

حاملگی نابجا در محل برش سزارین قبلی: گزارش موردی از اهواز

مهین نجفیان^۱، آذر احمدزاده^{۱*}، محمد مؤمن غریبوند^۲

چکیده

زمینه و هدف: حاملگی خارج رحم در محل اسکار سزارین قبلی (PCS) یک در ۲۰۰۰ مورد از حاملگی‌ها و ۶ درصد موارد حاملگی خارج رحمی در زنانی که سابقه PCS داشته‌اند، دیده می‌شود. هدف از این مطالعه، بررسی مادران بارداری بود که با تشخیص حاملگی نابجا در محل PCS در مرکز ما بستری شده بودند. روش بررسی: طی یک مطالعه گذشته‌نگر پرونده‌های موارد حاملگی نابجا در محل برش سزارین قبلی که طی سال‌های ۸۹-۱۳۸۵ به بیمارستان رازی اهواز مراجعه کرده بودند استخراج و اطلاعات آنان اعم از یافته‌های بالینی، پاراکلینیکی یادداشت و مورد بررسی قرار گرفتند. علاوه بر تست حاملگی مثبت، تشخیص حاملگی آنان با شرح حال، علایم بالینی و سونوگرافی تأیید شد.

یافته‌ها: طی مدت ۵ سال، تعداد ۲۹۱۱۰ نوزاد به دنیا آمده بودند که ۴۴/۵ درصد آنان به طریق سزارین بود. ۳۷ درصد کل موارد سزارین (یا ۱۶/۵ درصد موالید) PCS بودند. از میان مادرانی که سابقه PCS داشتند، ۱۵ (۳۱ درصد) نفر حاملگی نابجا در محل برش PCS داشتند که از این میان، ۱۲ مورد (۸۰ درصد) بیش از یک‌بار و ۳ مورد تنها یک‌بار سابقه PCS داشتند. شایع‌ترین علایم خون-ریزی واژینال (۱۰۰ درصد)، درد شکم (۳۸ درصد)، علایم شوک هیپوولمی (۳۶ درصد) و استفراغ (۳۳ درصد) بودند.

نتیجه‌گیری: در هر زنی که در سن باروری بوده و مبتلا به خونریزی رحمی و درد شکم است، باید احتمال حاملگی از جمله حاملگی نابجا را در نظر گرفت و اگر سابقه سزارین داشته، باید بارداری در محل برش PCS را مطرح و با انجام سونوگرافی، محل حاملگی را تعیین و آنرا به‌عنوان یک فوریت جراحی تلقی کرد تا از مرگ مادر و یا خارج کردن رحم جلوگیری شود.

م ع پ ۱۳۹۰؛ ۱۰(۶): ۶۸۵-۶۹۲

کلیدواژگان: حاملگی خارج رحمی، خونریزی واژینال، درد شکم، سزارین قبلی.

۱- استادیار گروه زنان و مامایی.

۲- استادیار گروه رادیولوژی.

۱- گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران.

۲- گروه رادیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران.

* نویسنده مسئول:

آذر احمدزاده؛ گروه زنان و مامایی،

بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی

جندی شاپور اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۶۳۰۰۲۷۳۹

Email: azar.ahmadzadeh@ yahoo.com

مقدمه

سزارین قبلی است. علت ایجاد آن احتمالاً وجود مجاری میکروسکوپی در محل اسکار همراه با چسبندگی‌های میکروسکوپی است که به بلاستوسیت این امکان را می‌دهد که در عمق میومتر جایگزین شود و هم‌آنجا به رشد خود ادامه بدهد (۷).

با توجه به این‌که تاکنون مطالعه‌ای در این مورد در این منطقه صورت نگرفته، لذا برآن شدیم تا موارد بستری با این تشخیص را مورد بررسی قرار دهیم.

روش بررسی

در این بررسی ۵ ساله، تعداد کل موالید اعم از طبیعی یا سزارین، از سال ۱۳۸۵ لغایت ۱۳۸۹ در بیمارستان رازی اهواز که از مراکز آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی-شاپور اهواز است، استخراج شده و علل انجام سزارین مورد بررسی قرار گرفت، همچنین موارد حاملگی در محل اسکار سزارین قبلی جمع‌آوری و مشخصات دموگرافیک بیماران، علایم بالینی، تشخیص‌های افتراقی و قطعی مورد مطالعه قرار گرفت.

