

Angelika Doroszevska¹, Marlena Czurylszkiewicz¹, Aleksandra Byra¹, Julia Chołuj¹, Kinga Bielak¹, Agnieszka Pieczykolan²

¹ Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Rozwoju Położnictwa

² Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Zakład Koordynowanej Opieki Położniczej

Opieka nad kobietą z ciążą w bliźnie po cięciu cesarskim

Caring for a woman with a cesarean scar ectopic pregnancies

STRESZCZENIE

Ciąża w bliźnie po cięciu cesarskim stanowi poważny problem medyczny, zagrażający życiu kobiety. Pomimo szeroko rozwiniętej diagnostyki ciąży ektopowej w bliźnie zdarzają się stosunkowo często. Rozpoznanie ciąży ektopowej najczęściej dokonuje się w siódmym tygodniu ciąży. Może ona przebiegać bezobjawowo lub charakteryzować się ostrym bólem w podbrzuszu. Stopień rozpowszechnienia badań ultrasonograficznych odzwierciedla wzrost rozpoznawalności ciąż zaimplantowanych w bliźnie po cięciu cesarskim. Podczas rutynowego badania ultrasonograficznego nieciężarnej macicy u kobiet, z co najmniej jednym cięciem cesarskim w wywiadzie, nieprawidłowość w obrębie blizny występuje z częstością 24–70%. Z uwagi na całkowitą liczbę cięć cesarskich i odsetek nieprawidłowego tworzenia się blizny po cięciu cesarskim problem ten dotyczy dużej grupy pacjentek. Z powodu wysokiego ryzyka wystąpienia wstrząsu nie zaleca się postępowania wyczekującego. W leczeniu ciąży ektopowej w bliźnie lekiem z wyboru jest metotreksat.

Słowa kluczowe: ciąża w bliźnie, ciąża ektopowa, ciąża pozamaciczna, cięcie cesarskie

ABSTRACT

Pregnancy in the scar after cesarean section is a serious medical problem, threatening woman's life. Despite the wide development of diagnostics, ectopic pregnancies in the scar are relatively common. The diagnosis of cesarean scar ectopic pregnancies is usually made at seven weeks of gestation. It may be asymptomatic or characterised by sharp pain in the lower abdomen. The prevalence of ultrasound reflects the increased diagnosis of pregnancies implanted in the cesarean section scar. During the routine ultrasound examination of the nonpregnant uterus in women with a history of at least one cesarean section, an abnormality in scar occurs with a frequency of 24–70%. Given the total number of cesarean sections and the rate of abnormal cesarean scar formation, this problem

Adres do korespondencji / Address for correspondence: adoroszevska5@gmail.com

ORCID: Angelika Doroszevska – 0000-0003-2001-7793; Agnieszka Pieczykolan – 0000-0003-3799-091X

Brak źródeł finansowania / No sources of financing

affects a large group of patients. Expectant management is not recommended because of the high shock risk. For the treatment of cesarean scar ectopic pregnancy, methotrexate is the drug of choice.

Keywords: cesarean section, ectopic pregnancy, extrauterine pregnancy, scarred pregnancy

WPROWADZENIE

Ciąża pozamaciczna stanowi około 1% wszystkich ciąż. Najczęściej zlokalizowana jest w jajowodach (92% przypadków), a dokładnie w łańce jajowodu (80% przypadków). Zdarza się jednak, że zarodek zaimplantuje się w miejscu bliźny – dzieje się tak w około 0,15% przypadków. W dzisiejszych czasach ciąża pozamaciczna stanowi ważną przyczynę zachorowań i umieralności wśród kobiet. Poprzez ciągle wzrastającą liczbę cięć cesarskich ciąża ektopowa coraz częściej lokalizuje się w bliźnie po cięciu cesarskim (CSP – *cesarean scar pregnancy*). Ciąża w bliźnie po cięciu cesarskim jest rodzajem choroby jatrogennej, jak również stanem, który zagraża życiu kobiety. Bardzo istotne jest szybkie zdiagnozowanie problemu i podjęcie odpowiedniego leczenia, ponieważ nieleczone CSP prowadzi do bardzo poważnych powikłań. Wystąpienie ciąży zagnieżdżonej w bliźnie po cięciu cesarskim może przebiegać bezobjawowo, jednak często u kobiet pojawia się ostry ból w podbrzuszu, któremu towarzyszy krwawienie z dolnych dróg rodnych, a nawet objawy, które są charakterystyczne dla wstrząsu hipowolemicznego. Do tej pory nie ustalono jednego algorytmu postępowania w sytuacji rozpoznania ciąży w bliźnie po cięciu cesarskim. Wśród metod terapeutycznych wyróżnia się głównie leczenie zachowawcze (polegające na podaniu metotreksatu lub innych preparatów) oraz zabiegowe (obejmujące laparotomię, embolizację tętnic macicznych, histeroskopię, wyłuszczenie jamy macicy czy aspirację jaja płodowego). Postępowanie terapeutyczne zależy jednak zawsze od indywidualnej sytuacji klinicznej pacjentki. Mimo że CSP to najrzadziej występujący typ ciąży ektopowej, liczba opisywanych przypadków wciąż wzrasta: do roku 2001 w literaturze przedmiotu przedstawiono tylko 19 przypadków ciąży umiejscowionej w bliźnie po cięciu cesarskim, w roku 2006 liczba publikacji wzrosła do 155 opisanych przypadków CSP, natomiast w 2011 roku liczba ta zwiększyła się

