

گزارش یک مورد حاملگی خارج رحمی در محل اسکار سزارین

■ دکتر فیروزه احمدی - متخصص رادیولوژی، استاد یار بخش تصویربرداری پژوهشکده رویان

چکیده:

جایگزینی بارداری در محل اسکار سزارین یکی از موارد نادر حاملگی‌های خارج رحمی می‌باشد. تشخیص به موقع این حالت بوسیله سونوگرافی علاوه بر پیشگیری از عواقب خطرناک قدرت بارداری مجدد برای مادر را حفظ می‌کند و تاخیر در درمان و یا تشخیص ممکن است باعث پارگی رحم، هیستریکتومی و حتی مرگ مادر شود. با افزایش شیوع سزارین در جهان و همچنین استفاده بیشتر از سونوگرافی واژینال در اوایل بارداری موارد بیشتری از بارداری‌های خارج رحمی در داخل اسکار سزارین تشخیص داده می‌شوند. بنابراین مادرانی که سابقه زایمان سزارین دارند در ویزیت روتین سونوگرافی باید از این نظر بررسی شوند.

کلیدواژه‌ها: بارداری، حاملگی خارج رحمی، اسکار سزارین

مقدمه:

بلاستوسیست به طور طبیعی در لایه آندومتر خود رحم لانه‌گزینی می‌کند. لانه‌گزینی در هر محل دیگری به جز این محل، حاملگی نابجا یا خارج رحمی محسوب می‌شود. حاملگی خارج رحمی در محل اسکار سزارین یکی از موارد بسیار نادر است که با عوارض خطرناک در سه ماهه اول بارداری همراه است. در این مورد نادر، ساک حاملگی در داخل میومتر محل اسکار سزارین قبلی جایگزین می‌شود. میزان دقیق شیوع حاملگی خارج رحمی اسکار سزارین به علت گزارش بسیار معدود آن

مشخص نیست. اخیراً در یک مطالعه، شیوع آن یک در ۲۲۲۶ مورد از کل بارداری‌ها با نسبت ۰/۱۵٪ در خانم‌های با سزارین قبل ۶/۱٪ از تمام حاملگی‌های خارج رحمی که حداقل یکبار سابقه سزارین دارند تخمین زده شده است. (۱)

در مروری بر مطالعات گذشته فاصله زمانی بین آخرین سزارین و حاملگی اسکار سزارین ۶ ماه تا ۱۲ سال گزارش شده است. ساک حاملگی در زمان تشخیص بین ۵ هفته تا ۱۲+۴ هفته بوده است. تشخیص سریع حاملگی خارج رحمی در محل اسکار سزارین به علت عوارض وخیم آن اهمیت بسیاری دارد. هدف این گزارش معرفی یک مورد حاملگی در محل اسکار سزارین که در هفته ششم بارداری تشخیص داده شده است، می‌باشد.

معرفی مورد:

بیمار خانمی ۳۴ ساله با سابقه ۲ زایمان قبلی با سطح BHCG بالا در هفته ۶ بارداری (طبق LMP) به موسسه رویان مراجعه کرده است. بیمار سابقه دو سزارین ۵ و ۹ سال قبل و همچنین سابقه یک کورتاژ به دنبال سقط خود به خود، را ذکر می‌نماید. در سونوگرافی اولیه، جنین ۶ هفته به طول ۸ میلی‌متر بدون ضربان قلب در محل اسکار سزارین دیده شد. ساک حاملگی به قطر ۲/۵ سانتی متر در دیواره قدامی سرویکس در مجاورت مثانه که تنها بوسیله یک میومتر نازک به قطر ۳ میلی‌متر پوشانده

شده بود مشاهده شد و هیچ گونه شواهدی از بارداری داخل رحمی وجود نداشت.

یک هفته بعد بیمار به علت خونریزی واژینال مراجعه نمود. در سونوگرافی، هماتوم در اطراف ساک حاملگی گزارش شد و شواهدی از رشد جنین وجود نداشت. در سونوگرافی کنترل یک هفته بعد، تحلیل کامل ساک حاملگی بدون مداخله درمانی مشاهده شد و همچنین سطح BHCG در طول هفته به سرعت کاهش یافت.

بحث:

حاملگی خارج رحمی در محل اسکار سزارین یکی از موارد بسیار نادر و مخاطره آمیز است. بطور کلی دو نوع حاملگی در اسکار سزارین وجود دارد:

نوع اول: به صورت جایگزینی تخمک بارور شده در اسکار بارشده به طرف کاوتی رحم است که در این حالت احتمال زنده ماندن جنین و ادامه بارداری ضعیف است، البته با پیشرفت بارداری احتمال پارگی رحم وجود دارد.

نوع دوم: تخمک بارور شده در عمق اسکار جایگزین شده و در صورت ادامه بارداری، احتمال پارگی رحم و خونریزیهای شدید که منجر به مرگ شود وجود دارد، بنابراین تشخیص در سه ماهه اول حائز اهمیت فراوانی است. عوارض دیگری که ممکن است همراه با حاملگی اسکار سزارین وجود داشته باشد عبارتند از: پلاسنتا آکرتا - پرکرتا، پلاسنتا پروپا و کندگی پلاسنتا.

