



Doğum sonrası gelişen ender bir komplikasyon: Septik pelvik tromboemboflebit

Ersin Çintesun¹ , Denizhan Bayramoğlu¹ , Emine Uysal² , Çetin Çelik¹ 

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Konya

Özet

Amaç: Bu olgu bildiriminde, geçirilmiş sezaryen öyküsü olan ve vajinal yolla 30. haftada intrauterin ölü doğum yapmış bir hastada, 20 gün sonra tespit edilen septik pelvik tromboemboflebit (SPT) olgusunun tartışılmasını amaçladık.

Olgu: 24 yaşında, ateş ve sağ alt karın ağrısı ile acil servise başvuran ve bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde sağ ovarien ven duvarında 4 cm ebatında segmente trombus ile uyumlu görünüm raporlanan hasta takip ve tedavi amacıyla yatırıldı. Geniş spektrumlu antibiyoterapi ve antikoagulan tedavisi sonrası kontrol tomografi görüntüsünde trombusu gerileyen hasta 10. gün taburcu edildi. Takiplerinde komplikasyon gelişmeyen hastanın tedavisi şifa ile sonuçlandı.

Sonuç: Sonuç olarak, SPT hem obstetrik hem de jinekoloji pratiğinde oldukça ender rastlanan bir komplikasyondur. SPT, geç tanının ölümcül sonuçlar doğurabildiği ancak erken tanı ile de yüz güldürücü sonuçlar alınabilen bir hastalıktır. Doğum veya operasyon sonrası karın ağrısı ve ateş bulguları olan her olguda mutlaka akla gelmelidir.

Anahtar sözcükler: Septik pelvik tromboemboflebit, gebelik, ateş.

Abstract: A rare complication developing after delivery: septic pelvic thromboembophlebitis

Objective: In this case report, we aimed to discuss a septic pelvic thromboembophlebitis (SPT) case detected 20 days later who had the previous history of cesarean section and had an intrauterine still-birth vaginally at 30 weeks of gestation.

Case: A 24-year old patient, who admitted to the emergency service with the complaints of fever and pain in the lower right abdomen and was reported to have a 4 cm formation consistent with thrombus on the right ovarian vein wall in the computed tomography (ST), was hospitalized for follow-up and treatment. The patient whose thrombus showed remission in the check-up tomography scan after the broad-spectrum antibiotherapy and anticoagulant treatment was discharged on the 10th day. The treatment of the patient who did not develop any complication in the follow-ups was completed with recover.

Conclusion: In conclusion, SPT is a complication which is seen rarely in both obstetric and gynecologic practices. SPT is a disease which may lead to fatal outcomes by late diagnosis but satisfying results with early diagnosis. Abdominal pain and fever symptoms should come to mind in all cases after delivery or operation.

Keywords: Septic pelvic thromboembophlebitis, pregnancy, fever.

Giriş

Septik pelvik tromboemboflebit (SPT), pelvik enfeksiyon sonrası görülen oldukça nadir ancak önemli bir komplikasyondur. Genellikle doğum sonrası endometrite bağlı oluşmakla birlikte, malignite ve pelvik inflamatuvar hastalıklar sebebi ile de oluşabilmektedir.^[1-3] Ovaryen ven tromboflebiti (OVT) ve derin sep-

tik pelvik tromboflebit (DSPT) olmak üzere iki ayrı klinik formu bulunmaktadır. SPT, 3000 doğumda bir gözlenmekte ve sezaryen doğumlarda daha sık gözlenmektedir.^[4] Risk faktörleri; sezaryen, doğum anında koryoamnionit olması, indüklenmiş abortlar, çoğul gebelikler ve maternal yaşın 20'den düşük olmasıdır.^[3,5] Olguların çoğunda doğumdan 48-96 saat sonra gözlenen alt karın ağrısı ve ateş gözlenmektedir.^[6] Nadiren

Yazışma adresi: Dr. Ersin Çintesun, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya.

e-posta: ersincintesun@gmail.com / **Geliş tarihi:** 5 Mart 2020; **Kabul tarihi:** 10 Nisan 2020

Bu yazının atf künyesi: Çintesun E, Bayramoğlu D, Uysal E, Çelik Ç. A rare complication developing after delivery: septic pelvic thromboembophlebitis.

