CASE REPORT

Ectopic Pregnancy at the Site of Previous Cesarean Section: A Case Report

Roghayeh Rahmanii[1],
Atefeh Talayi Bajestani[2]

[1] Assistant Professor, Department of Midwifery, Medicine Faculty, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
[2] MSc in Midwifery, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

(Received May 4, 2018 ; Accepted November 5, 2018)

Abstract

Pregnancy at the site of cesarean section is an uncommon form of ectopic pregnancy which is associated with delayed diagnosis and late treatment may cause maternal mortality. This paper reports an ectopic pregnancy on the site of an earlier cesarean section. The patient is a 33-year-old woman with history of a normal delivery and a cesarean section and a uterine curettage in the past year who complained of unintentional uterine bleeding despite consistent use of combined contraceptive pills. Last menstrual period was 12 Sep 2017 and the patient reported abnormal uterine bleeding. In pregnancy tests, and after ultrasound for pregnancy, a uterine cavity without a pregnancy sack was observed. To make the final diagnosis, transvaginal ultrasonography was applied which proved ectopic pregnancy with fetal heartbeat at six weeks and two days. The patient was then referred to a clinic and pregnancy termination was started by injection of potassium chloride into the embryo and the mother received Methotrexate. The history of cesarean section and curettage can cause ectopic pregnancy. So, in the case of abnormal uterine bleeding, despite the use of contraceptive pills, pregnancy examinations should be done to avoid further complications. According to this study, administration of potassium chloride into the embryo and Methotrexate to the mother is an appropriate method in terminating ectopic pregnancy at the site of a previous cesarean section.

Keywords: ectopic pregnancy, Cesarean section, methotrexate, potassium chloride

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29(176): 208-215 (Persian).

* **Corresponding Author: Atefeh Talayi Bajestani -** Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran (E-mail: zfotoukian@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-05-25]

گزارش مورد

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و نهم شماره ۱۷۶ شهریور سال ۱۳۹۸ (۲۱۶-۲۰۸)

حاملگی نابجا در محل اسکار سزارین قبلی : گزارش یک مورد نادر

رقیه رحمانی بیلندی[۱]
عاطفه طلائی بجستانی[۲]

چکیده

حاملگی در محل اسکار سزارین، فرم ناشایعی از حاملگی خارج رحمی است، که تاخیر در تشخیص و درمان آن با مرگ مادری همراه است. هدف از این مطالعه گزارش یک مورد حاملگی خارج رحمی در محل اسکار سزارین قبلی بود. بیمار خانمی۳۳ ساله با سابقه یک زایمان طبیعی و یک بار سزارین قبلی و کورتاژ رحمی در یک سال اخیر است که با شکایت از خونریزی نامرتب رحمی، علی رغم استفاده منظم از قرص‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری، مراجعه کرده بود. اولین روز آخرین قاعدگی وی ۹۶/۶/۲۱ بود که بعد از آن دچار خونریزی نامرتب رحمی شده بود. در آزمایشات درخواستی، بارداری تایید و پس از درخواست سونوگرافی بارداری، حفره رحم فاقد ساک بارداری رویت شد. جهت تشخیص نهایی، سونوگرافی ترانس واژینال درخواست شد که نتیجه آن به نفع حاملگی در محل اسکار سزارین با سن ۶ هفته و ۲ روز، همراه با وجود جنین با ضربان قلب بود. مادر جهت ختم بارداری، به مراکز تخصصی ارجاع و پس از بستری، ابتدا با تزریق کلرید پتاسیم به جنین، ضربان قلب جنین متوقف و جهت ختم بارداری، متوترکسات به مادر تزریق شد. نتیجه این مطالعه بر آن بود که در صورت وجود خونریزی نامرتب رحمی در حضور مصرف منظم قرص‌های جلوگیری از بارداری، باید وجود بارداری مورد بررسی قرار گیرد و در صورت وجود جنین با ضربان قلب نرمال در محل اسکار سزارین، ابتدا ضربان قلب جنین متوقف و در نهایت جهت ختم حاملگی نابجا، متوترکسات تجویز نمود.

