

# گزارش دو مورد دسیدوال کست در عفونت رحمی پس از سزارین

دکتر کوثر دلدار<sup>۱</sup>، دکتر سیده حورا موسوی واحد<sup>۲\*</sup>، دکتر سمیرا یعقوبی<sup>۳</sup>

۱. رزیدنت گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار گروه زنان و مامائی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. فلوشیپ نازایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۰۳

## خلاصه

**مقدمه:** عفونت رحمی، شایع‌ترین نوع عفونت در دوران پس از زایمان محسوب می‌شود. اندومتریت نفاسی پس از سزارین ۲۰-۱۰ برابر شایع‌تر از زایمان واژینال است. علائمی مانند تب، ترشحات چرکی واژینال و درد شکم، از علائم شایع بیماری است و علائم غیر شایع مانند ترشحات چرکی به همراه دسیدوال کست در رحم و خروج آن از سرویکس به ندرت وجود دارد و می‌تواند با بقایای جفت و پرده‌ها یا بافت روده و آمنتوم اشتباه شود. در این مقاله، دو مورد عفونت رحمی به دنبال سزارین، با تظاهرات غیر معمول شامل توده در حفره رحم و خروج توده از واژن مطرح می‌شود که به علت عفونت رحمی همراه با دسیدوال کست بوده است.

**معرفی بیمار:** در این مقاله دو مورد عفونت نفاسی با علائم غیر معمول شامل توده در رحم و خروج توده از دهانه رحم همراه با ترشحات واژینال معرفی می‌شود که در مورد اول به علت تأخیر در تشخیص و درمان بیمار و با تشخیص پارگی رحم و خروج آمنتوم، تحت هیستروکتومی ابدومینال قرار گرفت و در مورد دوم به علت تشخیص به‌موقع و درمان آنتی‌بیوتیکی وسیع‌الطیف و کورتاژ، منجر به حفظ رحم شد.

**نتیجه‌گیری:** بیماران بعد از زایمان طبیعی یا سزارین، در صورت مراجعه با علائم عفونت رحمی باید تحت درمان آنتی‌بیوتیکی قرار گیرند و در صورت مقاوم بودن عفونت، سونوگرافی انجام شود و در صورت وجود توده در رحم با شک به بقایای جفت و پرده‌ها یا دسیدوال کست، تحت کورتاژ قرار گیرند تا با تشخیص به‌موقع از پیشرفت بیماری و ایجاد شرایط اورژانس مانند سپسیس یا به‌ندرت، خروج توده از واژن و اشتباه تشخیصی و انجام اقدامات تهاجمی برای فرد جلوگیری شود. ضمن اینکه در موارد وجود توده در حفره رحم یا خروج توده از واژن بعد از زایمان طبیعی یا سزارین، دسیدوال کست باید جزء تشخیص افتراقی‌ها قرار گیرد.

**کلمات کلیدی:** اندومتریت نفاسی، دسیدوال کست، سزارین، عفونت نفاسی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر سیده حورا موسوی واحد؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۰۲۲۶۰۸؛ پست الکترونیک: vahedalainh@mums.ac.ir

## مقدمه

آندومتريت پست پارتوم، به عفونت دسیدوا گفته می‌شود که می‌تواند به میومتر یا پارامترها گسترش یابد (۱). شیوع آن بعد از زایمان واژینال حدود ۳-۱٪ و بعد از زایمان سزارین ۲۷٪ گزارش شده است (۲).

آندومتريت پست پارتوم، علت شایع تب بعد از زایمان است که علت آن پلی‌میکروبیال می‌باشد. در این بیماری از نظر هیستولوژی، آندومتر ادماتو و پرخون شده و نوتروفیل‌ها در داخل غدد آندومتري منتشر می‌شوند.

یافته‌های کلیدی در بیمار مبتلا به آندومتريت شامل: تب، تاکی‌کاردی، درد هیپوگاستر و تندررس رحمی می‌باشد. لوشیای بدبو، لرز، ضعف، بی‌حالی و بی‌اشتهایی در برخی زنان وجود دارد. رحم ممکن است نرم و بزرگ باشد که باعث خونریزی نیز می‌شود (۳).

