

# تشکیل آبسه پس از دیاستاز سمفیز پوبیس در بارداری: گزارش موردی

دکتر فریبا فرهادی<sup>۱</sup>، دانیال خضری<sup>۲</sup>، دکتر سولماز قاسمی<sup>۳\*</sup>

۱. استاد گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۲. دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۳. دستیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۰۵

## خلاصه

**مقدمه:** تشکیل آبسه بعد از جداشدگی سمفیز پوبیس در زایمان طبیعی پدیده‌ای نادر است و موارد معدودی گزارش شده است. در این مطالعه یک مورد تشکیل آبسه به دنبال جداشدگی سمفیز پوبیس پس از زایمان طبیعی گزارش می‌شود که پس از شناسایی میکروارگانیزم عامل ایجاد عفونت با موفقیت درمان شد.

**معرفی بیمار:** بیمار خانم ۲۳ ساله بود که بعد از دومین زایمان طبیعی با درد، تورم و قرمزی در ناحیه سوپرا پوبیس همراه با تب و لرز افزایش یافته به درمانگاه تخصصی بیمارستان بعثت سنندج مراجعه کرده بود. بیمار قبل از زایمان احساس درد و سختی در حرکت داشته که بعد از زایمان بیشتر شده بود. معاینه بالینی بیمار نشان‌دهنده درد و حساسیت و تورم در ناحیه سوپرا پوبیس بود. در بررسی‌های آزمایشگاهی، مارکرهای التهابی افزایش یافته بود. بیمار تحت سونوگرافی قرار گرفت که هماتوم و ادم در غلاف رکتوس مشاهده شد. در تصویربرداری لگن یک جداشدگی ۲۰ میلی‌متری در ناحیه سمفیز پوبیس مشاهده شد. بیمار تحت گاید سونوگرافی آسپیراسیون شد و تشخیص آبسه لگن مسجل گردید. در کشت نمونه، میکروارگانیزم استرپتوکوک ویریدانس رشد کرد. بیمار تحت درمان آنتی‌بیوتیک ایمپنم و ونکومایسین قرار گرفت. به علت عدم قطع تب با تشخیص آبسه لگنی، لاپاراتومی انجام و درن تعبیه شد. در روز ۳۵ بستری و قبل از ترخیص از بیمارستان تصویربرداری مجدد از لگن بیمار انجام شد که مقدار جداشدگی سمفیز پوبیس کمتر شده و حدود ۱۰ میلی‌متر بود و بیمار با حال مساعد ترخیص گردید.

**نتیجه‌گیری:** در زنان آبستن یا زایمان کرده دارای علائم عمومی عفونت باید به وجود سمفیز سپتیک مشکوک شد و جهت درمان آن اقدام فوری و وسیع‌الطیف انجام داد.

**کلمات کلیدی:** دررفتگی مفصل، دیاستاز مفصل سمفیز، عفونت، عوارض بارداری

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر سولماز قاسمی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. تلفن: ۰۸۷-۳۳۶۱۸۳۵۶؛ پست الکترونیک: ghasemisolmaz123@gmail.com

## مقدمه

درد ناحیه پوبیس بعد از زایمان طبیعی، امری شایع است که علت آن ممکن است جداشدگی سمفیز پوبیس<sup>۱</sup> باشد. شیوع جداشدگی سمفیز پوبیس از ۱ در ۳۰۰ تا ۱ در ۳۰۰۰۰ زایمان متغیر بوده و یکی از عوارض دوران بارداری محسوب می‌شود (۱، ۲). جداشدگی سمفیز پوبیس در هنگام زایمان پدیده‌ای طبیعی است و تحت تأثیرات هورمونی و فیزیولوژیک به‌منظور تسهیل زایمان اتفاق می‌افتد. حد معمول این جداشدگی ۴-۵ میلی‌متر و بیشترین حد آن ۱۰ میلی‌متر است و بیشتر از این حد سبب ایجاد درد در ناحیه شکم و لگن می‌شود (۳)، ولی عفونت سمفیز پوبیس، عارضه‌ای است که در بارداری بسیار نادر بوده و موارد معدودی از آن گزارش شده است (۹-۴).

