



Case Report

Ovarian Vein Thrombosis after Cesarean Hysterectomy: A Case Report

Seyedeh Tayebe Ghazavi¹, Farzaneh Rashidi^{2*}, Ayda Ezzati Yazdani³

¹ Department of Gynecology, School of Medicine, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

² Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

³ Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

***Corresponding author:** Farzaneh Rashidi, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran. Email: rashidiff@yahoo.com

DOI: [10.66224/nkums.18.1.1](https://doi.org/10.66224/nkums.18.1.1)

How to Cite this Article:

Ghazavi ST, Rashidi F, Ezzati Yazdani A. Ovarian Vein Thrombosis After Cesarean Hysterectomy: A Case Report. J North Khorasan Univ Med Sci. 2026;18(1): 1-6 DOI: 10.66224/nkums.18.1.1

Received: 22 August 2025

Accepted: 23 November 2025

Keywords:

Ovarian Vein
Postpartum
Thrombosis

Abstract

Introduction: Ovarian vein thrombophlebitis is a rare and often overlooked cause of postpartum abdominal pain and fever, presenting significant diagnostic challenges. It is frequently excluded from differential diagnoses after delivery because of its nonspecific clinical signs. This study reports a rare case of ovarian vein thrombosis following a cesarean hysterectomy.

Case Presentation: A 31-year-old multigravida woman at 34 weeks and 6 days of gestation presented with vaginal bleeding lasting four hours. Ultrasound confirmed placenta previa and accreta. She underwent a cesarean hysterectomy. Two days after surgery, she developed persistent fever and tachycardia. A computed tomography (CT) scan showed thrombosis in the right ovarian vein. Treatment with broad-spectrum antibiotics and anticoagulants improved her symptoms. One week later, the patient was discharged in good condition.

Conclusions: Ovarian vein thrombosis is a rare but potentially serious postpartum condition that can cause significant complications if not promptly diagnosed and treated. Due to its nonspecific clinical symptoms, maintaining a high level of suspicion and using appropriate imaging techniques are crucial for timely diagnosis and effective management. Since persistent fever is common in various postpartum conditions, refractory fever during the puerperium should be considered a potential warning sign of thrombosis.



ترومبوز ورید تخمدان پس از سزارین هیستریکتومی: گزارش مورد

سیده طیبه قاضوی^۱، فرزانه رشیدی^{۲*}، آیدا عزتی یزدانی^۳ 

^۱ استادیار، گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم خراسان شمالی، بجنورد، ایران

^۲ مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اعتیاد، دانشگاه علوم خراسان شمالی، بجنورد، ایران

^۳ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

*نویسنده مسئول: فرزانه رشیدی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اعتیاد، دانشگاه علوم خراسان شمالی، بجنورد، ایران. ایمیل:

rashidiff@yahoo.com

DOI: 10.66244/nkums.18.1.1

چکیده	تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۳۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۰۲
مقدمه: ترومبوفلیت ورید تخمدانی با علائم غیراختصاصی درد شکم و تب پس از زایمان همراه است که تشخیص آن چالش برانگیز است و در اکثر موارد، بعد از زایمان در تشخیص افتراقی نادیده گرفته می‌شود. در این مطالعه، یک مورد نادر از ترومبوز ورید تخمدان پس از سزارین هیستریکتومی گزارش می‌شود.	واژگان کلیدی: پس از زایمان ترومبوز تخمدان
گزارش مورد: خانم ۳۱ ساله مولتی گراوید، در سن بارداری ۳۴ هفته و شش روز، با شکایت خونریزی واژینال از چهار ساعت پیش با سونوگرافی جفت پروپا و اکرتا تحت عمل سزارین هیستریکتومی قرار گرفت. به علت تداوم تب و تاکی کاردی دو روز بعد عمل جراحی، تحت سی تی اسکن قرار گرفت که ترومبوز ورید تخمدانی راست مطرح شد. بیمار تحت درمان با آنتی بیوتیک وسیع الطیف و آنتی کوآگولان قرار گرفت و یک هفته بعد از بهبود علائم، با حال عمومی خوب مرخص شد.	
نتیجه گیری: ترومبوز ورید تخمدانی از بیماری‌های نادر دوران پس از زایمان است که با عوارض جدی احتمالی همراه است. با توجه به علائم غیراختصاصی، ظن بالینی و تشخیص سریع با روش‌های تصویربرداری می‌توانند به موفقیت درمان کمک و از عوارض ناخواسته پیشگیری کنند. با توجه به اینکه تب مقاوم مشترکی از تظاهرات بالینی بیماری‌های مختلف است، توصیه می‌شود که تب مقاوم به درمان در دوران نفاس به عنوان زنگ خطر وجود ترومبوز در نظر گرفته شود.	

مقدمه

تخمدانی راست و داشتن دریچه‌های متعدد در مسیر جریان خون، در اکثر موارد در سمت راست مشاهده می‌شود [۹-۱۱].

ترومبوفلیت ورید تخمدانی (OVT: Ovarian Vein Thrombosis) با علائم غیراختصاصی درد شکم و تب پس از زایمان همراه است که تشخیص را چالش برانگیز می‌کند و در اکثر موارد، بعد از زایمان در تشخیص افتراقی نادیده گرفته می‌شود [۷]. تأخیر در تشخیص و درمان می‌تواند به بروز عوارض جدی، از جمله ترومبوز ورید اجوف تحتانی و آمبولی ریوی شدید منجر شود [۸] که در دوره پس از زایمان به افت شدید فشارخون، غش و ایست قلبی منجر می‌شود [۱۲].

