

# هماتوم رتروپریتونئال به دنبال زایمان طبیعی بدون

## عارضه: گزارش مورد

دکتر لیلا پورعلی<sup>۱</sup>، دکتر عطیه وطنچی<sup>۲\*</sup>، دکتر بهزاد امین زاده<sup>۳</sup>، سمیرا آرمان پور<sup>۴</sup>

۱. دانشیار گروه زنان و مامایی، فلوشیپ اختلالات کف لگن، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه رادیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. رزیدنت گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۰۸

### خلاصه

**مقدمه:** هماتوم‌های لگنی بعد از زایمان شامل هماتوم ولوواژینال، پاراواژینال و رتروپریتونئال طبقه‌بندی می‌شوند که در این میان، بروز هماتوم رتروپریتونئال، ناشایع‌ترین حالت بعد از زایمان طبیعی می‌باشد. در این مطالعه یک مورد نادر هماتوم وسیع رتروپریتونئال بعد از زایمان واژینال بدون عارضه گزارش می‌شود.

**معرفی بیمار:** بیمار خانمی ۲۵ ساله PIL1 بود که در تیر ماه ۱۴۰۰ جهت ختم بارداری به علت پره‌اکلامپسی در یکی از بیمارستان‌های دانشگاهی شهر مشهد بستری شد. ۲۴ ساعت بعد از زایمان طبیعی بدون عارضه، دچار سرگیجه حین راه رفتن شد. سی‌تی اسکن نشان‌دهنده هماتوم وسیع رتروپریتونئال بود.

**نتیجه‌گیری:** در صورت هرگونه یافته غیرطبیعی در علائم حیاتی بعد از زایمان، باید تشخیص هماتوم‌های لگنی به خصوص هماتوم وسیع رتروپریتونئال را مدنظر داشت. تشخیص و درمان سریع این عارضه می‌تواند منجر به کاهش خطر موربیدیتی و مرگومیر مادر شود.

**کلمات کلیدی:** پره‌اکلامپسی، زایمان طبیعی، فضای رترو پریتونئال، هماتوم

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر عطیه وطنچی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۰۱۲۴۷۷؛ پست الکترونیک:

vatanchia@mums.ac.ir

## مقدمه

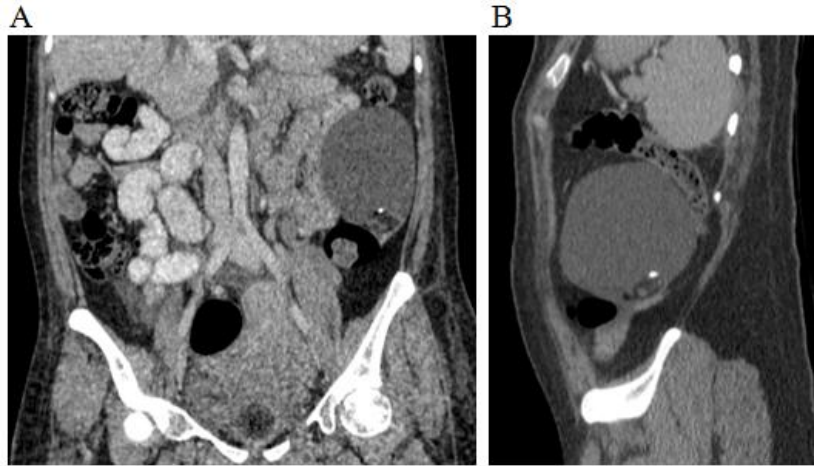
هماتوم‌های لگنی بعد از زایمان شامل هماتوم ولوواژینال، پاراواژینال و رتروپریتوان طبقه‌بندی می‌شوند که در این میان بروز هماتوم رتروپریتوان، ناشایع‌ترین حالت بعد از زایمان طبیعی می‌باشد (۱). در اکثر موارد ثانویه به پارگی شاخه نزولی شریان رحمی، هماتوم پاراواژینال رخ می‌دهد. چنانچه رگ خونریزی دهنده بالای فاسیای لگنی باشد، منجر به تشکیل هماتوم سوپرالواتور می‌شود که می‌تواند به قسمت‌های فوقانی واژن راه یافته و حتی با ادامه خونریزی به فضای رتروپریتوان نیز گسترش یابد؛ به طوری که در این فضا از زیر کولون صعودی تا خم کبدی کولون نیز پیشرفت نماید (۲). با توجه به اینکه هماتوم رتروپریتوان ناشایع بوده و به علاوه علائم بالینی که در سایر انواع هماتوم‌های لگنی به سرعت مشاهده می‌شود (نظیر درد یا اختلال در دفع ادرار)، به ندرت در این نوع هماتوم رخ می‌دهد، در اکثر موارد این عارضه با علائم اختلال همودینامیک و حتی شوک هموراژیک تشخیص داده می‌شود که می‌تواند سبب موربیدیتی و حتی مورتالیتی مادر شود (۱). عوامل خطر بروز هماتوم‌های لگنی بعد از زایمان شامل: آسیب بافت‌های واژن و پرینه، اپی‌زیاتومی و استفاده از زایمان ابزاری می‌باشد (۳). هرچند ممکن است پارگی عروق خونی بدون هیچ‌گونه آسیب بافتی نیز منجر به هماتوم لگن شود که این موارد بیشتر در افراد دچار اختلالات انعقادی رخ می‌دهد (۴). این عارضه یکی از چالش‌های مهم تشخیصی و درمانی متعاقب زایمان طبیعی، مخصوصاً در مواردی است که هیچ‌گونه عامل مساعد کننده‌ای در بروز آن مورد توجه قرار نگرفته باشد، در این موارد تشخیص و درمان تأخیری می‌تواند منجر به موربیدیتی‌های بیشتر در مادر گردد (۵-۷). در این مطالعه یک مورد نادر هماتوم وسیع رتروپریتوان بعد از زایمان واژینال بدون عارضه گزارش می‌شود.