برای تشخیص حاملگی، بعد از اخذ شرح حال کامل و انجام معاینه‌های بالینی، ابتدا تست بارداری (B-HCG) به-عمل آمد. عیار BHCG، بالاتر از ۲۵ مثبت تلقی گردید، ضمناً برای تأیید بارداری و همچنین تعیین محل ساک بارداری، سونوگرافی شکمی و در صورت نیاز واژینال توسط سونولوژیست به‌عمل آمد. بیماران با تست بارداری مثبت که در سونوگرافی رحم و کانال سرویکس خالی بوده و توده در بخش قدامی سگمان تحتانی رحم دیده شد، در مطالعه قرار داده شدند.

بیمارانی که تشخیص حاملگی نابه‌جا در محل سزارین قبلی برای آنها مطرح شد، در بخش مامایی بستری شدند و مکرراً علایم حیاتی و وضعیت بالینی آنها مورد بررسی قرار می‌گرفت تا زمانی که برنامه درمانی آنها تعیین شود.

حاملگی نابه‌جا (Ectopic pregnancy: EP) حدوداً در ۲-۱ درصد حاملگی‌ها رخ می‌دهد (۱). گرچه در بیش از ۹۰ درصد موارد، این حاملگی در لوله فالوپ رخ می‌دهد، ولیکن در نواحی دیگری نظیر حفره شکم، محل اسکار سزارین (هیستروتومی)، گردن رحم و تخمدان نیز ممکن است، اتفاق بیفتد (۲). حاملگی نابه‌جا در محل اسکار سزارین قبلی در یک در ۲۰۰۰ (۰/۰۵ درصد) حاملگی‌ها و ۶ درصد مادرانی که سابقه سزارین قبلی دارند، اتفاق می‌افتد (۳). حاملگی در محل اسکار به‌وسیله میومتر و بافت هم‌بند احاطه می‌شود.

افزایش روز افزون سزارین در دنیا به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه امری است که دست‌اندرکاران بهداشت و درمان را در تمام دنیا به فکر انداخته است که راه‌کارهایی مناسب جهت کاهش آمار آن و افزایش زایمان طبیعی بیابند، متأسفانه مردم هنوز کاملاً به عوارض بالقوه و درازمدت سزارین آگاهی ندارند و عوارض دیررس سزارین، زیاد مورد مطالعه قرار نگرفته است.

یکی از عوارض بالقوه خطرناک و دیررس سزارین حاملگی نابه‌جا در محل شکاف سزارین قبلی روی رحم است که اگر به موقع تشخیص و درمان نشود، خطر پارگی رحم، خون‌ریزی غیر قابل کنترل، هیستروکتومی و حتی مرگ مادر را در پی دارد (۴ و ۵).

تعداد این بیماران اخیراً به‌دلیل افزایش آمار سزارین رو به ازدیاد است. به گزارش Ocana Juarez و همکاران از مکزیك در سال ۱۹۵۵، آمار سزارین ۴۲/۹ درصد بوده است (۴).

به‌دلیل تظاهرات بالینی متغیر، تشخیص زودرس حاملگی نابه‌جا در محل اسکار سزارین قبلی مشکل است و مطالعه-های کمی در دنیا در ارتباط با آن صورت گرفته است (۶).

این عارضه همان‌طور که ذکر شد، تأثیر زیادی بر حیات و باروری زن دارد و مهمترین عامل خطرساز آن سابقه

یافته‌ها

تعداد کل موالید (اعم از طبیعی و سزارین) ۲۹۱۶۲ نفر بودند که از آن میان، تعداد ۱۲۹۶۰ (۴۶/۵) نوزاد به روش سزارین به دنیا آمده بودند. در بین موارد سزارین در ۴۸۱۲ (۳۷ درصد) مورد، علت انجام سزارین، سزارین قبلی بود.

