CASE REPORT

Postpartum Ovarian Vein Thrombosis after a Twin Pregnancy: A Case Report

Leila Poorali[1],
Atieh Vatanchi[1],
Bita Abbasi[2],
Anahita Hamidi[3]

[1] Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[2] Assistant Professor of Radiology, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[3] Resident in Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

(Received August 16, 2016 ; Accepted September 13, 2016)

Abstract

Septic pelvic thrombophlebitis is one of the causes of resistant postpartum fever which can lead to ovarian vein thrombosis and significant complications. We report a case of a 30-year-old multigravida woman pregnant with twins presented with fever and abdominal pain after uncomplicated vaginal delivery. She was diagnosed with right ovarian vein thrombosis by Doppler ultrasonography and computed tomography. The patient received antibiotics and anticoagulant therapy. Clinical suspicion and rapid diagnosis of ovarian vein thrombosis during postpartum period in the setting of fever can save patients lives.

Keywords: ovarian vein, thrombosis, puerperium, pregnancy, twin

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(144): 389-393 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

گزارش مورد

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۴۴ دی سال ۱۳۹۵ (۳۹۳-۳۸۹)

ترومبوز ورید تخمدانی بعد از حاملگی دوقلویی: معرفی مورد

لیلا پورعلی[۱]
عطیه وطنچی[۱]
بیتا عباسی[۲]
آناهیتا حمیدی[۳]

چکیده

یکی از علل تب مقاوم دوره نفاس، ترومبوفلبیت سپتیک لگنی می‌باشد که در صورت ترومبوز در عروق تخمدانی، می تواند عوارض مهمی داشته باشد. بیمار ما یک خانم ۳۰ ساله مولتی پار بود که بعد از زایمان حاملگی دوقلویی به علت تب و درد شکمی مقاوم، تحت سونوگرافی داپلر و سی‌تی‌اسکن قرار گرفت و ترومبوز عروق تخمدانی راست مطرح شد. برای وی آنتی‌بیوتیک و آنتی کواگولان تجویز شد که علایم بیمار بهبود پیدا کرد. شک بالینی و تشخیص سریع ترومبوز ورید تخمدانی در بیماران تبدار دوران نفاس می تواند به نجات جان بیماران کمک کند.

واژه های کلیدی: ورید تخمدانی، ترومبوز، دوره نفاس، حاملگی، دوقلویی

مقدمه

ترومبوفلبیت سپتیک لگنی (SPT) از علل تب نفاسی می‌باشد که در بیمارانی که تب مقاوم دوران نفاس دارند، مورد شک قرار می‌گیرد. SPT شامل دو نوع می‌باشد: ۱. ترومبوفلبیت سپتیک عمقی لگن و ۲. ترومبوز ورید تخمدانی. عوامل خطر بروز ترومبوزهای ورید تخمدانی شامل زایمان به روش سزارین، مولتی پاریتی، چاقی، سابقه سیگار کشیدن، باکتریمی نفاسی و ترومبوفیلی‌های ارثی و اکتسابی می‌باشند. ابتلا به باکتریمی بی‌هوازی در سیستم ژنیتال تحتانی و صدمات اندوتلیال عروق، احتمال بروز ترومبوزهای ورید تخمدانی را افزایش می‌دهد. میزان بروز ترومبوزهای وریدهای تخمدانی در زنان بین ۳۰-۴۰ سال باردار ۰/۱۸-۰/۰۵ درصد تخمین‌زده شده است. تظاهر ترومبوز ورید تخمدانی با تب و درد شکمی در هفته اول بعد از زایمان بروز می‌کند. به دلیل علایم غیر اختصاصی یاد شده، آپاندیسیت حاد، ولوولوس روده‌ای، هماتوم لیگامان پهن، پیچ خوردگی تخمدان، آبسه‌های لگنی، پیلونفریت و اندومتریت‌های دوران نفاسی در تشخیص افتراقی قرار می‌گیرند(۲،۱).

ترومبوز ورید تخمدانی در ۹۰ درصد موارد در سمت راست دیده می‌شود که به دلیل چرخش به راست رحم باردار و اثر فشاری آن بر روی ورید تخمدانی راست می‌باشد(۳). جریان خون در دو مسیر مخالف در وریدهای تخمدانی برقرار است. به‌طوری که در ورید تخمدان راست جریان رو به جلو و در ورید تخمدان چپ، جریان رو به عقب و معکوس برقرار است. ضمن این که طول مسیر طولانی‌تر ورید تخمدانی راست و داشتن دریچه‌های متعدد در مسیر جریان خون باعث افزایش احتمال رخداد ترومبوز می‌شود(۵،۴).