واژه های کلیدی: بارداری خارج رحمی، اسکار سزارین، متوترکسات، کلرید پتاسیم

مقدمه

بارداری خارج رحمی به جایگزینی تخمک لقاح یافته در هر بافت دیگری به جز آندومتر پوشاننده حفره رحم گفته می‌شود(۱)، که با شیوع ۱ تا ۲ درصد اتفاق می‌افتد(۲). این اختلال بارداری، مهم‌ترین عامل مرگ و میر مادر در سه ماهه اول بارداری(۳) و مسئول ۱۰ درصد مرگ‌های مرتبط با بارداری است(۵-۴). تظاهرات بالینی حاملگی خارج رحمی در دهه اخیر تغییر یافته است و به محل لانه گزینی جنین بستگی دارد(۶). بیش از ۹۵ درصد بارداری‌های خارج رحمی در لوله رحم و ۵درصد دیگر در مکان‌های ناشایع مانند تخمدان، دهانه رحم، شکم و اسکار سزارین قبلی روی می‌دهد(۵). مهم‌ترین امر در ارتباط با این اختلال بارداری، تشخیص سریع آن است که نقش اساسی در کاهش مرگ و میر مادران دارد(۷). در حال حاضر بارداری خارج رحمی، یک حالت بالقوه تهدید کننده برای حیات است(۸). اولین مورد حاملگی خارج رحمی درمحل اسکار سزارین توسط Larsen و

مولف مسئول: عاطفه طلائی– خراسان رضوی: گناباد، جاده آسیایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، دانشکده پزشکی E-mail:oghaiehrahmany@yahoo.com
۱. استادیار، گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی،گناباد، گناباد، ایران
۲. کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی،گناباد، گناباد، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۷/۲/۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۷/۲/۱۱ تاریخ تصویب : ۱۳۹۸/۸/۱۴

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-05-25]

همکاران(۱۹۷۸) معرفی شد(۹). حاملگی خارج رحمی در محل اسکار سزارین قبلی یک مورد در ۲۰۰۰ مورد حاملگی است(۱۰). تئوری‌های مختلفی در مورد علت حاملگی در محل اسکار سزارین مطرح شده است. یکی از این تئوری‌ها، کاشت و مهاجرت سلول‌های رویان از طریق نقصان گوه‌ای شکل یا فیستولی میکروسکوپیک در محل اسکار سزارین ونفوذ سلول‌های رویان به میومتر محل اسکار سزارین است(۱۱). در یک مطالعه علت بروز این اختلال را تغییرات آندومتر رحم درمحل اسکار سزارین که به صورت کاهش واسکولاریزاسیون و کاهش تعداد لکوسیت‌های محل اسکار نسبت به افراد غیرسزارینی است، بیان نمودند(۱۲). نحوه گسترش ساک حاملگی در محل اسکار سزارین معمولاً به سمت آندومتر و حفره رحمی و یا به سمت میومتر وسروز است(۱۳). علائم شایع حاملگی خارج رحمی در محل اسکار سزارین شامل خونریزی واژینال با یا بدون درد، شوک هموراژیک و پارگی رحم است(۱۴). همچنین از سایر علائم آن می‌توان به درد نیمه تحتانی شکم و سوزش ادرار اشاره کرد(۱۵). در حال حاضر شایع‌ترین علائم بیماران مبتلا به این اختلال، خونریزی واژینال ودرد شکم به دنبال قطع قاعدگی است(۱۶). حاملگی خارج رحمی در محل اسکار سزارین قبلی باعث می‌شود که میومتر نازک سگمان تحتانی رحم دچار پارگی شده و خونریزی شدید وکوآگولوپاتی رخ دهد، که می‌تواند منجر به شوک هایپوولمی، عوارض بعدی و حتی مرگ مادر شود یا این‌که منجر به هیسترکتومی می‌شود که باروری مادر را غیر ممکن می‌سازد(۱۷). در این مطالعه گزارش موردی، بیماری که با شکایت از خونریزی نامنظم رحمی، علی‌رغم مصرف منظم قرص‌های ترکیبی جلوگیری از بارداری و سابقه سزارین مراجعه نموده بود، معرفی می‌شود که پس از انجام اقدامات تشخیصی، بارداری نابجا در اسکار سزارین در مورد وی تایید شد.