## معرفی بیمار

بیمار خانمی ۲۵ ساله P1L1 بود که در تیر ماه ۱۴۰۰ جهت ختم بارداری به علت پره‌اکلامپسی غیرشدید در یکی از بیمارستان‌های دانشگاهی شهر مشهد بستری شد. سن حاملگی بر اساس سونوگرافی اوایل بارداری، ۴۰

هفته و ۶ روز بود. در معاینه در بدو بستری، فشارخون ۱۴۰/۸۰ میلی‌متر جیوه و سایر علائم حیاتی و معاینات بالینی نرمال بود. در آزمایشات، پروتئین ادرار ۲۴ ساعته ۱/۴ گرم و سایر معیارهای آزمایشگاهی مربوط به پره‌اکلامپسی نرمال بودند. در معاینه واژینال، سرویکس بسته بود. به منظور ختم بارداری، سوند اکسترا آمینون گذاشته شد و بعد از تجویز ۳ دوز میزوپروستول ۲۵ میکروگرم زیربانی هر ۴ ساعت، زایمان طبیعی بدون عارضه با انجام اپی‌زیاتومی انجام شد. نوزاد پسر با وزن ۲۵۵۰ گرم و آپگار ۱۰-۹ متولد شد. به علت خروج ناکامل پرده‌های جنینی، روزیون انجام شد. با توجه به فشارخون بالا در حد ۱۶۰/۱۱۰ میلی‌متر جیوه در سیر زایمان، سولفات تراپی برای بیمار شروع شد که به مدت ۲۴ ساعت ادامه یافت. سایر معیارهای بالینی و آزمایشگاهی مرتبط با پره‌اکلامپسی شدید وجود نداشتند و علائم حیاتی و بالینی بیمار بعد از زایمان پایدار بود. روز بعد از زایمان، زمانی که بیمار شروع به راه رفتن کرد، دچار سرگیجه شد. علائم حیاتی در همان زمان تاکی‌کاردی در حد ضربان قلب ۱۳۰ بار در دقیقه و فشارخون ۱۰۰/۶۰ میلی‌متر جیوه، دفعات تنفس و درجه حرارت نرمال بدن را نشان داد. معاینات شکمی و رکتواژینال انجام شده نرمال بود، بلافاصله CBC<sup>۱</sup> ارسال شد. هموگلوبین از ۱۲ میلی‌گرم در دسی‌لیتر در بدو مراجعه به ۷ میلی‌گرم در دسی‌لیتر کاهش پیدا کرده بود که ترنس‌فوزیون ۱ واحد پکد سل انجام شد. با توجه به افت هموگلوبین و هماتوکریت، سونوگرافی شکم و لگن انجام شد. تصویر کانون اکو فری با حدود مشخص در رتروپریتوان با انتشار به پل تحتانی کلیه چپ به ابعاد ۱۱/۴\*۵/۳ سانتی‌متر مطرح کننده هماتوم رؤیت شد. در سیتی اسکن انجام شده، تصویر کانون کیستیک بزرگ به ابعاد ۱۰۵\*۷۵\*۹۱ میلی‌متر دارای اجزاء با دانسیته چربی و کلسیفیه در سمت چپ (پارااکولیک چپ) احتمالاً با منشأ از تخمدان چپ مطرح کننده کیست درموئید رؤیت شد. به علاوه تصویر هماتوم به ابعاد ۲۸\*۳۷\*۸۰ میلی‌متر در فضای راست رکتوم در قسمت خلفی لترال راست واژن نیز رؤیت شد (تصویر ۱ و ۲).