Perinatal Journal 2020;28(1):52-55. doi:10.2399/prn.20.0281010

Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü: www.perinataljournal.com/20200281010

ORCID ID: E. Çintesun 0000-0001-8507-5850, D. Bayramoğlu 0000-0002-6183-8398; E. Uysal 0000-0001-8533-4939; Ç. Çelik 0000-0001-6165-5092

deomed

de antibiyoterapiye rağmen geçmeyen ateş ve alt karın ağrısı şeklinde bulgu verebilir. Hastalık tanısında görüntüleme yöntemlerinin kullanımı söz konusu olsa da başarı oranları görece sınırlıdır. Bazen başlanan antikoagülan tedaviye yanıt da SPT tanısını koydurabilmektedir. Günümüzde antibiyotik ve antikoagülan ile tedavi edilebilmektedir. Bu hastalıkta önemli olan böyle bir klinik durumun olabileceğini düşünüp akla getirmektir. Hastalık tanıda geç kalındığında ölümcül seyredebilmektedir.

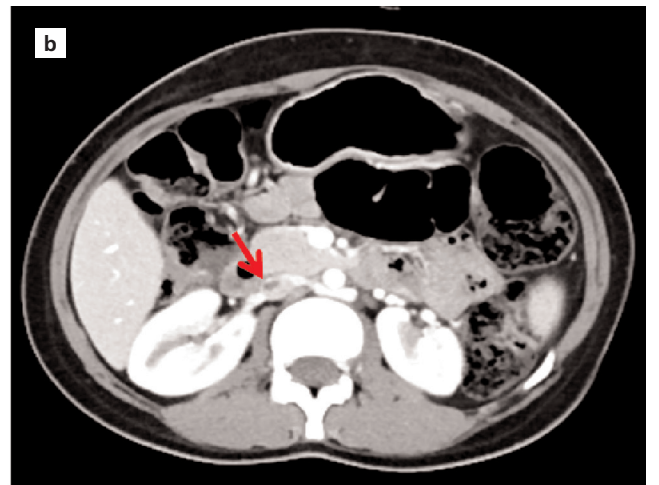
Bu olgu bildiriminde tanı konulması esnasında tedavi ile yüz güldürücü sonuçlar alınan ancak tanıda geç kalındığında ise morbidite ve mortalite potansiyeli taşıyan bir SPT olgusunu tartışmayı ve bu hastalık üzerine farkındalık oluşturmayı amaçladık. Bu sebeple bu olgu sunumunda, geçirilmiş sezaryen öyküsü olan ve vajinal yolla 30. haftada intrauterin ölü doğum yapmış bir hastada, 20 gün sonra tespit edilen SPT olgusunu tartıştık.

Olgu Sunumu

24 yaşında, ateş ve sağ alt karın ağrısı ile acil servise başvuran ve bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde sağ ovaryen ven duvarında 4 cm ebatında segmente trombus ile uyumlu görünüm olması üzerine kliniğimizde yatırılarak takip ve tedaviye başlandı (Şekil 1). Hastanın hikâyesinde; daha önce bir sezaryen ameliyatı olduğu, tek taraflı işitme kaybının bulunduğu

ve 20 gün önce dış merkezde 30. haftada intrauterin ölü bebeği vajinal yolla doğurduğu öğrenildi. Yapılan abdominopelvik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet izlendi. Diğer sistemlerde yapılan muayenelerde patoloji saptanmadı. Başvuru esnasında ateşi en yüksek 37.8°C, arteryel tansiyon ve nabızı normal aralıkta olduğu gözlemlendi. Laboratuvar değerlendirilmesinde; Hgb: 12.2 g/dL, Wbc: 9.2 K/mm³, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal, CRP: 8.20 mg/L saptandı. Prokalsitoninin <0.5 µg/L olduğu gözlemlendi. Hastadan vajinal serviks kültürü için örnek alındı. Yapılan bilateral alt ekstremitte Doppler USG'de ise alt ekstremitelerde trombusla uyumlu görünüm izlenmedi. Antibiyoterapi (intravenöz [İV] ampisilin-sulbaktam 1g 4x1) ve antikoagülan tedavi (subkutan enoksaparin 4000 IU 2x1) başlandı.