علت عفونت سمفیز پوبیس معمولاً باکتری‌های فرصت‌طلب هستند که سبب ایجاد علائمی مانند درد و تندرns در ناحیه پوبیس و همچنین تب بالای ۳۸ درجه می‌شوند (۱۰).

لگن، یک ساختمان حلقوی شکل است که در پایین‌تنه قرار گرفته و ارتباط اندام‌های تحتانی را با تنه برقرار می‌کند و از ۳ استخوان تشکیل شده است. ۲ استخوان کاملاً هم‌شکل ولی قرینه و به شکل نیم‌دایره به نام استخوان‌های بی‌نام<sup>۲</sup> در کنار یکدیگر قرار گرفته‌اند تا قسمت اعظم این ساختمان حلقوی را تشکیل دهند. این ۲ استخوان در قسمت جلو به یکدیگر نزدیک شده و سمفیز پوبیس<sup>۳</sup> را تشکیل می‌دهند. این مفصل از نوع آمفی آرترودیال بوده و حرکت بسیار کمی دارد. در ماه‌های آخر بارداری با تأثیرات هورمونی ریلکسین و پروژسترون، غضروف سمفیز شل شده و ۲ استخوان پوبیس بیشتر از هم فاصله می‌گیرند تا حلقه لگن برای عبور بچه در حین زایمان گشادتر شود (۱۱). در این مطالعه، یک مورد آبسه ناشی از دیاستازیس یا جداشدگی سمفیز پوبیس بعد از زایمان که با موفقیت تشخیص و درمان شد، گزارش می‌شود.

## معرفی بیمار

بیمار خانم ۲۳ ساله‌ای بود که ۱۸ روز بعد از دومین زایمان طبیعی با درد، تورم و قرمزی در ناحیه سوپرا پوبیس همراه با تب و لرز افزایش یافته و عدم توانایی حرکتی به درمانگاه تخصصی بیمارستان بعثت سنجند مراجعه کرد (۱۳۹۸/۰۵/۲۸) و با تشخیص پزشک در بخش ICU بستری شد. بیمار قبل از زایمان در ناحیه هیپوگاستر و سوپرا پوبیس درد و سختی در حرکت و همچنین ضعف و بی‌حالی داشته که بعد از زایمان (۱۳۹۸/۰۵/۱۰) بیشتر شده بود. بیمار در بدو ورود فاقد تهوع، استفراغ و واژینال بلیدینگ بود. علائم حیاتی اولیه بیمار در بدو ورود شامل فشارخون ۱۰۰/۶۰ میلی‌متر جیوه، دمای بدن ۳۷/۷ درجه سانتی‌گراد، تعداد تنفس ۱۶، نبض ۱۸۰ و درصد اشباع اکسیژن خون ۹۳٪ بود. بیمار فاقد هرگونه بیماری قبلی بود و داروی خاصی استفاده نمی‌کرد. معاینه نشان‌دهنده درد و حساسیت و تورم در ناحیه سوپرا پوبیس بود و به دلیل درد شدید، اجازه معاینه کامل را نمی‌داد. در بررسی‌های آزمایشگاهی، مارکرهای التهابی افزایش یافته بود. آنالیز ادرار طبیعی و کشت ادرار بیمار منفی بود و سایر یافته‌های آزمایشگاهی بیمار طبیعی بودند. کشت خون منفی گزارش گردید.  $WBC \times 10^3$  ۲۱/۴،  $CRP^{+++}$  و  $ESR$  ۱۰۶ بود. در مورخ ۲۹ مرداد ماه، بیمار تحت سونوگرافی قرار گرفت که هماتوم و ادم در غلاف رکتوس مشاهده شد و در سی‌تی‌اسکن روز بعد زیر غلاف رکتوس ناحیه هایپودنس با ابعاد ۸۰×۱۰۷ میلی‌متر وجود داشت که زیر گاید سونوگرافی، آسپیراسیون انجام و جهت کشت و آنتی‌بیوگرام به آزمایشگاه ارسال گردید. در کشت استرپتوکوک ویریدانس رشد کرد و بیمار تحت درمان آنتی‌بیوتیک ایمی‌پنم و ونکومایسین قرار گرفت. در تاریخ ۲ شهریور ماه بیمار مجدداً تحت سونوگرافی قرار گرفت و یک ناحیه هیپوآکو در سوپرا پوبیس به ابعاد ۳۳×۱۰۳ میلی‌متر و پروگزیمال فمورال به ابعاد ۲۵×۵۴ میلی‌متر مشاهده شد که مطرح‌کننده پروسه عفونی به‌صورت نکرورز همراه با کانون‌های آبسه لوکوله بود و همچنین

