي إلى ١٠ سم٣/ دقيقة بشكل عام ودون أن نتجاوز الضغط ٢٠٠ ملم/ زئبق (يرغمنا الألم غالباً على قطع النفخ إلى ضغوط بمستوى ١٥٠ ملم/ زئبق ، وأن لا نعاوده إلا بعد بضع لحظات .

فإذا لم يحصل المرور خلال الدقائق الخمس الأولى ، فإن البعض يوقف حقن السائل في البوق ، وبعضهم يغلق الصنبور ويترك الجهاز في مكانه مدة ٢٠ إلى ٣٠ دقيقة ، وأحياناً أكثر . وبشكل عام ، نجري جلستين بالأسبوع في النصف الأول من الدورة ، لمدة شهرين متتالين ، ثم استراحة لمدة شهر ، وبعد ذلك نعاود من جديد لمدة شهرين .

لم يحصل بعض المؤلفين إلا على ١٥٪ من النجاح عندما طبقوا هذه الطريقة في حالات التضيق أو الانسداد ثنائي الجانب المؤكد .

ومن الضروري عمل حقن البوقية لأول مرة تحت إشراف التنظير البطني (سواء مع إعطاء اسيتات الهيدروكورتيزون وهو معلق له مظهر الحليب ، أو مع الـ Soludécadron الممزوج بأزرق الميتيلين بنسبة ١٪) . ونرى ماذا يمكن أن يحدث اثناء حقن البوق في المرات التالية ، مثل الرشح وزوال تلاصق الريش ، أو تمزق خلالي مع ظهور لطخ زرقاء تحت البريتوان :

ففي الحالة الأولى ، من المنطقي إجراء سلسلة من حقن البوق بالسائل ؛ أما في الثانية فهناك خطر من تحريض حدوث جداري غير قابل للعكس .

المعالجات التنظيرية : Traitements coelioscopiques

لقد ذكرنا قبل قليل طريقة حقن البوق بالسائل مرفقة بتنظير البطن ، وهي عمل تشخيصي وعلاجي بآن واحد .

وبصورة أكثر فأكثر غالباً ، نقوم بعمل تحريرات الالتصاقات بواسطة تنظير البطن ، عندما نكون على علم بوجود نفوذ بوقي تحت الطبيعي على الأقل في جانب واحد ، والعقم قد فسر بالمحافظ أو الأغشية الالتصاقية المحيطة بالمبيض أو التي تفصله عن الصيوان . ونحن ننبه المرأة بأننا سنتحقق بواسطة تنظير البطن عن وجود وتوضع الالتصاقات المحتمل وجودها ، وأننا سنقطع أكثرها إعاقة . ويتوجب إجراء تداخل حقيقي بتحليل البوق salpingolysis ، إن لم تصبح حاملة في نهاية ٩ أشهر .

وبصورة عامة ، فإن تحرير الالتصاقات بواسطة تنظير البطن يستدعي الدخول ، بواسطة بابين للدخول إضافيين ، وعادة في نقطتي ماك بورني اليمنى واليسرى ، لمجس Palpateur مدّرج من جهة لتمزيق الأغشية الهشة ولنوتّر الأغشية الأكثر كثافة ، وملقط خزعة بشكل مقص من المدخل الثاني (مع امكانية التخثير في حالة النزف) .

يتم التداخل بالتجهيزات نفسها من أجل تحليل بوقي جراحي salpingolysis chirurgicale ، وينتهي بحقن البوق بالسائل hydrotubation بواسطة استيات الهيدروكورتيزون ، حتى نتجنب حدوث التصاقات جديدة . تبقى المرأة مدة ٤٨ ساعة في المشفى ، ويمكنها أن تستعيد نمط حياتها الاعتيادي بعد ٤ أيام .

وفي أول ٦٠ حالة ، لوحظ حدوث ٢٠ حمل في الـ ٦ أشهر (٣٣٪) ، وكن جميعاً يعانين من العقم منذ أكثر من سنتين .

المعالجة الجراحية : Traitement chirurgical

عانت المعالجة الجراحية للعقم النفيري لمدة طويلة من سمعة سيئة جداً . ففي عام ١٩٣٧ ؛ أرسل Greenhill استفتاء أسئلة الى الأطباء النسائيين الأمريكان ، وكانت نتيجتها الكلية ، بالنسبة لـ ٨١٨ حالة ، ٣٦ حالة حمل مع ولادة طفل حي (٤ , ٤٪) واستنتج أن من غير المبرر إجراء العمل الجراحي من أجل العقم فقط .

وفي عام ١٩٥٦ ، اعاد Greenhill العمل نفسه، ولكنه خاطب فقط الاخصائيين الذين أجروا ما لايقل عن ٢٠ عملية . وفي ٣٧ إحصاء ، فيما مجموعته ٢١١٣ عملية جراحية ، صودف حدوث ٤٠٥ حمل رحمي (١ , ١٩٪) ولكن فقط ٣١٣ طفل حي (١ , ١٥٪) و ٤٥ حمل خارج رحم ،واستنتج من ذلك أن من المفضل الاقتصار في هذه الجراحة على بعض المراكز المتخصصة .

وفي عام ١٩٦٨ ، كانت الجراحة البوقية موضوع مؤتمر الأطباء النسائيين والمولدين المتكلمين باللغة الفرنسية . ومن تحقيق أجري بمساعدة المركز الوطني للدراسات والأبحاث

الطبية لدى ٢٢ جراحاً ، ويشمل ١٠٨٢ حالة ، تبين حدوث ٢٤٪ من الحمل الرحمي و ٧٪ حمل خارج الرحم . فإذا أصبحت امرأة حاملاً بعد جراحة بوقية ، فهناك إذن خطرا إلى خمسة تقريباً لأن يكون هذا الحمل خارج الرحم:يجب إذن تنبيهها ، كي تذهب للفحص كل ١٥ يوم حتى يتم التأكد من عدم وجود هذا الاحتمال .

ويجدر أيضاً ملاحظة أن ٥٠٪ من الحمول تحدث في السنة ، وأن هناك ضعف عدد الحمول عندما كان ممكناً اصلاح الجهتين بدلاً من جهة واحدة (٢٨٪ بدلاً من ١٨٪) .

وأخيراً فإن هذا التحقيق قد أثبت وجود سلم نازل لفرص النجاح حسب نوع العملية ، وذلك كما يلي :

- تحليل البوقsalpingolysis ٧٥٪
- مفاغرة أنسية بوقيةanastomose médio- tubaire ٣٥٪
- زرع بوقي رحمي ٣٥٪
- تفميم بوقي نهائي ٣٠٪
- تفميم أنسي مجليّ ١٥٪
- تفميم بوقي برزخي ١٪
- زرع مبيضي رحمي ١,٠٪

ليس من الحكمة اجراء العمل الجراحي إلا إذا أمكننا أن نأمل ، اعتباراً من معطيات الـHSG وتنظير البطن ، أن نحقق عمليات تعطي أكثر من ٢٥٪ من فرص حدوث حمل رحمي . وهذه هي مسألة خبرة في ترجمة الصور ومعطيات تنظير البطن .

- يعتبر مضاداً مطلقاً للاستطباب وجود عوامل أخرى لدى الرجل أو المرأة ، الأصل السلي للانسداد .

- مضادات الاستطباب المطلقة :

- وجود عوامل أخرى لدى الرجل أو المرأة .
- الأصل السليّ للانسداد .
- بوقين ضيقين ومتصلبين .
- عمر أكثر من ٣٨ سنة .
- مضاد الاستطباب النسبي :
- وجود التصاقات ممتدة .