

Ciąża ektopowa w bliźnie po cięciu cesarskim – opis przypadku

Ectopic pregnancy in a Caesarean section scar: a case study

Piotr Niziurski¹, Rafał Rudziński², Olga Adamczyk-Gruszka¹, Jakub Gruszka³

¹ Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Dyrektor Instytutu: prof. dr hab. n. med. Marianna Janion

² Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

Kierownik Oddziału: lek. med. Rafał Rudziński

³ II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Dziekan Wydziału: prof. dr hab. n. med. Jerzy A. Polański

Studia Medyczne 2013; 29 (2): 177–179

Słowa kluczowe: ciąża w bliźnie po cięciu cesarskim, ciąża ektopowa.

Key words: pregnancy in a Caesarean section scar, ectopic pregnancy.

Streszczenie

Bliźna po przebytych cięciu cesarskim jest jedną z najrzadszych lokalizacji ciąży ektopowych. Zbyt późne rozpoznanie i/lub leczenie może spowodować pęknięcie macicy, konieczność jej usunięcia i znaczący wzrost chorobowości wśród matek. W pracy przedstawiono trudny diagnostycznie przypadek 29-letniej kobiety, u której stwierdzono 7-tygodniową ciążę w bliźnie po przebytych cięciu cesarskim i znacznie zwiększone wartości stężeń gonadotropiny kosmówkowej (β -hCG) w surowicy. W trakcie laparotomii usunięto ciążę i zszycy ranę bez konieczności usunięcia macicy.

Abstract

Implantation of a pregnancy in a scar after Caesarean section is one of the rarest locations of ectopic pregnancies. A diagnosis and/or treatment which is too late may lead to a uterine rupture, the necessity to remove the uterus and a significant increase in morbidity among mothers. The study presents a diagnostically difficult case of a 29-year-old woman, who was diagnosed with pregnancy in its seventh week, located in a scar after a Caesarean section, with highly increased values of human chorionic gonadotropin (β -hCG) concentration in blood serum. The pregnancy was removed and the wound was stitched during laparotomy, without a need to remove the uterus.

Wstęp

Ciąża ektopowa w bliźnie po przebytych cięciu cesarskim (*Caesarean scar pregnancy* – CSP) występuje wyjątkowo rzadko – od 1 : 1800 do 1 : 2226 wszystkich ciąży. Dotyczy ona 0,15% kobiet po przebytych cięciu cesarskim i stanowi 6,1% wszystkich ciąży ektopowych u kobiet, które przeżyły co najmniej jedno cięcie cesarskie. Opisywany w piśmiennictwie odstęp czasu między przebytych cięciem cesarskim a wystąpieniem CSP wynosił od 6 miesięcy do 12 lat, a wiek diagnozowanej tego rodzaju ciąży mieścił się w przedziale od 5 ± 0 tygodni do 19 ± 4 tygodni. Wczesne rozpoznanie CSP zmniejsza ryzyko pęknięcia macicy prowadzącego do zwiększonej chorobowości kobiet i utraty płodności [1–4].

Celem pracy jest przedstawienie trudnego diagnostycznie przypadku CSP u 29-letniej kobiety z dużymi wartościami stężeń gonadotropiny kosmówkowej (β -hCG) w surowicy.

Opis przypadku

5 kwietnia 2012 roku 29-letnia pacjentka została skierowana przez lekarza poradni ginekologicznej z podejrzeniem ciąży ektopowej na oddział ginekologiczny jednego ze szpitali powiatowych województwa świętokrzyskiego. Przy przyjęciu stan pacjentki był dobry, nie zgłaszała ona żadnych dolegliwości. Ostatnią miesiączkę miała 21 lutego 2012 roku. Stężenie β -hCG w surowicy przy przyjęciu wynosiło 37110,00 mIU/ml. W przedpochwowym badaniu ultrasonograficznym nie stwierdzono obecności pęcherzyka ciążowego w jamie macicy. Podejrzewając ciążę ektopową, w trybie pilnym wykonano laparoskopię, w trakcie której nie odnotowano zmian chorobowych w obrębie jamy brzusznej. Pacjentkę wypisano ze szpitala następnego dnia po zabiegu w stanie dobrym z zaleceniem wykonania kontrolnego oznaczenia stężenia β -hCG za 7 dni. Stężenie β -hCG w badaniu przeprowadzonym 11 kwietnia 2012 roku wynosiło 24282,00 mIU/ml. W kontrolnym badaniu ultraso-

