

Polak G, et al.

Ciąża szyjkowa stanowi rzadko występującą postać ciąży pozamacicznej, podczas której do implantacji oraz rozwoju blastocysty dochodzi w obrębie kanału szyjki macicy. Po raz pierwszy opisana została w 1817 roku [1]. Częstość występowania ciąży szyjkowej waha się od 1/2500 do 1/18000 ciąż, oraz stanowi około 0,15% wszystkich przypadków ciąży o ektopowej lokalizacji. Przyczyny wystąpienia tej postaci ciąży pozamacicznej nie są poznane, jakkolwiek wśród przypuszczalnych czynników wymienia się instrumentalne rozszerzenia kanału szyjki macicy, stosowanie wkładek domacicznych, zapłodnienie pozaustrojowe (IVF), oraz czynniki anatomiczne takie jak mięśniaki macicy czy zrosty wewnątrzmaciczne [2].

Opis przypadku

Ciążę szyjkową rozpoznano u 30 letniej pacjentki przyjętej do I Katedry i Kliniki Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii UM w Lublinie z powodu dolegliwości bólowych podbrzusza oraz plamienia z dróg rodnych trwających od 2 dni. Pierwsza miesiączka w 15 roku życia, po której pacjentka miesiączkowała regularnie co 27-28 dni. Pacjentka jeden raz rodziła drogami natury, nie roniła. Z daty ostatniej miesiączki rozpoznano ciążę odpowiadającą 6 tygodniom i 4 dniom. Trzy dni przed ostatnią miesiączką pacjentka poddana była zabiegowi histeroskopii diagnostycznej, połączonej z zabiegiem wyłuszczania macicy. Z uzyskanej karty informacyjnej wynika, że powodem zabiegu były obfite krwawienia miesiączkowe. W badaniu histopatologicznym stwierdzono wydzielnicze endometrium. Poza opisanym zabiegiem pacjentka nie zgłosiła innych operacji jak również chorób.

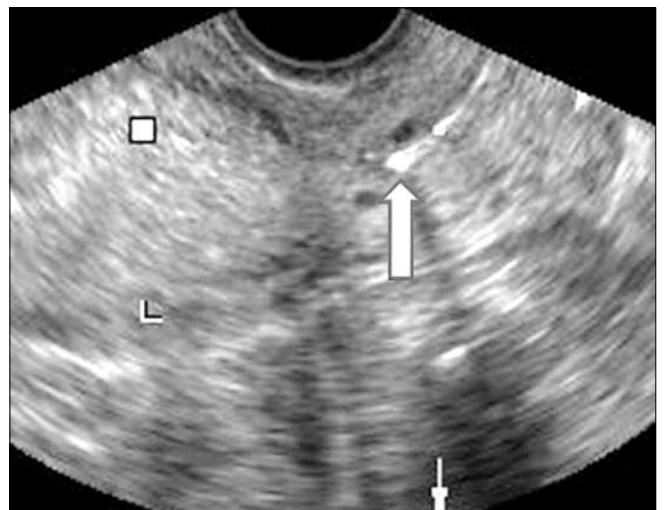
W badaniu ogólnym stwierdzono: wzrost 164cm, masa ciała 59kg, temperatura ciała 36,6°C, tętno 68/minutę, ciśnienie krwi 130/65mmHg. Stan ogólny był dobry, nie zaobserwowano również żadnych odchyłeń od normy w ogólnym badaniu przedmiotowym. W badaniu we wziernikach stwierdzono: szyjka macicy makroskopowo niezmienniona, ujście zewnętrzne szyjki zamknięte, widoczne niewielkie plamienie z ujścia zewnętrznego szyjki macicy. W badaniu przez pochwę odnotowano: pogrubiałą, bolesną przy palpacji szyjkę macicy, trzon macicy prawidłowej wielkości, ruchomy, gładki, w przodozgięciu i przodopochyleniu, przydatki obustronnie bez zmian patologicznych, zatoka Douglasa bez patologii.

Przezpochwowe badanie ultrasonograficzne wykazało: trzon macicy o równym obrysie i jednolitej echogeniczności ma wymiary 49x45x47mm. Endometrium o niejednolitej echogeniczności, gładkim obrysie i grubości obu warstw 14,3mm. Poniżej cieśni macicy w kanale szyjki stwierdzono owalny pęcherzyk ciążowy o gładkiej ścianie wewnętrznej i o średnicy (GS) 9,3mm z widocznym wewnątrz echem zarodka o długości ciemieniowosiedzeniowej (CRL) 2,8mm co łącznie odpowiadało około 6 tygodniom ciąży. W obrębie echa zarodka stwierdzono widoczną akcję serca. (Rycina 1).

