

یک خطای پزشکی منجر به هماتوم رتروپریتونئال به دنبال زایمان طبیعی: گزارش موردی

لیلا موسوی سرشت^۱، صفورا روح‌الامین^۲، طاهره خلیلی بروجنی^۱

گزارش مورد

چکیده

مقدمه: هماتوم رتروپریتونئال، تشخیص افتراقی حایز اهمیت، اما دور از ذهن، در بیمارانی است که به دنبال فرایند جراحی متوجه هیپوولمی ایشان در غیاب شواهدی از فقدان آشکار خون‌ریزی می‌شویم. این مطالعه‌ی گزارش مورد، با هدف معرفی یک مورد بالینی نادر که به دنبال زایمان طبیعی دچار عوارض زودرس هماتوم و دیررس ایلئوس گردید، انجام شد تا بتوان دید بالینی بهتری در زمان مواجهه‌ی همکاران با موارد مشابه ایجاد نمود.

گزارش مورد: بیمار خانم ۲۴ ساله گراوید یک، با حاملگی ترم به دنبال زایمان با کمک اپیزوتومی وسیع دچار تاکی‌کاردی و الیگوری می‌گردد. پس از احیای مایعات، لمس تورمی مختصر در قسمت جانبی راست واژن با وجود منقبض بودن رحم، تشخیص هماتوم را مطرح می‌سازد و لاپاراتومی اورژانس این تشخیص را تأیید می‌کند.

نتیجه‌گیری: پارگی‌های پس از زایمان واژینال، می‌تواند تا رباط رحمی و به ندرت به فضای پاراوزیکال پیشروی داشته باشد که گاهی تهدید کننده‌ی زندگی و علت مرگ مادر می‌گردد. معاینه و ترمیم دقیق اپیزوتومی یا پارگی، عامل اصلی جلوگیری از پیدایش هماتوم رتروپریتونئال است.

واژگان کلیدی: فضای رتروپریتونئال؛ هماتوم؛ زایمان؛ واژن؛ اپیزوتومی؛ پارگی

ارجاع: موسوی سرشت لیلا، روح‌الامین صفورا، خلیلی بروجنی طاهره. یک خطای پزشکی منجر به هماتوم رتروپریتونئال به دنبال زایمان طبیعی: گزارش موردی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۰؛ ۳۹ (۶۱۴): ۱۲۵-۱۲۱.

مقدمه

در سال‌های اخیر، تأکید زیادی بر روی کاهش آمار سزارین به دلیل عوارض کوتاه و بلند مدت می‌شود و این به معنای تلاش برای افزایش آمار زایمان طبیعی است که خود مستلزم آشنایی کامل با عوارض این فرایند است. از این میان، خون‌ریزی و هماتوم از جمله خطرناک‌ترین عوارض است (۱). یکی از نادرترین، اما پرچالش‌ترین عواقب زایمان طبیعی، هماتوم رتروپریتونئال است که می‌تواند به علت پارگی شاخه‌هایی از شریان ایلیاک داخلی باشد و ممکن است مولتی‌پاریتی، ماکروزومی، پره اکلامپسی، طولانی شدن مرحله‌ی دوم لیبر، واریس ولو، چند قلوبی، خروج جفت با دست و اختلالات انعقادی زمینه‌ساز آن باشند، اما گزارش آن در مواردی که عامل مستعدسازی وجود ندارد، باعث نگرانی دو چندان در تشخیص به موقع این عارضه می‌گردد (۲).

این چالش تشخیصی، با توجه به عواقب جبران ناپذیری چون نیاز به هیستریکتومی، تزریق فرآورده‌های خونی، لاپاراتومی مجدد و اختلالات

انعقادی منتشر نیازمند تشخیص به موقع در راستای تخمین صحیح حجم خون‌ریزی و انجام اقدامات درمانی سریع می‌باشد و این خود اهمیت نیاز به بررسی موارد بیشتر به منظور در نظر گرفتن این تشخیص افتراقی نادر در شرایط مهم بالینی دارد (۳). با توجه به این که مدیریت بالینی این چنین مواردی بسته به شرایط، می‌تواند محافظه کارانه یا نیازمند مداخلات جراحی باشد، مطالعه‌ی حاضر با معرفی مورد نادری از هماتوم خودبه‌خود رتروپریتونئال به دنبال زایمان طبیعی که به دلیل تأخیر در تشخیص و ناپایداری علایم همودینامیک کاندیدای جراحی و عوارض جراحی گردید، بر توجه به علایم بالینی و در نظر گرفتن تشخیص‌های افتراقی نادر در موارد مشابه تأکید می‌نماید.

