

## خونریزی شدید پس از زایمان و آتونی مقاوم به درمان همراه با کورآنژیوزیس جفت: گزارش موردی

دکتر ترانه اربابزاده<sup>۱</sup>، دکتر لادن آجری<sup>۲</sup>، دکتر فرزاد تقی‌زاده حصار<sup>۳\*</sup>

۱. استادیار گروه پریناتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. دانشیار گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه رادیولوژی، مرکز تحقیقات سرطان پستان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۰۷

### خلاصه

**مقدمه:** خونریزی پس از زایمان، همچنان یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر و بیماری‌زایی مادران در سراسر جهان است و شایع‌ترین علت آن، آتونی رحم می‌باشد. اختلالات نادر پاتولوژیک جفت، از جمله کورآنژیوزیس، ممکن است در بروز خونریزی پس از زایمان و عوارض آن نقش داشته باشند، هرچند گزارش‌ها در این زمینه بسیار محدود هستند. در این مطالعه یک مورد خونریزی شدید پس از زایمان به همراه آتونی مقاوم به درمان در اثر کورآنژیوزیس جفت گزارش می‌شود. **معرفی بیمار:** در این گزارش، خانم ۲۷ ساله G<sub>1</sub> معرفی می‌شود که در سن ۳۸ هفته و ۴ روز بارداری به دلیل اولیگوهایدرآمنیوس و نمای بریچ، تحت سزارین اورژانسی قرار گرفت. پس از تولد نوزاد سالم، بیمار دچار آتونی شدید رحم مقاوم به درمان‌های استاندارد شد و در نهایت به دلیل خونریزی شدید، نیاز به هیستریکتومی ساب‌توتال پیدا کرد. بررسی پاتولوژی جفت، نشان‌دهنده کورآنژیوزیس بود. بیمار پس از تثبیت وضعیت همودینامیک و مراقبت‌های ویژه، با حال عمومی خوب مرخص گردید.

**نتیجه‌گیری:** این گزارش، احتمال وجود ارتباط میان کورآنژیوزیس جفت و بروز خونریزی شدید و مقاوم پس از زایمان را مطرح می‌کند. آگاهی از این وضعیت نادر جفت می‌تواند به پزشکان در پیش‌بینی عوارض تهدیدکننده حیات و مدیریت بهینه آن کمک نماید.

**کلمات کلیدی:** آتونی رحم، خونریزی پس از زایمان، کورآنژیوزیس جفت، هیستریکتومی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر فرزاد تقی‌زاده حصار؛ مرکز تحقیقات سرطان پستان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. تلفن:

۰۲۱-۲۶۶۵۱۵۱۷؛ پست الکترونیک: taghizadeh\_hesary.f@iums.ac.ir

## مقدمه

خونریزی پس از زایمان، همچنان یکی از مهم‌ترین علل مرگ‌ومیر مادران در سراسر جهان است و به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، سهم قابل‌توجهی از مرگ‌های مادری را به‌خود اختصاص می‌دهد (۱). بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت، سالانه میلیون‌ها زن دچار خونریزی پس از زایمان می‌شوند که منجر به مرگ حدود ۴۵ هزار نفر می‌گردد (۲). بر اساس برنامه reVITALize کالج آمریکایی متخصصین زنان و زایمان (ACOG)<sup>۱</sup>، خونریزی پس از زایمان به‌عنوان جمع خون از دست داده بیشتر یا مساوی ۱۰۰۰ میلی‌لیتر یا خونریزی همراه با علائم یا نشانه‌های هیپوولمی در طی ۲۴ ساعت پس از فرآیند زایمان؛ صرف‌نظر از روش زایمان (شامل خونریزی حین زایمان) تعریف می‌شود. با این حال، علی‌رغم این تعریف جدید، خونریزی بیش از ۵۰۰ میلی‌لیتر در زایمان واژینال باید غیرطبیعی تلقی شود و به‌عنوان نشانه‌ای برای بررسی کاستی خون توسط ارائه‌دهنده خدمات درمانی محسوب گردد (۳).

