

گزارش یک مورد بارداری محل انسزیون درمان شده با متوتروکسات

دکتر سمیه معین درباری^۱، دکتر آزاده شوروی^{۲*}، دکتر آسیه ملکی^۱

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. رزیدنت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۱/۰۵

خلاصه

مقدمه: حاملگی نابجا در اسکار سزارین، نادر بوده و در صورت عدم درمان زودهنگام، با عوارض بالایی همراه است. در بین روش‌های درمانی، درمان انتظاری با بالاترین میزان شکست و عارضه همراه است. تزریق متوتروکسات سیستمیک در صورتی که علائم حیاتی پایدار بوده و در صورت سطح تیترژ BHCG کمتر از ۵۰۰۰، سن حاملگی کمتر از ۸ هفته و عدم وجود قلب جنین، با موفقیت بالایی همراه است و نسبت به روش‌های جراحی باعث حفظ باروری می‌گردد. در این مقاله، یک مورد حاملگی نابجا در اسکار سزارین که با یک دوز متوتروکسات تحت درمان قرار گرفت و بهبود یافت، گزارش می‌شود.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۳۳ ساله با حاملگی سوم، دارای دو فرزند حاصل سزارین با سن بارداری ۷ هفته و ۴ روز بود که با درد شکم، لکه‌بینی و سونوگرافی ترانس واژینال مبنی بر یک ساک حاملگی در محل اسکار سزارین و تیترژ BHCG ۳۹۰۰ بستری شد و با توجه به شرایط بالینی، بیمار کاندید درمان طبی شد و یک دوز متوتروکسات عضلانی دریافت کرد و پس از آن تیترژ BHCG کاهش پیشرونده داشت و بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد.

نتیجه‌گیری: درمان طبی بارداری نابجا در اسکار سزارین علاوه بر اثربخشی و کاهش عوارض، باعث حفظ باروری در بیمار می‌شود.

کلمات کلیدی: اسکار سزارین، حاملگی نابجا، متوتروکسات

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر آزاده شوروی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۰۲۲۶۰۸؛ پست الکترونیک:

moeins@mums.ac.ir

مقدمه

یکی از انواع نادر بارداری خارج رحمی، حاملگی در محل اسکار سزارین است (۱) که با توجه به افزایش شیوع سزارین، موارد این نوع بارداری رو به افزایش است (۲) و در صورت تأخیر در تشخیص و درمان با عوارض خونریزی شدید، پارگی رحم و مرگومیر همراه می‌باشد (۳). این حاملگی در نتیجه لانه‌گزینی بلاستوسیست در محل بافت فیبروز اسکار سزارین قبلی ایجاد می‌شود (۴)، علت این حاملگی به صورت کامل شناخته نشده است (۳، ۶). سن بارداری در زمان تشخیص این نوع حاملگی معمولاً ۵ هفته تا ۱۲ هفته و ۴ روز می‌باشد. فاصله زمانی بین حاملگی فعلی با آخرین سزارین بیمار معمولاً ۶ ماه تا ۱۲ سال گزارش شده است (۱، ۳). سونوگرافی، اولین وسیله تشخیصی در بارداری نابجا در اسکار سزارین می‌باشد؛ به طوری که حساسیت تشخیصی آن در سه ماهه اول ۸۶٪ ذکر شده است (۷). معیارهای تشخیصی با سونوگرافی شامل: خالی بودن حفره رحم و کانال سرویکس و وجود ساک حاملگی در دیواره قدامی ناحیه گردن رحم و کاهش ضخامت و یا عدم وجود لایه میومتر بین مثانه و ساک حاملگی می‌باشد. درمان آن بر اساس شرایط بالینی بیمار شامل درمان انتظاری، درمان طبی (متوتروکسات یا میزوپروستول) و جراحی (لاپاراسکوپی، لاپاراتومی، کورتاژ و آمبولیزاسیون شریان رحمی) می‌باشد (۲، ۸). با توجه به احتمال بالای شکست درمان انتظاری و امکان

از دست رفتن قدرت باروری در روش‌های جراحی، در بیماران سنین باروری در صورت دارا بودن شرایط لازم می‌توان از تزریق متوتروکسات استفاده کرد. در این مقاله یک مورد درمان موفقیت‌آمیز بارداری محل انسزیون در یک خانم جوان با متوتروکسات گزارش می‌شود.

معرفی بیمار

بیمار، خانم ۳۳ ساله با بارداری سوم (دو فرزند حاصل سزارین) بود که با شکایت لکه‌بینی و درد ناحیه هیپوگاستر با ماهیت کولیکی از یک هفته قبل بستری بوده از ۲ روز قبل دچار تشدید درد شکمی و خونریزی شده و در بیمارستان بستری شد. سن بارداری بر اساس آخرین عادت ماهیانه ۷ هفته و ۴ روز بود و روش جلوگیری از بارداری، قرص‌های پیگشیری از بارداری بوده است. بیمار سابقه بیماری طبی و جراحی به جز دو مورد سزارین قبلی نداشت.