<sup>1</sup> Diastasis Symphysis Pubis

<sup>2</sup> Innominate bone

<sup>3</sup> Pubic symphysis

یک کانون آبسه به ابعاد  $20 \times 41$  میلی‌متر در سمت چپ سوپرا پوبیس مشاهده شد. در تاریخ ۵ شهریور بررسی اسپیرال سی‌تی‌اسکن لگن با کنتراست وریدی انجام شد و دو کالکشن کوچک به سایزهای  $8 \times 18$  میلی‌متر و  $16 \times 24$  میلی‌متر در غلاف رکتوس و قدام آن مشاهده شد. کالکشن‌ها در مقایسه با تصاویر قبلی

کاهش و بهبود واضح داشتند، ولی به دلیل مشکل حرکتی، از بیمار رادیوگرافی لگن گرفته شد و جدادشگی در سمفیز پوبیس در حدود ۲۰ میلی‌متر مشاهده شد (تصویر ۱). (مقدار طبیعی جدادشگی در سمفیز پوبیس در بارداری ۵-۴ میلی‌متر است) (۳).



تصویر ۱- رادیوگرافی لگن در ابتدای مراجعه بیمار که نشان‌دهنده جدادشگی سمفیز پوبیس وسیع است.

بیمار به دلیل ادامه حملات تب شبانه، مجدداً مورد سونوگرافی قرار گرفت و یک کانون آبسه به ابعاد  $27 \times 45$  میلی‌متر در اینگوینال چپ مشاهده شد. با دستور پزشک جراح از بیمار MRI به عمل آمد و یک ضایعه هتروژن به اندازه  $10 \times 30$  میلی‌متر در سمت چپ لگن مجاور عروق ایلیاک مشاهده شد و با توجه به وخامت حال بیمار و عدم قطع تب، کاندید جراحی قرار گرفت. در اتاق عمل به دلیل مجاورت آبسه کنار شریان ایلیاک اکسترنال (فمورال) فقط برای بیمار درن تعبیه و به مدت

۱۴ روز، روزانه ۳-۲ نوبت با نرمال سالین ضایعه شستشو می‌شد. حملات تب شبانه بیمار به مرور کنترل و تورم و درد در ناحیه سوپرا پوبیس کمتر شد. بیمار روز ۳۵ بستری، قبل از ترخیص از بیمارستان مجدداً مورد سی‌تی‌اسکن قرار گرفت و ناحیه هایپودنس در ناحیه رکتوس از بین رفته بود و تعداد گلبول سفید  $4/4 \times 10^3$  و  $CRP^{++}$  بود و رادیوگرافی لگن میزان جدادشگی سمفیز پوبیس را در حدود ۱۰ میلی‌متر نشان داد (تصویر ۲). بیمار با حال مساعد ترخیص گردید.



