

## گزارش یک مورد حاملگی اکتوپیک در محل اسکار سزارین قبله

دکتر ملیحه حسن زاده مفرد<sup>۱</sup>، دکتر الهام حسینی<sup>۲</sup>، دکتر مرجانه فرازستانیان<sup>۲</sup>،  
دکتر مهناز برومند<sup>۳\*</sup>

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دستیار فلوشیپ انکولوژی گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دستیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۲/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۴/۱۸

### خلاصه

**مقدمه:** بارداری اکتوپیک در محل اسکار سزارین قبله، نوعی حاملگی خارج رحمی است که بسیار نادر می باشد، اما به دلیل عوارض بالقوه خطرناکی که دارد، از اهمیت بسیاری برخوردار است. بیماران مبتلا به این عارضه معمولاً با درد شکمی یا خونریزی واژینال مراجعه می کنند. تشخیص معمولاً مشکل و توسط رادیولوژیست مجرب انجام می شود. در این مقاله به معرفی یک مورد حاملگی خارج رحمی در محل اسکار سزارین قبله می پردازیم.

**معرفی بیمار:** در این مطالعه بیمار، خانمی ۳۶ ساله بود که با تشخیص حاملگی در محل اسکار سزارین قبله به دلیل درد شکمی و خونریزی تحت عمل جراحی لاپاراتومی قرار گرفت و با توجه به تمایل بیمار به حفظ باروری، برداشت ساک حاملگی انجام و ترمیم میومتر در چند لایه انجام شد و خوشبختانه رحم حفظ شد.

**نتیجه گیری:** با توجه به شیوع بالای بیماران با سابقه سزارین قبله، تشخیص زودرس حاملگی در محل اسکار سزارین قبله، بسیار مهم است و بهترین روش تشخیصی سونوگرافی ترانس واژینال می باشد. برحسب سن بارداری و شرایط بیمار، نوع درمان می تواند دارویی یا جراحی باشد.

**کلمات کلیدی:** بارداری خارج رحمی، بارداری در محل اسکار سزارین، درمان، عوارض

\* نویسنده مسئول مکاتبات: مهناز برومند؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۰۱۲۴۷۷؛ پست الکترونیک: dr.borumand1@gmail.com

## مقدمه

بارداری خارج رحمی با میزان شیوع ۲٪ از کل بارداری ها، عامل ۶-۴٪ موارد مرگ مادری می باشد. در آمریکا گزارش شده است که حاملگی خارج رحمی در ۱۹ مورد از هر ۱۰۰۰ بارداری ها ایجاد عارضه می کند و منجر به بیش از ۶۴۰۰ مورد بستری در سال می شود (۱).

بارداری خارج رحمی، شایع ترین علل مرگ مادری در سه ماهه اول بارداری است. ۹۸٪ موارد در محل لوله فالوپ است و سایر موارد (۲٪) در خارج از لوله رحمی در داخل شکم، تخمدان و در محل اسکار سزارین و ... اتفاق می افتد (۶).

بارداری خارج رحمی اسکار سزارین، به جایگزینی محصول بارداری در داخل میومتر در محل اسکار قبلی سزارین گفته می شود و البته این نوع بارداری، در واقع به دلیل نقص در آندومتر رحم است که می تواند به علل دیگری مانند کورتاژ خشن، میوکتومی، متروپلاستی، هیستروسکوپی و یا خارج کردن جفت با دست باشد که در تمام این موارد، یک نقص گوه‌ای شکل در آندومتر ایجاد می شود.

دو نوع حاملگی خارج رحمی در محل اسکار سزارین قبلی وجود دارد: ۱- جایگزینی ساک حاملگی در محل اسکار و پیشرفت به سمت کاویته رحم و ۲- پیشرفت ساک حاملگی به طرف میومتر و سروز رحم. ۷۲٪ موارد بارداری در محل اسکار، در افراد با سابقه بیش از ۲ بار سزارین رخ می دهد، ولی می تواند حتی در افراد با سابقه ۱ بار سزارین نیز مشاهده شود. شیوع کلی این عارضه، ۱ مورد در هر ۱۸۰۰ بارداری تا ۱ مورد در هر ۲۲۱۶ مورد بارداری است و میزان آن با توجه به افزایش میزان سزارین در حال افزایش است (۲). این نوع بارداری، یک حالت بالقوه تهیه کننده حیات است؛ چرا که اگر به سرعت تشخیص داده نشود، می تواند باعث پارگی رحم، خونریزی شدید، اختلال انعقادی منتشر داخل عروقی و مرگ مادر شود. در این مقاله به معرفی یک مورد حاملگی خارج رحمی در محل اسکار سزارین قبلی می پردازیم (۲).