معرفی بیمار

بیمار خانمی۳۳ ساله با سابقه یک زایمان طبیعی در بارداری اول و کورتاژ جهت سقط درمانی جنین فاقد ضربان قلب در بارداری دوم و یک بار سزارین قبلی در بارداری سوم و کورتاژ در یک سال گذشته به علت سقط جنین فاقد ضربان قلب جنین است. اولین روز آخرین قاعدگی وی ۹۶/۶/۲۱ بود که بعد از آن دچار خونریزی نامرتب رحمی شده بود و به دلیل خونریزی‌های نامرتب رحمی (به صورت یک هفته پاکی ویک هفته خونریزی) و تهوع و استفراغ (علی‌رغم استفاده صحیح و منظم از قرص‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری) در تاریخ ۹۶/۸/۱۵ به پزشک مراجعه نموده بود. خانم بعد از کورتاژ جهت سقط جنین فاقد ضربان قلب جنین، قرص ضد بارداری را از نه ماه قبل شروع و به طور منظم مصرف کرده بود. طبق نظر متخصص زنان آزمایشات پرولاکتین، TSH وتیتر BHCG درخواست گردید. آزمایش سطح BHCG (۸۴۲/۸۰)گزارش شد. جهت بیمار بعد از مثبت شدن تیترBHCG، سونوگرافی رحم وضمائم هفت روز بعد در خواست شد که در سونوگرافی ساک حاملگی رویت نشد. هشت روز بعد از اولین آزمایش بارداری، دوباره تیتر BHCG تکرار شد که تیتر BHCG مثبت (۵۸۷۴) بود. پنج روز بعد از انجام اولین سونوگرافی، سونوگرافی ترانس واژینال درخواست شد که طبق سونوگرافی انجام شده تصویر یک ساک حاملگی حاوی فتال پل و دارای ضربان قلب با سن حاملگی ۶ هفته و ۲ روز در سگمان تحتانی کاویته رحم و مجاورت با محل اسکار سزارین مشاهده شد که بیش‌تر مطرح‌کننده حاملگی در محل اسکار سزارین بود. بنابراین در تاریخ ۹۶/۹/۱ سونوگرافی ترانس واژینال، برای تایید حاملگی در محل اسکار سزارین درخواست گردید که طبق سونوگرافی ترانس واژینال انجام شده تصویر یک ساک حاملگی با حدود نسبتا منظم در محل اسکار سزارین مشاهده شد، به طوری‌که ضخامت میومتر در قدام به ساک حاملگی فوق در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-05-25]

حدود۳/۵ میلی‌متر وضخامت میومتر خلف به ساک حاملگی در حدود۱۶ میلی‌متر اندازه‌گیری شد.