تصویر ۲- رادیوگرافی لگن ۳۵ روز پس از درمان که نشان‌دهنده کاهش جدادشگی سمفیز پوبیس است.

## بحث

جداشدگی سمفیز پوبیس بعد از زایمان، یک تشخیص بالینی مبتنی بر علائم بالینی نظیر درد در ناحیه سوپرا پوبیس و مفصل ساکروایلیاک است که در موارد پیشرفته با محدودیت حرکتی همراه است (۱۲). در متون پیشین به سه آزمایش بالینی برای تشخیص جداشدگی سمفیز پوبیس اشاره شده است، تندرنس در ناحیه مفاصل پوبیس و ساکروایلیاک، تست پاتریک فابر<sup>۱</sup> و نشانه ترندلنبرگ مثبت که بیشترین میزان حساسیت را نشان می‌دهد (۱۳). اگرچه ارزیابی بالینی برای شناسایی دیاستاز سمفیز پوبیس کافی است، ولی از روش‌های تصویربرداری تشخیصی مانند رادیوگرافی، سونوگرافی، توموگرافی کامپیوتری و MRI برای تأیید نهایی نیز استفاده می‌شود (۱۴). به‌طور کلی استراتژی برخورد با این عارضه بر اساس علائم بالینی مشاهده شده در بیمار انتخاب می‌شود. در بیماران بدون عارضه یا با علائم خفیف، درمان محافظه‌کارانه در نظر گرفته می‌شود، ولی در موارد شدید و پیچیده، جراحی توصیه شده است. درمان محافظه‌کارانه برای تسکین درد بوده و معمولاً از ضددردهایی مانند NSAIDs و استامینوفن که برای کنترل درد پس از زایمان، در زنان باردار و در دوران شیردهی مناسب هستند، استفاده می‌شود. در مواردی که بیمار دارای چرخه شدید درد همراه با اسپاسم عضلانی است، استفاده از بی‌دردی اپیدورال به مدت ۲۴-۷۲ توصیه می‌شود (۱۵).

موارد گزارش سمفیز سپتیک بسیار محدود است؛ اولین گزارش در دسترس مربوط به سال ۱۹۴۰ است که خانم ۳۱ ساله‌ای در ۲۸ هفتگی بارداری در مراجعه به کلینیک، معاینه و همه علائم طبیعی و وضعیت عادی داشت و بیمار وضعیت بارداری خود را مناسب عنوان نمود. یک ماه بعد در مراجعه بعدی، بیمار دارای افزایش فشارخون ۱۵۰/۱۰۰ میلی‌متر جیوه، آلبومینوری و ادم عمومی بود. داروهای معمول برای بیمار تجویز و ترخیص گردید. برای چند روز وضعیت بیمار طبیعی و نبض و دمای بدن نرمال بود. ۵ روز بعد در مراجعه مجدد دارای فشارخون ۱۸۵/۱۳۵ میلی‌متر جیوه و میزان آلبومین در ادرار به ۱۲ قسمت افزایش یافته بود. در معاینه، وضعیت