nograficznym (USG) wykonanym następnego dnia przez ginekologa jednej z kieleckich poradni wykazano: „W jamie macicy widoczne szerokie endometrium 30 mm, nieco niejednorodne, ale pęcherzyka ciążowego nie stwierdzam. Prawy jajnik z gładkościennej torbielą 34 mm × 29 mm, lewy jajnik prawidłowy. Wolnego płynu w zatoce Douglasa nie stwierdzam. W rzucie szyjki macicy na wysokości cieśni w kierunku pęcherza moczowego zmiana hiperhipoechogeniczna”.

W diagnozie odnotowano: „Podejrzenie ciąży szyjkowej?”. Pacjentkę skierowano na Oddział Ginekologiczny Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach.

Przy przyjęciu stan ogólny pacjentki był dobry, nie zgłaszała żadnych dolegliwości. Rodziła raz, w 2009 roku, poprzez cięcie cesarskie sposobem Misgav Ladach z powodu zagrażającej zamartwicy płodu. Okres połogu przebiegał bez powikłań. W wywiadzie ogólnym nie podano przebytych chorób i zabiegów. W badaniu ginekologicznym we wziernikach część pochwo-wa szyjki macicy była prawidłowa, nie stwierdzono krwawienia z kanału szyjki macicy. Trzon macicy był wielkości odpowiadającej 7-tygodniowej ciąży, ruchomy, niebolesny w przodozgięciu. Przydatki obustronnie ruchome, niebolesne; prawy jajnik nieznacznie powiększony.

W badaniu USG wykonanym przez pochwę stwierdzono trzon macicy przodozgięty o długości 64,7 mm i szerokości 52,5 mm, endometrium o grubości 27 mm o niejednorodnej echogenności, bez obecności pęcherzyka ciążowego. W okolicy cieśni, do przodu od blizny po przebytym cięciu cesarskim zaobserwowano zmianę torbielowatą dwukomorową o wymiarach 35,4 mm × 30 mm, o ścianie dwupierścieniowej hipohiperechogenicznej, w jajniku prawym jednokomorowy gładkościennej zbiornik płynu o wymiarach 30,3 mm × 25,3 mm. Jajnik lewy o prawidłowej echogenności. Nie stwierdzono płynu w zatoce Douglasa.

W badaniach laboratoryjnych oznaczono następujące parametry: hemoglobinę (Hb) – 11,2 g/dl, hematokryt (Ht) – 33,9%, czerwone krwinki (*red blood cells* – RBC) – 4,61 M/ μ l, β -hCG w surowicy – 14593,00 mIU/ml; badanie ogólne moczu bez zmian. Ze względu na podejrzenie CSP zdecydowano się 15 kwietnia 2012 roku na laparotomię z cięcia poprzecznego, w trakcie której stwierdzono obecność miękkiego, siniego guza o średnicy 35 mm zlokalizowanego w okolicy cieśni macicy, pod załamkiem pęcherzowo-macicznym otrzewnej. Załamek przecięto i wraz z pęcherzem moczowym zsunięto ku dołowi, odsłaniając silnie ukrwiony, krwawiący przy dotyku guz w całości zlokalizowany na zewnątrz blizny po przebytym cięciu cesarskim. Po wyłuszczeniu guza wystąpiło mierne krwawienie tętnicze z brzo-gów rany, które wycięto w granicach tkanek zdrowych i zszyto jednowarstwowo pojedynczymi szwami rozpuszczalnymi, uzyskując pełną hemostazę. W trakcie operacji wyłyżeczowano jamę macicy po rozszerzeniu