ترومبوز ورید تخمدانی در صورت گسترش به ورید اجوف تحتانی می‌تواند باعث ایجاد عوارض جدی

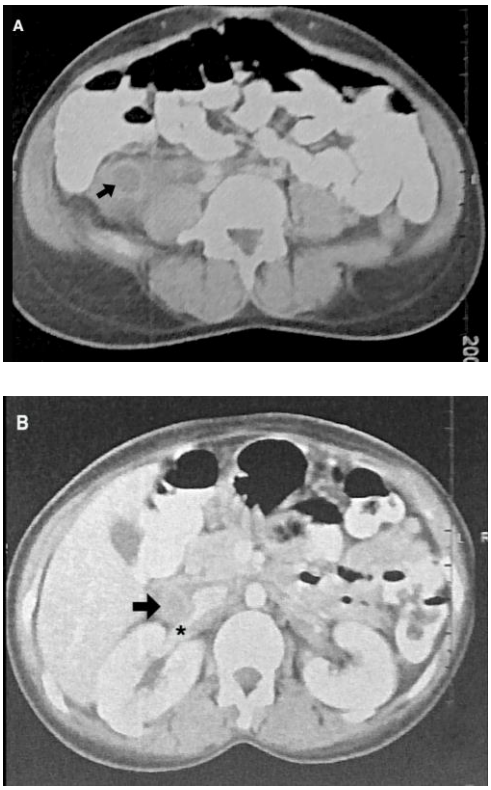
مولف مسئول: عطیه وطنچی- مشهد: بیمارستان قایم، دفتر گروه زنان E-mail: vatanchia@mums.ac.ir
۱. استادیار، گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. استادیار، گروه رادیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. رزیدنت زنان، گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۵/۵/۱۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۵/۵/۱۹ تاریخ تصویب : ۱۳۹۵/۶/۲۳

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

مانند ترومبوز عروق کلیوی، نارسایی کلیه، آمبولی ریوی و حتی مرگ شود. به دلیل علایم و نشانه های غیر اختصاصی این بیماری، اکثراً در تشخیص‌های افتراقی دردهای شکمی دوران نفاسی مورد توجه قرار نمی‌گیرد. در این مقاله به معرفی یک مورد بیمار مبتلا به ترومبوز ورید تخمدانی که با علایم درد شکمی و تب دوران نفاسی مراجعه کرده است، پرداخته می‌شود.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۰ ساله‌ای بود که یک هفته بعد از چهارمین زایمان خود که زایمانی طبیعی و دوقلو بود، به علت درد ربع تحتانی راست شکم و پهلوی راست به بیمارستان سطح دو مراجعه می‌کند. بیمار فاقد سابقه بیماری طبی و جراحی بوده است و زایمان وی بدون هرگونه عارضه و مشکل خاصی انجام شده است. در هفته اول بعد از زایمان نیز درد و خونریزی در حد طبیعی دوره نفاس داشته است. درد شکمی با تهوع و استفراغ و سایر علایم گوارشی و ادراری همراه نبوده است. در سیر بستری دچار تب‌های درجه‌کم (low grade) می‌شود. لذا تحت سونوگرافی شکم و لگن قرار می‌گیرد که کانون هیپواکوی توبولر با قطر حداکثر ۲۵ میلی‌متر با شروع از مجاورت رحم و گسترش به آدنکس راست تا ناحیه ساب هپاتیک و به موازات کلیه راست با افزایش اکوژنسیته قابل توجه چربی اطراف آن گزارش می‌شود. بیمار با این شرایط به بیمارستان سطح سه ارجاع می‌شود که در هنگام ارجاع، بیمار هم‌چنان تبدار بود. در معاینه شکم نرم و درد مختصر در معاینه ربع تحتانی راست شکم مشهود بود. رحم در حد ۱۰ هفته لمس می‌شد و شواهدی از ترشحات بدبوی واژینال و اندومتریت نداشت. جهت بررسی‌های دقیق‌تر، بیمار تحت سی‌تی‌اسکن شکم و لگن قرار گرفت که تصویر کانون هایپودانس مارپیچی با دانسیته پایین آدنکس راست تا خلف لوب راست کبد گزارش شد که به نفع ترومبوز ورید تخمدانی راست بود (تصویر شماره ۱). سونوگرافی داپلر عروق لگنی نیز این تشخیص راتایید کرد. آزمایشات بیمار شامل تست‌های ترومبوفیلی نرمال بود و شواهدی از لکوسیتوز و شیفت به چپ دیده نشد. بر اساس پروتکل درمانی ترومبوز عمقی لگنی برای بیمار با تشخیص ترومبوز ورید تخمدانی، آنتی بیوتیک وسیع الطیف (سفتریاکسون و مترونیدازول) و آنتی کواگولان (هپارین با دوز درمانی) آغاز شد. ۲ روز بعد از شروع درمان، تب بیمار قطع شد و یک هفته بعد، درد شکمی و فلانک بهبود پیدا کرد. آنتی‌بیوتیک بیمار قطع شد و بیمار با دستور ادامه دریافت آنتی‌کواگولان به صورت سرپایی، مرخص شد.