رحم نشان‌دهنده حاملگی ۳۳ هفتگی بود و سر جنین به سمت لگن قرار داشت. روز بعد مجدداً معاینه لازم انجام و با القاء زایمان انجام شد. روز بعد از زایمان بیمار به‌شدت تب کرد. در کشت سواپ گردن رحم بیمار، استرپتوکوک همولایتیک و باسیلوس کولی رشد کرد، اما در نمونه‌برداری ۲ روز بعد فقط باسیلوس کولی مشاهده شد. در کشت ادرار استافیلوکوک اورئوس مشاهده و ادرار حاوی مقداری بسیار کمی آلبومین بود. بیمار ۲۶ روز بعد از زایمان فوت کرد. در بررسی استخوان سمفیز علائم پوسیدگی وجود داشت که به نظر متخصص آسیب‌شناسی مدت‌زمان طولانی از بروز ضایعه دیاستاز سمفیز پوبیس و مطمئناً قبل از زایمان رخ داده بود و این آبسه محتوی استافیلوکوکوس اورئوس بود و منشأ مشکلات پیش‌آمده، وجود آبسه ناشی از دیاستاز سمفیز پوبیس قبل از زایمان تشخیص داده شد (۴). در گزارش مگنوسدوتیر و همکاران (۱۹۹۶)، بیمار مبتلا به سمفیز پوبیس نیاز به سزارین داشت که در حین عمل چرک از محل تخلیه و با آنتی‌بیوتیک مداوا شد (۱۶). در مطالعه حسین و همکار (۲۰۰۰) خانم ۲۵ ساله para ۱ در هفته ۳۸ حاملگی و با سابقه درد ناحیه لگن و سختی در راه رفتن که قبل از زایمان مبتلا به سمفیز سپتیک شده بود، معرفی گردید. بعد از زایمان با استفاده از آنتی‌بیوتیک فلوکلوکساسیلین عفونت ناشی از میکروارگانیزم استافیلوکوک اورئوس کنترل و بیمار با استفاده از اقدامات کمکی، درمان و از بیمارستان ترخیص شد (۵). در مطالعه کاسما و همکاران (۲۰۱۹) خانم ۳۹ ساله ۱۲ ساعت پس از زایمان دچار درد در ناحیه لگن شد و پس از ۷۴ ساعت به دنبال تب، یافته‌های آزمایشگاهی نشان‌دهنده افزایش سطح سرمی پروکالسی‌تونین و سی راکتیو پروتئین (CRP)<sup>۲</sup> بود. رادیوگرافی لگن و MRI لگن، جداشدگی سمفیز پوبیس همراه با ادم شدید استخوان را نشان داد. بیمار ابتدا تحت آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف به‌صورت وریدی و پس از انجام آنتی‌بیوگرام با ونکومایسین و لوفلوکسین<sup>۳</sup> خوراکی جایگزین گردید. بیمار با درمان آنتی‌بیوتیک خوراکی و با

<sup>2</sup> C-Reactive Protein

<sup>3</sup> vancomycin, levofloxacin

<sup>1</sup> Patrick's Faber test

پوبیس یک آبه مشاهده شد. پس از آسپیراسیون و کشت نمونه، استرپتوکوکوس تیپ G که به آنتی‌بیوتیک‌های تجویز شده حساس هستند، رشد کرد. پس از آسپیراسیون، علائم بیمار فروکش نموده و بیمار پس از ۱۶ روز بستری و دریافت ۲۴ روز آنتی‌بیوتیک بهبودی حاصل نمود (۱۴).

### نتیجه‌گیری

در زنان آبستن یا زایمان کرده دارای علائم عمومی عفونت باید به وجود سمفیز سپتیک مشکوک شد، بالأخص زمانی که هیچ منبع دیگری از عفونت قابل اثبات نباشد. در مورد گزارش حاضر درناژ جراحی لازم بود، هرچند در خصوص مدیریت این بیماری، استراتژی‌های مختلفی وجود دارد.

بهبودی کامل ترخیص شد (۱۷). در بیمار گزارش حاضر هماتوم ناشی از سمفیز پوبیس به همراه میکروارگانیزم استرپتوکوک ویریدانس منجر به ایجاد عفونت شده بود که با آنتی‌بیوتیک مناسب (ونکومایسین) مبتنی بر آنتی‌بیوگرام، داروهای مسکن و اقدامات کمکی درمان و بهبود پیدا کرد. در مطالعه هرن و همکاران (۲۰۱۵) بیمار خانم ۴۳ ساله ۵ روز پس از زایمان طبیعی با شکایت درد ناحیه پوبیس به کلینیک مراجعه کرد. روز بعد شدت درد بیشتر و بیمار تب ۳۸ درجه داشت. معاینات بالینی و همچنین سونوگرافی واژن هیچ نشانه غیرطبیعی را نشان نداد. به تدریج شدت درد بیشتر شد و سختی حرکت و جابه‌جایی اتفاق افتاد. برای بیمار مسکن و همچنین آنتی‌بیوتیک (سفکسیم و مترونیدازول) شروع شد. در روز دهم برای بیمار سونوگرافی انجام شد و در ناحیه سمفیز