Tedavinin 24. saatinden itibaren hastanın pelvik ağrısı ve ateşi normal seviyelere geriledi. Yedinci günde çekilen pelvik MR'da venöz hattın net değerlendirilememesi üzerine radyoloji önerisi ile bilgisayarlı tomografi (BT) tekrarlandı. Trombusun oldukça gerilediği raporlandı (Şekil 2). Yapılan laboratuvar analizinde WBC ve CRP'nin normal sınırlarda olması ve serviks kültüründe üreme olmaması üzerine hasta oral antibiyoterapi ve antikoagülan tedavi ile 10. gün taburcu edildi. Ayrıca antikoagülan tedavinin altı haftaya tamamlanması önerildi. Hastadan tıbbi verilerinin bilimsel çalışmalarda kullanılması için onam alındı.



Şekil 1. (a) Aksiyel kontrastlı BT görüntüde sağ ovaryen vende çap artışı ve içerisindeki trombus (beyaz/açık renk ok) ve (b) inferior vena kava içerisindeki trombus (kırmızı/koyu renk ok) izlenmektedir.

Tartışma

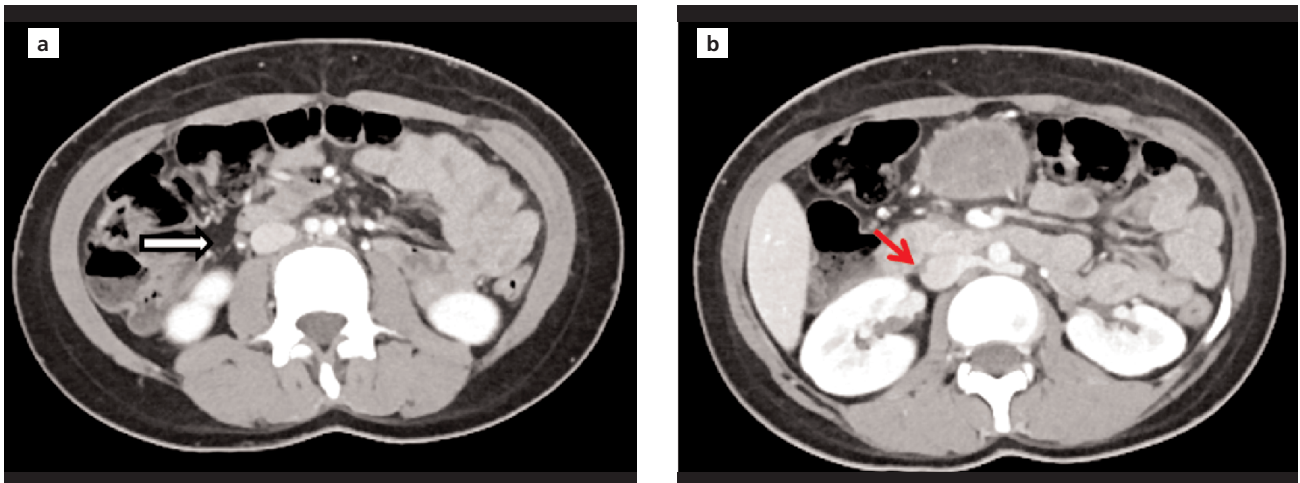
SPT obstetrik hasta popülasyonunda nadir görülmesine rağmen, mortalitesi %4.4 olarak bildirilmiştir.^[7,8] SPT'nin patogenezi Virchow triadı ile açıklanmaktadır. Doğum veya cerrahi işlemlere bağlı olarak doğrudan veya enfeksiyon ile oluşan endotel hasarı, gebelikte oluşan venöz dilatasyon ve azalmış venöz basınç sonucu oluşan venöz staz ya da gebeliğe ikincil olarak hiperkoagülopati ile oluşmaktadır. Ayrıca sol overdeki sigmoid kolon varlığı, sağ ovaryen venin daha uzun olması ve uterusun gebelikte sağa daha fazla baskı uygulaması sebebi ile SPT en sık sağ overde gözlenmektedir.^[9] Olgumuzda da başvuru esnasında sağ ovaryen vende trombüs gözlenmiştir. Ayrıca doğum sonrası 20. günde gözlenmiş olması da doğuma bağlı etkilerin olaya katkı sunduğunu düşündürmektedir.