kanału szyjki macicy. Powłoki zszyto, pozostawiając dren w zatoce Douglasa. W kontrolnym badaniu morfologicznym krwi w pierwszej dobie po zabiegu odnotowano następujące parametry: Hb 8,9 g/dl, Ht 26%, RBC 3,41 M/ μ l. Okres pooperacyjny przebiegał bez powikłań. Pacjentkę w 4. dobie po zabiegu w stanie dobrym wypisano do domu z zaleceniem kontroli w przyszpitalnej poradni ginekologicznej. W kontrolnym badaniu morfologicznym krwi w dniu wypisu wyniki były następujące: Hb 9,5 g/dl, Ht 28,8%, RBC 3,82 M/ μ l, β -hCG w surowicy 3369 mIU/ml. W trakcie obserwacji ambulatoryjnej u pacjentki nie stwierdzono żadnych dolegliwości, a w 4. tygodniu obserwacji stężenie β -hCG w surowicy było w granicach normy.

Wynik badania histopatologicznego materiału pooperacyjnego: „Opis makroskopowy materiału: błoniste fragmenty kosmówki średnicy do 5 cm oraz brunatny guzowaty fragment tkanki miękkiej średnicy 3 cm z trzema gładkościennej, surowiczymi torbielami średnicy do 2 cm. Opis histopatologiczny: fragmenty doczesnej i kosmki, pojedyncze z cechami obrzęku, bez cech rozrostu trofoblastu”.

Omówienie

Zwiększenie odsetka wykonywanych cięć cesarskich w ostatnich dwóch dekadach spowodował wzrost liczby powikłań rzadko spotykanych w przeszłości, w tym CSP. Opisano 18 takich przypadków w piśmiennictwie anglojęzycznym w latach 1978–2002, a 94 w latach 2002–2005 [5, 6].

Mechanizm powstawania CSP nie jest znany. Przypuszcza się, że blastocysta zagnieżdża się w obrębie błony mięśniowej przedniej ściany macicy, migrując przez kanał lub ubytek w ścianie rozciągający się od endometrium. Wyróżnia się dwa typy CSP: w pierwszym ciąży przemieszcza się w kierunku jamy macicy i może się rozwijać aż do porodu, choć jest nieprawidłowo zaimplantowana, co zwiększa ryzyko krwawienia; w drugim ciąży przemieszcza się w kierunku jamy brzusznej, co powoduje znaczny wzrost ryzyka pęknięcia macicy [7, 8].

Objawy kliniczne CSP, takie jak krwawienie i/lub ból brzucha, mogą być podobne jak w przypadku innych ciąż ektopowych, jednak u ponad 30% kobiet przebiega ona bezobjawowo [6, 9].

Rozpoznanie ustala się głównie na podstawie przezpochwowego badania ultrasonograficznego (czułość badania wynosi 84,6%) [6]. W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić przede wszystkim poronienie samoistne w toku i ciążę ektopową szyjkową [5, 6, 9]. Zaproponowano ultrasonograficzne kryteria rozpoznania CSP, które obejmują: pustą jamę macicy i kanał szyjki macicy, lokalizację pęcherzyka ciążowego obwodowo w obrębie przedniej ściany dolnego odcinka macicy, cienką warstwę lub brak błony mięśniowej między pęcherzykiem ciążowym a pęcherzem moczowym, otoczenie pęcherzyka ciążowego przez *myometrium* i/lub

włóknistą tkankę blizny oraz uwidocznienie przepływu okołotrofoblastycznego o dużej prędkości z niskim oporem [3, 5, 8, 10, 11]. Chueh i wsp. wskazują na przydatność trójwymiarowego USG w rozpoznawaniu CSP ze względu na lepsze uwidocznienie granicy między pęcherzykiem ciążowym a otaczającymi go strukturami [7]. W przypadkach niejednoznacznych, gdy ciąża jest bardziej zaawansowana, przydatną metodą okazuje się tomografia rezonansu magnetycznego [6, 9].