در آندومتريت پست پارتوم، لکوسیتوز وجود دارد، ولی در دوران پس از زایمان، لکوسیتوز می‌تواند یافته طبیعی باشد (۴، ۵). یافته سونوگرافیک اختصاصی در آندومتريت پست پارتوم وجود ندارد، رحم ممکن است دارای آندومتر ضخیم هتروژن یا شامل یافته‌های نرمال پست پارتوم مانند ذرات کوچک داخل کاویته، مایع یا گاز باشد. بافت عفونی ناشی از جفت باقی‌مانده یا مامبران‌ها یا هماتوم می‌تواند در سونوگرافی وجود داشته باشد (۶).

زمان بروز علائم و نشانه‌ها بستگی به فاکتورهای متعددی نظیر عفونت قبل، حین یا بعد از زایمان و نوع باکتری ایجاد کننده عفونت دارد (۷). تشخیص آندومتريت بعد از زایمان، بالینی است و شامل: تب بعد از زایمان همراه با شرح حال و معاینات مبنی بر آندومتريت و رد سایر علل است. درمان آن شامل بستری و آنتی‌بیوتیک تزریقی می‌باشد.

عفونت نفاسی پایدار به مواردی اطلاق می‌شود که تب و عفونت بیمار، ۴۸-۷۲ ساعت پس از دریافت آنتی‌بیوتیک تزریقی بهبود نیابد که علل ژنیکولوژیک آن شامل میکروارگانيسم مقاوم، بقایای جفت و پرده‌ها، هماتوم عفونی، سلولیت یا آبسه لگنی، عفونت محل جراحی، ترومبوفلیبیت چرکی لگنی، ترومبوز ورید تخمدانی و نکروز میومتر بوده و همچنین باید علل غیر ژنیکولوژیک

شامل پیلونفریت، پنومونی، آپاندیسیت و ... را مدنظر داشت (۸-۱۰).

سونوگرافی، سی تی اسکن و MRI می‌تواند در افتراق این علل کمک کننده باشد. در مواردی که سونوگرافی وجود توده در حفره رحم را گزارش کند، سونوگرافی داپلر رنگی برای افتراق بقایای جفت از هماتوم کمک کننده است و کورتاژ ملایم می‌تواند عفونت را برطرف کند (۱۱).

عفونت نفاسی از علل شایع مرگ و میر در دوران نفاس است و علت ۵-۱۰٪ مورتالیتته مادری را شامل می‌شود (۱) و علت این مرگ‌ومیر در بسیاری از موارد، عدم توجه به علائم و شکایات بیمار و عدم تشخیص و درمان به موقع است. در این مقاله، دو مورد عفونت رحمی به دنبال سزارین، با تظاهرات غیر معمول شامل توده در حفره رحم و خروج توده از واژن مطرح می‌شود که به علت عفونت رحمی همراه با خروج دسیدوال کست بوده است.

## معرفی بیمار

بیمار شماره ۱:

خانم ۳۴ ساله گراوید ۳ پاریتی ۲ با بارداری ترم به علت پرزانتاسیون بریچ تحت سزارین الکتیو قرار گرفت. سابقه هایپوتیروئیدی و مصرف لووتیروکسین داشت. مدت زمان عمل حدود ۹۵ دقیقه بود. در حین عمل به علت آتونی رحم، درمان طبی خونریزی پست پارتوم همراه سوچور B-LYNCH انجام شد. در طی بستری، تزریق خون انجام نشد.

بیمار ۲ روز بعد با حال عمومی خوب ترخیص شد. بیمار ۳۷ روز بعد، با شکایت ترشحات بدبو و خروج توده از واژن به مرکز اورژانس مراجعه کرد. بیمار ذکر می‌کرد در این فاصله دو نوبت مراجعه سرپایی به علت ترشحات بدبو به درمانگاه زنان داشته است که فقط بخیه‌ها کشیده شده و معاینه واژینال انجام نشده بود.

در زمان مراجعه به اورژانس بیمارستان، علائم حیاتی بیمار پایدار بوده و تب نداشت. در این مدت شکایت از تب و لرز، تهوع و استفراغ و خونریزی غیرطبیعی واژینال را ذکر نمی‌کرد. در معاینه شکم ارتفاع رحم حدود ۱۶ هفته و تندررس رحم وجود داشت. در معاینه واژینال، توده حجیم بدبو با ظاهری شبیه روده یا امتوم در واژن

مشاهده شد که از داخل سرویکس خارج شده بود. بیمار به دیارتمان زنان منتقل شد و با تشخیص احتمالی باز شدن انسزیون رحم و خروج روده یا آمنتوم، پس از دریافت آنتی‌بیوتیک تزریقی وسیع‌الطیف، تحت لاپاراتومی اورژانس قرار گرفت. در حین عمل، اسکار سزارین سالم

بود، ولی رحم کاملاً شکننده، محتقن و متعفن بود که با توجه به وجود نسوج عفونی در داخل کاویته آندومتر و میومتر عفونی، هیستریکتومی انجام شد. بیمار توسط جراح عمومی نیز بررسی شد که روده‌ها و آمنتوم سالم بود. بیمار پس از ۶ روز با حال عمومی خوب ترخیص شد.