Pęcherzyk żółtkowy prawidłowej wielkości i echogeniczności dla wieku ciążowego, o średnicy 3,7mm. Pęcherzyk ciążowy zlokalizowany w odległości 29,5mm od ujścia zewnętrznego szyjki macicy. Oba jajniki niepowiększone o prawidłowej echogeniczności z drobnymi pęcherzykami i ciałkiem żółtym o średnicy około 17mm w jajniku lewym. W jamie Douglasa stwierdzono niewielką ilość wolnego płynu. Innych zmian w miednicy mniejszej w USG nie znaleziono.



Rycina 1. Widok USG macicy z pęcherzykiem ciążowym zlokalizowanym w szyjce macicy z widocznym echem zarodka i przepięciem w sercu zarodka.



Rycina 2. Widok USG macicy po odessaniu pęcherzyka ciążowego – strzałka wskazuje koniec igły punkcyjnej.

Wyniki pobranych po przyjęciu badań laboratoryjnych: morfologii, układu krzepnięcia, elektrolitów oraz analizy moczu nie wykazały odchyłeń od normy. Poziom podjednostki beta gonadotropiny kosmówkowej we krwi pacjentki wynosił 7127mIU/ml. Z uwagi na dalsze plany prokreacyjne pacjentki, zaproponowano jej leczenie oparte na jednoczesnym dożylnym podaniu metrotreksatu w dawce 75 miligramów na dobę przez trzy dni oraz wykonaniu następnego dnia kontrolowanej ultrasonograficznej punkcji pęcherzyka ciążowego, połączonej z podaniem do niego 15% roztworu chlorku potasu. Następnego dnia w znieczuleniu ogólnym, pod kontrolą ultrasonograficzną nakłuto przez kanał szyjki macicy pęcherzyk ciążowy i zaaspirowano go do badania histopatologicznego. (Rycina 2).

Leczenie ciąży szyjkowej przy pomocy metotreksatu oraz wstrzyknięcia roztworu KCl do pęcherzyka ciążowego.

Nie usuwając igły podano do pęcherzyka około 5cm³ 15% roztworu KCl, po czym igłę wycofano. W trakcie kontroli ultrasonograficznej stwierdzono po zabiegu pęcherzyk ciążowy zapadnięty, bez widocznego echa zarodka. Zabieg operacyjny przebiegł bez powikłań.

Po zabiegu, zgodnie z ustalonym wcześniej planem terapeutycznym pacjentka przyjmowała metotreksat, jak również profilaktycznie enoksaparynę w dawce 40mg na dobę oraz cefuroksym 3 razy dziennie po 1 g przez 5 dni. Skuteczność terapii monitorowano oznaczając stężenia podjednostki beta gonadotropiny kosmówkowej we krwi pacjentki. Poziom β HCG w pierwszej dobie po zabiegu wynosił 1812mIU/ml, w trzeciej i w czwartej odpowiednio 432mIU/ml i 276mIU/ml. Podczas przebiegu pooperacyjnego nie odnotowano powikłań. Pacjentkę w czwartej dobie po punkcji wypisano w stanie ogólnym dobrym do domu z zaleceniem przyjmowania enoksaparyny w dawce 40mg na dobę przez 14 dni, kontrolnego oznaczania stężenia β HCG w surowicy krwi dwa razy w tygodniu, połączonego z kontrolą lekarską.

Stężenia podjednostki beta gonadotropiny kosmówkowej wynosiły: w 6 dobie po zabiegu 153mIU/ml, w 10 dobie 29,7mIU/ml, w 13 12,7mIU/ml, w 17 dobie 6,7mIU/ml, w 20 dobie poziom β HCG wynosił 2,00 mIU/ml, a w 24 dobie osiągnął wartość poniżej 1,00mIU/ml.

W badaniu ultrasonograficznym przeprowadzonym w 24 dobie po zabiegu stwierdzono: trzon macicy o równym obrysie i jednolitej echogeniczności ma wymiary 48x45x46mm. *Endometrium* o jednolitej echogeniczności i gładkim obrysie o grubości obu warstw 7,2mm.

W badaniu z 3D *power angio Doppler* widoczne prawidłowe unaczynienie macicy. Szyjka macicy prawidłowej wielkości, błona śluzowa szyjki macicy o gładkim, równym obrysie. Niewielka nierówność echa błony śluzowej szyjki macicy w okolicy po zagnieżdżonym pęcherzyku ciążowym. (Rycina 3).