تصویر شماره ۱: در سی‌تی‌اسکن انجام شده از شکم بیمار با کنتراست وریدی و خوراکی تصویر ساختمان گرد با انهنسمنت حاشیه ای در محل آناتومیک ورید تخمدانی مشاهده می شود. تغییرات التهابی در اطراف این ساختمان مشهود است (فلش در تصاویر a و b). در تصویر b که از پلانی بالاتر در مجاورت کلیه تهیه شده است تصویر ورید تخمدانی در مجاورت ورید رنال راست مشاهده می‌شود. ماده کنتراست وریدی در ورید رنال راست مشاهده می‌شود (ستاره در شکل b) اما وارد ورید تخمدانی راست نشده است که نشان دهنده ترومبوز می‌باشد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

بحث

ترومبوز ورید تخمدانی در دوره بعد از زایمان، جز نادرترین ولی جدی‌ترین بیماری‌ها محسوب می‌شود. در بارداری به دلیل استاز و اختلال فاکتورهای انعقادی و آسیب دیدگی آنتیمای عروق، خطر بروز ترومبوز افزایش می‌یابد. تغییرات عروقی حتی ۷۲ ساعت پس از ختم بارداری نیز ادامه خواهد داشت. ترومبوز ورید تخمدانی، عوارض‌های جدی مانند سپسیس، آمبولی ریوی و حتی مرگ را به دنبال خواهد داشت(۶). ترومبوز ورید تخمدانی در کم‌تر از ۵ درصد موارد به دنبال ترومبوز وریدهای عمقی اندام تحتانی نیز دیده می‌شود(۷). گاهی ترومبوز ورید کلیوی بدون هیچ علامتی و حتی ادم اندام تحتانی می توانند یافته های غیر اختصاصی ترومبوز ورید تخمدانی باشند(۸). بروز آمبولی ریوی در ۱۳/۲ درصد موارد گزارش شده است(۹).

در گزارش مورد Johnson و همکاران، خانم ۲۲ ساله‌ای ۴ روز بعد از زایمان، با علایم تب و درد ربع تحتانی راست با تشخیص احتمالی آپاندیسیت بستری می‌شود که تحت سی‌تی اسکن قرار می‌گیرد و تشخیص ترومبوز ورید تخمدانی راست مطرح می‌شود. بیمار تحت درمان آنتی‌بیوتیک تزریقی و آنتی کواگولان قرار گرفت و بعد از ۸ هفته در سی‌تی‌اسکن کنترل، کاملاً بهبود یافته بود(۱۰).

در مطالعات مشابه، بیماران در دوران بعد از زایمان دچار درد هایپوگاستر به همراه تب مقاوم شده‌اندکه به درمان آنتی کواگولان و آنتی بیوتیک پاسخ داده‌اند(۱۱،۷). در بیمار ما با توجه به نرمال بودن تست‌های ترومبوفیلیک، تنها ریسک فاکتوری که به نظر می‌رسد، دوره نفاس بعد از حاملگی دوقلویی می‌باشد. در یک مورد مشابه، خانم ۱۴ ساله‌ای بعد از سزارین حاملگی دوقلویی، دچار ترومبوز ورید تخمدانی شد. البته در این بیمار ورید درگیر و تخمدان و لوله همان سمت برداشته شد و سپس برای بیمار درمان آنتی بیوتیک و آنتی‌کواگولان شروع شد(۱۲). بیمار ما به درمان آنتی‌کواگولان و آنتی بیوتیک به خوبی پاسخ داد و علایم بعد از ۲ هفته بهبود یافت و نیازی به مداخله جراحی پیدا نکرد. روش‌های تصویربرداری جهت تشخیص ترومبوز عروق تخمدانی شامل اولتراسونوگرافی، سی‌تی‌اسکن و MRI می‌باشد. حساسیت سی‌تی‌اسکن و سونوگرافی داپلر بیش از ۹۵ درصد موارد گزارش شده است. MR آنژیوگرافی و سونوگرافی کانونشنال، حساس‌ترین روش تشخیصی هستند که در مواردی که مودالیته‌های فوق‌الذکر کمک‌کننده نباشند، مد نظر قرار می‌گیرند. اکثر پزشکان استفاده از هپارین با وزن مولکولی پایین و آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف را در درمان ترومبوز ورید تخمدانی پیشنهاد می‌کنند، ولی دوز و مدت زمان استاندارد و دقیقی جهت درمان گزارش نشده است. به استفاده از آنتی کواگولان خوراکی به مدت ۶-۳ماه و آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی به مدت یک هفته نیز در برخی مقالات اشاره شده است. در بیماران با خطر بالای ترومبوآمبولی ریوی، استفاده از اقدامات مداخله‌ای شامل آمبولکتومی، فیلتر ورید اجوف تحتانی و لیگاسیون ورید تخمدانی مد نظر قرار می‌گیرد(۱۲). در بیمارانی که عوامل خطر بیش‌تر ایجاد ترومبوز وریدهای تخمدانی در دوران نفاس را دارند، استفاده از هپارین با وزن مولکولی پایین به صورت پروفیلاکتیک پیشنهاد شده است.