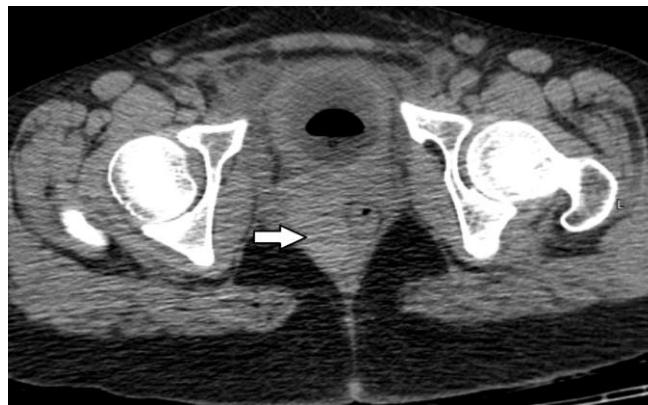
<sup>1</sup> complete blood count



تصویر ۱- نمای کورونال (الف) و ساژیتال (ب)

کلسیفیکاسیون در قسمت تحتانی سیست مشهود است. یافته‌ها مطرح‌کننده سیست درموئید می‌باشد.

تصاویر بازسازی شده سی تی اسکن نشان‌دهنده ضایعه سیستیک بزرگ در قسمت تحتانی و چپ شکم است. ندول‌های جداری حاوی چربی با کانون‌های



تصویر ۲- سی تی اسکن بدون کنتراست، مقطع آگزیال، نشان‌دهنده هماتوم لگنی در سمت راست رکتوم می‌باشد (فلش سفید)

### بحث

هماتوم رتروپریتون بعد از زایمان طبیعی بدون عارضه، پدیده‌ای ناشایع است که می‌تواند به موربیدیتی شدید و حتی مرگ مادر بعد از زایمان منجر شود (۵، ۶). در برخی از گزارش‌های موردی، بروز هماتوم رتروپریتون بعد از زایمان واژینال بدون عارضه به‌عنوان پدیده‌ای نادر گزارش شده است. در حقیقت در اکثر این موارد، زایمان ابزاری یا آسیب شدید بافت‌های واژن و سرویکس در سیر زایمان وجود نداشته و مانند مورد اخیر اپی‌زیاتومی تنها ریسک فاکتور مورد توجه بوده است. از جمله گزارش‌های مورد مشابه می‌توان به مطالعه موسوی و همکاران (۲۰۲۱) اشاره کرد که در آن مطالعه نیز مشابه

با توجه به پایدار بودن شرایط بالینی و عدم وجود درد شکم و لگن، بیمار کاندید انجام درمان حمایتی با کنترل علائم حیاتی، کنترل سریال هماتوکریت هر ۶ ساعت و تجویز خوراکی آنتی‌بیوتیک شد. هماتوکریت‌های بعدی بیمار در حد ۸/۵ میلی‌گرم در دسی‌لیتر و علائم حیاتی پایدار بود. روز سوم بعد از زایمان بیمار با رضایت شخصی بیمارستان را ترک کرد. در پیگیری‌های بعدی انجام شده با سونوگرافی، ۲ ماه بعد از عمل هماتوم به‌طور کامل جذب شده بود. رضایت آگاهانه از بیمار جهت ارائه شرایط بیماری و تصاویر مربوطه اخذ شده است.