مادر باردار بعد از انجام سونوگرافی ترانس واژینال به نفع حاملگی در محل اسکار سزارین قبلی و احتمال چسبندگی جفت، به مرکز تخصصی ارجاع داده شد. در تاریخ ۹۶/۹/۴ بیمار در مرکز تخصصی پذیرش و در تاریخ ۹۶/۹/۷ جهت درمان بیمار به دنبال بی‌حسی موضعی تحت گاید سونوگرافی با استفاده از سوزن شیبا و کواگزیال شماره ۲۰ مقدار ۲ سی‌سی کلرید پتاسیم با غلظت ۵۰ میلی‌اکی والان درون توراکس جنین تزریق شد. در بررسی سونوگرافیک ۱۰ دقیقه بعد ضربان قلب جنین قطع گردید. بیمار دو دوز متوترکسات به روش عضلانی در تاریخ۹/۷ /۹۶ و ۹۶/۹/۱۰ دریافت کرد که هر دوز ۵۰ میلی‌گرم به ازای هر متر مربع بود و در نهایت بیمار در تاریخ ۹۶/۹/۱۲ تحت بیهوشی عمومی قرار گرفت و لبه سرویکس با تناکولوم گرفته شد و تحت گاید سونوگرافی با پنس جفت، محتویات رحم تخلیه شد. بعد از عمل جراحی BHCG در چند نوبت دیگر شامل دو روز بعد و چهار روز بعد چک شد، که به ترتیب ۲۴۶۰۰ و ۶۷۰۰ بود که روند نزولی داشت. یک هفته بعد که بیمار جهت فالواپ مراجعه نمود مجدداً BHCG و سونوگرافی رحم درخواست شد که BHCG روند نزولی داشت و طبق سونوگرافی انجام شده در جایگاه ساک حاملگی قبلی، تصویر یک ناحیه هتروژن به قطر حدود ۳۵ میلی‌متر در داخل یا مجاور حفره آندومتر سگمان تحتانی رحم مشاهده شد، که مطرح‌کننده هماتوم یا رزیدوی حاملگی بود ودر بررسی داپلر به عمل آمده از آن جریان خون واضحی در داخل ضایعه رویت نشد (تصویر شماره ۱). ضخامت میومتر در قدام به ضایعه فوق در حدود ۴ میلی‌متر اندازه‌گیری شد. دوباره در تاریخ۹۶/۱۰/۱۳ سونوگرافی ترانس واژینال رحم وضمائم جهت بررسی رفع هماتوم یا رزیدوی حاملگی صورت گرفت، که در سونوگرافی انجام شده در جایگاه ساک حاملگی قبلی (محل اسکار سزارین)، یک ناحیه هتروژن به قطر ۳۳ میلی متر در داخل یا مجاورت حفره آندومتر سگمان تحتانی رحم مشاهده شد، که مطرح‌کننده هماتوم یا رزیدوی حاملگی بود. در بررسی داپلر به عمل آمده یک ضایعه فاقد ضربان و ضخامت میومتر در قدام به ضایعه فوق در حدود ۴ میلی‌متر گزارش شد. BHCG بیمار طی فالوآپ در تاریخ ۹۶/۱۱/۱۳ و ۹۶/۱۲/۲۰، ۵۷ و۱۴ بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: اقدامات پاراکلینیک درخواست شده و نتایج آن

تاریخ انجام	اقدام پاراکلینیکی	نتایج
۱۵/۸	درخواست BhcG	۸۴۲/۸۰
۲۲/۸	سونوگرافی شکمی	رحم فاقد سالک بارداری
۲۳/۸	درخواست BhcG	۵۸۷۴
۲۷/۸	سونوگرافی واژینال	ساک بارداری داری فتال پل جنینی همراه با ضربان قلب مشخص در مجاورت اسکار سزارین
۱/۹	سونوگرافی داپلر و واژینال	ساک بارداری در محل اسکار سزارین
۴/۹	پذیرش در بیمارستان	–
۷/۹	تزریق متوتروکسات	تزریق کلرید پتاسیم به جنین و تزریق اولین دوز متوتروکسات
۱۰/۹	تزریق مجدد متوتروکسات	
۱۲/۹	کورتاژ و تخلیه محتویات رحم	
۱۲/۹	درخواست BhcG	۲۴۶۰۰
۱۴/۹	درخواست BhcG	۶۷۰۰
۱۶/۹	درخواست BhcG	۴۸۱۰
۲۶/۹	درخواست BhcG	۳۶۴۰
۱۳/۱۰	درخواست BhcG	سونوگرافی و تشخیص احتمال هماتوم یا رزیدوی بارداری
۲۲/۱۰	درخواست BhcG	سونوگرافی داپلر و تایید تشخیص هماتوم در حال دفع
۱۳/۱۱	درخواست BhcG	۵۷
۲۰/۱۲	درخواست BhcG	۱۴

بحث

در مطالعه حاضر بارداری خارج رحمی در محل اسکار سزارین در خانمی بروز کرد که یک بار سابقه سزارین و سابقه کورتاژ به دنبال سقط نیز داشته است. هم راستا با مورد گزارش شده، Ben- Nagi نیز علت بارداری در محل اسکار سزارین را تغییرات اندومتر در محل اسکار دیواره رحم بیان نمود (۱۲) همچنین Mahgoub و همکاران نیز در مطالعه خود به گزارش موردی پرداختند که بارداری در محل اسکار سزارین بدنبال سابقه سزارین و کورتاژ رحمی بروز کرده بود(۱۶). در حال حاضر تئوری‌های مختلفی جهت بروز این مساله مطرح شده است اما بهترین تئوری در حال حاضر، پیشرفت بلاستوسیت به سمت سطح سروزی است که باحمله به میومتر این عمل را انجام می‌دهد و محل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-05-25]

حمله همان بخش آسیب دیده رحم مانند زخم سزارین است(۱۳) و این تئوری می‌تواند به عنوان عامل ایجادکننده در گزارش مورد مطالعه ما نیز مطرح شود، زیرا خانم گزارش شده در مطالعه حاضر علاوه برسابقه سزارین، سابقه کورتاژ نیز داشته است، که همین امر می‌تواند تغییرات بافت اندومتر را به همراه داشته باشد.