گزارش مورد

بیمار خانم ۲۴ ساله (گراوید یک) با سن حاملگی ۴۰ هفته بدون سابقه‌ی بیماری طبی با شکایت از انقباضات رحم و پارگی خودبه‌خود غشاها از

۱- استادیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: طاهره خلیلی بروجنی؛ استادیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

چپ به چشم راست می خورد و در معاینه واژینال، تورم ملایمی در قسمت فوقانی و جانبی راست، اما متمایز از معاینه قبلی لمس می شد. با توجه به موارد پیش گفته، بیمار با شک به هماتوم رتروپریتونئال کاندیدای لاپاراتومی اورژانس گردید. در شکل ۱، هماتوم بزرگی که از سمت راست مثانه و خلف پریتونئال گسترش یافته مشخص شده است. با توجه به شرایط رخ داده، به نظر می رسد مهم ترین علت بروز این عارضه، عدم ترمیم صحیح اپیزیوتومی ایشان به دلیل وسعت پارگی بود. با توجه به نداشتن منشأ واضح خونریزی برای بیمار، بستن عروق هیپوگاستریک دو طرف و تزریق فرآورده های خونی (دو کیسه خون و پلاسما) مد نظر قرار داده شد. بیمار به دنبال جراحی در بخش مراقبت های ویژه، بستری و تحت آنتی بیوتیک درمانی قرار گرفت. روز دوم بعد از جراحی، بیمار دچار عارضه ایلتوس گردید، اما خوشبختانه با رد علل مکانیکال انسداد با سی تی اسکن و درمان محافظه کارانه به صورت ناشتایی و گذاشتن لوله ی نازوگاستریک بهبودی حاصل گردید. در شکل هماتوم رتروپریتونئال بیمار به عنوان یافته ای هم زمان در سی تی اسکن انجام شده به دلیل ایلتوس مشخص شده است. بیمار سرانجام در روز ۶ پس از جراحی، با حال عمومی خوب ترخیص گردید. لازم به ذکر است تمامی اطلاعات آزمایشگاهی و بالینی بیمار با کسب رضایت آگاهانه از ایشان در جدول ۱ و شکل ۱ آمده است.

۴ ساعت قبل از مراجعه، در بخش زنان و زایمان دانشگاه اصفهان بستری گردید و معاینه بالینی اولیه ایشان، علائم حیاتی پایدار، آزمایش های سلامت جنین طبیعی با پرزانتاسیون سفالیک و معاینه سرویکسی با دیلاتاسیون حدود ۲ سانتی متر، افسمان ۵۰ درصد و موقعیت ۳- داشت. بیمار با گذراندن سیر لیبر که با کمک ستوسینون حدود ۱۰ ساعت به طول انجامید و بر مبنای پار توگراف بیمار سیر طبیعی داشت و مرحله دوم زایمانی نزدیک ۴۵ دقیقه، نوزادی ۳۲۰۰ گرمی بدون استفاده ی ابزاری و با کمک اپیزیوتومی متولد نمود.