aż do 751 doniesień. Do tej pory nie ustalono związku pomiędzy odstępem czasu, jaki minął od cięcia cesarskiego, a implantacją ciąży w bliźnie po cięciu cesarskim, ponieważ występowanie CSP zaobserwowano zarówno 6 miesięcy po poprzednim cięciu cesarskim, jak i po 12 latach od porodu (Woźniak *et al.*, 2018). Średni wiek ciążowy pacjentek, które zostają hospitalizowane z powodu rozpoznania ciąży w bliźnie, to 7. tygodniu ciąży (Doroszevska *et al.*, 2018). Po 8. tygodniu ciąży trofoblast może być już zlokalizowany w obrębie bliźny macicy i być powodem jej rozejścia (Matyszkiewicz *et al.*, 2015).

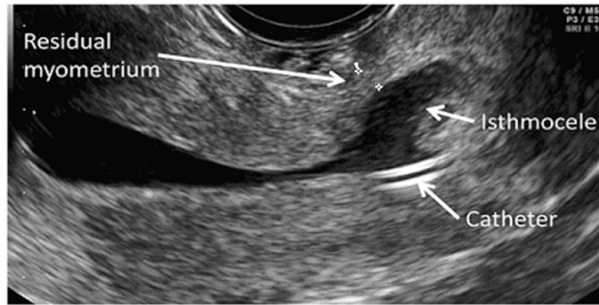
CEL PRACY

Celem pracy było przedstawienie problemu ciąży w bliźnie po cięciu cesarskim oraz działań położnej w procesie opieki nad nią.

MOŻLIWE PRZYZCZYNY

Jedną z prawdopodobnych przyczyn zagnieżdżenia się ciąży w bliźnie po cięciu cesarskim może być nieprawidłowa struktura bliźny macicy. Podczas gojenia rany po cięciu cesarskim powstaje ubytek – tak zwana nisza (ang. *isthmocoele*), w obrębie której istnieje możliwość implantacji zarodka, co widać na rycinie 1. Nieprawidłowości w strukturze bliźny można łatwo wykryć podczas ultrasonografii dopochwowej (USG) lub sonohisterografii (SHG). Jednakże pomimo tego, że około 10% pacjentek po cięciu cesarskim posiada ubytek w obrębie bliźny, to kolejna ciąża bardzo rzadko implantuje się w bliźnie (Jurkovic *et al.*, 2016).

Inną hipotetyczną przyczyną ciąży w bliźnie po cięciu cesarskim jest powstanie mikrokanalika na skutek nieprawidłowego gojenia się rany, co umożliwia migrację blastocysty (jednego ze stadiów zarodka) w głąb bliźny. Taki mikrokanalik może utworzyć się również wskutek innych zabiegów naruszających ciągłość endometrium, jak choćby ręczne wydobycie łożyska lub zapłodnienie



Ryc. 1. Isthmocele w bliznie po cięciu cesarskim widoczne w badaniu USG

Źródło: <https://obgynupdated.blogspot.com/2018/08/hysteroscopic-management-of-symptomatic.html?m=1&fbclid=IwAR0iQPPTcGlt-UqHEU6yE4MdEb51jE-JDIVz9DZ7KRPnREiSqjltmFmUa3U> (dostęp: 15.01.2022).

metodą *in vitro* – procesu polegającego na monitorowaniu i stymulacji procesu owulacyjnego kobiety, usunięciu komórki jajowej z jajników i pozwoleniu plemnikom na zapłodnienie ich w pożywce hodowlanej w laboratorium (Hong, Lau, Yam, 2011; Timor-Tritsch *et al.*, 2012b).