در مجموع طی مدت یاد شده، تعداد ۱۵ مورد حاملگی نابه‌جا در محل سزارین قبلی رخ داده بود. محدوده سنی مادران ۲۵ تا ۴۸ سال و متوسط سنی $30/1 \pm 4/1$ سال بود. سه بیمار فقط یک‌بار سزارین و ۱۲ بیمار دیگر بیش از یک‌بار سزارین شده بودند. تمامی بیماران برش عرضی روی سگمان تحتانی رحم داشتند. کمترین فاصله زمانی، نسبت به سزارین قبلی، ۸ ماه و بیشترین فاصله، ۱۱ سال و متوسط آن $5/9 \pm 3/6$ سال بود.

روش جلوگیری در ۳ مورد کاندوم، ۵ مورد طبیعی (with drawal) و پنج مورد از هیچ روش جلوگیری استفاده نمی‌کردند. دو بیمار نیز از IUD استفاده می‌کردند، که اخیراً آن‌را خارج کرده بودند، هیچ‌کدام از بیماران سابقه بیماری زمینه‌ای شناخته شده‌ای نداشتند.

تظاهرات بالینی در بیماران به صورت خونریزی واژینال در طیف مختلف (خفیف تا بسیار شدید)، درد شکم و لگن و علائم شوک بود (جدول ۱). میزان BHCG در بیماران بین 25ng/ml تا 99ng/ml بود. دفعات انجام سونوگرافی (ابدومینال و واژینال) در هر بیمار، یک تا چهار بار بود (جدول ۲).

یافته‌های سونوگرافی در بیماران شامل خالی بودن حفره رحم و کانال سرویکس، بزرگی رحم، وجود توده در قسمت

تحتانی قدامی رحم در محل اسکار قبلی با برجستگی به سمت مثانه بود.

نوع سونوگرافی اکثراً ترانس واژینال و دفعات انجام آن بین یک تا چهار دفعه بود. ضخامت میومترین ساک حاملگی و مثانه متغیر و در ۷ بیمار کمتر از ۵ میلی‌متر بود، کمترین ضخامت مشاهده شده، ۳ میلی‌متر، در یک بیمار بود. تشخیص نهایی در ۸ بیمار، قبل از عمل داده شد، ولی در ۴ مورد این بیماری جزو تشخیص‌های افتراقی بود. از نظر روش درمانی، ۱۲ مورد لاپاراتومی و ۳ مورد لاپاراسکوپي و هیستروسکوپي شدند که یک مورد از سه مورد اخیر به دلیل ادامه خونریزی شدید، مجدداً لاپاراتومی و هیستروکتومی شد. از ۱۲ مورد لاپاراتومی در ۴ مورد ترمیم محل اسکار و برداشتن محصولات حاملگی و در ۸ مورد هیستروکتومی شکمی انجام شد (جدول ۳).

در ۳ مورد، بیماران با شرایط بحرانی و با شوک هموراژیک به این مرکز اعزام شده بودند، که یکی از آنها با تشخیص سقط ناقص، تحت عمل کورتاژ قرار گرفته بود و به علت خونریزی شدید به دنبال کورتاژ با تزریق خون و مایعات وریدی به این مرکز اعزام شده بود که سریعاً لاپاراتومی شده و برای بیمار هیستروکتومی شکمی انجام شد و این بیمار جمعاً ۱۱ واحد خون و یا فرآورده‌های خونی دریافت کرد.

میزان خونریزی حین عمل در بین بیماران ۷۰۰ تا ۱۷۰۰ میلی‌لیتر متفاوت بود و در مجموع در ۹ بیمار ترانسفوزیون خون و فرآورده‌های آن ضرورت یافت.