در زمان مراجعه، علائم حیاتی بیمار پایدار بود. در معاینه شکم، تندر نس مختصر در ناحیه هیپوگاستر و در معاینه ژنیتال، خونریزی مختصر وجود داشت. در سونوگرافی ترانس واژینال که در روز بستری انجام شده بود، توده اکوفری با سایز ۹ میلی‌متر در محل اسکار سزارین مطرح کننده بارداری خارج رحمی همراه با مایع آزاد مختصر در لگن گزارش شده بود (تصویر ۱). تیتراژ BHCG در همان روز ۳۶۰۰ بود.



تصویر ۱- سونوگرافی ترانس واژینال، توده ۹ میلی‌متر در محل اسکار سزارین

میلی‌متری در محل اسکار سزارین، مایع مختصر در کلدوساک خلفی و آدنکس‌های نرمال گزارش شد (تصویر ۲).

در سیر بستری، بیمار اپیزودهای متناوب خونریزی در حد لکه‌بینی داشت. ۴۸ ساعت پس از بستری، تیتراژ BHCG ۲۳۲۰ و در سونوگرافی ترانس واژینال توده ۷



تصویر ۲- سونوگرافی ترانس واژینال، توده ۷ میلی‌متر در محل اسکار سزارین

بارداری محل انسزیون با احتمال بالای بروز مجدد بارداری محل انسزیون همراه می‌باشد (۲).

واشبرن و همکاران (۲۰۱۷) به مقایسه درمان جراحی و غیر جراحی در ۲۳ مورد بارداری محل اسکار سزارین پرداختند. ۱۲ بیمار با روش جراحی و ۱۱ بیمار با روش غیر جراحی تحت درمان قرار گرفتند. نتیجه نهایی این بود که در ۴۵٪ بیماران درمان شده با روش‌های غیر جراحی، نیاز به مداخله بعدی ایجاد شده بود، در حالی که این میزان در افراد درمان شده با روش‌های جراحی ۱۷٪ بود (۹). در مطالعه دیماسی و همکاران (۲۰۱۵) یک مورد حاملگی خارج رحمی مشابه بیمار مطالعه حاضر در یک خانم ۳۳ ساله (حاملگی سوم و دو فرزند قبل حاصل سزارین) که با درد و خونریزی واژینال و سن بارداری ۶ هفته مراجعه کرده بود، گزارش شد. تیتراژ BHCG این بیمار ۶۴۰۰ بود و در سونوگرافی، ساک بارداری با سایز ۶ میلی‌متر در دیواره قدامی رحم در محل اسکار سزارین گزارش شده بود. بیمار تحت درمان با دو دوز متوتروکسات عضلانی قرار گرفت. ۲۵ روز پس از دریافت متوتروکسات، در سونوگرافی انجام شده توده‌ای در محل اسکار سزارین مشاهده نشد و تیتراژ BHCG منفی شد (۱۰).

در مطالعه ماهاپاترو و همکاران (۲۰۱۶) یک خانم ۴۰ ساله با سابقه یک نوبت سزارین و حاملگی فعلی با IVF، سن بارداری ۸ هفته و ساک حاملگی ۱۵*۲۵ میلی‌متر در محل اسکار سزارین در سونوگرافی ترانس واژینال گزارش شد. تیتراژ BHCG بیمار در زمان بستری ۹۰۳۶۰ بود. درمان با دو دوز متوتروکسات عضلانی انجام شد و در سیر بستری تیتراژ BHCG سیر کاهش یابنده داشت. در روز ۲۶، در سونوگرافی ترانس واژینال

با توجه به علائم حیاتی پایدار و یافته‌های سونوگرافی در روز سوم بستری، بیمار یک دوز متوتروکسات عضلانی (۵۰ میلی‌گرم بر متر مربع) دریافت کرد. تیتراژ BHCG در روز چهارم و هفتم پس از تزریق متوتروکسات ۹۷۸ و ۲۱۵ بود و بیمار به دلیل کاهش مناسب و با توجه به بهبود درد شکمی و عدم خونریزی، مرخص شد. یک هفته پس از ترخیص، تیتراژ BHCG بیمار ۶۰ و علائم بالینی پایدار بود و بیمار شکایتی از درد شکمی و خونریزی نداشت.

بحث

موارد بارداری نابجا در اسکار سزارین نادر و شیوع آن ۱/۱۸۰۰ تا ۱/۲۲۰۰ در حاملگی گزارش شده است. مانند سایر بارداری‌های نابجا، تشخیص زودهنگام این نوع بارداری باعث کاهش عوارض و مرگ و میر مادر می‌شود (۷). با توجه به موارد اندک بارداری محل انسزیون، روش درمانی ارجح مشخص نمی‌باشد و بر اساس شرایط بالینی بیمار، یکی از درمان‌های انتظاری، طبی یا جراحی مورد استفاده قرار می‌گیرد. درمان طبی شامل تزریق متوتروکسات یا KCl و روش‌های جراحی شامل آمبولیزاسیون شریان رحمی، کورتاژ، حذف بارداری محل انسزیون با برش گوه‌ای و هیستروکتومی است.