Odrębną teorię stanowi założenie, że trofoblast wykazuje silniejszą predyspozycję do implantacji w obrębie macierzy pozakomórkowej niż w obrębie endometrium. W innych badaniach uznano, że niskie ciśnienie parcjalne tlenu (PaO_2), czyli napięcie generowane przez tlen rozpuszczony we krwi, który stanowi wskaźnik sygnałowy w bliznie po cięciu cesarskim, pobudza rozwój trofoblastu i formowanie łożyska (Timor-Tritsch *et al.*, 2012a). Ciśnienie parcjalne tętnicze tlenu wynosi około 13,3 kPa (100 mm Hg) w zależności od ciśnienia parcjalnego wdychanego gazu i funkcji oddechowej płuc. Po obniżeniu ciśnienia w lewej komorze serca pojawia się lub wzrasta przeciek od prawej do lewej, co powoduje spadek ciśnienia parcjalnego tlenu (Maymon *et al.*, 2004).

ROZPOZNIANIE

Najdokładniejszym badaniem, pomagającym stwierdzić obecność ciąży ektopowej w miejscu blizny po cięciu cesarskim, jest USG przezpochwową. Rozpoznanie można postawić w momencie spełnienia poniższych kryteriów:

- brak ciąży w górnej części jamy macicy;
- cienka warstwa błony mięśniowej macicy (myometrium) bądź jej brak pomiędzy pęcherzykiem ciążowym a pęcherzem moczowym;
- widoczny w całości lub części pęcherzyk ciążowy lub trofoblast w miejscu blizny po cięciu cesarskim;
- obecny łożyskowy przepływ krwi w badaniu dopplerowskim (Piekarski, 2018).

Stopień rozpowszechnienia badań ultrasonograficznych drogą przezpochwową również odzwierciedla wzrost rozpoznawalności ciąży zaimplantowanych w bliznie po cięciu cesarskim. Podczas rutynowego badania USG nieciążarnej macicy w losowo wybranej populacji kobiet, z co najmniej jednym cięciem cesarskim w wywiadzie, nieprawidłowość w obrębie blizny po cięciu cesarskim występuje z częstością 24–70%. Ze względu na całkowitą liczbę cięć cesarskich, jak i odsetek nieprawidłowego tworzenia się blizny po cięciu cesarskim, problem ciąży w bliznie dotyczy dużej grupy pacjentek (Bij de Vaate *et al.*, 2014; Boża, Boża, Murat, 2016; Piekarski, 2018).

Ponadto w rozpoznaniu może okazać się pomocna histerografia, USG trójwymiarowa, rezonans magnetyczny czy histeroskopia (Fernandez *et al.*, 1996). USG trójwymiarowe pomaga w ocenie objętości pęcherzyka ciążowego oraz w ilościowej ocenie unaczynienia zmiany (Chou *et al.*, 2004; Timor-Tritsch *et al.*, 2012).

Uważa się, że wysoki indeks unaczynienia ciąży w bliźnie po cięciu cesarskim, którego używa się jako parametr określający wielkość unaczynienia, może dawać negatywne rokowania, będące zagrożeniem dla kobiety (Timor-Tritsch *et al.*, 2012). W rezonansie magnetycznym można dokładnie ocenić inwazję ciąży w błonie mięśniowej macicy oraz pęcherza moczowego, a także zmierzyć objętość zmiany (Osborn, Williams, Craig, 2012). Histerektomię (operację usunięcia macicy lub macicy wraz z przydatkami) stosuje się w przypadku pęknięcia macicy i wystąpienia obfitego krwawienia, unika się jej natomiast u pacjentek stabilnych hemodynamicznie (Ash, Smith, Maxwell, 2007). W ich przypadku zastosowanie znajduje histeroskopia (tzw. wziernikowanie macicy – metoda pozwalająca na ocenę wzrokową oraz przeprowadzanie operacji wewnątrzmacicznych), która umożliwia koagulację naczyń odżywiających trofoblast i odessanie pęcherzyka ciążowego (Wang *et al.*, 2005).

CZYNNIKI RYZYKA

Jednym z podstawowych czynników ryzyka wystąpienia ciąży w bliźnie po cesarskim cięciu jest tendencja wzrostowa rozwiązywania ciąży poprzez cięcie cesarskie. W Stanach Zjednoczonych w 1970 roku odnotowano 5,5% porodów zakończonych poprzez cięcie cesarskie, natomiast już w 2007 roku było widać znaczącą różnicę, gdy liczba wzrosła do 31,8% i utrzymuje się wciąż na podobnym poziomie (Bij de Vaate *et al.*, 2014). W Polsce również można zaobserwować tendencję wzrostową liczby porodów zakończonych tą metodą. Średnio 25% porodów rocznie odbywa się przez cesarskie cięcie. Analizując dane statystyczne w latach 2004–2008, cięciem cesarskim zakończyło się 26,12% porodów. Po 10 latach odsetek wzrósł ponaddwukrotnie – do 55,03% w 2019 roku. Obecnie w naszym kraju odsetek kobiet rodzących tą metodą wynosi 43% (Nowosielska, Klinger, 2021; Santorek *et al.*, 2019). Wzrost odsetka cięć cesarskich powyżej 10–15%, jaki określiła Światowa Organizacja Zdrowia, nie przyczynia się do redukcji śmiertelności matki i noworodka (Betran *et al.*, 2015).