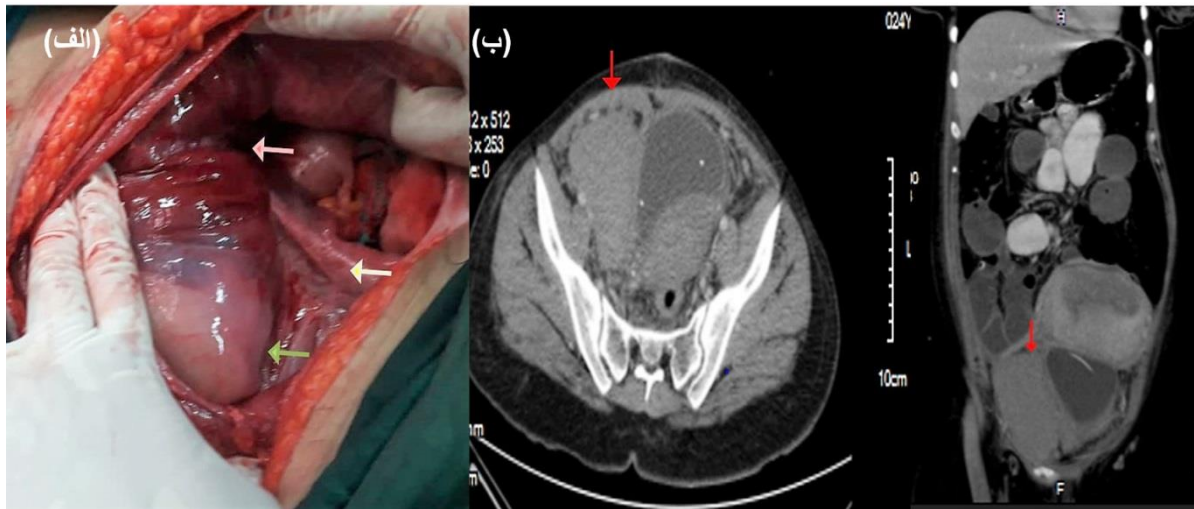
اپیزیوتومی بیمار با توجه به گستردگی تا کناره ی سرویکس در اتاق عمل و تحت آرام بخشی ترمیم گردید. اگر چه تخمین خونریزی بیمار در ابتدا کمتر از یک لیتر بود، با گذشت تنها یک ساعت از زایمان بیمار دچار تاکی کاردی و تشنگی گردید. در این زمان، بیمار به طور کامل هوشیار، نبض بیمار ۱۳۰ ضربه در دقیقه، فشار خون ۱۰۰ روی ۶۰ میلی متر جیوه، رحم جمع و فاقد خونریزی واضح بیرونی بود و معاینه واژینال نیز نکته ی قابل توجهی نداشت.

شرایط بالینی بیمار با وجود احیا با حدود ۲/۵ لیتر نرمال سالین، یک لیتر ولون و یک کیسه ی خون تشدید گردید. نبض بیمار در حد ۱۶۰ به همراه افت فشار خون بود و اولیگوری بارز گردید. در معاینه شکمی، تندر نس هایپوگاستر در کنار رحمی منقبض و متمایل به سمت

جدول ۱. سیر علائم حیاتی و آزمایشگاهی بیمار در طی زمان بستری تا ترخیص

روز ششم	روز دوم	روز اول بستری					یافته های بالینی و آزمایشگاهی	
بستری	بستری	ساعت دوم	۶۰ دقیقه پس	۴۵ دقیقه پس	۳۰ دقیقه پس	۱۵ دقیقه پس از	بدو بستری	
		پس از زایمان	از زایمان	از زایمان	از زایمان	زایمان		
۸۵	۹۸	۸۶	۸۶	۹۶	۱۰۵	۱۳۰	۱۶۰	ضربان قلب (ضربه در دقیقه)
۱۱۰/۶۰	۱۱۰/۶۰	۱۰۰/۶۰	۱۰۰/۶۰	۹۰/۶۵	۹۰/۶۵	۹۰/۶۰	۸۰/۶۰	فشار خون (میلی متر جیوه)
۳۷/۲	۳۷/۲	۳۷/۰	۳۶/۸	۳۷/۲	۳۷/۰	۳۷/۲	۳۷/۴	دمای بدن (سانتی گراد)
۳۰	۳۰	۲۵۰	۲۵۰	۲۷۰	۲۷۰	۲۷۰	۲۷۰	حجم ادرار (در بگ ادراری به سی سی)
میلی لیتر در دقیقه	میلی لیتر در دقیقه	میلی لیتر در دقیقه	میلی لیتر در دقیقه	میلی لیتر در دقیقه	میلی لیتر در دقیقه	میلی لیتر در دقیقه	میلی لیتر در دقیقه	میلی لیتر در دقیقه
کامل	کامل	کامل	کامل	کامل	کامل	کامل	کامل	هوشیاری کامل
۹/۸	۹/۲	۱۲/۳	۱۲/۳	۱۲/۳	۱۲/۳	۹/۲	۹/۲	هموگلوبین (گرم/دسی لیتر)
۳۲	۳۰	۳۸/۳	۳۸/۳	۳۸/۳	۳۸/۳	۲۹/۲	۲۹/۲	هما توکریت
۷۸۰۰	۱۵۰۰۰	۸۱۰۰	۸۱۰۰	۸۱۰۰	۸۱۰۰	۲۷۸۰۰	۲۷۸۰۰	گلبول سفید
۱۵۴	۱۴۵	۱۳۰	۱۳۰	۱۳۰	۱۳۰	۱۳۸	۱۳۸	پلاکت (× ۱۰۰۰)
۰/۷	۱	۰/۷	۰/۷	۰/۷	۰/۷	-	-	کراتینین (میلی گرم/دسی لیتر)