## معرفی بیمار

بیمار، خانمی ۳۶ ساله با حاملگی سوم (سابقه ۲ بار سزارین در ۴ و ۸ سال قبل) بود که با شکایت اولیه خونریزی واژینال به صورت دفع لخته بستری شد. سن بارداری حدود ۱۱ هفته بود. بیمار در تاریخ ۱۳۹۳/۷/۲ در مرکز نیشابور بستری شده و با تشخیص حاملگی خارج رحمی تحت درمان با متوتروکسات (۵۰ میلی گرم بر متر مربع سطح بدن) قرار گرفته بود. آزمایشات BHCG بیمار به شرح زیر بود: میزان سرمی BHCG در اولین تست در حد ۶۰۸۰ بود که بعد از ۱ ماه به ۳۴۰۰ رسید.

برای بیمار چندین نوبت سونوگرافی انجام شده بود:

۱ - سونوگرافی ابدومینال: کانون سیستیک ۲۱/۳ میلی متری فاقد فتال پل، اکسنتریک به حفره رحم، در آندومتر در جسم رحم و با ضخامت میومتر بادی قدامی، در جلوی این کانون سیستیک، در حد ۵/۵ میلی متر و میومتر خلفی ۱۹ میلی متری.

۲ - سونوگرافی ترانس واژینال: ساک حاملگی در سگمان میانی - تحتانی رحم با دیامتر ۲۳ میلی متری که فاصله ساک حاملگی از سروز قدامی رحم ۵ میلی متر است و فاقد قطب جنینی بود.

۳ - سونوگرافی ترانس واژینال: ساک حاملگی نامنظم و قطر متوسط ساک حاملگی برابر ۱۹ میلی متر با سن بارداری ۷ هفته و اکسنتریک به حفره رحم و در جسم و سگمان تحتانی رحم.

۴ - سونوگرافی ترانس واژینال: ساک حاملگی نامنظم و فاقد واکنش دسیدوایی مناسب ۲۴×۲۵×۳۲ در سگمان میانی رحم و اکسنتریک به آندومتر و در میومتر قدامی. که بیمار به دلیل خونریزی واژینال شدید و تمایل بسیار به بارداری بعدی و تشدید درد شکمی، تحت لاپاراتومی قرار گرفت و در محل اسکار سزارین قبلی به قطر حدود ۵ سانتی متر که با عضله رکتوس پوشیده شده بود و چسبندگی به آن داشت، ساک حاملگی رزکت و میومتر ترمیم شد. ۴۸ ساعت بعد از عمل جراحی بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد. تیتراژ B-HCG ۳ هفته پس از عمل جراحی منفی بود.

## بحث

بارداری در محل اسکار سزارین قبلی نوعی بارداری خارج رحمی است که در بافت همبند اطراف محل اسکار سزارین قبلی ایجاد می شود و ورود جنین به میومتر، از راه پارگی کوچک در محل اسکار یا نقصی در کانال آندومتر است.

از عوامل مهم زمینه ساز ترمیم بد محل سزارین قبلی، می توان به سزارین پره ترم و یا سزارین به دلیل بریچ و یا سزارین در حالت عدم پیشرفت مرحله اول لیبر (عدم تکامل سگمان تحتانی) و نیز کوریوآمیونیوت و بستن با سوچور تک لایه (noninverting mono – layer) و تعدد سزارین های قبلی اشاره کرد.

به دلیل شیوع بیشتر سزارین و استفاده گسترده تر از سونوگرافی ترانس واژینال، موارد بیشتری از CSP<sup>۱</sup> (بارداری در محل اسکار سزارین قبلی) تشخیص داده می شود. بیش از ۵۰٪ موارد بارداری خارج رحمی اسکار، در موارد ۱ بار سزارین قبلی مشاهده شده است. بیماران با علائم درد حاد شکمی یا خونریزی واژینال مراجعه می کنند و گاهی نیز بدون علامت بالینی هستند. در نمای ماکروسکوپی، CSP باعث ایجاد نمای برجستگی در قدام رحم در یک سوم موارد می شود.