SPT'nin OVT ve DSPT şeklindeki iki ayrı formu klinik bulgular ve tanı açısından farklılık göstermektedir. OVT'de doğum ya da cerrahiden bir hafta sonra görülen ateş ve sağ alt kadranda ağrısı mevcut olup, bazı olgularda sağ alt kadranda kitle de palpe edilebilmektedir. Olguların %20'sinde sağ ovaryen ven trombüsü görüntüleme yöntemleri ile görülebilir.^[8,10,11] DSPT'de ise doğum veya cerrahiden birkaç gün sonra ve çoğunlukla taburcu olmadan önce antibiyotiklere dirençli ateş ile kendini gösteren gürültülü bir klinik tablo mevcuttur ve genellikle ağrı yoktur.^[6] Bu olgularda genellikle görüntüleme trombüs gözlenmez.^[8,10,11] OVT ve SPT'nin

daha ileri hali olan DPST olgularında kültürde üreme olmaması durumu sık görülmekle birlikte; 158 postpartum OVT olgusunu içeren seride, %22 olguda kültürde üreme görülmüş ve büyük çoğunluğunda streptokok üremiştir.^[12] Olgumuzda eşlik eden yüksek ateş izlenmediğinden kan kültürü çalışılmamış, serviks kültüründe ise herhangi bir üreme olmamıştır. Olgumuzun vajinal doğum ile 20 gün önce ölü doğum yapmış olması da risk faktörü olarak doğum sonrası geçirmiş olduğu bir enfeksiyon sonrası OVT geçirdiğini düşündürmektedir.

SPT'nin septik pulmoner emboli (SPE) (%13) ve metastatik apse oluşumu gibi en önemli iki komplikasyonu bildirilmiştir.^[13] Ayrıca oluşmuş pıhtının ters akım ile iliofemoral veya renal veni tıkanması gibi komplikasyonlar da rapor edilmiştir.^[14,15] Ek olarak, septik trombüsler ve emboliler bakteremi kaynağıdır ve tedavi edilmezse ölümcül olabilmektedir.^[15]

Antibiyotik tedavisine rağmen ateşinde düşme olmayan şüpheli olgularda 48 saat antikoagülan sonrası ateş yanıtının alınması tanı için kullanılabilir.^[8] SPT tanısı, eksploratuar laparotomide palpe edilebilen intravenöz trombüs ve pürülan sıvının bulunmasıyla kesin olarak yapılabilir, ancak bu nadiren kullanılmaktadır. Hastalığın tedavisinde, olası bakterileri içine alan geniş spektrumlu antibiyoterapiye antikoagülan tedavinin eklenmesi uygun görülmektedir.^[16] Antikoagülan tedavinin ne olacağı ve ne kadar süreceği ile ilgili literatürde yerleşmiş bir kullanım olmamakla birlikte sıklıkla anfraksi-



Şekil 2. (a) Kontrol kontrastlı aksiyel BT görüntülerde sağ ovaryen ven çapının normale döndüğü, sağ ovaryen ven (beyaz/açık renk ok) ve (b) inferior vena cava (kırmızı/koyu renk ok) içerisindeki trombüsün kısmen gerilediği izlenmektedir.

yone heparin ile düşük molekül ağırlıklı heparin kullanılmaktadır. Olgumuzda 1 mg/kg dozunda 12 saat aryla düşük molekül ağırlıklı heparin kullanılmış ve radyolojik olarak trombüs doğrulandığı için altı hafta tedavi sürdürülerek hastanın şikâyetlerinin tamamen gerilediği gözlenmiştir. Daha önce çekilen kontrol tomografisinde belirgin gerilemenin gözlenmesi, MRG'nin bu hastanın tanısında etkili olamaması ve hastayı tekrar radyasyon maruziyetinden korumak amacıyla klinik bulguların tamamen gerilemesi şifa olarak kabul edilmiştir.