سونوگرافی اولین وسیله تشخیص برای حاملگی های خارج رحمی از جمله حاملگی اسکار سزارین می باشد. تاخیر در تشخیص منجر به پارگی رحم به همراه ریسک بالای هیستریکتومی و در نتیجه موربیدیتی و یا از دست دادن قدرت بارداری خانم می شود. همچنین خطر آسیب به مثانه در اثر رشد جفت وجود دارد. (۱) در بررسی متون، یافته های متناقضی در مورد ارتباط بین تعداد سزارینهای قبلی و حاملگی های اسکار سزارین یافت شد. در حالی که در دو مطالعه جداگانه که توسط H Sadeghi و Ash صورت گرفت هیچ رابطه معنی داری بین تعداد سزارینهای قبلی و حاملگی های اسکار سزارین مشاهده نشده است (۵ و ۴) و بیش از نیمی از موارد حاملگی های اسکار سزارین در افرادی با فقط یک بار سابقه زایمان سزارین گزارش شده اند (۴)، مقالات دیگری به افزایش ریسک حاملگی

اسکار سزارین در خانمهایی با سابقه بیش از سه بار زایمان سزارین اشاره کرده اند (۶، ۷، ۸)، هر چند در مطالعه دیگری تفاوت آماری معنی داری بین تعداد سزارینهای قبلی و حاملگی های اسکار سزارین در میان مادرانی که سابقه فقط یک یا دو بار سزارین دارند، مشاهده نشده است. (۷) در مروری بر مطالعات گذشته فاصله زمانی بین آخرین سزارین تا حاملگی خارج رحمی کنونی از ۶ ماه تا ۱۲ سال می باشد (۵، ۲). همچنین امکان بارداری خارج رحمی اسکار سزارین، به دنبال IVF و انتقال جنین نیز مانند بارداری خود به خودی طبیعی در مطالعه دیگری ذکر شده است. (۳)

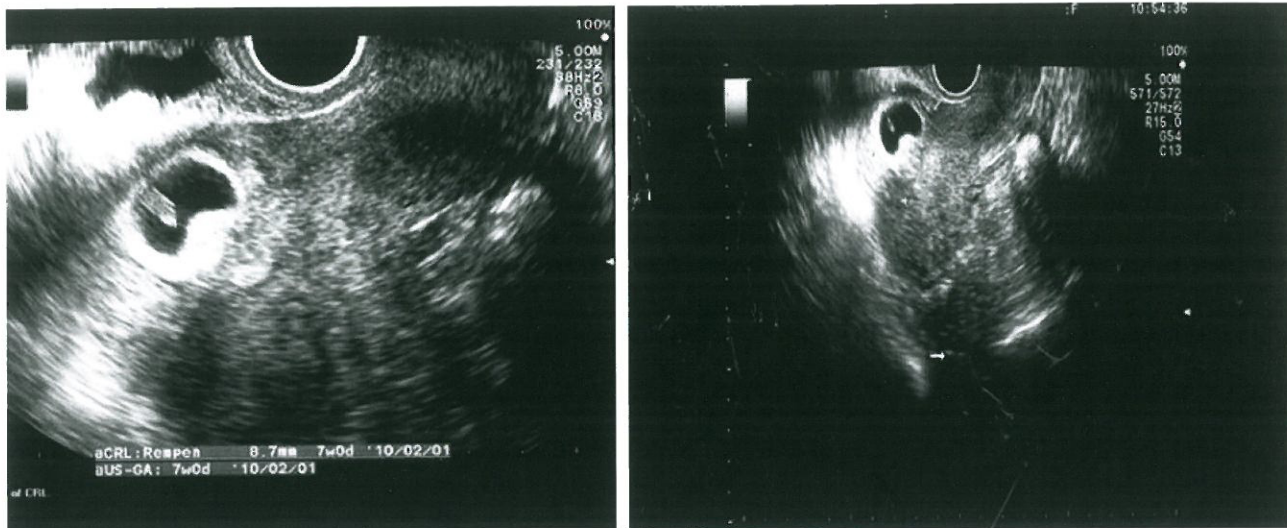
امروزه با تشخیص به موقع حاملگی خارج رحمی به کمک اندازه گیری سریالی BHCG و سونوگرافی واژینال امکان درمان بیمار با متوترکسات در مراحل اولیه وجود دارد. در بیمارانی که نیاز به مداخلات جراحی دارند نوع عمل جراحی به محل جایگزینی و موقعیت بیمار بستگی دارد. تشخیص حاملگی اسکار سزارین در هفته های اول بارداری نسبتاً آسان است اما با پیشرفت بارداری تشخیص افتراقی بین حاملگی اسکار سزارین، حاملگی سرویکال و یا بارداری داخل رحمی در قسمت پایین رحم و سقط خود به خودی در حال پیشرفت، مشکلتر می شود. جایگزینی محصول بارداری در اسکار سزارین قبلی، با حاملگی داخل رحمی همراه با جفت Placenta accerta متفاوت می باشد. در حاملگی اسکار سزارین، ساک حاملگی به طور کامل با میومتر و بافت فیبروزی اسکار احاطه شده است و از حفره آندومتر جدا می باشد. سونوگرافی واژینال همراه با سونوگرافی داپلر با دقت تشخیص بالا و موارد مثبت کاذب کم امکان تشخیص قطعی را فراهم میکند. جریان خون اطراف تروفوبلاست احاطه کننده ساک حاملگی به وسیله داپلر مشخص می شود که در تعیین مکان محصول بارداری و جفت نسبت به اسکار سزارین قبلی و همچنین تعیین نزدیکی آنها به مثانه کمک کننده می باشد. (۱۱، ۱۰، ۳)