شکل ۱- رحم و توده آندومتر در حین هیستریکتومی

نمونه حاصله و رحم جهت پاتولوژی ارسال شد که جواب آن به شرح زیر گزارش شد:

تشخیص بر اساس پاتولوژی:

۱- نکروز میعانی و انعقادی میومتریال و اندومتریال به همراه اندومتریت و میومتریت تحت حاد

۲- سرویکس: سرویسیت مزمن فعال و زخمی با نکروز فوکال و واکنش گرانولوماتویی همراه با متاپلازی

۳- توده آندومتر: نکروتیک دسیدوال کست

#### بیمار شماره ۲:

خانم ۳۸ ساله G4L3 به علت سزارین قبلی و بارداری ترم، تحت سزارین الکتیو قرار گرفت. یک هفته بعد از انجام سزارین به علت تب، درد هایپوگاستر و ترشحات بدبو واژینال با تشخیص اندومتریت پست پارتوم، بستری و تحت درمان آنتی‌بیوتیکی وسیع‌الطیف قرار گرفت. بعد از بهبود تب و درد هایپوگاستر، ترخیص شد و مجدداً ۱۲ روز بعد با شکایت ادامه ترشحات واژینال چرکی و بدبو

مراجعه کرده و با توجه به تندرست رحمی و ترشحات بدبو با تشخیص اندومتریت، بستری و تحت درمان آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف قرار گرفت.

با توجه به عود اندومتریت پست پارتوم، سونوگرافی رحم و ضمایم و عکس ساده شکم با شک به جسم خارجی انجام شد. عکس ساده شکم نرمال و در سونوگرافی ناحیه اکوژن ۴\*۴ سانتی‌متر در کاویته رحم مشاهده شد که در سونوگرافی داپلر رنگی، فلوی عروقی نداشت و با احتمال رزیدو یا هماتوم عفونی، تحت کورتاژ قرار گرفت. محتویات رحم با پنس جفت خارج شد. نسج نکروزه عفونی با قوام الاستیک و سایز ۲۰\*۲۰ سانتی‌متری و ضخامت ۵ میلی‌متر مشابه ممبران‌های جنینی خارج و بیمار ۲ روز بعد با حال عمومی خوب مرخص شد. در گزارش پاتولوژی ارسالی، نکروتیک دسیدوال کست گزارش شد.



شکل ۲- نسج نکروزه عفونی داخل حفره رحم

## بحث

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، عفونت نفاسی به عفونتی که بعد از خروج جنین و جفت تا ۴۲ روز بعد از زایمان رخ می‌دهد، اطلاق می‌شود (۱۲). اکثر اندومتریت‌ها، در هفته اول بعد از زایمان اتفاق می‌افتند، ولی در ۱۵٪ موارد به صورت دیررس و بین ۶-۱ هفته پس از زایمان اتفاق می‌افتد و ممکن است به صورت خونریزی پست پارتوم تأخیری بروز پیدا کند (۱۳).

در مورد اول مطرح شده در مقاله حاضر، علائم به صورت تأخیری بروز کرده و متأسفانه به درستی اداره نشده بود و در نهایت بیمار ۳۷ روز بعد از سزارین به صورت اورژانس بستری شد و در مورد دوم، علائم یک هفته بعد از زایمان بروز کرد، ولی متأسفانه توجهی به ترشحات پایدار بیمار نشد و در نوبت دوم بستری، ارزیابی و اقدام صحیح انجام شد.

میزان بروز عفونت نفاسی از ۱۰-۱٪ در بین کشورهای مختلف متفاوت است. مورتالیته عفونت نفاسی از ۱۱/۷٪ در آسیا، ۹/۷٪ در آفریقا تا ۲/۱٪ در کشورهای پیشرفته متفاوت است.

اتیولوژی عفونت‌های نفاسی رحم معمولاً پلی میکروبیال (میکروارگانسیم‌های هوازی و بی‌هوازی) است. ارگانسیم‌های دخیل شامل کوکسی‌های گرم مثبت،

استرپتوکوک‌های گروه آ و ب، گرم منفی‌ها شامل اشرشیاکلی، کلبسیلا، کلامدیا، انتروباکتر، نایسریا گنوره، بی‌هوازی‌ها و سایر موارد مانند مایکوپلاسما اوریوپلاسما و توبرکلوز می‌باشد (۱۴).