با بیمار حاضر، خانمی به دنبال اولین زایمان واژینال با انجام اپی‌زیاتومی، دچار علائم شوک هموراژیک شده بود. در برخی مطالعات نیز این عارضه به ترتیب متعاقب ششمین و اولین زایمان طبیعی بدون عارضه رخ داده بود (۷-۹). با توجه به اینکه در بیشتر این موارد از اینداکشن جهت تسریع پیشرفت زایمان استفاده شده، ممکن است استفاده از اینداکشن زایمانی، یکی از عوامل خطر در بروز این عارضه نادر باشد. در مورد بیمار حاضر نیز از اینداکشن زایمانی جهت القاء زایمان استفاده شده بود. علاوه بر این در برخی گزارش‌ها، فشار فوندال رحمی و وزن بالای نوزاد به عنوان عامل خطر بروز هماتوم رتروپریتوان و نیز هماتوم در فضای رتروپوبیک ذکر شده است (۹، ۱۰). که با توجه به وزن پایین نوزاد و عدم فشار فوندال، هیچ‌یک از این عوامل خطر در مورد بیمار حاضر صدق نمی‌کرد. اکثر عوارض این نوع هماتوم، ثانویه به خونریزی وسیع رتروپریتوان و نیاز به تزریق خون و فرآورده‌های خونی است که به علت تشخیص دیرتر این عارضه رخ می‌دهد. برخلاف بیمار مطالعه حاضر، در یکی از مطالعات مشابه، هماتوم رتروپریتوان بعد از زایمان واژینال بی‌عارضه به صورت دیررس و صرفاً به علت درد شدید لگن، ۱۰ روز بعد زایمان تشخیص داده شده بود (۱۰). محتمل‌ترین منشأ تشکیل هماتوم لگن در بیمار حاضر، پرفوراسیون دیواره پوسترولترال راست سرویکس یا قسمت فوقانی واژن در دیواره خلفی لترال راست آن بوده است. در حقیقت وسعت فضای رتروپریتوان برای تجمع خون، مانع از بروز علائم درد و فشار لگنی که جزء علائم شایع هماتوم ولوواژینال است، می‌شود، لذا در برخی از گزارش‌های مشابه دیگر نیز قبل از بروز علائم فشاری و درد شکم یا لگن، بیمار معمولاً دچار افت علائم حیاتی می‌شود (۷). اگرچه در بسیاری از موارد از جمله در بیمار حاضر، هیچ‌گونه علائمی از درد لگن یا شکم به عنوان علامت اصلی تشخیص هماتوم وجود نداشته است، ولی در برخی از موارد مشابه که هماتوم با تأخیر بیش از یک هفته از ترخیص، تشخیص داده شده بود، علامت اصلی درد شدید لگن، هایپوگاستر و حتی فلانک بوده است. شاید در آن موارد، تشخیص دیررس و شروع

فعالیت‌های معمول با گسترش بیشتر هماتوم و لذا درد شدید همراه گردیده است (۹، ۱۱).

در بیمار مورد نظر با توجه به اینکه به علت پره‌اکلامپسی، فشارخون بیمار بین ۱۴۰-۱۶۰ میلی‌متر جیوه بود، احتمالاً افت فشارخون سیستولیک در حد ۱۰۰-۱۱۰ میلی‌متر جیوه به عنوان طبیعی تلقی شد و منجر به تشخیص دیرتر هماتوم گردیده است. جهت تشخیص هماتوم‌های لگنی، در اکثر موارد سونوگرافی و سی‌تی اسکن کمک کننده هستند (۱۲، ۱۳). در بیمار حاضر نیز، هم در سونوگرافی و هم در سی‌تی اسکن، هماتوم وسیع رتروپریتوان تشخیص داده شد.

بیماران مبتلا به هماتوم رتروپریتوان بر اساس علائم بالینی، سبب توده، محل آن، مدت گذشتن از زایمان و گسترش هماتوم مدیریت می‌گردند. چنانچه بیمار علائم درد شدید و یا گسترش هماتوم را داشته باشد (که با افت هموگلوبین و علائم حیاتی و نیز افزایش سبب هماتوم در تصویربرداری مشخص می‌شود)، انجام جراحی ترجیح داده می‌شود (۱).

درمان جراحی هماتوم‌های سوپراواتور بسیار سخت‌تر است، لذا استفاده از روش‌های تخلیه هماتوم تحت گاید سونوگرافی و نیز استفاده از روش‌های آمبولیزیشن شریانی برای درمان این دسته بیماران بسیار مورد توجه می‌باشد (۱۴، ۱۵).