در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که ترومبوز ورید تخمدانی در دوران نفاسی گرچه یکی از بیمارهای نادر این دوران به شمار می‌رود، ولی به دلیل عوارضی مانند نارسایی کلیوی و ترومبوآمبولی ریوی می‌تواند تهدیدکننده حیات بیماران باشد. شک بالینی و تشخیص سریع بیماری از طریق روش‌های تصویر برداری می‌تواند تضمین‌کننده بقا بیماران باشد. در درد شکمی و لگنی ناگهانی در دوران نفاسی در بیماران تب‌دار بدون عامل زمینه‌ای قابل توجیه باید ترومبوز ورید تخمدانی در تشخیص‌های افتراقی مد نظر قرار گیرد. درمان بیماران مبتلا به ترومبوز وریدهای تخمدانی از طریق روش‌های درمانی غیرتهاجمی و استفاده از آنتی‌کوآگولان و آنتی‌بیوتیک های وسیع الطیف می‌باشد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

References

1. Girolami A, Treleani M, Bonamigo E, Tasinato V, Girolami B. Venous thrombosis in rare or unusual sites: a diagnostic challenge. Seminars in Thrombosis and Hemostasis 2013; 40(1): 81-7.
2. Angelini M, Barillari G, Londero AP, Bertozzi S, Bernardi S, Petri R, et al. Puerperal ovarian vein thrombosis: two case reports. J Thromb Thrombolysis 2013; 35(2): 286-289.
3. Heavrin BS, Wrenn K. Ovarian vein thrombosis: a rare cause of abdominal pain outside the peripartum period. J Emerg Med 2008;34(1):67-69.
4. Basili G, Romano N, Bimbi M, Lorenzetti L, Pietrasanta D, Goletti O. Postpartum ovarian vein thrombosis. JSLS (Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons) 2011; 15(2): 268-271.
5. Simons GR, Piwnica-Worms DR, Goldhaber SZ. Ovarian vein thrombosis. American Heart Journal (AHJ) 1993; 126(3 Pt 1): 641-647.
6. Dhinakar M, Dhinakar L, Kamona A, Saifudeen A. Puerperal ovarian vein thrombosis presenting as rt loin pain and hydronephrosis: report of 2 cases. Oman Medical J. 2010; 25(4): 299-302.
7. Hoffmann J, Amaya B, Grothoff M, Schrock C, Lampe D. Ovarian vein thrombosis as a rare cause of postpartal abdominal pain: a case report. Arch Gynecol Obstet 2012; 286(5): 1331-1332.
8. Ortin X, Ugarriza A, Espax RM, Boixadera J, Llorente A, Escoda L, et al. Postpartum ovarian vein thrombosis. Journal of Thrombosis and Haemostasis (JTH) 2005; 93(5): 1004-1005.
9. Dunnihoo DR, Gallaspy JW, Wise RB, Otterson WN. Postpartum ovarian vein thrombophlebitis: a review. Obstetrical & Gynecological Survey 1991; 46(7): 415-427.
10. Johnson A, Wietfeldt ED, Dhevan V, Hassan I. Right lower quadrant pain and postpartum ovarian vein thrombosis. Uncommon but not forgotten. Arch Gynecol Obstet 2010; 281(2): 261-263.
11. Togan T, Turan H, Cifci E, Ciftci C. Ovarian and Renal Vein Thrombosis: A Rare Cause of Fever Outer the Postpartum Period. Case reports in obstetrics and gynecology 2015; 2015: 817862.
12. Bredow V, Schmeisser JO, Sill U, Thomas H, Kruse R, Schwesinger G. Puerperal ovarian vein thrombosis in a 14-year-old patient after cesarean section for twin pregnancy. Zentralbl Gynakol 1996; 118(11):625-629.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]