در بین روش‌های درمانی، درمان انتظاری با بالاترین میزان شکست و عارضه همراه است. تزریق متوتروکسات سیستیمیک در صورت وجود علائم حیاتی پایدار، سطح تیتراژ BHCG کمتر از ۵۰۰۰، سن حاملگی کمتر از ۸ هفته و عدم وجود قلب جنین، با موفقیت بالایی همراه بوده و نسبت به روش‌های جراحی باعث حفظ باروری می‌گردد. در بین روش‌های جراحی نیز حذف گوه‌ای

هموراژی در محل کانال سرویکس وجود داشت که تحت کورتاژ قرار گرفت. این در حالی است که در گزارش حاضر، درمان تنها با یک دوز متوتروکسات انجام شد و خوشبختانه نیازی به کورتاژ وجود نداشت (۱۱).

همچنین در مطالعه مایر و همکاران (۲۰۱۲) یک خانم ۲۸ ساله با سابقه سزارین که با خونریزی و درد شکم و سن بارداری ۷ هفته مراجعه کرده بود، گزارش شد. در سونوگرافی ترانس واژینال ساک بارداری ۱۳ میلی‌متر رؤیت شد و تیتراژ BHCG بیمار در همان روز ۱۳۳۰۰ بود که مشابه گزارش حاضر، بیمار تحت درمان با متوتروکسات سیستمیک قرار گرفت و به صورت موفقیت‌آمیز درمان شد (۱۲). در مطالعه بونز و همکاران (۲۰۱۶) یک خانم ۲۸ ساله با سابقه یک نوبت سزارین با

خونریزی واژینال و سونوگرافی ۷ میلی‌متر و تیتراژ BHCG ۵۲۰۰ گزارش شد که برخلاف بیمار گزارش حاضر، دو دوز متوتروکسات عضلانی دریافت کرد و پس از ترخیص، تیتراژ BHCG به صورت مناسب کاهش یافت (۱۳).

نتیجه‌گیری

تصمیم‌گیری برای نوع درمان به عوارضی مانند سن بارداری و تیتراژ BHCG، فعالیت قلب جنین و تصمیم برای بارداری در آینده بستگی دارد. مسلماً با استفاده موفقیت‌آمیز از درمان دارویی، امکان حفظ قدرت بارداری به‌ویژه در زنان جوان فراهم می‌شود.

منابع

1. Al-Hashimi S, Maiti S, Macfoy D. Successful conservative management of ectopic pregnancy in caesarean section scar. *BMJ Case Rep* 2012; 2012:23.
2. Ash A, Smith A, Maxwell D. Caesarean scar pregnancy. *BJOG* 2007; 114(3):253-63.
3. Bodur S, Ozdamar O, Kilic S, Gun I. The efficacy of the systemic methotrexate treatment in caesarean scar ectopic pregnancy: a quantitative review of English literature. *J Obstet Gynaecol* 2015; 35(3):290-6.
4. Wang CB, Tseng CJ. Primary evacuation therapy for cesarean scar pregnancy: three new cases and review. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 27(2):222-6.
5. Siczko D, Edwards H, Heggs K, White D. Caesarean scar ectopic pregnancy: a case report. *Ultrasound* 2014; 22(2):126-8.
6. Phupong V, Narasethkamol A, Ultchaswadi P. Pregnancy in caesarean section scar. *J Obstet Gynaecol* 2011; 31(3):204-6.
7. Sum TK, Wong SH, Tai CM, Ng TK. An ectopic pregnancy in a previous caesarean section scar: treatment with systemic methotrexate and uterine artery embolisation. *J Obstet Gynaecol* 2000; 20(3):328.
8. Chuang J, Seow KM, Cheng WC, Tsai YL, Hwang JL. Conservative treatment of ectopic pregnancy in a caesarean section scar. *BJOG* 2003; 110(9):869-70.
9. Washburn EE, Pocius K, Carusi D. Outcomes of nonsurgical versus surgical treatment of cesarean scar pregnancies in the first trimester. *Arch Gynecol Obstet* 2017; 28:4466.
10. Dimassi K, Douik F, Derbel M, Ben Aissia N, Tiki A, Gara MF. Caesarean scar pregnancy: early diagnosis and conservative management. *J Obstet Gynaecol* 2015; 35(8):865-7.
11. Mahapatro AK, Shankar K, Varma T. Caesarean scar ectopic pregnancy: report of two cases. *J Clin Diagn Res* 2016; 10(5):QD5-6.
12. Mayer RB, Yaman C, Ebner T, Shebl O, Sommergruber M, Hartl J, et al. Ectopic pregnancies with unusual location and an angular pregnancy: report of eight cases. *Wien Klin Wochenschr* 2012; 124(5-6):193-7.
13. Boza AM, Boza BM, Api MM. Cesarean scar pregnancy managed with conservative treatment. *Iran J Med Sci* 2016; 41(5):450-5.