

Ciąża w bliźnie po cięciu cesarskim

Paweł Piekarski

DEFINICJA

Ciąża w bliźnie po cięciu cesarskim (CSP – cesarean scar pregnancy) to ciąża całkowita lub częściowo zlokalizowana w obrębie blizny macicy po uprzednio przeżytym cięciu cesarskim, rozpoznana w I trymestrze ciąży.

Jest to rzadka, potencjalnie niebezpieczna postać ciąży pozamacicznej, charakteryzująca się wysokim ryzykiem krwawień i krwotoków na każdym etapie oraz nieprawidłową implantacją łożyska.

EPIDEMIOLOGIA

CSP opisano po raz pierwszy w 1978 r. Od drugiej połowy lat 90. XX w. – wraz ze wzrostem odsetka cięć cesarskich i rozpowszechnieniem ultrasonografii przezpochwowej – rozpoznaje się coraz więcej ciąż tego rodzaju. Obecnie szacuje się, że ciąża w bliźnie występuje u kobiet po przeżytym cięciu cesarskim z częstością od 1:800 do 1:2500.

CZYNNIKI RYZYKA

Najważniejszym czynnikiem ryzyka wystąpienia ciąży w bliźnie po cięciu cesarskim są przebyte cięcia cesarskie – przy czym prawdopodobnie najbardziej narażone są kobiety, u których występują ubytki myometrium w miejscu nacięcia (defekt blizny po cięciu cesarskim – uterine scar defect).

Występowaniu ciąży w bliźnie po cięciu cesarskim sprzyjają również:

- przebyte operacje macicy
- wyłyżczkowania
- przebyte ciążę pozamaciczne
- zapłodnienie pozaustrojowe
- łożysko przodujące w wywiadzie.

OBRAZ KLINICZNY

Najczęstsze objawy kliniczne ciąży w bliźnie po cięciu cesarskim to:

- krwawienie z dróg rodnych o różnym nasileniu od plamienia do krwotoku
- bóle podbrzusza.

ROZPOZNANIE

Rozpoznanie ciąży w bliźnie po cięciu cesarskim ustala się na podstawie badania USG po spełnieniu następujących kryteriów:

- brak ciąży w górnej części jamy macicy
- brak ciąży w szyjce macicy
- cienka warstwa lub brak myometrium pomiędzy pęcherzykiem ciążowym a pęcherzem moczowym

- pęcherzyk ciążyowy lub trofoblast w całości lub części widoczny w miejscu odpowiadającym bliźnie po cięciu cesarskim
- widoczny łożyskowy przepływ krwi w badaniu dopplerowskim.

PRZEBIEG CIĄŻY

W naturalnym przebiegu ciąży w bliźnie po cięciu cesarskim może zakończyć się na każdym etapie (do ciąży donoszonej włącznie), z towarzyszącym temu krwawieniem (od plamienia do zagrażającego życiu krwotoku):

- 20% ciąży samoistnie obumiera w I trymestrze
- ok. 1/5 ciąży żywych wymaga ukończenia ciąży przed 32 t.c.
- ok. 1/3 ciąży żywych jest kończona planowym cięciem cesarskim od 37 t.c.

Wszystkie kobiety, które nie zdecydują się na terminację ciąży w bliźnie po cięciu cesarskim w I trymestrze, obarczone są wysokim (wg niektórych autorów sięgającym 100%) ryzykiem okołoporodowego wycięcia macicy, często wraz z innymi powikłaniami. Wynika to z faktu, że w miarę trwania ciąży w bliźnie po cięciu cesarskim zwiększa się ryzyko nieprawidłowej implantacji łożyska:

- wrośnięte (uważa się, że ciąża w bliźnie po cięciu cesarskim stanowi wczesną formę łożyska wrośniętego)
- przodujące (u ciężarnych z łożyskiem przodującym ryzyko łożyska wrośniętego wzrasta wraz z liczbą przebytych cięć cesarskich i np. u kobiety po 2 przebytych cięciach cesarskich wynosi 40%).

RÓŻNICOWANIE

Ciażę w bliźnie po cięciu cesarskim należy różnicować z:

- poronieniem w toku
- ciążą szyjkową.

POSTĘPOWANIE

Nie ma jednolitych standardów postępowania w przypadku ciąży w bliźnie po cięciu cesarskim. Aktualne dane nie przemawiają za postępowaniem wyczekującym.