جدول ۱: شیوع علایم بالینی در ۱۵ مورد بیمار

| نوع علایم | تعداد | درصد |
|-----------------------------|-------|------|
| خون‌ریزی واژینال | ۱۵ | ۱۰۰ |
| درد شکم با خون‌ریزی واژینال | ۱۲ | ۷۱ |
| درد شکم | ۹ | ۳۸ |
| علایم شوک هیپوولمی | ۸ | ۳۶ |
| تهوع و استفراغ | ۵ | ۳۳ |

جدول ۲: تعداد موارد انجام سونوگرافی جهت تشخیص

| | |
|------------------------------|--------|
| تشخیص با سونوگرافی بار اول | ۳ مورد |
| تشخیص با سونوگرافی بار دوم | ۵ مورد |
| تشخیص با سونوگرافی بار سوم | ۵ مورد |
| تشخیص با سونوگرافی بار چهارم | ۲ مورد |

جدول ۳: روش مختلف درمانی در ۱۵ بیمار مورد مطالعه

| انواع درمان‌های انجام شده | تعداد | درصد |
|---|-------|------|
| تعداد انجام لاپاراتومی | ۱۴ | ۹۳/۳ |
| لاپاراتومی با ترمیم رحم | ۴ | ۲۶/۶ |
| لاپاراتومی با هیستریکتومی | ۹ | ۶۰ |
| لاپاراسکوپیک هیستروسکوپی | ۲ | ۱۳/۳ |
| هیستریکتومی بعد از عمل آندوسکوپی به دلیل ادامه خون‌ریزی | ۱ | ۶/۶ |



شکل ۱: تصویر سونوگرافی ترانس واژینال، یک ساختمان حلقوی را در دیواره قدامی تحتانی رحم در محل اسکار قبلی نشان می‌دهد



شکل ۲: تصویر سونوگرافی ترانس واژینال نشان‌دهنده یک ساک بارداری حاوی کیسه زرده در محل اسکار سزارین قبلی

بحث

همان‌گونه که ذکر شد، اگر حاملگی خارج رحمی در محل اسکار سزارین قبلی تشخیص داده شود، میومتر نازک سگمان تحتانی رحم دچار پارگی شده، خون‌ریزی شدید و بعضاً غیر قابل‌کنترلی رخ می‌دهد که می‌تواند منجر به شوک هایپوولمی، عوارض بعدی و حتی مرگ مادر شود یا این‌که منجر به هیستروکتومی شود که باروری مادر را غیر ممکن می‌سازد (۷)، از این‌رو برای تشخیص آن آگاهی جراح زنان و داشتن ظن بالینی حایز اهمیت است. گرفتن شرح حال دقیق، معاینه کامل و انجام سونوگرافی با کیفیت بالا ضروری است. در سونوگرافی حفره رحم خالی است و ساک حاملگی در بخش قدامی تحتانی رحم دیده می‌شود که معمولاً به سمت مثانه برآمدگی دارد (شکل ۱ و ۲). تشخیص‌های افتراقی آن شامل حاملگی نابه‌جای سرویکس، سقط ناقص، حاملگی سرویکوایسمال و ندرتاً مول‌هیداتیفرم است (۷ و ۸).

همان‌گونه که ذکر شد، تشخیص این بیماری آسان نیست و باید ظن بالینی قوی نسبت به آن وجود داشته باشد. بهترین راه این است که سونوگرافی با کیفیت بالا و توسط فردی با تجربه انجام شود. در سال ۱۹۹۷ Godin و همکاران روش تشخیص استاندارد زیر را مطرح کردند (۹).

۱- عدم وجود شواهد حاملگی داخل حفره رحم

۲- عدم وجود ساک حاملگی در کانال سرویکس

۳- رشد و تکامل ساک در دیواره قدامی تحتانی رحم

۴- نقص در بافت میومتر بین ساک حاملگی و دیواره مثانه در سال ۱۹۹۹، Chong و همکاران تشخیص افتراقی آن با مول مهاجم و سقط ناقص را مطرح کردند (۸). برای تشخیص قطعی غیر از علایم بالینی و شرح حال، سونوگرافی با کیفیت بالا، ترانس واژینال و ترجیحاً داپلر لازم است تا بتواند توده با اکوی مختلط یا جنینی یا ساک را در سگمان تحتانی قدامی بین مثانه و میومتر نشان بدهد. همچنین می‌توان از MRI کمک گرفت (۱۰).

روش‌های درمانی متعددی وجود دارد، ولی این‌که کدام روش واقعاً برتری دارد روشن نیست، زیرا مطالعه‌های کافی در این زمینه وجود ندارد.