علل خونریزی پس از زایمان به دو دسته اولیه (مانند آتونی رحم، لاسراسیون‌ها، جفت باقی‌مانده، جفت چسبنده غیرطبیعی و اختلالات انعقادی) و ثانویه (مانند ساب‌اینولوشن محل جفت، محصولات باقی‌مانده بارداری، عفونت و اختلالات انعقادی ارثی) تقسیم می‌شوند که این دسته‌بندی به درک بهتر مکانیسم‌های پاتولوژیک کمک می‌کند (۳). مطالعه متآنالیز یونس و همکاران (۲۰۲۵) نشان داد که شایع‌ترین علت خونریزی پس از زایمان، آتونی رحم است (تقریباً ۷۰٪ موارد) (۴). از سوی دیگر، برخی اختلالات پاتولوژیک جفتی به‌عنوان عوامل زمینه‌ای برای بروز عوارض مامایی مطرح شده‌اند. یکی از این ضایعات نادر، کورآنژیوزیس<sup>۲</sup> است که برای نخستین بار توسط آلتشولر در سال ۱۹۸۴ میلادی توصیف شد. این ضایعه با تکثیر غیرطبیعی مویرگ‌های پرزهای انتهایی جفت مشخص می‌شود و معمولاً به‌عنوان شاخصی از

هیپوکسی مزمن داخل‌رحمی در نظر گرفته می‌شود (۵). علت دقیق کورآنژیوزیس نامشخص است، اما عوامل مرتبط شامل دیابت بارداری، سیگار کشیدن و ارتفاع بالا گزارش شده‌اند (۶). مطالعات مختلف بروز این وضعیت نادر را ۷-۵٪ بارداری‌ها گزارش کرده‌اند و نشان داده‌اند که کورآنژیوزیس می‌تواند با پیامدهای نامطلوب بارداری از جمله پره‌اکلامپسی، دیابت بارداری، محدودیت رشد داخل‌رحمی، اولیگوهایدروآمیوس، نیاز به سزارین و بستری نوزاد در NICU همراه باشد. همچنین در برخی گزارش‌ها، بروز کورآنژیوزیس حتی در بارداری‌های ظاهراً طبیعی با مرگ ناگهانی نوزاد یا عوارض پیش‌بینی نشده همراه بوده است (۷). با این حال، ارتباط بین کورآنژیوزیس و عوارض مامایی حاد مانند خونریزی پس از زایمان و آتونی رحم تاکنون در ادبیات علمی به‌ندرت گزارش شده است (۸).

اقدامات درمانی خونریزی پس از زایمان باید تعادلی بین روش‌های کمتر تهاجمی و نیاز به کنترل سریع خونریزی و دستیابی به هموستاز برقرار کند. به‌طور کلی، ابتدا از روش‌های کمتر تهاجمی استفاده می‌شود و در صورت عدم موفقیت، اقدامات تهاجمی‌تر (از جمله هیستریکتومی) برای حفظ حیات بیمار ضروری است. داروهای یوتروتونیک (مانند اکسی‌توسین، متیل‌ارگونوین، ۱۵-متیل پروستاگلاندین F<sub>2α</sub> و میزوپروستول) باید خط اول درمان آتونی رحم باشند. همچنین، ترانگزامیک اسید در خونریزی مامایی باید در نظر گرفته شود. در صورت عدم پاسخ به داروها و ماساژ دودستی رحم، تکنیک‌های تامپوناد داخل رحمی یا پکینگ می‌تواند مؤثر باشد. در زایمان سزارین، از برش جراحی موجود برای لیگاسیون عروق (مانند لیگاسیون دوطرفه شریان رحمی یا O'Leary sutures) استفاده می‌شود که فشار پالس خون به رحم را کاهش می‌دهد. بخیه‌های فشاری رحم (مانند تکنیک B-Lynch یا تکنیک‌های Cho و Hayman) نیز رایج هستند. در نهایت، در صورت شکست درمان‌های محافظه‌کارانه، هیستریکتومی به‌عنوان درمان قطعی در نظر گرفته می‌شود (۳).

<sup>1</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists

<sup>2</sup> chorangiomas

این گزارش مورد به معرفی یک خانم جوان مبتلا به کورآنژیوزیس جفت می‌پردازد که پس از سزارین، دچار آتونی مقاوم رحم و خونریزی شدید شد و در نهایت نیاز به هیستریکتومی سابتوتال پیدا کرد. هدف از این گزارش، برجسته کردن ارتباط نادر کورآنژیوزیس با آتونی مقاوم و تأکید بر اهمیت تشخیص زودرس و مدیریت مناسب این ضایعه جفتی است.