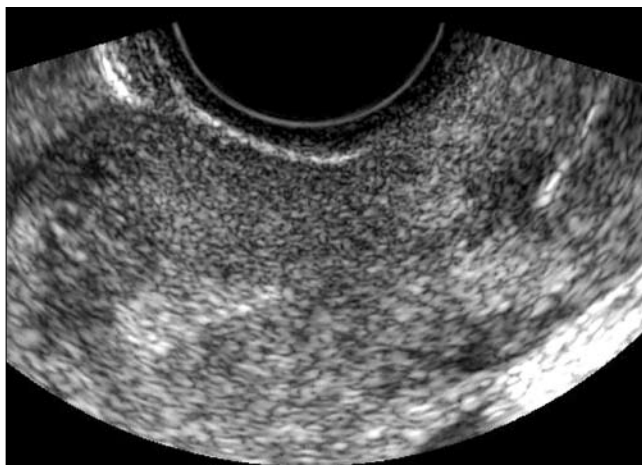
Oba jajniki bez cech powiększenia o prawidłowej echogeniczności z drobnymi pęcherzykami. W jamie Douglasa stwierdzono śladową ilość wolnego płynu. Innych zmian w miednicy mniejszej w USG nie znaleziono.

W badania histopatologicznym materiału z punkcji pęcherzyka stwierdzono: *residua deciduae et ovi*.

Omówienie

Ciąża szyjkowa stanowi rzadką postać ciąży o pozamacicznej lokalizacji. Przed wprowadzeniem ultrasonografii jako standardowego elementu diagnostyki w ginekologii i położnictwie jej rozpoznanie opierało się z reguły na pooperacyjnym badaniu histopatologicznym macicy. Wystąpienie ciąży szyjkowej prowadziło bowiem zwykle do obfitego, trudnego do opanowania krwotoku z narządu płciowego, który prowadził do wycięcia macicy ze wskazań życiowych. Ta forma terapii ciąży o szyjkowej lokalizacji prowadziła w sposób oczywisty do niepłodności, co w kontekście przyszłych planów rozrodczych stanowiło ogromny dramat dla większości pacjentek [3].

W chwili obecnej diagnostyka ciąży szyjkowej opiera się przede wszystkim na przezpochwowym badaniu ultrasonograficznym, podczas którego stwierdza się obecność pęcherzyka ciążowego w obrębie kanału szyjki macicy. Dzięki badaniu temu wyklucza się jednocześnie ciążę o prawidłowej lokalizacji, jak również inne postaci ciąży ektopowej.



Rycina 3. Widok USG macicy 24 dni po zabiegu i osiągnięciu poziomu β HCG poniżej 1,00mIU/ml.

W obrazie ultrasonograficznym do rozpoznania ciąży szyjkowej niezbędne jest stwierdzenie w obrębie kanału szyjki macicy pęcherzyka ciążowego, mas krwotocznych, lub echa zarodka [2].

Dzięki wczesnej diagnostyce ciąż zlokalizowanych w obrębie szyjki macicy możliwa jest ich farmakologiczna terapia, która obarczona jest niskim ryzykiem powikłań zabiegowych oraz pozwala na uniknięcie wycięcia macicy a przez to nie przekreśliła przyszłych planów prokreacyjnych pacjentek. Jednocześnie dzięki wczesnej wykrywalności i farmakoterapii ciąży szyjkowej znacząco zmalała śmiertelność spowodowana powikłaniami tej postaci ciąży pozamacicznej.

Najczęstszym chemioterapeutyką stosowaną do leczenia ciąży szyjkowej jest antagonistą kwasu foliowego, metotreksat. W chwili obecnej brak jest opracowanych standardów stosowania tego leku w terapii ciąży szyjkowej. W opisach jego zastosowania w kontekście leczenia ciąży o szyjkowej lokalizacji spotyka się w piśmiennictwie zarówno dożylną, domięśniową, doszyjkową drogę podania w formie pojedynczej jak i wielu powtarzanych dawek. Roztwór metotreksatu podać można również bezpośrednio do pęcherzyka ciążowego [4]. Skuteczność ogólnoustrojowej monoterapii metotreksatem w leczeniu ciąży szyjkowej wynosi około 91%. Terapia metotreksatem ciąży szyjkowej pozamacicznej nie zawsze jest efektywna i wymagać może zastosowania kolejnych metod, w tym leczenia zabiegowego [5].

Wśród niekorzystnych rokowniczo czynników wymienia się wiek ciąży powyżej 9 tygodni, poziom beta gonadotropiny kosmówkowej powyżej 10.000mIU/ml, długość ciemieniowo-siedzeniową zarodka powyżej 10mm oraz stwierdzenie akcji serca zarodka [6]. Aby zwiększyć skuteczność systemowej terapii metotreksatem można jednocześnie podać doowodniowo substancje terminujące ciążę.