Często u kobiet, u których ciąża zaimplanowała się w bliźnie, obserwuje się ubytki błony

mięśniowej macicy w miejscu wykonanego nacięcia, a także nieprawidłowości w gojeniu się blizny po uprzednim cięciu cesarskim. W takim przypadku warstwa endometrium jest o wiele cieńsza niż prawidłowo rozwinięta i może dochodzić do jej przerastania przez kolejne ściany macicy, tworząc w konsekwencji łożysko przerośnięte w przypadku ciąży prawidłowo zagnieżdżonych. Występowaniu ciąży w bliźnie mogą sprzyjać także przebyte wyłyżeczkowanie jamy macicy, operacje macicy, wcześniejsze ciąża pozamaciczne, zapłodnienia pozaustrojowe lub łożysko przodujące w wywiadzie (Piekarski, 2017).

POSTĘPOWANIE

Ciąża zlokalizowana w miejscu blizny po cięciu cesarskim traktowana jest jako ciąża pozamaciczna i stanowi wskazanie do jej przerwania (Piekarski, 2018). Kluczowe jest szybkie i trafne rozpoznanie problemu w celu wdrożenia odpowiednich działań. Co do optymalnego sposobu leczenia CSP, nie ma jednoznacznych standardów, ze względu jednak na wysokie ryzyko powikłań zagrażających życiu kobiety, takich jak wstrząs hipowolemiczny czy pęknięcie mięśnia macicy, nie zaleca się postępowania wyczekującego. Przy podejmowaniu decyzji dotyczącej odpowiedniego leczenia kobiety z ciążą w bliźnie po cięciu cesarskim należy wziąć pod uwagę zarówno stan ogólny pacjentki, jak i możliwość zachowania płodności oraz zajścia w kolejną ciążę.

Jeśli ciąża taka nie ulegnie samoistnemu poronieniu, może przerodzić się w łożysko wrośnięte (Maymon *et al.*, 2004; Hong, Lau, Yam, 2011). Przebieg fizjologiczny ciąży zlokalizowanej w bliźnie po cięciu cesarskim nie został jeszcze wystarczająco poznany. Opisane w badaniach próby donoszenia takiej ciąży kończyły się pęknięciem macicy i masywnym krwotokiem, a w efekcie ratunkowym zabiegiem histerektomii i przetoczeniem preparatów krwi (Hong, Lau, Yam, 2011; Timor-Tritsch *et al.*, 2012; Jurkovic *et al.*, 2016).

Postępowanie zachowawcze przy rozpoznaniu CSP obejmuje zazwyczaj podanie metotreksatu (MTX) lub innych preparatów, jak np. chlerek potasu, hiperosmolarny roztwór glukozy, prostaglandyny, a także rekombinowane leki

w asyście laparoskopowej. W niektórych przypadkach możliwe jest podanie leków za pomocą iniekcji przezbrzuszných lub przezpochwowych bezpośrednio do jaja płodowego. Wśród potencjalnych metod leczenia farmakologicznego CSP jedyną metodą, która może być stosowana przed 8. tygodniem ciąży przy niestwierdzonej akcji serca, jest domięśniowe podanie 50 mg/m² MTX (Haimov-Kochman *et al.*, 2002). Przegląd literatury wykazuje, że aby stosowanie metotreksatu było bezpieczne, poziom beta-hCG powinien wynosić mniej niż 5000 mIU/ml (Haimov-Kochman *et al.*, 2002; Rotas, Haberman, Levgur, 2006; Boża, Boża, Murat, 2016). Są jednak przeciwnicy metody systemowego podawania MTX. Argumentują to małą skutecznością i niewystarczającym przenikaniem substancji przez słabo unaczynioną tkankę włóknistą błony, dlatego preferują lokalną podaż MTX bezpośrednio do jaja płodowego (Haimov-Kochman *et al.*, 2002; Seow *et al.*, 2004).

Metody zabiegowe przeznaczone są dla pacjentek nieustabilizowanych hemodynamicznie oraz tych, u których zawiodły metody zachowawcze. Wśród nich wyróżnia się laparotomię, embolizację tętnic macicznych, histeroskopię oraz wyłyżczkowanie jamy macicy, a także odessanie jaja płodowego. Badania Liu i współautorów wykazały największą skuteczność leczenia CSP w formie embolizacji tętnic macicznych łączonej z wyłyżczkowaniem macicy (Liu *et al.*, 2016). W innych badaniach jako skuteczną alternatywą metodę uznano aspirację jaja płodowego/zarodka pod ciśnieniem za pomocą *vacuum* (próżniociągu) pod kontrolą USG (Bayoglu *et al.*, 2014; Jurkovic, Hillaby, Woelfer, 2003; Liu *et al.*, 2016; Zheng *et al.*, 2015). Z kolei Pan i Liu mają zupełnie inne podejście, oparte na leczeniu kobiet z CSP w pierwszej kolejności za pomocą histeroskopii, która jednocześnie potwierdza rozpoznanie (Pan, Liu, 2017). Wśród zadań położnej należałoby wymienić przygotowanie do zabiegu w zależności od wybranego postępowania. Przy przyjęciu należy sprawdzić tożsamość pacjentki oraz podstawowe parametry życiowe, a następnie przeprowadzić wywiad uwzględniający między innymi czynniki ryzyka, stan poszczególnych układów, przebyte zabiegi i operacje, choroby współistniejące, przeszłość