شیوه درمان به شرایط بیمار، امکانات موجود و مهارت جراح وابسته است. منطقی است که مهمترین روش که منجر به حفظ حیات بیمار در مرحله اول و حفظ باروری او در مرحله دوم می‌شود، باید اتخاذ شود. کورتاژ کورکورانه بسیار خطرناک است، چون محصولات بارداری به‌داخل میومتر نازک نفوذ می‌کند و با کشیدن کورت خون‌ریزی شدیدی رخ می‌دهد که تهدیدکننده حیات است (۵ و ۱۱).

روش‌هایی مثل لاپاراتومی، لاپاراسکوپي و درمان دارویی، آمبولیزاسیون شریان رحمی و درمان توأم دارویی و جراحی انجام می‌شود (۹).

درمان دارویی شامل تزریق متوترکسات به تنهایی یا همراه با تزریق کلرور پتاسیم مستقیم به داخل ساک حاملگی

تحقیقات بیشتری صورت گیرد، تشخیص به موقع و پیش‌آگهی بهتری در انتظار بیمار باشد (۱۵).

با توجه به عوارض بالقوه تأخیر در عمل جراحی، Robert و همکاران توصیه کرده‌اند، به محض تشخیص، عوارض خطرناک این بیماری به بیمار گوشزد شود و ختم بارداری با در نظر گرفتن شرایط بیمار و رعایت نکات ایمنی سریعاً انجام شود (۱۶).

در این زمینه، بیماری معرفی می‌شود که تشخیص در سه ماه اول داده شده ولی بیمار حاضر به ختم بارداری نشده است، با این حال بیمار تحت مراقبت ویژه بوده و حاملگی تا هفته سی و دوم بدون مشکل ادامه یافته ولی در این سن حاملگی بیمار دچار خون‌ریزی شدید شد که جراحی و نوزاد متولد شد و نهایتاً به دلیل خون‌ریزی شدید، ۱۸ واحد خون دریافت کرده و هیستریکتومی شد (۱۰).

در سال ۱۹۹۵ دو مورد بیمار گزارش شده که در هفته ۲۸ و ۳۲ حاملگی دچار پارگی خودبه‌خودی رحم شده و عوارض شدید ناشی از شوک هیپوولمی برای یکی از بیماران به جا مانده و هر دو مورد هیستریکتومی شده‌اند (۱۰). از این‌رو هرگاه تشخیص این بیماری قطعی شد، برای حفظ جان مادر مثل سایر موارد حاملگی نابه‌جا سریعاً عمل جراحی و ختم حاملگی انجام شود، چرا که در صورت اورژانس شدن بیمار، عمل جراحی مشکل‌تر شده و تیم جراحی و اتاق عمل، آمادگی کامل را نخواهد داشت.

ثابت شده در هیستریکتومی‌های حول و حوش زایمان ۸۵ درصد بیماران نیاز به تزریق خون و فرآورده‌های خونی پیدا می‌کنند، ولی در مواردی که به صورت انتخابی و غیر اورژانسی انجام می‌شوند و جراحی آنها از قبل برنامه‌ریزی شده است، نیاز به تزریق خون ۲۵ درصد است. لذا توصیه می‌شود قبل از اینکه شرایط اورژانس جهت بیمار ایجاد شود، به‌طور انتخابی جراحی شود (۱۸).

است که توسط Godin و همکاران او توصیه شده است (۹ و ۱۲).

کریستالین تریکوستاز و میفه‌پریتون در چند مورد مصرف شده که موفقیت نسبی داشته است که در یک مورد بیمار مجدداً دچار خون‌ریزی شد و تحت عمل هیستریکتومی شکمی قرار گرفت.

در چند بیمار، متوترکسات عضلانی به میزان ۵۰ میلی‌گرم هر دو روز یک‌بار در مجموع سه‌بار تزریق شد که ۴۰ روز بعد سطح سرمی BHCG طبیعی شد. در دو بیمار میفه‌پریتون و متوترکسات هر دو تجویز شد (۵ و ۱۳). درمان اندوسکوپیک توسط Lee و همکاران به صورت هیستروسکوپی هم‌زمان انجام شد و محصولات حاملگی به‌طور کامل خارج شد و خون‌ریزی به‌طور موفقیت‌آمیز کنترل شد (۷).