در مورد اول مطرح شده در مقاله حاضر، به دلیل شرایط اورژانس، امکان کشت رحمی وجود نداشت و در مورد دوم به دلیل دریافت آنتی‌بیوتیک در مرکز دیگر، کشت منفی شد.

روش زایمان، مهم‌ترین عامل منفرد خطرناک بروز عفونت محسوب می‌شود و افزایش حدود ۲۰ برابری مرگ‌ومیر ناشی از عفونت در زایمان سزارین در مقابل زایمان واژینال وجود دارد. سایر عوامل خطر شامل: پارگی زودرس کیسه آب، دفع مکنونیوم، معاینات متعدد واژینال، وجود بقایای جفتی، سن بالای مادر، بهداشت پایین، چاقی، آنمی، دیابت، جراحی‌های طولانی، عفونت قبلی و مانیتورینگ جنینی داخلی می‌باشد (۱۵).

در هر دو مورد مطرح شده در مقاله حاضر، ریسک فاکتور سزارین وجود داشت و در مورد اول طول مدت عمل طولانی شده بود و ریسک فاکتور دیگری به جز موارد ذکر شده وجود نداشت.

بروز اندومتریت پس از زایمان را با استفاده از آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی و شستشوی واژینال می‌توان به میزان ۷۰-۶۰٪ کاهش داد (۱۶، ۱۷).

هر دو بیمار مطرح شده در مقاله حاضر، آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی دریافت کرده بودند، ولی شستشوی واژینال به دلیل روتین نبودن، انجام نشد.

در هر بیمار با علائم عفونت نفاسی جهت تشخیص‌های افتراقی مانند عفونت لگنی، آپاندیسیت، پیلونفریت، عفونت ادراری و ترومبوفلیبیت لگنی بایستی تحت بررسی قرار بگیرد تا از عوارض سپسیس، پیریتونیت، آبسه لگنی، عفونت زخم، هماتوم لگنی و آمبولی ریوی عفونی جلوگیری شود (۹).

پس از تشخیص اندومتریت پس از زایمان، شروع سریع درمان آنتی‌بیوتیک بلافاصله بعد از انجام نمونه‌گیری‌های خونی و بافتی، در اکثر موارد منجر به درمان می‌شود، اگرچه برخی پاتوژن‌ها گاهی به درمان پاسخ نمی‌دهند و علائم به سمت نکروز بافتی و شوک سپتیک پیش می‌رود (۱۴).

در مورد اول مطرح شده در مقاله حاضر، عدم تشخیص و درمان به‌موقع، سبب ایجاد شرایط اورژانس، خروج دسیدوال کست و نکروز رحم شده بود که منجر به هیستریکتومی شد و در مورد دوم، علت عفونت پایدار، دسیدوال کست حجیم بود که با کورتاژ و خروج آن، بیمار بهبود یافت. در مورد دوم مطرح شده، سونوگرافی توانست توده داخل رحم را گزارش کند و قبل از کورتاژ، رزیدو یا هماتوم جزء تشخیص افتراقی‌ها مطرح بود و دسیدوال کست به علت نادر بودن، جزء تشخیص افتراقی مطرح نشد.

در مطالعه سن و همکاران (۲۰۱۳) خروج بافت از واژن در دختر ۱۰ ساله که قرص کنتراسپتو مصرف می‌کرد،

دسیدوال کست بود که تصویر آن نیز مشابه تصویر مطالعه حاضر بود (۱۸). در مطالعه ویوکافند و همکاران (۲۰۰۷) دختر ۹ ساله که دپومدروکسی پروژسترون استات مصرف می‌کرد، خروج بافت از واژن وجود داشت که جواب پاتولوژی دسیدوال کست بود (۱۹). در مطالعه مارکز و همکاران (۱۹۷۹) دسیدوال کست در حاملگی خارج رحمی وجود داشت که می‌توانست با حاملگی داخل رحمی اشتباه شود (۱۹).

در بررسی‌های مختلفی که در منابع الکترونیکی داخلی و خارجی مانند [Google Scholar](#)، [Medline](#) و [Science Sirect](#) انجام شد، دفع دسیدوال کست به دنبال قطع مصرف کنتراسپتیوها و داروهای هورمونی و حتی در حاملگی خارج رحم وجود داشت، ولی ایجاد دسیدوال کست به دنبال عفونت رحمی پس از زایمان در هیچ مطالعه‌ای گزارش نشده بود.