تصویر شماره ۱: سونوگرافی ترانس واژینال و رویت جنین با ضربان قلب در محل اسکار سزارین قبلی

Deepika و همکاران بیان نمودند، جهت تشخیص بارداری نابجا در محل اسکار سزارین علامت شایع بالینی حاملگی خارج رحمی، شامل خونریزی و درد وجود ندارد (۱۴) اما در گزارش مورد حاضر، بیمار با شکایت از خونریزی نامنظم رحمی مراجعه نمود که مشابه با علائم اولیه تشخیصی در مطالعه گزارش شده توسط جلیلی و همکاران است(۱۵). همچنین Mahgoub و همکاران نیز در مطالعه خود بیان نمودند، خانم مبتلا به بارداری نابجا در محل اسکار سزارین دچار خونریزی رحمی قبل از تشخیص بود(۱۶) هر چند خونریزی بیمار در مطالعه حاضر می‌تواند، به علت مصرف قرص‌های جلوگیری از بارداری و اثرات آن بر ضخامت اندومتر باشد.به طور کلی تشخیص اولیه این نوع بارداری نابجا نیازمند ظن بالینی قوی است و اولین اقدام درخواست آزمایش بارداری است که در مطالعه حاضر و تمامی گزارش موردهای منتشر شده به عنوان اولین اقدام تشخیصی بیان شده است. سپس درخواست سونوگرافی‌شکمی و واژینال و داپلر حائز اهمیت است. که در مطالعه حاضر نیز پس از مثبت شدن آزمایش بارداری علی‌رغم استفاده مادر از قرص‌های جلوگیری از بارداری سونوگرافی شکمی درخواست شد که به علت پایین بودن سن بارداری، سونوگرافی قادر به تشخیص ساک بارداری نبود. در سونوگرافی واژینال درخواستی ساک بارداری در محل اسکار سزارین و دارای ضربان قلب جنینی تشخیص داده شد که بیش‌تر به سمت قدام گسترش داشت. در اکثر مطالعات گزارش مورد جهت تشخیص از آزمایش بارداری و سونوگرافی بهره برده شده است(۱۷) اما در مطالعه انجام شده توسط Deepika و همکاران از MRI جهت تشخیص دقیق محل ساک بارداری استفاده شد، علت استفاده از MRI جهت تشخیص افتراقی بین بارداری نابجا در محل اسکار سزارین و سرویکس است که در مقایسه با سونوگرافی نتایج قابل قبول‌تری را ارائه می‌دهد(۱۴). در حال حاضر، روش تشخیص استاندارد شامل عدم وجود شواهد حاملگی داخل حفره رحم، عدم وجود ساک حاملگی در کانال سرویکس، رشد وتکامل ساک حاملگی در دیواره قدامی تحتانی رحم ونقص در بافت میومتر بین ساک حاملگی ودیواره مثانه است(۱۸). از این رو برای تشخیص حاملگی خارج رحمی داشتن ظن قوی بالینی به این بیماری در بیماران با سابقه سزارین و سایر جراحی‌های رحمی بسیار حائز اهمیت است. گرفتن شرح حال دقیق، معاینه کامل وانجام سونوگرافی با کیفیت بالا توسط فردی با تجربه ضروری است. در سونوگرافی انجام شده در گزارش مورد Aich و همکارن، مشخص شد، که حفره رحم خالی است و ساک بارداری در بخش قدامی تحتانی رحم دیده می‌شود که معمولا به سمت مثانه برآمدگی دارد(۱۹). در مورد گزارش شده اخیر نیز سونوگرافی واژینال احتمال

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-05-25]