در بیماری که با خون‌ریزی شدید و در حالت شوک مراجعه می‌کند، لاپاراتومی سریع و خروج محصولات حاملگی و در صورت نیاز هیستریکتومی ضروری است (۹).

همچنین در مواردی که امکانات جراحی لاپاراسکوپی وجود ندارد و یا جراح مهارت کافی ندارد، باید هرچه سریع‌تر لاپاراتومی انجام شود و محصولات حاملگی باید به‌طور کامل برداشته شوند، برقراری هموستاز کامل ضروری است. باید مراقب بود که به مثانه آسیبی وارد نشود و رحم ترمیم شود، چنانچه حفظ رحم امکان‌پذیر نباشد و یا خون‌ریزی شدید این اجازه را ندهد، هیستریکتومی شکمی باید سریعاً انجام شود (۱۴). از نظر پیش‌آگهی، تأخیر در تشخیص حاملگی نابه‌جا در محل سزارین قبلی منجر به پارگی رحم و خون‌ریزی شدید می‌شود که امکان حفظ رحم را از جراح می‌گیرد و حتی زمانی که تشخیص و درمان به‌موقع صورت می‌گیرد، بعضاً به دلیل صدمه شدید عروقی میومتر حفظ رحم امکان‌پذیر نبوده و به ناچار بیمار رحم و قدرت باروری خود را از دست می‌دهد. شاید زمانی که اطلاعات پایه‌ای در مورد این عارضه بالا رود و مطالعات و

نتیجه گیری

در هر زنی که در سن باروری بوده و مبتلا به خونریزی رحمی و درد شکم است، باید احتمال حاملگی از جمله حاملگی نابه‌جا را در نظر داشت و اگر سابقه سزارین داشته باشد، باید باروری در محل برش سزارین قبلی را نیز مطرح کرده و با انجام سونوگرافی محل حاملگی را تعیین و آنرا به عنوان یک فوریت جراحی زنان و مامایی تلقی کرد، تا از مرگ مادر و یا خارج کردن رحم او جلوگیری کرد.