położniczą, nałogi, szczepienia – ze szczególnym uwzględnieniem przeciwko WZW typu B, przyjmowane leki (w tym rozrzedzające krew) oraz obliczyć BMI. U pacjentki w dzień zabiegu na sześć do ośmiu godzin przed planowaną operacją powinna być zachowana karencja pokarmowa (na czczo), często wykonuje się także wlewkę doodbytniczą lub stosuje się czopki. W pierwszej dobie po zabiegu pacjentka otrzymuje glukozę dożylnie. Najczęściej pierwszym posiłkiem po operacji jest kleik, sucharki pszenne. Pozwalają one na ponowne uruchomienie przewodu pokarmowego i zapobiegają ewentualnym powikłaniom związanym z trawieniem. W zależności od stanu pacjentki w drugiej lub trzeciej dobie po operacji rozpoczyna się wprowadzanie diety lekkostrawnej. Dieta po operacji charakteryzuje się niską zawartością błonnika, brakiem produktów ciężkostrawnych i wzdymających. W diecie pooperacyjnej nie powinny znajdować się: produkty wysoko przetworzone, surowe warzywa i owoce, produkty z pełnego ziarna, nasiona roślin strączkowych, tłuste i przetworzone mięsa (Parrish, 2016; Weiman *et al.*, 2017).

Położna powinna pobrać krew na zlecone badania laboratoryjne, takie jak oznaczenie grupy krwi z próbą krzyżową, morfologia, OB, układ krzepnięcia, elektrolity lub inne w zależności od rodzaju zabiegu. Powinno się uzyskać pisemną zgodę pacjentki na zabieg po wcześniejszym objaśnieniu jej celu, istoty, przebiegu oraz ewentualnych konsekwencjach danego zabiegu. Operacje wymagające usunięcia całego narządu rodowego oprócz tego, że są bardzo stresogenne, niejednokrotnie odbierane są przez pacjentkę jako utrata kobiecości i atrakcyjności, dlatego też istotne jest przygotowanie psychiczne. Położna powinna wykazać się wysokim poziomem empatii, ciepło przywitać pacjentkę, zapoznać kobietę z oddziałem i personelem, przedstawić jej prawa, umożliwić kontakt z psychologiem/duchownym/rodziną, przystępnie odpowiadać na wszelkie pytania, umiejętnie słuchać i wspierać, jak również umożliwić kobiecie okazywanie odczuwanych przez nią uczuć. Większa świadomość kobiety na temat swojej sytuacji, dzięki dostarczonym przez personel informacjom, redukuje napięcie, poprawia stan emocjonalny oraz pozwala uzyskać lepsze efekty

terapeutyczne. Konieczna jest także konsultacja anestetyczna, podczas której podejmowana jest decyzja o doborze odpowiedniego dla stanu pacjentki znieczulenia, na który musi wyrazić świadomą pisemną zgodę. Położna bądź pielęgniarka zwykle przed zabiegiem przygotowuje pole operacyjne i zakłada wkłucie dożylnie, przy niektórych zabiegach trzeba także rozważyć założenie cewnika do pęcherza moczowego pacjentki (gdy nie ma takiej konieczności, pacjentka powinna oddać mocz przed zabiegiem). Pacjentka nie powinna mieć pełnego makijażu (by istniała możliwość obserwacji zabarwienia powłok skórnych) oraz pomalowanych paznokci (by wartości wskazywane przez pulsoksymetr były wiarygodne), jak również założonej biżuterii, soczewek kontaktowych czy protez. Często konieczne jest badanie bakteriologiczne i zastosowanie profilaktycznie odpowiedniej antybiotykoterapii. Pacjentka powinna umyć się płynem antyseptycznym i założyć jednorazową bieliznę szpitalną.