حاملگی خارج رحمی در اسکار سزارین همراه با جنینی با ضربان قلب مشخص، تایید نمود که به سمت حفره رحم امتداد ندارد. درمان این مورد از بارداری نابجا بر اساس یافته‌های مطالعات به نوع بارداری نابجا در محل اسکار بستگی دارد. در نوع اول بعد از کاشت محصول بارداری بر روی اسکار رحم، ساک بارداری به سمت حفره رحم امتداد دارد. معمولا در این نوع بارداری جنین طی زایمان زودرس یا ترم متولد می شود اما میزان خونریزی مادر بعد از زایمان بسیار خطرناک و تهدید کننده حیات است در نوع دوم که محصول بارداری لانه گزینی شده بر روی اسکار ، به سمت سروزی گسترش می یابد در صورت ادامه بارداری در سه ماهه اول منجر به پارگی رحم می شود(۲۰). تشخیص دقیق این دو نوع بارداری نابجا در محل اسکار سزارین بسیار ارزشمند است، بالاخص در مواردی که بارداری به دنبال درمان ناباروری رخ داده باشد. زیرا نوع اول آن می‌تواند منجر به تولد جنین سالمی شود(۲۱) و نوع دوم آن در صورت تاخیر در تشخیص منجر به پارگی رحم و مرگ مادر به دنبال خونریزی گردد. بنابراین استفاده از سونوگرافی واژینال دقیق و MRI می‌تواند در تشخیص نهایی کمک کننده باشد. هر چند در تعدای از مطالعات استفاده از سونوگرافی واژینال همراه با جریان داپلر جهت تشخیص دقیق تایید شده است(۱۷) به‌طوری‌که حتی قادر است، بارداری نابجا در محل اسکار را از سرویکس تشخیص دهد. معیارهای تشخیص گزارش شده در سونوگرافی عبارتند از یک کیسه بارداری بین دیواره مثانه و قسمت ساعد قدامی رحم، هیچ بافت تروفوبلاستی در حفره رحم و کانال سرویکس مشاهده نمی‌شود و جریان خون دایره‌ای به وضوح اطراف کیسه رویت می‌شود(۱۳). در گزارش مورد حاضر بر اساس یافته‌های سونوگرافی واژینال داپلر،گسترش ساک بارداری به داخل حفره رحم دیده نشد، به همین علت جهت درمان فوری، مادر به مرکز تخصصی ارجاع و پس از بستری مادر و متوقف نمودن ضربان قلب جنین، مادر تحت درمان قرار گرفت.

درمان این نوع بارداری نابجا، طبی یا جراحی است، درمان طبی به صورت محافظه کارانه با تجویزسیستمیک متوتروکسات انجام می گیرد که معمولا همراه با آن از آسپیراسیون سوزنی جهت تخلیه محتویات رحم نیز استفاده می‌شود،که گاهی اوقات با خونریزی شدید رحم همراه می‌شود و نیازمند آمبولیزاسیون عروق دو طرفه رحم است(۲۲). که در مطالعه حاضر با در نظر گرفتن وضعیت نرمال مادر از روش ترکیبی متوترکسات وتخلیه استفاده شد و مادر دچار خونریزی شدید نشد. در روش جراحی با استفاده از لاپاراتومی توده بارداری برداشته می‌شود و همزمان زخم هم بازسازی شده و خطر عود کاهش می‌یابد و دوره پیگیری بیمار هم نسبت به روش طبی‌کوتاه‌تراست و در مواردی که روش طبی با استفاده از متوترکسات اثربخش نباشد به عنوان روش تکمیلی نیزکاربرد دارد(۲۲).

به طور کلی عوامل موثر در انتخاب روش درمانی شامل سن حاملگی، تمایل به باروری بعدی و امکانات موجود است وگزینه‌های درمانی شامل درمان طبی ویا جراحی لاپاراسکوپی، لاپاراتومی، آمبولیزاسیون شریان رحمی، تزریق کلرید پتاسیم و متوترکسات داخل ساک حاملگی است(۲۳). بیماران قبل از شروع درمان در مورد مزایا و خطرات هر رو روش تحت مشاوره تخصصی قرار می‌گیرند(۲۴). در اکثر گزارش موردهای منتشر شده از متوترکسات، همانند مطالعه حاضراستفاده شده است. برای اولین بار در سال ۱۹۸۲ جهت درمان طبی حاملگی خارج رحمی از متوترکسات که یک آنالوگ اسید فولیک است استفاده شد(۲۵). محدودیت هایی در استفاده از متوترکسات وجود دارد ،از جمله حاملگی خارج رحمی پاره نشده، سن حاملگی پایین، قطر ساک حاملگی کم‌تر از ۴/۵سانتی‌متر، سطح سرمی BHCG کم‌تر از ۵۰۰۰IU/L وکنترا اندیکاسیون طبی نظیر درد شدید شکمی، CBC غیر طبیعی و بیماری فعال کبدی وکلیوی(۲۴). میزان تحلیل BHCG به طور متوسط ۸۷ درصد در متوترکسات ۹۱ درصد در روش سالپنگوستومی اعلام شده است(۲۶). میزان عوارض در درمان با