در سونوگرافی واژینال از بین رفتن و یا نازک شدن میومتر در محل اسکار سزارین بهترین کلید تشخیصی است. همچنین در سونوگرافی سه بعدی بوسیله Multiplaner view و تصاویر Surface render جزئیات لایه اطراف تروفوبلاست گسترش یافته در اطراف ساک حاملگی به خوبی مشخص می شود. (۱۲، ۱۳) هر چند بسیاری از نویسندگان انجام روتین MRI همراه با سونوگرافی واژینال را توصیه نمیکنند، اما در موارد عدم تطابق نتایج سونوگرافی واژینال و کالر داپلر انجام MRI کمک

کننده است. (۱۴۱۴)

کنترل و پیگیری بعدی بیمار به خصوص اگر بیمار علامت دار می باشد باید براساس بررسی کلینیکی بیمار، اندازه گیری سریال BHCG تا زمانی که به کمتر از 5mlu/ml برسد و هم چنین تکرار بررسی سونوگرافیک، باشد. در ۲۰/۵٪ بیماران امکان تکرار حاملگی اسکار سزارین در حاملگیهای بعدی

وجود دارد. (۴)



نمای ساژیتال در سونوگرافی ترانس واژینال جایگزینی ساک حاملگی با جنین و کیسه زرده را در محل اسکار سزارین در نزدیک مثانه نشان می دهد.

References :

1. Ash A, Smith A, Maxwell D. Caesarean scar pregnancy. BJOG. 2007; 114(3):253-63.
2. Weimin W, Wenging L. Effect of early pregnancy on a previous lower segment cesarean section scar. Int J Gynaecol Obstet. 2002; 77(3):201-7. Review
3. Seow KM, Cheng WC, Chuang J, Lee C, Tsai YL, Hwang JL. Methotrexate for cesarean scar pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer. A case report. J Reprod Med. 2000;45(9):754-7
4. Sadeghi H, Rutherford T, Rackow BW, Campbell KH, Duzjy CM, Guess MK, Kodaman PH, Norwitz ER. Cesarean Scar Ectopic Pregnancy: Case Series and Review of the Literature. Am J Perinatol. 2009 5. [Epub ahead of print]
5. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL. Cesarean scar pregnancy: issues in management. Ultrasound Obstet Gynecol. 2004;23(3):247-53.
6. Ofili-Yebovi D, Ben-Nagi J, Sawyer E, Yazbek J, Lee C, Gonzalez J, Jurkovic D. Deficient lower-segment Cesarean section scars: prevalence and risk factors. Ultrasound Obstet Gynecol. 2008; 31(1):72-7.
7. Armstrong V, Hansen WF, Van Voorhis BJ, Syrop CH. Detection of cesarean scars by transvaginal ultrasound. Obstet Gynecol. 2003; 101(1):61-5.
8. Zimmer M, Pomorski M, Fuchs T, Tomiałowicz M, Michniewicz J, Wiatrowski A, Mikołajczyk K. Ultrasonographic analysis of cesarean scars features in nonpregnant uterus. Ginekol Pol. 2007;78(11):842-6
9. Arslan M, Pata O, Dilek TU, Aktas A, Aban M, Dilek S. Treatment of viable cesarean scar ectopic pregnancy with suction curettage. Int J Gynaecol Obstet. 2005; 89(2):163-6.
10. Godin PA, Bassil S, Donnez J. An ectopic pregnancy developing in a previous caesarian section scar. Fertil Steril. 1997 Feb;67(2):398-400. Erratum in: Fertil Steril 1997 Jul;68(1):187.
11. Vial Y, Petignat P, Hohlfield P. Pregnancy in a cesarean scar. Ultrasound Obstet Gynecol. 2000; 16(6):592-3.
12. Shih JC. Cesarean scar pregnancy: diagnosis with three-dimensional (3D) ultrasound and 3D power Doppler. Ultrasound Obstet Gynecol. 2004;23(3):306-7.
13. Wang CJ, Yuen LT, Yen CF, Lee CL, Soong YK. Three-dimensional power Doppler ultrasound diagnosis and laparoscopic management of a pregnancy in a previous cesarean scar. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2004;14(6):399-402.
14. R. Maymon, R. Halperin, S. Mendlovic, D. Schneider and A. Herman. Ectopic pregnancies in a Caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication. Human Reproduction Update vol. 10 no. 6 © European Society of Human Reproduction and Embryology 2004.