Sonuç

Sonuç olarak, SPT hem obstetrik hem de jinekoloji pratiğinde oldukça ender rastlanan bir komplikasyondur. SPT, geç tanının ölümcül sonuçlar doğurabildiği ancak erken tanı ile de yüz güldürücü sonuçlar alınabilen bir hastalıktır. Olgumuz genel olarak atipik seyir göstermiş ve tesadüfen saptanmıştır. Olgumuzda da görüldüğü gibi doğum sonrası dönem ateş ve karın ağrısı olan olgularda SPT tanısının da akla gelmesi ve dışlanması elzemdir. Oldukça nadir gözlenen bu hastalığın maalesef ciddi sonuçları olmakta ve her daim ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Çıkar Çakışması: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Yıldız K, Soyalp C. The cause of persistent fever after the caesarean section: ovarian vein thrombosis. [Article in Turkish] *Van Tıp Dergisi* 2017;24:47-9.
2. Çintesun E, Gül A, Şahin G, Bayramoğlu D, Uysal E, Çelik Ç. Ovarian vein thrombophlebitis after pelvic inflammatory disease: a case report. [Article in Turkish] *Ege Tıp Dergisi* 2019; 58:313-5.
3. Collins CG, MacCallum EA, Nelson EW, Weinstein BB, Collins JH. Suppurative pelvic thrombophlebitis. I. Incidence, pathology, and etiology; a study of 70 patients treated by ligation of the inferior vena cava and ovarian vessels. *Surgery* 1951;30:298-310.
4. Wysokinska EM, Hodge D, McBane RD 2nd. Ovarian vein thrombosis: incidence of recurrent venous thromboembolism and survival. *Thromb Haemost* 2006;96:126-31.
5. Dotters-Katz SK, Smid MC, Grace MR, Thompson JL, Heine RP, Manuck T. Risk factors for postpartum septic pelvic thrombophlebitis: a multicenter cohort. *Am J Perinatol* 2017;34:1148-51.
6. Eser A, Aday G, İnegöl İ, Sürçit Ö, Karataş G, Gonca MO. Septic pelvic thrombophlebitis in differential diagnosis of postpartum acute abdomen: case report. [Article in Turkish] *Türkiye Klinikleri Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology* 2015;25:287-91.
7. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. *Williams obstetrics*, 24e. New York, NY: McGraw-Hill; 2014.
8. Kır M, Üstün C, Kökçü A, Çokşenim Ş. Septic pelvic thrombophlebitis: a case report. [Article in Turkish] *Journal of Experimental and Clinical Medicine* 1992;9:283-5.
9. Hodgkinson C. Physiology of the ovarian veins during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1953;1:26-37.
10. Kadanalı A, Karagöz G. Puerperal enfeksiyonlar. In: Çiçek NM, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A, editörler. *Kadın hastalıkları ve doğum bilgisi*. Vol 1. 3rd ed. Ankara: Atlas Kitapçılık; 2012. p. 323-8.
11. Garcia J, Aboujaoude R, Apuzzio J, Alvarez JR. Septic pelvic thrombophlebitis: diagnosis and management. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2006:15614.
12. Dunnihoo DR, Gallaspy JW, Wise RB, Otterson WN. Postpartum ovarian vein thrombophlebitis: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1991;46:415-27.
13. Nezhath C, Farhady P, Lemyre M. Septic pelvic thrombophlebitis following laparoscopic hysterectomy. *JLS* 2009;13: 84-6.
14. Hassen-Khodja R, Gillet JY, Batt M, Bongain A, Persch M, Libo L, et al. Thrombophlebitis of the ovarian vein with free-floating thrombus in the inferior vena cava. *Ann Vasc Surg* 1993;7:582-6.
15. Witlin AG, Sibai BM. Postpartum ovarian vein thrombosis after vaginal delivery: a report of 11 cases. *Obstet Gynecol* 1995;85: 775-80.
16. Josey WE, Staggers SR Jr. Heparin therapy in septic pelvic thrombophlebitis: a study of 46 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1974;120:228-33.

Bu makalenin kullanım izni Creative Commons Attribution-NoCommercial-NoDerivs 3.0 Unported (CC BY-NC-ND3.0) lisansı aracılığıyla bedelsiz sunulmaktadır. / This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported (CC BY-NC-ND3.0) License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.