شکل ۱. الف) نمایی از هماتوم وسیع رتروپریتونئال (نشانگر قرمز)، در سمت راست رحم (نشانگر سبز) که به سمت لیگامان انفاندیولوپلوئیک گسترش یافته است (نشانگر زرد). ب) نمایی از هماتوم وسیع رتروپریتونئال (نشانگر قرمز) به صورت اتفاقی در سی تی اسکن انجام شده به دلیل ایلئوس بیمار مشخص است.



افتراق آیسبه و ترومبوفلیت سپتیک قابل انجام است (۳). مدیریت بیماران بر اساس وضعیت همودینامیک ایشان است، درمان اندوواسکولار روش ارجح در موارد پایدار، و لاپاراتومی، خط آخر درمان در شرایط ناپایدار یا وجود علائم نوروپاتی است؛ اما همیشه باید به خاطر داشت تأخیر در جراحی، مهم‌ترین علت مرگ در این بیماران است؛ به نحوی که حتی مواردی از مرگ به دلیل تأخیر در جراحی و انعقاد منتشر داخل عروقی، گزارش شده است (۴-۵). همانند آن چه در بیمار حاضر گزارش شد، یافتن رگ اصلی خونریزی دهنده به طور معمول ممکن نیست و بنابراین به منظور نجات بیمار، می‌توان اقدام به بستن عروق هایپوگاستریک دو طرفه نمود؛ هر چند نیاز به مطالعات بیشتر در بررسی نقش آن در بارداری بعدی وجود دارد (۸-۹).

نتیجه‌گیری

هماتوم‌های رتروپریتونئال، یکی از خطاهای تشخیصی تهدیدکننده‌ی جان مادر باردار می‌باشد که با توجه ویژه به پارگی‌های زایمانی و عوارض مربوط در شرایطی که بیمار، علائم و یا نشانه‌های هایپوولمی بدون خونریزی توجیه کننده دارد، قابل پیش‌گیری می‌باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام کسانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند سپاسگزاری می‌گردد.

بحث

از جمله موارد اورژانس مامایی، خونریزی و هماتوم‌های پس از زایمان است که عامل اصلی مرگ و میر در مادران محسوب می‌گردد. از این میان، هماتوم رتروپریتونئال به دلیل نادر بودن و علائم غیر معمول عامل مرگ و میر مهمی است. در طی ۱۴ سال گذشته، تنها ۲۳ مورد از این ضایعه گزارش شده است (۴). اگر چه اصلی‌ترین عامل ایجاد هماتوم رتروپریتونئال، حتی در زنان باردار، پارگی شریان طحالی یا کبد گزارش شده است، اما این عارضه در دوران نفاس بدون تروما نیز ممکن است و توجه به پارگی خودبه‌خود عروق، علاوه بر احتمال وجود اختلالات بافت هم‌بندیا انعقادی، پره‌اکلامپسی و حتی اندومتريوزیز، کاهش مقاومت و فیبروپلازی عروق لگنی به دلیل تغییرات فیزیولوژیک خود بارداری و ازدیاد استروژن است. به این ترتیب، با پایین آمدن سر جنین و فشار روی شبکه‌ی عروق پودندال هماتوم از جمله در فضای رتزیوس محتمل است (۵-۶).