Po przeprowadzonym zabiegu położna monitoruje i dokumentuje parametry życiowe pacjentki (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, liczba oddechów w ciągu minuty, temperatura ciała) przez pierwsze dwie godziny co 15 minut, później co pół godziny i w zależności od potrzeb. Ważne jest również monitorowanie stanu rany (w tym ewentualnego krwawienia lub wydzieliny), ilości oddawanego moczu, czasu oddania pierwszego stolca, stanu nawodnienia organizmu. Podczas całego pobytu pacjentki w szpitalu położna wyodrębnia problemy pielęgnacyjne pacjentki oraz planuje realizowane działania mające na celu poprawienie jej stanu. Zadaniem położnej jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i komfortu poprzez stworzenie odpowiednich warunków do snu, zadbanie o wietrzenie sali, zmianę bielizny pościelowej czy podanie leków nasennych lub przeciwbólowych według schematu zleconego przez lekarza. Gdy pacjentka poczuje się na siłach, jak najwcześniej należy pomóc jej prawidłowo wstać i rozpocząć uruchamianie. Czas, po którym pacjentka powinna zostać uruchomiona, zależy od rodzaju przebytego zabiegu, na przykład dla histerektomii wynosi 12 godzin. Jeszcze przed zabiegiem warto poinstruować pacjentkę, jak wykonywać ćwiczenia oddechowe i przeciwzakrzepowe, które po

zabiegu pozwolą zredukować wystąpienie ewentualnych powikłań (Friebe, Gaca, Kotarski, 2008; Redzko, 2010; Friebe, 2015; Rabiej *et al.*, 2016; Sioma-Markowska *et al.*, 2017; Kicia, Krysa, Skurzak, 2020). Przy wypisie ze szpitala pacjentka powinna dostać wskazówki odnośnie do postępowania obejmujące między innymi higienę ciała, tryb życia oraz termin wizyty kontrolnej u ginekologa.

Rokowanie w kolejnych ciążach po przebytych ciąży w bliźnie po cięciu cesarskim obarczone jest podwyższonym ryzykiem. Przed kolejną planowaną ciążą zaleca się odstęp czasowy przynajmniej 12–24 miesięcy, a po jej stwierdzeniu należy przeprowadzić dokładną wczesną diagnostykę sonograficzną w celu zlokalizowania pęcherzyka ciążowego (Maymon *et al.*, 2004; Timor-Tritsch *et al.*, 2012b). Elastyczność macicy jest zmniejszona, z tego względu sugeruje się wczesne elektywne cięcie cesarskie. W przypadku zaplanowanego zapłodnienia pozaustrojowego (IVF) zarodek powinien być zagnieżdżony w odstępnie co najmniej 4 cm od blizny (Seow *et al.*, 2004).

PROFILAKTYKA

Istotną rolę położnej w zapobieganiu ciąży pozamacicznej jest przeprowadzenie szczegółowego wywiadu zarówno ogólnego, jak i ginekologicznego. W trakcie wywiadu należy zwrócić uwagę także na poziom wiedzy pacjentki. Konieczne będzie przedstawienie metod zapobiegania ciąży pozamacicznej, szczególnie u kobiet po przebytym cięciu cesarskim, profilaktykę infekcji dróg rodnych i moczowych, chorób przenoszonych drogą płciową, a także zdrowy styl życia – unikanie picia alkoholu, palenia tytoniu oraz dbanie o zdrowe odżywianie. Największą uwagę należy skupić na przebiegu poprzednich ciąż, drodze ukończenia poprzednich porodów, a także ewentualnych operacjach, które przeprowadzono u kobiety. Niepokojące sygnały, mogące stanowić ryzyko wystąpienia ciąży pozaustrojowej, powinny być powodem do skierowania pacjentki na specjalistyczne badania. Każdą ciążarną powinny zaniepokoić nawet skąpe krwawienia z dróg rodnych, ból brzucha promieniujący do barku lub przepony, bladeść powłok skórnych, przyspieszone tętno oraz osłabienie. W przypadku

wystąpienia jakichkolwiek z wymienionych objawów pacjentkę należy niezwłocznie skierować do szpitala. Kluczowym badaniem może okazać się USG powłok brzusznych, w okolicy bliźni, a także USG przezpochwowe.

Przy podejrzeniu ciąży pozamacicznej pacjentka powinna zostać hospitalizowana w szpitalu o najwyższym stopniu referencyjności. Sytuacja zagrożenia ciąży, jak i hospitalizacja z nią związana, stanowi duże obciążenie psychiczne dla kobiety. Położna odgrywa wtedy ogromną rolę w przygotowaniu bliższej i dalszej pacjentki do nowej sytuacji, w której się znalazła. Odpowiedni ton głosu, dobór słów oraz umożliwienie kontaktu z bliskimi będą miały duży wpływ na komfort psychiczny hospitalizowanej. Położna zobowiązana jest do przedstawienia celu, istoty i przebiegu hospitalizacji oraz jej następstw, a także do przedstawienia i objaśnienia praw przysługujących matce po poronieniu. Zgodnie z art. 180 § 1 Kodeksu pracy kobiecie aktywnej zawodowo po poronieniu i urodzeniu martwym przysługuje prawo do 8 tygodni urlopu macierzyńskiego (56 dni), zasiłku pogrzebowego w wysokości 4000 zł i do rejestracji zmarłego dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego (Piekarski, 2018; raport NIK, 2020).