عوارض مهم بارداری در محل اسکار سزارین قبلی شامل: پایدار ماندن بارداری خارج رحمی، خونریزی شدید به دنبال پارگی رحم و یا ایجاد پلاسنٹا آکرتا و پرکرتا می باشد (۳). در صورتی که CSP در سه ماهه اول به صورت انتظاری درمان شود، منجر به پلاسنٹا اکرتا می شود. عمق تهاجم جفتی، یک فاکتور اساسی تعیین کننده سیر و نتیجه CSP است. عواقب اصلی درمان انتظاری CSP شامل: سقط، پارگی رحم در سنین مختلف بارداری، چسبندگی جفت و نیاز به هیستروکتومی اورژانس می باشد. موضوع بسیار مهم در CSP، اهمیت تشخیص زودرس و اقدام هر چه سریع تر جهت درمان است.

درمان بر اساس شرایط هر بیمار، قابل حیات بودن بارداری، سن بارداری و تمایل به بارداری بعدی انتخاب

می شود و یک نوع مشخص شده و انتخابی از درمان معرفی نشده است.

سونوگرافی ترانس واژینال دارای حساسیت ۸۶/۴٪ در تشخیص CSP در سه ماهه اول بارداری است. در دو سوم موارد، لایه میومتر بین مئانه و ساک حاملگی کمتر از ۵ میلی متر است (۵). در مواردی که سونوگرافی مبهم است از MRI، قبل از درمان یا مداخله جراحی استفاده می شود.

تشخیص اکثر موارد CSP با سونوگرافی ترانس واژینال داده می شود، ولی سایر روش های تشخیصی شامل: سونوگرافی داپلر، سونوگرافی سه بعدی، MRI، هیستروسکوپی و سیستوسکوپی می باشد. متوسط سن بارداری به طور کلی در زمان تشخیص CSP، در حدود ۷/۵±۲/۵ هفته است (۲).

درمان های استفاده شده در CSP شامل: انتظاری، متوتروکسات لوکال و سیستمیک، کلرید پتاسیم یا وازوپرسین لوکال، درمان ترکیبی، آمبولیزاسیون شریان رحمی (UAE<sup>۲</sup>)، هیستروسکوپی، کورتاژ، آسپیراسیون با سوزن ظریف (FNA<sup>۳</sup>)، میومتریال وج رزکشن بالاپاراسکوپی (برداشتن قسمتی از میومتر به روش لاپاراسکوپی) یا لاپاراتومی و هیستروکتومی می باشد.

هدف اصلی از درمان CSP، باید جلوگیری از خونریزی شدید و مورتالیتی و موربیدیتی مادر و حفظ رحم جهت باروری بعدی باشد و توصیه به درمان انتظاری نمی شود. در مواردی که بیمار درد شکمی و خونریزی ندارد، همودینامیک او پایدار است، CSP پاره نشده، سن بارداری کمتر از ۸ هفته و ضخامت میومتر کمتر از ۲ میلی متر بین CSP و مئانه است، توصیه به درمان مدیکال می شود. لذا تعیین ضخامت میومتر قدامی رحم بسیار مهم است؛ چرا که در مواردی که بسیار نازک شده است (کمتر از ۲ میلی متر)، خطر جراحی بسیار زیاد می باشد و احتمال صدمه به مئانه وجود دارد.

به طور کلی، درمان های به کار برده شده جهت CSP شامل:

<sup>۲</sup> Uterine Artery Embolism

<sup>۳</sup> Fine Needle Aspiration

<sup>۱</sup> caesarean scar pregnancy

می روند که یا بیمار دچار خونریزی شدید و شرایط بالینی ناپایدار شده باشد و یا امکان انجام درمان های کمتر تهاجمی را نداشته باشیم (۴).  
در مواردی که بعد از درمان طبی پیگیری شده اند، حدود ۹ ماه طول می کشد تا B-hcG صفر شود و حدود ۳ ماه نیز طول می کشد تا شواهد CSP در سونوگرافی، به طور کامل از بین بروند. بایستی بیمار B-hcG هفتگی و سونوگرافی ماهیانه انجام دهد.  
بهتر است فاصله درمان تا بارداری بعدی ۱۲-۲۴ ماه باشد. در بیمار ما به دلیل تشدید درد شکمی و خونریزی واژینال و شک به پارگی محل اسکار، جهت بیمار لاپاراتومی انتخاب شد و حذف محل اسکار قبلی و ساک حاملگی خارج رحمی انجام شد.