Wybór metody leczenia zależy od:

- stanu pacjentki w przypadku nasilonego krwawienia prowadzącego do znacznej niedokrwistości i/lub wstrząsu hipowolemicznego (istnieją wskazania do ukończenia ciąży w trybie pilnym ze względu na zagrożenie życia ciężarnej)
- decyzji pacjentki co do kontynuacji lub przerwania ciąży.

Przerwanie ciąży

Ciaża w bliźnie po cięciu cesarskim (jak wszystkie ciąży pozamaciczne) jest wskazaniem do przerwania ciąży ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia matki.

Przygotowanie

Przed zabiegiem u ciężarnej z ciążą w bliźnie po cięciu cesarskim należy:

- zapewnić dostęp do żyły
- oznaczyć grupę krwi, morfologię, koagulogram, kreatyninę, jonogram
- zabezpieczyć krew (ilość krwi zależy od stanu pacjentki, wyników badań i indywidualnej oceny ryzyka krwawienia związanego z zabiegiem; wydaje się, że rozsądnym minimum jest zabezpieczenie 2 jednostek KKCz i 2 jednostek osocza)
- przygotować płyny krwiozastępcze (krystaloidy w ilości adekwatnej do stanu pacjentki, hydroksyetyloskrobia w dawce 20 ml/kg m.c./h w przypadku wstrząsu hipowolemicznego).

Przy zabiegu powinni być doświadczeni specjaliści – ginekolog i anestezjolog.

Przeprowadzenie zabiegu

Zabieg ukończenia ciąży w bliźnie po cięciu cesarskim w I trymestrze wymaga z reguły skojarzonego postępowania:

- farmakologicznego
 - mizoprostol do 800 µg dopochwowo co 3-12 h lub do 600 µg podjęzykowo co 3-12 h
 - metotreksat (50 mg/m² powierzchni ciała w schemacie jednodawkowym lub 1 mg/kg m.c. w schemacie wielodawkowym)
- chirurgicznego
 - wyłęczekowanie jamy macicy
 - histeroskopia
 - laparotomia (w przypadku histerekтомii).

Powikłania

U 40% kobiet podczas ukończenia ciąży w bliźnie po cięciu cesarskim wystąpią powikłania od zwiększonej utraty krwi do histerekтомii włącznie. Często po pierwszym wyłęczekowaniu konieczne są kolejne z powodu krwawienia z miejsca implantacji trofoblastu.

Kontynuacja ciąży

W przypadku decyzji pacjentki o kontynuacji ciąży należy pamiętać, że najbardziej narażone na powikłania są przede wszystkim te kobiety, u których w I trymestrze stwierdzono:

- całkowitą implantację trofoblastu w bliźnie po cięciu cesarskim
- i/lub przerastanie trofoblastu przez myometrium
- lakuny.

ROKOWANIE

W przypadku ukończenia ciąży w bliźnie po cięciu cesarskim w I trymestrze opisane są liczne przypadki kolejnych ciąż o prawidłowej lokalizacji, a powtórne ciążę w bliźnie po cięciu cesarskim zdarzają się rzadko.

Piśmiennictwo

1. Piekarski P, Maciejewski T, Olszewski A, et al. Cesarean scar pregnancy: diagnosis, treatment and sonohysterography follow up. A case report. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013;42, S1:173.

2. Piekarski P, Maciejewski T. Sonographic evaluation of uterine scar 4 and 12 weeks after Cesarean section. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2014;44, S1:330.
3. Piekarski P, Opuchlik K, Mikulska B, Maciejewski T. Sonographic evaluation of uterine Cesarean scar in late puerperium. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2012;44, S1:63.
4. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al.; National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2006;107:1226-32.
5. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, et al. Cesarean scar pregnancy is a precursor of morbidly adherent placenta. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2014;44:346-53.
6. Vikhareva Osser O, Valentin L. Clinical importance of appearance of cesarean hysterotomy scar at transvaginal ultrasonography in nonpregnant women. *Obstet Gynecol* 2011 Mar;117(3):525-32.
7. Zosmer N, Fuller J, Shaikh H, et al. Natural history of early first-trimester pregnancies implanted in Cesarean scars. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015 Sep;46(3):367-75. doi: 10.1002/uog.14775.