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Ciąża zlokalizowana w miejscu bliźni po cięciu cesarskim jest istotnym problemem medycznym, który występuje coraz częściej. Szybkie i trafne rozpoznanie jest kluczowe w dalszym postępowaniu. Ponieważ nie ma potwierdzonej jednej skutecznej metody leczenia pacjentek, proces terapeutyczny może przebiegać w różny sposób. W związku z implantacją ciąży w bliźnię po cięciu cesarskim istnieje duże ryzyko powikłań związanych ze stanem zdrowia i życiem pacjentki, dlatego przy podejmowaniu decyzji o leczeniu należy uwzględnić zdanie pacjentki, możliwość zachowania płodności, a przede wszystkim jej stan ogólny.

Podejmując zagadnienie ciąży zlokalizowanej w bliźnię po cięciu cesarskim, istotne jest profesjonalne podejście nie tylko lekarzy, ale także położnych opiekujących się kobietą. Zadania położnej w aspekcie ambulatorium obejmują

edukację pacjentki oraz profilaktykę, natomiast w szpitalu działania skupiają się na przygotowaniu do zabiegu, monitorowaniu parametrów życiowych, zapewnieniu wsparcia psychicznego, a także poinformowaniu o jej prawach po poronieniu.

BIBLIOGRAFIA

- Ash A., Smith A., Maxwell D. (2007). Caesarean scar pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114, 253–263.
- Bayoğlu Tekin Y., Mete Ural U., Balık G., Ustuner I., Kır Şahin F., Güvendağ Güven E.S. (2014). Management of cesarean scar pregnancy with suction curettage: A report of four cases and review of the literature. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 289, 1171–1175.
- Betran A.P., Torloni M.R., Zhang J.J. et al. (2015). WHO statement on caesarean section rates. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(5), 667–670.
- Bij de Vaate A.J., Voet L.F. van der, Naji O., Witmer M., Veersema S., Brölmann H.A. et al. (2014). Prevalence, potential risk factors for development and symptoms related to the presence of uterine niches following cesarean section: Systematic review. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 43, 372–382.
- Boża A., Boża B., Murat A. (2016). Cesarean scar pregnancy managed with conservative treatment. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 41, 450–455.
- Chou M., Hwang J., Tseng J. et al. (2004). Cesarean scar pregnancy: Quantitative assessment of uterine neovascularization with 3-dimensional color power doppler imaging and successful treatment with uterine artery embolization. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190(3), 866–868.
- Doroszewska K., Horbaczewska A., Komenda J., Kłosowicz E., Jach R. (2018). Ciąża w bliźnię po cięciu cesarskim – różne metody postępowania w Klinice Endokrynologii Ginekologicznej i Ginekologii Szpitala Uniwersyteckiego. *Przegląd Lekarski*, 75(9), 448–451.
- Fernandez E., Fernandez C., Fabres C., Alam V.V. (1996). Hysteroscopic correction of cesarean section scars in women with abnormal uterine