### نتیجه گیری

با توجه به شیوع بالای بیماران با سابقه سزارین قبلی، تشخیص زودرس حاملگی در محل اسکار سزارین قبلی، بسیار مهم است و بهترین روش تشخیصی سونوگرافی ترانس واژینال می باشد. برحسب سن بارداری و شرایط بیمار، نوع درمان می تواند دارویی و یا جراحی باشد. مزیت اصلی درمان جراحی، کاهش عود و کاهش عوارض خطرناکی مانند خونریزی شدید و مورتالیتی مادری می باشد و شاید در بیمارانی که تمایل به بارداری مجدد دارند، انجام جراحی و ترمیم چند لایه ای رحم اقدام مناسب تری باشد.

۱. متوتروکسات: به صورت (تک یا مولتیپل دوز) یا موضعی (تزریق داخلی ساک حاملگی). تزریق ترانس واژینال بهتر از ترانس ابدومنیال است.
  ۲. امبریوسیدها: تزریق KCL، وازوپرسین، گلوکز با اسمولالیتیه بالا و یا تزریق ماده ای به نام کریستالین ترکوستین به داخل GS
  ۳. آسپیراسیون ساک حاملگی
  ۴. درمان ترکیبی: متوتروکسات + آسپیراسیون و سایر ترکیب ها از موارد فوق (مانند تجویز متوتروکسات همراه با امبریوسید)
  ۵. کورتاژ: خطر پارگی رحم و نرسیدن به ساک حاملگی و خونریزی شدید (در موارد ساک حاملگی کوچکتر از ۷ هفته و ضخامت بیشتر از ۳/۵ میلی متر انجام می شود)
  ۶. درمان جراحی به روش هیستروسکوپی با لاپاراسکوپی، لاپاراتومی، هیستروتومی و هیستروکتومی. مزیت مهم انجام لاپاراتومی، برداشتن اسکار قدیمی و لذا کاهش احتمال عود و بستن راه های میکورتوبولر نفوذی به میومتر و کاهش سریع تر HCG و نیاز کمتر به پیگیری است.
  ۷. آمبولیزاسیون شریان رحمی (UAE) با ذرات اسفنج ژلاتینی<sup>۱</sup> که مهم ترین عارضه آن درد شکمی و تهوع و استفراغ و تب است و بیشتر در همراهی با مفید می باشد.
- شکست بیشتر در موارد UAE، D&C و متوتروکسات عضلانی مشاهده شده است (۲).
- در موارد درمان انتظاری، احتمال هیستروکتومی بعدی ۷۱٪ است و به همین دلیل، توصیه اکید به ختم CSP در سه ماهه اول بارداری شده است، به ویژه در موارد در حال رشد ساک حاملگی به سمت کاویته شکم و مثانه، چرا که در صورت عدم اقدام سریع تر درمانی خطر از دست دادن امکان باروری بعدی است.
- هیستروکتومی، لاپاراتومی و آمبولیزاسیون شریان رحمی (UAE) نباید به عنوان قدم اول درمانی انتخاب شوند، بلکه در صورتی این اقدامات تهاجمی در قدم اول به کار

<sup>1</sup> gelatin Sponge

## منابع

1. Sadeghi H, Rutherford T, Rackow BW, Campbell KH, Duzyj CM, Guess MK, et al. Homyoun Sadeghi, Thomas Rutherford. Cesarean Scar Ectopic Pregnancy: Case series and review of the literature . Am J of Perinatol 2010; 27(2):111-20.
2. Litwicka K, Greco E, Katarzyna Litwicka, Ermanno Greco. Cesarean scar pregnancy :a review of management options. Curr Opin Obstet Gynecol 2011; 23(6):415-21.
3. Sinha P, Mishra M.P, Shina, M. Mishra. Cesarean scar pregnancy : A precursor of placenta percreta /accretae. J Obstet Gynaecol J of Obst and Gynec 2012 ;32(7):621-3
4. Tower AM, Frishman GN. Amanda M. Tower ,Gary N. Frishman ,Cesarean Scar Defects : An Underrecognized Causes of Abnormal Uterine Bleeding and Other Gynecologic Complications. J Minim Invasive Gynecol. 2013;20(5):562-72. 2013. JIMG-20-6
5. Daniel A. Osborn , Todd R. Williams . Cesarean Scar Pregnancy. J Ultrasound Med 2012; 31:1449-56.
6. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetrics. 24<sup>th</sup> ed.: McGraw-Hill ; 2014. P. 391-2.