از دیگر عوامل بسیار نادر گفته شده برای این عارضه، پارگی عروق به دنبال اپیزوتومی و یا زایمان ابزاری است (۷)؛ علتی که برای بیمار حاضر نیز می‌تواند محتمل باشد. شایع‌ترین سناریو، شروع ناگهانی درد شکم، علائم هایپوولمی و افت هموگلوبین است که نیازمند درخواست سونوگرافی در قدم اول می‌باشد. اگر چه در بیمار حاضر، درد شکم علامتی دیررس بود و نداشتن ظن بالینی قوی به این تشخیص، با تأخیر در مدیریت بیمار همراه گردید. در مواردی که علائم حیاتی پایدار است، سی تی اسکن با مرحله‌ی شریانی نیز جهت

References

1. Bacalbasa N, Bohiltea RE, Dumitru M, Turcan N, Cirstoiu MM. Subserosal hematoma of the sigmoid colon after vaginal delivery. *J Med Life* 2017; 10(1): 76-9.
2. Alturki F, Ponette V, Boucher LM. Spontaneous retroperitoneal hematomas following uncomplicated vaginal deliveries: A case report and literature review. *J Obstet Gynaecol Can* 2018; 40(6): 712-5.
3. Takeda A, Koike W, Imoto S, Nakamura H. Three-dimensional computerized tomographic angiography for diagnosis and management of intractable postpartum hemorrhage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; 176: 104-11.
4. 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.
5. Rafi J, Muppala H. Retroperitoneal haematomas in obstetrics: Literature review. *Arch Gynecol Obstet* 2010; 281(3): 435-41.
6. Fahimuddin FZ, Seid A, Agrawal A. Successful management of a supraleator intraperitoneal puerperal hematoma with angiographic embolization. *Proc Obstet Gynecol* 2019; 9(1):1-6.
7. Ghasemian Dizajmehr S, Rashidi Fakari F, Ghasemian M. Conservative treatment of huge retroperitoneal hematoma postpartum: Case report. *Internal Medicine and Medical Investigation Journal* 2019; 4(2): 1-3.
8. Rafi J, Khalil H. Maternal morbidity and mortality associated with retroperitoneal haematomas in pregnancy. *JRSM Open* 2018; 9(1): 2054270417746059.
9. Daliakopoulos SI, Bairaktaris A, Papadimitriou D, Pappas P. Gigantic retroperitoneal hematoma as a complication of anticoagulation therapy with heparin in therapeutic doses: A case report. *J Med Case Rep* 2008; 2: 162.

A Medical Error Leading to Retroperitoneal Hematoma Following Normal Delivery: A Case Report

Leila Mousavi-Seresht¹, Safoura Rouholamin², Tahereh Khalili-Borujeni¹

Case Report

Abstract

Background: Retroperitoneal hematomas, as a rare but significant quantity in patients with history of recent operation, should be suspected in all patients who demonstrate signs of hypovolemia without apparent blood loss. Here, we have presented a rare case of postpartum hematoma to aware about this diagnosis in similar cases.

Case Report: A 24-year-old gravid 1 woman with term pregnancy had tachycardia and oliguria after delivery with large episiotomy extended up to right fornix. After volume resuscitation, a tense tender swelling in the posterior lateral part of vagina had been detected in vaginal examination, suspicious to retroperitoneal hematoma, what was confirmed in emergent laparotomy.

Conclusion: Post-vaginal delivery laceration extending from posterior vaginal wall to uterosacral ligament and rarely to para-vesical space can be a life-threatening emergency and a cause of maternal mortality. Careful examination and repair of extended episiotomy or laceration is the key factor to prevent retroperitoneal hematoma.

Keyword: Retroperitoneal space; Hematoma; Vagina; Obstetrics; Episiotomy; Lacerations

Citation: Mousavi-Seresht L, Rouholamin S, Khalili-Borujeni T. A Medical Error Leading to Retroperitoneal Hematoma Following Normal Delivery: A Case Report. J Isfahan Med Sch 2021; 39(614): 121-5.

1- Assistant Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Tahereh Khalili-Borujeni, Assistant Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: khalilitahereh@gmail.com