## معرفی بیمار

بیمار خانم ۲۷ ساله، G<sub>1</sub> با سن بارداری (بر اساس تاریخ آخرین قاعدگی) ۳۸ هفته و ۴ روز، در تاریخ ۱۴۰۱/۱۰/۱۱ به دلیل کاهش حجم مایع آمنیوتیک (AFI = ۵ cm) و نمای بریچ در بخش زنان بیمارستان شهدای تجریش تهران بستری شد. سابقه پزشکی ایشان، تنها سابقه سردردهای میگرنی را نشان می‌داد. داروهای مصرفی ایشان شامل مکمل‌های دوران بارداری (آهن، کلسیم، مولتی‌ویتامین) و ایمونوگلوبولین ضد Rh در هفته ۲۸ بارداری بود.

در معاینه بالینی، علائم حیاتی پایدار گزارش شد: فشار خون ۱۰۰/۸۰، نبض ۸۵ بار در دقیقه، دمای بدن ۳۸ درجه سانتی‌گراد و تعداد تنفس ۱۸ بار در دقیقه. ضربان قلب جنین ۱۴۰ و حرکات جنینی طبیعی بود. معاینه لگنی، سرویکس بسته را نشان می‌داد. تست AmniSure منفی بود. وزن تخمینی جنین در سونوگرافی حدود ۳۳۰۰-۳۴۰۰ گرم برآورد شد. سن بارداری بر اساس سونوگرافی، ۳۸ هفته و ۵ روز بود. آزمایش‌های اولیه طبیعی بودند.

(BS= ۱۰۶mg/dL، اوره = ۱۵ mg/dL، Cr= ۰/۵۷ mg/dL، SGPT= ۱۷U/L، SGOT= ۲۴U/L، ALP= ۴۱۵U/L، مستقیم = ۰/۱۳ mg/dL (کامل) بیلی‌روبین، WBC= ۷۱۰۰/μL [PMN=۱۹/۹٪، ۷۴/۲٪]، Hb= ۱۲/۹g/dL، Plt= ۲۱۲۰۰۰/μL)

بیمار، تحت سزارین اورژانسی با بی‌حسی اسپینال قرار گرفت. نوزاد پسر با آپگار ۱۰-۹ متولد شد. معاینه نوزاد طبیعی بوده و هیچ شواهدی از محدودیت رشد جنینی<sup>۱</sup> یا ناهنجاری جنینی مشاهده نگردید. سپس، جفت

به‌صورت کنترل شده و بدون انجام مداخلات تهاجمی یا کشش خشن خارج گردید. پس از خروج نوزاد، رحم دچار آتونی شدید شد و خونریزی قابل توجه آغاز گردید. درمان دارویی شامل میزوپروستول (۸۰۰ میکروگرم)، متیل‌ارگونوئین عضلانی، اکسی‌توسین و پروستاگلاندین F<sub>2α</sub> و ترانکزامیک اسید انجام شد، اما خونریزی کنترل نشد. اقدامات مکانیکی شامل: بستن شریان‌های رحمی، سوچورهای فشاری (تکنیک مربع) و کارگذاری بالون بکری نیز انجام شد. مجدداً بکری گذاشته شد، ولی قوام رحم همچنان شل بوده و خونریزی ادامه یافت. در بررسی حین بیهوشی عمومی، وجود هماتوم ساب‌سروز با گسترش به فوندوس و یک نقص ۵×۵ سانتی‌متری در میومتر قدامی رحم مشاهده گردید. همچنین شواهدی از آکرتا فوکال وجود داشت. به دلیل تداوم خونریزی و عدم پاسخ به اقدامات دارویی و مکانیکی، تصمیم به هیستریکتومی سابتوتال گرفته شد.

خونریزی حین عمل حدود ۳۲۰۰ سی‌سی برآورد شد. بیمار ۵ واحد پک‌سل کراس مچ، ۷ واحد پلاسما تازه منجمد و ۳ واحد فیبرینوژن دریافت نمود. در پایان، بیمار با وضعیت همودینامیک پایدار به ICU منتقل شد و پس از ۳ روز، با حال عمومی خوب مرخص گردید.