Ze względu na rzadkie występowanie CSP dotychczas nie uzgodniono jednolitego stanowiska dotyczącego optymalnego postępowania. Proponowane metody leczenia obejmują: postępowanie wyczekujące, usunięcie ciąży ektopowej i zszycie macicy metodą laparotomii lub laparoskopii, miejscowe lub ogólnoustrojowe podawanie metotreksatu, aspirację pęcherzyka ciążowego, wyłżeczowanie jamy macicy i embolizację tętnic macicznych. Radykalne leczenie chirurgiczne polegające na wycięciu macicy jest konieczne w przypadku jej pęknięcia i wystąpienia niekontrolowanego krwotoku [6, 9, 11].

W przedstawionym przypadku, mimo dobrego stanu ogólnego pacjentki, usunięcie ciąży ektopowej i zszycie rany macicy przeprowadzono metodą laparotomii. Według Masegowa i wsp. zachowawcze leczenie metotreksatem powoduje uszkodzenie blizny po cięciu cesarskim w miejscu implantacji ciąży ektopowej, co sprzyja jej rozejściu się w następnej ciąży. Zmniejszające się wartości stężeń β -hCG u opisywanej pacjentki oraz niewidocznienie zarysów pęcherzyka żółtkowego i/lub zarodka mogło świadczyć o wcześniejszym obumarciu ciąży. Autorzy za pomocą USG przed operacją u przedstawionej pacjentki jednoznacznie wykliczyli obecność ciąży szyjkowej [12].

Zdaniem autorów przyjęcie postawy wyczekującej do czasu samoistnego wchłonięcia się ciąży, oprócz wysokich kosztów leczenia (częste oznaczanie stężenia β -hCG, długotrwała hospitalizacja), podobnie jak leczenie metotreksatem, wiąże się z „osłabieniem” blizny po cięciu cesarskim. Przy wczesnym rozpoznaniu bezobjawowej CSP (jak w przedstawionym przypadku) równie skuteczną metodą terapii jest zabieg laparoskopowy, ale wykonany przez zespół doświadczonych lekarzy.

Wnioski

Wczesna diagnostyka i szybkie wdrożenie odpowiedniego leczenia dają szansę na pełen sukces terapeutyczny i zachowanie płodności u pacjentki z CSP. Laparotomia umożliwia całkowite usunięcie jaja płodowego oraz naprawę defektu ściany macicy. Takie postępowanie, jak donoszą inni autorzy, podobnie jak zabiegi laparoskopowe, skutecznie zapobiega rozejściu się blizny w następnej ciąży.

Piśmiennictwo

1. Ash A, Smith A, Maxwell D. Caesarean scar pregnancy. *BJOG* 2007; 114: 253–263.
2. Weimin W, Wenqing L. Effect of early pregnancy on a previous lower segment cesarean section scar. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 77: 201–207.
3. Seow KM, Cheng WC, Chuang J et al. Methotrexate for cesarean scar pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer. A case report. *J Reprod Med* 2000; 45: 754–757.
4. Ebner F, Nadar H, Petrich S et al. Caesarean scar pregnancy AT 19 weeks gestation. *AJUM* 2011; 14: 31–33.
5. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfler B et al. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into a lower uterine segment cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21: 220–227.
6. Rotas MA, Haberman S, Levkur M. Caesarean scar ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 1373–1381.
7. Chueh HY, Cheng PJ, Wang CW et al. Ectopic twin pregnancy in Caesarean scar after in vitro fertilization/embryo transfer: case report. *Fertil Steril* 2008; 90: 19–21.
8. Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 57: 537–543.
9. Maymon R, Halperin R, Mendlovic S et al. Ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol* 2004; 10: 515–523.
10. Fylstra D. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2002; 57: 537–543.
11. Fadhlaoui A, Khrouf M, Khemiri K et al. Successful conservative treatment of a cesarean scar pregnancy with systemically administered methotrexate and subsequent dilatation and curettage: a case report. *Case Rep Obstet Gynecol* 2012; 2012: 248564.
12. Masegowa J, Ichizuha K, Matsuoka R et al. Limitations of conservative treatment for repeat cesarean scar pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 3: 310–311.

Adres do korespondencji:

Piotr Niziurski
Oddział Ginekologiczno-Położniczy
Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach
ul. Grunwaldzka 45, 25-736 Kielce
tel. +48 41 367 13 24, faks: +48 41 345 06 23
e-mail: pini1960@interia.pl