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-05-25]

متوترکسات، به طور متوسط ۷ درصد ومیزان عوارض بعد از لاپاراسکوپی به طورمتوسط ۹ درصد گزارش شده است(۲۷). در نهایت انتخاب روش جراحی یا درمان طبی بستگی به تجربه پزشک،علاقه بیمار و درک او از خطرات و فواید هر دو روش دارد(۲۴). در مورد گزارش شده حاضر با تشخیص به موقع و اقدمات درمانی تخصصی و به موقع بدون نیاز به جراحی ختم بارداری انجام و سلامت کامل مادر حفظ گردید.

این گزارش یک مورد حاملگی نابجا در محل اسکار سزارین قبلی در خانمی است که با حال عمومی خوب و با شکایت از خونریزی نامرتب رحمی باسابقه مصرف مرتب قرص‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری مراجعه نموده بود. در ابتدا آزمایش BHCG چک شد و به دنبال مثبت شدن تیتر BHCG سونوگرافی ترانس واژینال جهت تایید حاملگی خارج رحمی انجام شد و به دنبال تایید حاملگی خارج رحمی در محل اسکار سزارین و احتمال چسبندگی جفت تحت سقط درمانی با کلرید پتاسیم و متوترکسات قرار گرفت.بنابراین توصیه می‌شود در خانم‌ها با سابقه سزارین قبلی حتی با داشتن روش پیشگیری از بارداری اگر عوارضی مانند خونریزی نامرتب رویت شد، تیترBHCG درخواست شود و در صورت مثبت شدن تیتر BHCG، سونوگرافی ترانس واژینال نیز جهت تایید یا رد حاملگی خارج رحمی در محل اسکار سزارین قبلی انجام گیرد. تشخیص این امر نیازمند ظن بالینی متخصص مربوطه است و درمان آنی ترکیبی از روش‌های طبی و جراحی است که کم‌ترین عارضه را برای مادر و سلامت باروری وی داشته باشد.

سپاسگزاری

از مادر محترمی که صبورانه اطلاعات خود را در اختیار ما گذاشت، متشکریم. همچنین نویسندگان برخود لازم می دانند از واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی پژوهشی و درمانی بیمارستان علامه بهلول دانشگاه علوم پزشکی گناباد تقدیر و تشکر نمایند.

References

1. Rezavand N, Madani H, Abedini M, Mohammadi N. A case study of heterotype. J of Kermanshah Univ Med Sci 2007; 10(1): 90-96 (Persian).
2. Akterry E, Bios S, Sohrab Vand F. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy from medical history point of view. J of Medical History Quarterly 2016; 7(23): 17-10.
3. Nankilly AD, Najafi F, Saidi S. Investigating the relationship between risk factors and ectopic pregnancy. J Kermanshah Univ Med Sci 2010; 14(2): 176-170 (Persian).
4. Sakhavar N, Mirteimoory M. A case report: Intestinal obstruction in Laparatomy with diagnosis of ectopic pregnancy. ZJRMS 2007; 8(1): 9-15.
5. Rahbar N, Qazvini F. Ovarian pregnancy in a patient with two previous ectopic pregnancies. 2007; 97-100.
6. Keypour F, Naghi I. Ectopic pregnancy after two times tubal ligation: a case report. Tehran Univ Med 2013; 71(3): 203-207.
7. Cignini P, Giorlandino M, Caserta L, Dominici L, Giorlandino C. The importance of early diagnosis in cesarean scar pregnancy. J Prenat Med 2007; 1(2): 29-31.
8. Beige Sh. Report of a Case of Primary Abdominal Pregnancy. JSSU 2002; 13(5): 80-85 (Persian).
9. Larsen JV, Solomon MH. Pregnancy in a uterine scar sacculus an unusual cause of postabortal haemorrhage: A case report. S Afr Med J 1978; 53(4): 142-143.
10. Rotas MA, Habermans S, Levgur M. Cesarean scar pregnancies: Etiology, diagnosis and management. Obstet Gynecol 2006; 107(6): 1373-1375.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-05-25]