بررسی پاتولوژی رحم، نشان‌دهنده رحم بارداری حاوی لخته‌های خون بود. جفت با وزن ۵۶۷ گرم و اندازه ۱۷×۱۵×۴ سانتی‌متر، افزایش عروق پرزی را نشان داد که با تشخیص کورآنژیوزیس مطابقت داشت. بند ناف دارای سه رگ طبیعی بوده است.

## بحث

خونریزی پس از زایمان، یکی از اورژانس‌های مامایی تهدیدکننده حیات و شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر مادران در سطح جهان محسوب می‌شود (۹). شیوع کلی خونریزی پس از زایمان در مطالعات جهانی بین ۱۰-۱٪ گزارش شده است و در حدود ۱/۶٪ از موارد، منجر به هیستریکتومی می‌گردد (۱). شایع‌ترین علت آن آتونی رحم است که حدود ۷۰٪ موارد را شامل می‌شود (۴).

<sup>1</sup> fetal growth rate

اساس نتایج مطالعه سوما و همکاران (۱۹۹۵)، احتمال رخداد همزمان دو پاتولوژی با زندگی در ارتفاعات افزایش می‌یابد (۱۳). این امر نشان‌دهنده اهمیت شرایط زندگی افراد در ایجاد این پاتولوژی‌ها در جفت است.

این گزارش مورد، اهمیت بالینی کورآنژیوزیس را فراتر از یک یافته پاتولوژیک ساده برجسته می‌کند و آن را به‌عنوان یک نشانگر بالقوه برای افزایش خطر عوارض شدید مادری (مانند خونریزی کاتاستروفیک و آتونی مقاوم) مطرح می‌سازد. در بیمار گزارش شده در سونوگرافی دوران بارداری، کاهش شاخص مایع آمنیوتیک<sup>۳</sup> مشاهده شد و آزمایش آمنی شور<sup>۴</sup> منفی بود و شواهد بالینی به‌نفع پارگی زودرس پرده‌ها وجود نداشت. کاهش حجم مایع آمنیوتیک در این بیمار می‌تواند به‌علت کورآنژیوزیس باشد، زیرا مطالعات نشان داده‌اند که کورآنژیوزیس می‌تواند با اولیگوهایدروآمنیوس همراه باشد (۷). محدودیت‌های این مطالعه شامل ماهیت گزارش موردی بودن آن و عدم امکان بررسی مکانیسم‌های مولکولی (مانند فاکتورهای آنژیوژنیک) دقیق بود. مطالعات آینده با طراحی کوهورت یا بررسی‌های پاتولوژیک گسترده‌تر می‌توانند ارتباط کورآنژیوزیس با عوارض مادری را روشن‌تر سازند. آگاهی متخصصین زنان از این ارتباط احتمالی می‌تواند در تصمیم‌گیری سریع، آمادگی برای اقدامات تهاجمی و کاهش مرگ‌ومیر مادر و جنین نقش مهمی ایفا کند.

### نتیجه‌گیری

این گزارش موردی نشان داد که کورآنژیوزیس جفت می‌تواند با بروز خونریزی شدید پس از زایمان ناشی از آتونی مقاوم رحم همراه باشد. متخصصان زنان می‌بایست نسبت به این خطر بالقوه آگاه باشند و در صورت مواجهه با چنین شرایطی، احتمال بروز عوارض شدید را مدنظر قرار دهند. آگاهی از این وضعیت نادر جفت عمده‌تاً از طریق بررسی دقیق پاتولوژیک جفت پس از زایمان حاصل می‌شود، زیرا کورآنژیوزیس در سونوگرافی روتین قبل از زایمان قابل تشخیص نیست.