- bleeding. *Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*, 3, S13.
- Friebe Z. (2015). Leczenie operacyjne w ginekologii. W: G. Bręborowicz (red.), *Położnictwo i ginekologia*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 279–302.
- Friebe Z., Gaca M., Kotarski J. (2008). Przygotowanie chorej do operacji ginekologicznej. W: Z. Słomko (red.), *Ginekologia*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 747–757.
- Haimov-Kochman R., Sciaky-Tamir Y., Yanai N., Yagel S. (2002). conservative management of two ectopic pregnancies implanted in previous uterine scars. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 19, 616–619.
- Hong S.C., Lau M.S.K., Yam P.K.L. (2011). Ectopic pregnancy in previous cesarean section scar. *Singapore Medical Journal*, 52(6), 115–117.
- Jurkovic D., Hillaby K., Woelfer B. et al. (2003). First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment cesarean section scar. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 21, 220–227.
- Jurkovic D., Knez J., Appiah A., Farahani L., Mavrelos D., Ross J.A. (2016). Surgical treatment of cesarean scar ectopic pregnancy: Efficacy and safety of ultrasound-guided suction curettage. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 47, 511–517.
- Kicia K., Krysa J., Skurzak A. (2020). Przygotowanie pacjentki do operacji ginekologicznej drogą brzuszną i drogą pochwową. MediQ – symulacja w edukacji medycznej – program rozwojowy Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020. Umowa nr POWR.05.03.00-00-0009/15-00.
- Liu W., Shen L., Wang Q., Wang W., Sun Z. (2016). Uterine artery embolization combined with curettage vs. methotrexate plus curettage for cesarean scar pregnancy. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 294, 71–76.
- Matyszkiewicz A., Nocuń A., Posadzka E., Huras H., Pityński K., Wolski H., Basta P. (2015). Ciąża w bliźnie po cięciu cesarskim. *Ginekologia Polska – Via Medica Journals*, 86, 791–798.
- Maymon R., Halperin R., Mendlovic S. et al. (2004). Ectopic pregnancies in caesarean scar: review of medical approach to an iatrogenic complication. *Human Reproduction Update*, 10(6), 515–523.
- Nowosielska P., Klinger K. (1921). Polska bije rekordy cesarskich cięć. Jeden z najwyższych wskaźników w Europie. *Dziennik Gazeta Prawna*, 19 sierpnia, <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/8228585,polska-bije-rekordy-cesarskich-ciec-jeden-z-najwyzszych-wskaznikow-w-europie.html> (dostęp: 15.01.2022).
- Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń. Informacja o wynikach kontroli. NIK, LKI.430.003.2020, Nr ewid. 46/2020/P/20/063/LKI, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,23462,vp,26188.pdf?fbclid=IwAR01ULH1Bd5gTiL6W3ex1QkVechB5os8qR-M4hmkQt7gdQviOUnxR9k1yY> (dostęp: 16.01.2022).
- Osborn D., Williams T., Craig B. (2012). Cesarean scar pregnancy. Sonographic and magnetic resonance imaging findings, complications and treatment. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 31, 1449–1456.
- Pan Y., Liu M.B. (2017). The value of hysteroscopic management of cesarean scar pregnancy: A report of 44 cases. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 56, 139–142.
- Parrish C.R. (2016). Enhanced recovery after surgery: If you are not implementing it, why not? *Nutrition issues in gastroenterology: Practical Gastroenterology*, April 2016, 151, 46–56.
- Piekarski P. (2018). Ciąża w bliźnie po cięciu cesarskim. W: T. Maciejewski (red.), *Stany nagłe. Ginekologia i położnictwo*, Warszawa: Medical Tribune Polska, <https://podyplomie.pl/uploads/ksiazki/fragment-stany-nagle-ginekologia.pdf> (dostęp: 15.01.2022).
- Rabiej M., Dmoch-Gajzlarska E. (2016). *Opieka położnej w ginekologii i onkologii ginekologicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 148–161.
- Redźko E. (2010). Przygotowanie kobiety do operacji ginekologicznej. W: C. Łepecka-Klusek, (red.), *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 403–407.
- Rotas M.A., Haberman S., Levgrur M. (2006). Cesarean scar ectopic pregnancies: Etiology, diagnosis, and management. *Obstetrics & Gynecology*, 107, 1373–1381.
- Santorek N., Biłas K., Tokarska A., Zarzycka K., Kasprzak P., Kwiatkowski S., Torbe A. (2019). Ciężce

- cesarskie. Rosnący odsetek i zmiana trendów we wskazaniach. *Varia Medica*, 3(4), 279–288.
- Seow K.M., Huang L.W., Lin Y.H., Lin M.Y., Tsai Y.L., Hwang J. (2004). Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 23, 247–253.
- Sioma-Markowska U., Kubaszewska S., Nowak-Brzezińska A. *et al.* (2017). Lęk przed operacją ginekologiczną a przebieg okresu pooperacyjnego. *Oncology and Radiotherapy*, 3(41), 62–69.
- Timor-Tritsch I.E., Monteagudo A. (2012a). Unforeseen consequences of increasing rate of cesarean deliveries: Early placenta accreta and cesarean scar pregnancy: A review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 207(1), 14–29.
- Timor-Trisch I., Monteagudo A., Santos R. *et al.* (2012b). The diagnosis, treatment and follow-up of cesarean scar pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 207(44), 1–13.
- Wang C.J., Yuen L.T., Chao A.S. *et al.* (2005). Cesarean scar pregnancy successfully treated by operative hysteroscopy and suction curettage. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112, 839–840.
- Weiman A., Braga M., Carli F., Higashiguchi T., Hübner M., Klek S., Laviano A., Ljungqvist O., Lono D.N., Martindale R., Waitzberg D.L., Bischoff S.C., Singer P. (2017). ESPEN Guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clinical Nutrition*, 36, 623–650.
- Woźniak A., Pyra K., Rio Tinto H., Woźniak S. (2018). Ultrasonographic criteria of cesarean scar defect evaluation. *Journal of Ultrasonography*, 18, 162–165.
- Zheng J., He Y., Liu S., Xu C. (2015). Analysis of 43 cases of cesarean scar pregnancy treated with suction curettage under ultrasound guidance. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*, 50, 582–585.