11. Marchiole P, Gorlero F, de Caro G, Podesta M, Valenzano M. Intramural pregnancy embedd in a previous cesarean section scar treated conservatirely. Ultrasound obstet Gynecol. 2004; 23(3): 307-309.
12. Ben- Nagi J, Walker A, Jurkovic D, Yazbek J, Aplin JD. Effect of cesarean delivery on the endometrium. In J Gynaecol Obstet. 2009; 106(1): 30-34.
13. Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a Caesarian scar. Ultrasound Obstet Gynecol 2000; 16(3): 592-593.
14. Deepika Taru, Sonika W. A Rare Case Report of Caesarean Scar Ectopic Pregnancy. J Clin Diagn Res 2017; 11(8): QD10–QD11.
15. Jalili G, Afiyat M, Tara F, khorsand N, Javidi A. Cesarean scar pregnancy and Successful treatment: Case series. Iranian J of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2017; 20(5): 102-197.
16. Mahgoub S, Gabriele V, Faller E, Langer B, Wattiez A, Lecointre L, Akladios C. Cesarean Scar Ectopic Pregnancy: Laparoscopic Resection and Total Scar Dehiscence Repair. J Minim Invasive Gynecol 2018; 25(2): 297-298.
17. Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, Schneider D, Vaknin Z, Herman A. Ectopic pregnancies in Caesarean section scars: the 8 year experience of one medical centre. Hum Reprod 2004; 19(2): 278-284.
18. Sugawara J, Senoo M, Chisaka H, Yaegashi N, Okamura K. Successful conservative treatment of a cesarean scar pregnancy with uterine artery embolization. Tohoku J Exp Med 2005; 206(3): 261-265.
19. Aich R, Solanki N, Kakadiya K, Bansal A, Joshi M, Nawale A. Ectopic Pregnancy in caesarean section scar: A case report. Radiol Case Rep 2015; 10(4): 68-71.
20. Ravhon A, Ben-Chetrit A, Rabinowitz R, Neuman M, Beller U. Successful methotrexate treatment of a viable pregnancy within a thin uterine scar. Br J Obstet Gynecol 1997; 104(5): 628-629.
21. Ahmadi F, Moinian D, Pooransari P, Rashidi Z, Haghighi H. Ectopic pregnancy within a cesarean scar resulting in live birth: A case report. Arch Iran Med 2013; 16(11): 679-682.
22. Pirtea L , Balint O , Secosan C , Grigoras D , Ilina R.Laparoscopic Resection of Cesarean Scar Ectopic Pregnancy after Unsuccessful Systemic Methotrexate Treatment. J Minim Invasive Gynecol 2019; 26(3): 399-400.
23. Fadhlaoui A, Khrouf M, Khemiri K, Noura K, Chaker A, Zhioua F. Successful conservtive treatment of a cesarean scar peegnancy with systemically administered methotrexate and subsequent dilatation and curettage: a case report. Case Rep obestet Gynecol 2012; 248564.
24. Aflatoonian A. The effect of methotrexate on the treatment of untreated ectopic pregnancy. J Ardabil Univ Med Sci 2004; 2(8): 19-13.
25. Damario MA, Rock JA. Ectopic pregnancy. In: Rok JA, Jones HW, editors. Te lindes operative cyecology. 9th ed. New York: Lippincott; 2003. p. 507.
26. Moriock RJ, Lafta JE, Eisenstion D. Cost-effectiveness of single-dose methotrexate compared with Laparascopic treatment of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 2000; 95(3): 407-412.
27. Lecuru F, Robin F, Bernard JP, Maizan de Malartic C, Mac-Cordict C, et al. Single-dose methotrexate for unruptured ectopic pregnancy. Int J Gynecol obstet 1998; 61(3): 253-259.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-05-25]