چنانچه بیمار اندیکاسیون لاپاراتومی پیدا کند، در اکثر موارد بستن شریان ایلیاک داخلی دوطرفه، اقدام جراحی اصلی می‌باشد؛ چراکه معمولاً رگ اصلی خونریزی‌دهنده قابل تشخیص نمی‌باشد (۱۶). در بیمار حاضر نیز با توجه به پایدار بودن شرایط بالینی و عدم گسترش هماتوم در تصویربرداری بعدی، نیازی به انجام جراحی نشد و با درمان محافظه‌کارانه و تزریق خون، وضعیت بیمار کنترل گردید.

### نتیجه‌گیری

در صورت هرگونه یافته غیرطبیعی در علائم حیاتی بعد از زایمان، باید تشخیص هماتوم‌های لگنی به خصوص هماتوم وسیع رتروپریتوان را مدنظر داشت. تشخیص و درمان سریع این عارضه می‌تواند منجر به کاهش خطر موریبیدیتی و مرگومیر مادر گردد.

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams Obstetrics. 25<sup>nd</sup> ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
2. Rafi J, Muppala H. Retroperitoneal haematomas in obstetrics: literature review. Archives of gynecology and obstetrics 2010; 281(3):435-41.
3. İskender C, Topçu HO, Timur H, Oskovi A, Göksu G, Sucak A, et al. Evaluation of risk factors in women with puerperal genital hematomas. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2016; 29(9):1435-9.
4. Nelson EL, Parker AN, Dudley DJ. Spontaneous vulvar hematoma during pregnancy: a case report. The Journal of Reproductive Medicine 2012; 57(1-2):74-6.
5. Alturki F, Ponette V, Boucher LM. Spontaneous retroperitoneal hematomas following uncomplicated vaginal deliveries: a case report and literature review. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2018; 40(6):712-5.
6. Bulbul M, Iner H, Nacar MC, Karacor T. Retroperitoneal Hematoma after Birth due to Iliac Vascular Injury: a Case Report and Review of Literature. SN Comprehensive Clinical Medicine 2019; 1(10):850-3.
7. Mousavi Seresht L, Rouhalamin S, Khalili Borujeni T. A Medical Error Leading to Retroperitoneal Hematoma Following Normal Delivery: A Case Report. Isfahan Medical School 2021; 39(614):121-5.
8. Baruch A, Stentz NC, Walleit SM. Retroperitoneal hemorrhage presenting as a vaginal hematoma after a spontaneous vaginal delivery. Int J Gynaecol Obstet 2015; 130(2):201-2.
9. Zilan M, Korkmazer E, Seyfi M, Temur M, Çift T, Üstünyurt E. Postpartum retroperitoneal pelvic hematoma. Journal of The Turkish German Gynecological Association 2016; 17:S328.
10. Ali J, Konyak P. Large haematoma in uterovesical pouch following vaginal delivery. New Indian J OBGYN 2017; 3(2):111-3.
11. Maroyi R, Ngeleza N, Kalunga K, Buhendwa C, Shahid U, Boij R, et al. Large retroperitoneal hematoma following vaginal delivery: a case report. Journal of Medical Case Reports 2021; 15(1):1-5.
12. Takeda A, Koike W, Imoto S, Nakamura H. Three-dimensional computerized tomographic angiography for diagnosis and management of intractable postpartum hemorrhage. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2014; 176:104-11.
13. Cichowski S, Rogers RG. Managing complications of perineal lacerations. Contemporary Ob/Gyn 2017; 62(9):22.
14. Mukhopadhyay D, Jennings PE, Banerjee M, Gada R. Ultrasound-guided drainage of supralelevator hematoma in a hemodynamically stable patient. Obstetrics & Gynecology 2015; 126(6):1188-90.
15. Fahimuddin FZ, Seid A, Agrawal A. Successful management of a supralelevator intraperitoneal puerperal hematoma with angiographic embolization. Proceedings in Obstetrics and Gynecology 2019; 9(1).
16. Rafi J, Khalil H. Maternal morbidity and mortality associated with retroperitoneal haematomas in pregnancy. JRSM open 2018; 9(1):2054270417746059.