کورآنژیوزیس، یک ضایعه نسبتاً نادر جفتی است که در آن بیش از ۱۰ مویرگ در حداقل ۱۰ پرز در ۱۰ ناحیه مختلف مشاهده می‌شود (۵). این تغییر معمولاً به‌عنوان شاخصی از هیپوکسی مزمن جنینی تفسیر می‌شود. شرایطی مانند دیابت بارداری، پره‌اکلامپسی، مصرف سیگار، بارداری در ارتفاعات بالا، عفونت و آنمی مادر، از عوامل خطر شناخته شده برای کورآنژیوزیس هستند (۷، ۱۰، ۱۱). در حالی که بیشتر موارد کورآنژیوزیس بدون علامت بوده و تنها در بررسی هیستوپاتولوژیک تشخیص داده می‌شوند، مطالعات مختلف نشان داده‌اند که کورآنژیوزیس با پیامدهای نامطلوب جنینی مانند محدودیت رشد داخل رحمی، وزن کم هنگام تولد، دیسترس جنینی، پره‌ترم و حتی مرگ جنین درون رحمی همراه است. علاوه بر این، گزارش‌های اخیر، ارتباط کورآنژیوزیس را با عوارض مادری مانند پره‌اکلامپسی شدید برجسته کرده‌اند (۷).

با این حال، ارتباط میان کورآنژیوزیس و عوارض مادری حاد، به‌ویژه خونریزی شدید پس از زایمان و آتونی مقاوم رحم، تاکنون به‌ندرت گزارش شده است. در مطالعه موردی آکور (۲۰۲۱) که در عربستان سعودی منتشر شد، کورآنژیوزیس جفت منتج به تولد مرگ جنین پیش از تولد شد (۸). همچنین، تعداد اندکی از گزارش‌های موردی در متون علمی به وجود خونریزی پشت جفت<sup>۱</sup> و بین‌پرزی<sup>۲</sup> در اثر کورآنژیوزیس اشاره کرده‌اند که می‌تواند زمینه‌ساز اختلال در جدا شدن جفت و انقباض رحمی باشد (۷، ۱۲). مکانیسم دقیق این ارتباط مشخص نیست، اما احتمال داده می‌شود که افزایش غیرطبیعی عروق پرزی در محل جفت بتواند بر روند جدا شدن جفت و انقباض رحم تأثیر بگذارد و زمینه‌ساز آتونی رحم و خونریزی شدید گردد. در بیمار گزارش حاضر، وجود آکرتا فوکال و آتونی مقاوم رحم نشان می‌دهد که کورآنژیوزیس ممکن است در تعامل غیرطبیعی جفت - رحم نقش داشته و منجر به بروز خونریزی کاتاستروفیک گردد. در برخی موارد نادر، کورآنژیوزیس می‌تواند با کوریوآنژیوم همراه باشد. بر

<sup>3</sup> Amniotic Fluid Index

<sup>4</sup> AmniSure test

<sup>1</sup> retroplacental

<sup>2</sup> Intervillous

هویت) اخذ گردید. بیمار از اهداف انتشار گزارش آگاه شد و رضایت خود را اعلام کرد.

### تضاد منافع

هیچ تضاد منافی در این مطالعه وجود ندارد.

### حمایت مالی

شامل این مطالعه نمی‌شود.

### مشارکت نویسندگان

طراحی مطالعه توسط دکتر ترانه اربابزاده، جمع‌آوری داده‌ها توسط دکتر ترانه اربابزاده و دکتر لادن آجری، نگارش مقاله توسط دکتر فرزاد تقی‌زاده حصارى و ویرایش مقاله توسط دکتر ترانه اربابزاده و دکتر فرزاد تقی‌زاده حصارى انجام شده است.

با این حال، وجود عواملی نظیر الیگوهایدروآمیوس، محدودیت رشد داخل رحمی، پره‌اکلامپسی یا دیابت بارداری می‌تواند پزشک را به احتمال وجود این ضایعه جفتی مشکوک کند و تیم درمانی را برای مدیریت خونریزی پس از زایمان آماده‌تر نماید. تشخیص سریع، مداخله به موقع و آمادگی برای انجام اقدامات جراحی تهاجمی از جمله هیستریکتومی در صورت نیاز، می‌تواند نقش مهمی در نجات جان مادر ایفا کند. گزارش و مطالعه بیشتر موارد مشابه می‌تواند به روشن‌تر شدن نقش کورآنزیزیوس در پیامدهای مادری و جنینی کمک نماید.