قدردانی

از حوزه معاونت دارو و درمان دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز به‌ویژه آقایان دکتر شاهرخی و رئیس‌یان و دکتر مهران حق‌پرست و معاون محترم پژوهشی دانشکده پزشکی خانم دکتر آذردهخت خسروی به‌خاطر مساعدتشان تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1-Chang J, Elam-Evans LD, Berg CJ, Herndon J, Flowers L, Seed KL, et al. Pregnancy related mortality surveillance, United States 1991-1999. *MMWR*. 2003; 52(2): 1-8.
- 2-Bour J, Loste J, Fernandez H. Sites of ectopic pregnancy a loyear population – based study of 1800 cases. *Hum Reprod*. 2002; 17(12): 3224-30.
- 3-Rotas MA, Habermans S, Levгур M. Cesarean scar pregnancies: Etiology, diagnosis and management. *Obstet Gynecol*. 2006; 107: 1373-5.
- 4-Juavez Ocana SJ, Fajardo Gutierrez A, Perez palacios G. The trend in pregnancies terminated by a cesarian operation in Mexico 1991-1995. *Gynecol Obstet Mex*. 1999; 67: 308-18.
- 5-Wang W, Long W. Complication of cesarean section: pregnancy on the cicatrix of a previous cesarean section. *Chinese Medical Journal*. 2002; 115(2): 242-6.
- 6-Valleg MT, Pierce JG, Daniel TB. Cesarean scar pregnancy. Imaging and treatment with conservative surgery. *Obstet Gynecol*. 1998; 91: 838-40.
- 7-Lee CL, Wang GJ, Chao A. Laparoscopic management of an ectopic pregnancy in a previous cesarean section scar. *Hum Reprod*. 1999; 14: 1234-6.
- 8-Tan G, Chong YS, Biswas A. Cesaean scar pregnancy: A diagnostic to consider carefully in patients with risk factors. *Ann Acad Med Singapore*. 2005; 34(2): 216-9.
- 9-Godin PA, Bassil S, Donnez J. An ectopic pregnancy developing in a previous cesarian section scar. *Fertil Sterill*. 1997; 67: 398-400.
- 10-Nanroth F, Foth D, Wilhelm L, Fanchin R. Conservative treatment of ectopic pregnancy in a cesarean section scar with methotroxate: A case report. *Eur J Obstet Gynecol Report Biol Biol*. 2001; 99: 135-7.
- 11-Lai YM, Lee JD, Lee CL, Chao A. An ectopic pregnancy embedded in the myometriom of a previous cesarian section scar. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1995; 74: 573-6.
- 12-Ayoubi JM, Fanchin R, Meddoun M. Conservative treatment of complicated cesarian scar pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001; 80: 469-70.
- 13-Seow KM, Hwang JL, Tasai YL, Hung LW, Lin YH, Hsieh BC. Subsequent pregnancy outcome after conservative treatment of a previous cesarean scar pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004; 83(12): 1167-72.
- 14-Damareg I, Durant-Reville M, Robert Y. Diagnosis of an ectopic pregnancy on a cesarian scar. *J Radiol*. 1999; 80: 44-6.
- 15-Herman A, Weinraub Z, Avrech O, Choen VK. Fallow up and out come of isthmic pregnancy located in a previous cesarean section scar. *Br J Obstet Gynecol*. 1995; 102: 839-41.
- 16-Roberts H, Kohlenber C, Lanzaron V, Avrench O. Ectopic pregnancy in lower segment uterine scar. *Aust N 2 J Obstet Gynecol*. 1998; 38: 114-6.
- 17-Libra S, Ferraro R, Ricotta M, Fotha H. Uterine rupture in hystrectomic cicatrix in the 7th month of pregnancy with section scar . *Br J Obstet Gynecol*. 1995; 102: 839-41.
- 18-Kakinoki N. Case of a fetus growing for 8 month on the cicatrix of previous cesarean section in the abdominal cavity. *Sanfujinka No Jissai*. 1971; 20: 896-9.

Cesarean Scar Pregnancy – Case Series from Ahvaz

Mahin Najafian¹, Azar Ahmadzadeh^{1*}, Mohammad Momen Gharibvand²

1-Assistant Professor of Obstetrics & Gynecology

2-Assistant Professor of Radiotherapy.

1-Department of Obstetrics & Gynecology, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

2-Department of Radiology, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:

Azar Ahmadzadeh; Department of Obstetric & Gynecology, Razi Hospital, Ahvaz

Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Tel: +989163002739

Email: Azar.Ahmadzadeh@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Ectopic pregnancy (EP) in a previous cesarean scar occurs in 1/2000 of pregnancies, accounting 6% among women with cesarean sections. The aim of this study was to assess women with cesarean scar pregnancy (CSP) admitted to Razi hospital in Ahvaz.

Subjects and Methods: In this retrospective study, 15 women with CSP hospitalized from 2006 to 2010 were evaluated. CSP was confirmed by history, clinical features, pregnancy test and ultrasound findings. Pregnant women with EP other than CSP were excluded. All the clinical and laboratory data analyzed by SPSS.

Results: During a 5-year period, of 29110 babies 44.5% was born via cesarean section, in which 37% cases born via previous cesarean sections. Among women with previous cesarean sections, 15 (0.31%) cases developed CSP. Out of the 15 cases, 12 (80%) had two or more and 3 (20%) had only one a prior cesarean section. The most common clinical features were as follows: vaginal bleeding, abdominal pain, hypovolemic shock and vomiting in 100%, 38%, 36% and 33%, respectively.

Conclusion: All women in reproductive age with uterine bleeding and abdominal pain should be tested for pregnancy. Once pregnancy is established, the site of pregnancy should be detected by ultrasound examination. A high index of suspicion is important for making diagnosis of CSP. CSP is an obstetric emergency.

Sci Med J 2012;10(6):685-692

Keywords: Ectopic pregnancy, Vaginal bleeding, Abdominal pain, Previous cesarean.

Received: Aug 3, 2010

Revised: Nov 16, 2011

Accepted: Nov 22, 2011