Z uwagi na obecność akcji serca zarodka w badaniu ultrasonograficznym, opisywaną pacjentkę zakwalifikowano do podania 15% roztworu chlorku potasu bezpośrednio do pęcherzyka ciążowego pod kontrolą ultrasonograficzną. Taka aplikacja roztworu KCl wprowadzona w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku, cechuje się skutecznością bliską 100% oraz małym odsetkiem

powikłań. Szczególnie zalecana jest w przypadku współistnienia ciąży wewnątrzmacicznej. W sytuacji takiej podanie roztworu KCl do ciąży szyjkowej pozwala zwykle na prawidłowy rozwój ciąży eutopowej [7, 8].

Podobnie jak monoterapia metotreksatem tak i doowodniowe podanie roztworu KCl jako jedyna metoda leczenia ciąży szyjkowej może okazać się nieskuteczna. Gyamfi i wsp. opisali przypadek przetrwania tkanki trofoblastycznej w obrębie szyjki macicy, po terminacji ciąży szyjkowej za pomocą iniekcji roztworu KCl do pęcherza ciążowego w ciąży szyjkowej, przy jednoczesnym zachowaniu ciąży wewnątrzmacicznej [9]. W trzydziestym pierwszym tygodniu ciąży doszło do masowego krwawienia z narządu płciowego, które wymagało natychmiastowego cięcia cesarskiego i wycięcia macicy. W badaniu histopatologicznym wykazano obecność trofoblastu w szyjce macicy.

Zastosowana przez nas metoda leczenia szyjkowej ciąży pozamacicznej polegająca na dożylnym podaniu metotreksatu oraz punkcji pęcherzyka ciążowego, połączonej z jednoczesnym podaniem do niego 15% roztworu KCl okazała się bezpieczną. Seryjne monitorowanie stężenia β HCG potwierdziło dużą skuteczność leczenia. Zastosowana terapia pozwoliła na krótki okres hospitalizacji i rehabilitacji pacjentki, jak również nie przekreśliła jej planów prokreacyjnych.

W chwili obecnej nie jest zdefiniowany okres jaki powinien upłynąć pomiędzy ciążami aby zminimalizować teratogenny wpływ terapii metotreksatem na rozwój następnej ciąży. Kliniczne obserwacje sugerują przedział około 6 miesięcy [4].

Piśmiennictwo

1. Leeman L, Wendland C. Cervical ectopic pregnancy. Diagnosis with endovaginal ultrasound examination and successful treatment with methotrexate. *Arch Fam Med.* 2000, 9, 72-77.
2. Chetty M, Elson J. Treating non-tubal ectopic pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009, 23, 529-538.
3. Bachus KE, Stone D, Suh B, Thickman D. Conservative management of cervical pregnancy with subsequent fertility. *Am J Obstet Gynecol.* 1990, 162, 450-451.
4. Gun M, Mavrogjgis M. Cervical ectopic pregnancy: a case report and literature review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2002, 19, 297-301.
5. Postawski K, Romanek K, Wróbel A, Rechberger T. Zachowawcze leczenie ciąży szyjkowej u kobiet: opis przypadku i przegląd literatury. *Ginekol Pol.* 2009, 90, 704-707.
6. Hung T, Shau W, Hsieh T, [et al.]. Prognostic factors for an unsatisfactory primary methotrexate treatment of cervical pregnancy: a quantitative review. *Hum Reprod.* 1998, 13, 2636-2642.
7. Frates M, Benson C, Doubilet P, [et al.]. Cervical ectopic pregnancy: results of conservative treatment. *Radiology.* 1994, 191, 773-775.
8. Hoshino T, Kita M, Imai Y, [et al.]. Successful pregnancy outcome in a case of heterotopic intrauterine and cervical pregnancy and a literature review. *J Obstet Gynaecol Res.* 2009, 35, 1115-1120.
9. Gyamfi C, Cohen S, Stone J. Maternal complication of cervical heterotopic pregnancy after successful potassium chloride fetal reduction. *Fertil Steril.* 2004, 82, 940-943.



International Society of Ultrasound In Obstetrics & Gynecology

Ultrasound Section of Polish Society of Gynecology

zapraszają w dniach

10-11 czerwca 2011 r.
na kurs

ECHOKARDIOGRAFIA PŁODOWA

(prezentacja przypadków „live”,
tłumaczenie symultaniczne)

Wykładowcy:
członkowie ISUOG z całej Europy

Kierownik kursu:
Mariusz Dubiel (ISUOG Polska),
Marek Pietryga (ISUOG Polska)

Miejsce obrad:
Toruń, Hotel Bulwar, ul. Bulwar Filadelfijski

Zgłoszenia:

www.regomed.pl

tel. 663 064 000

Uczestnicy kursu otrzymają certyfikat uczestnictwa

– International Society of Ultrasound In Obstetrics & Gynecology
– ISUOG

oraz

15 punktów edukacyjnych PTG,
30 punktów edukacyjnych USG PTG