### منابع

- Jayaraman JK, Ganapathy P, Indira N. Post-partum diastasis of the pubic symphysis: report of a rare case. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR* 2015; 9(9):QD09.
- Owens K, Pearson A, Mason G. Symphysis pubis dysfunction—a cause of significant obstetric morbidity. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2002; 105(2):143-6.
- Mulchandani NB, Jauregui JJ, Abraham R, Seger E, Illical E. Post-partum management of severe pubic diastasis. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2017; 44(3):464-6.
- Rowarth G. Osteomyelitis of the Pubic Bones and Staphylococcal Septicaemia complicating Pregnancy Unusual Changes in Presentation of the Foetus during the later weeks of Pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1940; 47(2):213-9.
- Hussein, PFT Sewell R. Antero-symphysial abscess formation after symphysial disruption in pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000; 20(3):313-4.
- Dunk RA, Langhoff-Roos J. Osteomyelitis of the pubic symphysis after spontaneous vaginal delivery. *Case Reports* 2010; 2010:bcr0120102610.
- Lawford AM, Scott K, Lust K. A case of massive vulvar oedema due to septic pubic symphysis complicating pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2010; 50(6):576-7.
- Froberg L, Eckardt H. Osteomyelitis of the pubic symphysis-A case report. *Journal of obstetrics and gynaecology: the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology* 2015; 35(8):862-3.
- Loviseti G, Sala F, Battaini A, Loviseti L, Guicciardi E. Osteomyelitis of the pubic symphysis, abscess and late disjunction after delivery. A case report. *La Chirurgia degli organi di movimento* 2000; 85(1):85-8.
- Kavanagh N, Ryan EJ, Widaa A, Sexton G, Fennell J, O'rouke S, et al. Staphylococcal osteomyelitis: disease progression, treatment challenges, and future directions. *Clin Microbiol Rev* 2018; 31(2).
- Putschar WG. The structure of the human symphysis pubis with special consideration of parturition and its sequelae. *American Journal of Physical Anthropology* 1976; 45(3):589-94.
- Bombaci H. Outcome of Internal Fixation and Corticocancellous Grafting of Symphysis Pubis Diastasis Which Developed after Malunion of Pubic Rami Fracture. *Hip & pelvis* 2017; 29(2):150-153.
- Albert H, Godsken M, Westergaard J. Evaluation of clinical tests used in classification procedures in pregnancy-related pelvic joint pain. *European Spine Journal* 2000; 9(2):161-6.
- Herren C, Sobottke R, Dadgar A, Ringe MJ, Graf M, Keller K, et al. Peripartum pubic symphysis separation—Current strategies in diagnosis and therapy and presentation of two cases. *Injury* 2015; 46(6):1074-80.
- Norvilaite K, Kezeviciute M, Ramasauskaite D, Arlauskienė A, Bartkeviciene D, Uvarovas V. Postpartum pubic symphysis diastasis-conservative and surgical treatment methods, incidence of complications: Two case reports and a review of the literature. *World journal of clinical cases* 2020; 8(1):110-119.
- Magnúsdóttir R, Franklin J, Gestsson J. Septic symphysial disruption presenting as severe symphysiolysis in pregnancy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 1996; 75(7):681-2.
- Cosma S, Borella F, Carosso A, Ingala A, Fassio F, Robba T, et al. Osteomyelitis of the pubic symphysis caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* after vaginal delivery: a case report and literature review. *BMC infectious diseases* 2019; 19(1):952.