### ملاحظات اخلاقی

رضایت آگاهانه کتبی و شفاهی از بیمار برای انتشار این گزارش موردی (به صورت کاملاً ناشناس و بدون افشای

### منابع

1. Bláha J, Bartošová T. Epidemiology and definition of PPH worldwide. Best practice & research Clinical anaesthesiology. 2022 Dec 1; 36(3-4):325-39.
2. World Health Organization. Global health agencies issue new recommendations to help end deaths from postpartum haemorrhage [Internet]. [cited 2025 Dec 25]. Available from: <https://www.who.int/news/item/05-10-2025-global-health-agencies-issue-new-recommendations-to-help-end-deaths-from-postpartum-haemorrhage?referrer=grok.com>
3. Hemorrhage P. Committee on practice bulletins-obstetrics. Practice bulletin no. 183. Obstet. Gynecol 2017; 130:e168-86.
4. Yunas I, Islam MA, Sindhu KN, Devall AJ, Podsek M, Alam SS, et al. Causes of and risk factors for postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis. The Lancet 2025; 405(10488):1468-80.
5. Altshuler GE. Chorangiogenesis. An important placental sign of neonatal morbidity and mortality. Obstetrical & Gynecological Survey 1984; 39(8):493-6.
6. Akbulut M, Sorkun HC, Bir F, Eralp A, Duzcan E. Chorangiogenesis: the potential role of smoking and air pollution. Pathology-Research and Practice 2009; 205(2):75-81.
7. Vafaei H, Karimi Z, Akbarzadeh-Jahromi M, Asadian F. Association of placental chorangiogenesis with pregnancy complication and prenatal outcome: a case-control study. BMC pregnancy and childbirth 2021; 21(1):99.
8. Akkour K. Chorangiogenesis of placenta: A rare case report with unusual presentation and outcome; 2021.
9. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet global health 2014; 2(6):e323-33.
10. Stanek J. Chorangiogenesis of chorionic villi: what does it really mean?. Archives of Pathology & Laboratory Medicine 2016; 140(6):588-93.
11. Darshan HN, Purini PY, Sharmila V, Verma J. Placental chorangiogenesis—A case report and clinical insights. Philippine Journal of Obstetrics and Gynecology 2025; 49(3):177-9.
12. Gün BD, Barut F, Tanrıverdi A, Özdamar ŞO, Barut A. Placental Chorangiogenesis: an important pattern of placental injury. Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine 2006; 12(3):176-9.
13. Soma H, Watanabe Y, Hata T. Chorangiogenesis and chorangioma in three cohorts of placentas from Nepal, Tibet, and Japan. Reproduction, fertility and development 1995; 7(6):1533-8.

# Severe Postpartum Hemorrhage and Refractory Uterine Atony Associated with Placental Chorangiomas: A Case Report

Taraneh Arbabzadeh<sup>1</sup>, Ladan Ajori<sup>2</sup>, Farzad Taghizadeh-Hesary<sup>3\*</sup>

1. Assistant Professor, Department of Perinatology, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Radiation-oncology, Breast Cancer Research Center, Faculty of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

## Abstract

Received: Nov 25, 2025 Accepted: Feb 26, 2026

**Introduction:** Postpartum hemorrhage (PPH) remains one of the leading causes of maternal morbidity and mortality worldwide, with uterine atony being its most common etiology. Rare pathological placental abnormalities, such as chorangiomas, may contribute to the occurrence and severity of PPH, although reports on this association are scarce. In this study, a case of severe postpartum hemorrhage with treatment-resistant atony due to placental chorangiomas is reported.

**Case Presentation:** We report a case of a 27-year-old primigravid woman (G<sub>1</sub>) at 38 weeks and 4 days of gestation who underwent an emergency cesarean section due to oligohydramnios and breech presentation. Following the delivery of a healthy newborn, the patient developed severe uterine atony refractory to standard therapeutic measures and ultimately required a subtotal hysterectomy due to massive hemorrhage. Histopathological examination of the placenta revealed chorangiomas. After stabilization of hemodynamic status and intensive care management, the patient was discharged in good general condition.

**Conclusion:** This case suggests a possible association between placental chorangiomas and severe refractory PPH. Awareness of this rare placental condition may help clinicians anticipate life-threatening complications and optimize management strategies.

**Keywords:** Hysterectomy, Placental Chorangiomas, Postpartum Hemorrhage, Uterine Atony

► Please cite this article as:

Arbabzadeh T, Ajori L, Taghizadeh-Hesary F. Severe Postpartum Hemorrhage and Refractory Uterine Atony Associated with Placental Chorangiomas: A Case Report. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2026; 28(12):110-115. DOI: 10.22038/ijogi.2026.91889.6573