### نتیجه‌گیری

بیماران بعد از زایمان طبیعی یا سزارین، در صورت مراجعه با علائم عفونت رحمی باید تحت درمان آنتی‌بیوتیکی قرار گیرند و در صورت مقاوم بودن عفونت، سونوگرافی معمولی و در صورت لزوم، داپلر رنگی انجام شود و در صورت وجود توده در رحم در سونوگرافی، با شک به بقایای جفت و پرده‌ها یا دسیدوال کست، تحت کورتاژ قرار گیرند تا با تشخیص به‌موقع از پیشرفت بیماری و ایجاد شرایط اورژانس مانند سپسیس یا به‌ندرت، خروج توده از واژن و اشتباه تشخیصی و انجام اقدامات تهاجمی برای فرد جلوگیری شود. ضمن اینکه در موارد وجود توده در حفره رحم یا خروج توده از واژن بعد از زایمان طبیعی یا سزارین، دسیدوال کست باید جزء تشخیص افتراقی‌ها قرار گیرد.

1. Mackeen AD, Packard RE, Ota E, Speer L. Antibiotic regimens for postpartum endometritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 2:CD001067 .
2. Adair FL. The American Committee of Maternal Welfare: meeting held at Atlantic city, June 12, 1935 Chairman's address. *Am J Obstet Gynecol* 1935; 30(6):868-71.
3. Chaim W, Bashiri A, Bar-David J, Shoham-Vardi I, Mazor M. Prevalence and clinical significance of postpartum endometritis and wound infection. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2000; 8(2):77-82.
4. Acker DB, Johnson MP, Sachs BP, Friedman EA. The leukocyte count in labor. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 153(7):737-9.
5. Hartmann KE, Barrett KE, Reid VC, McMahon MJ, Miller WC. Clinical usefulness of white blood cell count after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2000; 96(2):295-300.
6. Mulic-Lutvica A, Axelsson O. Postpartum ultrasound in women with postpartum endometritis, after cesarean section and after manual evacuation of the placenta. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86(2):210-7.
7. Faro S. Postpartum endometritis. *Clin Perinatol* 2005; 32(3):803-14.
8. Walmer D, Walmer KR, Gibbs RS. Enterococci in post-cesarean endometritis. *Obstet Gynecol* 1988; 71(2):159-62.
9. Brumfield CG, Hauth JC, Andrews WW. Puerperal infection after cesarean delivery: evaluation of a standardized protocol. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182(5):1147-51.
10. Zuckerman J, Levine D, McNicholas MM, Konopka S, Goldstein A, Edelman RR, et al. Imaging of pelvic postpartum complications. *AJR Am J Roentgenol* 1997; 168(3):663-8.
11. Klein SM, García CR. Asherman's syndrome: a critique and current review. *Fertil Steril* 1973; 24(9):722-35.
12. Dolea C, Stein C. Global burden of maternal sepsis in the year 2000: evidence and information for policy (EIP). Geneva: World Health Organization; 2006 .
13. Hoyme UB, Kiviat N, Eschenbach DA. Microbiology and treatment of late postpartum endometritis. *Obstet Gynecol* 1986; 68(2):226-32.
14. Mackeen AD, Packard RE, Ota E, Speer L. Antibiotic regimens for postpartum endometritis. New York: The Cochrane Library; 2015.
15. Newton ER, Pihoda TJ, Gibbs RS. A clinical and microbiologic analysis of risk factors for puerperal endometritis. *Obstet Gynecol* 1990; 75(3 Pt 1):402-6 .
16. Swartz WH, Grolle K. The use of prophylactic antibiotics in cesarean section, a review of the literature. *J Reprod Med* 1981; 26(12):595-609.
17. Haas DM, Morgan S, Contreras K. Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 9:CD007892 .
18. Sen Y, Cimbeke EA, Uğraş NS. Decidual cast after discontinuation of oral contraceptives use in a young girl. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2013; 26(6):e127-9 .
19. Singh V, Talib N, Strickland J. Decidual cast in a girl receiving depot medroxyprogesterone acetate--a case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007; 20(3):191-4 .
20. Marks WM, Filly RA, Callen PW, Laing FC. The decidual cast of ectopic pregnancy: a confusing ultrasonographic appearance. *Radiology* 1979; 133(2):451-4 .