به منظور درمان اولیه ترومبوز ورید تخمدان از هپارین با وزن مولکولی کم، به مدت یک تا سه ماه استفاده می‌شود که این درمان با میزان بهبودی زیادی همراه است [۱۳].

گزارش‌های متعددی از ترومبوز ورید تخمدان پس از عمل زایمان و زایمان طبیعی منتشر شده است [۵، ۷، ۹، ۱۰]. در این مطالعه، مورد نادری از ترومبوز ورید تخمدان بدون علائم اختصاصی پس از انجام هیستریکتومی اورژانسی، هم‌زمان با عمل سزارین گزارش می‌شود.

بارداری نوعی وضعیت فیزیولوژیک است که با تغییرات وسیع در هموستاز بدن همراه است. افزایش انعقادپذیری، رکود وریدی و آسیب‌های اندوتلیال در بارداری، زمینه را برای ایجاد ترومبوز آمبولی وریدی مساعد می‌کند [۱]. حال آنکه، ترومبوفلیت سپتیک لگنی نوعی عارضه نادر در دوران نفاس است که در شرایط آسیب اندوتلیال ورید لگن، استاز وریدی و انعقاد بیش از حد رخ می‌دهد [۲]. ترومبوفلیت سپتیک لگن در زایمان به روش سزارین، بیشتر از زایمان واژینال رخ می‌دهد، به طوری که شیوع آن بعد از سزارین، یک مورد در هر هشت صد و در زایمان واژینال، یک مورد در هر نه هزار زایمان است [۳، ۴].

ترومبوفلیت سپتیک لگنی شامل دو نوع ترومبوفلیت سپتیک عمقی لگنی و ورید تخمدانی است [۵، ۶]. در انواع ترومبوفلیت سپتیک لگنی، تظاهرات و یافته‌های بالینی متفاوت است، اما مکانسیم مشابه است [۷].

ترومبوز ورید تخمدانی پس از زایمان عارضه‌ای نسبتاً نادر در دوران نفاس است که میزان بروز آن بین ۰/۰۱ تا ۰/۱۸ درصد گزارش شده است و پس از زایمان سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی، شایع‌تر است [۸]. ترومبوز ورید تخمدانی به علت چرخش به راست رحم در دوران بارداری و اثر فشاری بر ورید تخمدانی راست، مسیر طولانی‌تر ورید

گزارش مورد

خانمی ۳۱ ساله مولتی‌گراوید (بارداری چهار، زایمان سه، تولد زنده سه، آخرین زایمان: هشت سال پیش به روش سزارین)، در سن بارداری ۳۴ هفته و شش روز با نمایه توده بدنی نرمال، با شکایت خونریزی واژینال متوسط از چهار ساعت پیش، با تشخیص جفت پروپا و اکرتا در سونوگرافی، به بیمارستان بنت‌الهدی شهر بجنورد (۱۴۰۴/۰۲/۱۰) اعزام شد.

در شرح حال گرفته‌شده از بیمار، سابقه بیماری زمینه‌ای، ناهنجاری، سابقه مصرف دارو، سابقه استعمال دخانیات و اعتیاد و نسبت فامیلی با همسر وجود نداشت. فشارخون وی ۱۲۰/۸۰ میلی‌متر جیوه، تعداد نبض ۱۰۰، تعداد تنفس ۱۷، دمای زیر بغل ۳۶/۵ درجه سانتی‌گراد، میزان اشباع اکسیژن ۹۸ درصد و تعداد ضربان قلب جنین ۱۴۰ بود. معاینه واژینال انجام نشد. در چک دستی انقباض رحمی وجود نداشت. خونریزی واژینال بیشتر از خونریزی متوسط قاعدگی بود.

سونوگرافی شکمی اورژانس انجام شد. در سونوگرافی شکمی، جنین با پرناتاسیون سفالیک، جفت لترال چپ توتال پروپا بود. حجم کیسه آب عادی بود. در قسمت تحتانی جفت عروق پل زنده در سرتاسر اینترفیس رحم و مثانه دیده شد. چند عدد لاکون فعال عروقی رؤیت شد. ضخامت

میومتر در محل عروق کاهش یافته و مطرح‌کننده اینکرتا بود. در بررسی آزمایش شمارش کامل سلول‌های خونی اورژانس تعداد، گلبول‌های سفید خون ۱۱/۲ هزار، گلبول‌های قرمز خون ۳/۰۶ هزار، هموگلوبین ۸/۶ گرم/دسی‌لیتر، هماتوکریت ۲۵/۵ درصد و پلاکت ۵۹۳ هزار بود. درخواست دو واحد پک سل شد و بلافاصله، بیمار برای سزارین اورژانس به اتاق عمل فرستاده شد. بیمار (در تاریخ ۱۴۰۴/۰۲/۱۰) تحت عمل جراحی سزارین و هیستریکتومی اورژانس قرار گرفت.

حین عمل جراحی، نوزاد پسر با آپگار دقیقه اول و پنجم، پنج به هفت خارج شد. جفت کاملاً چسبیده به رحم و اکرتا بود. به دلیل خونریزی شدید، هیستریکتومی با کمک متخصص زنان دوم انجام شد. حین جراحی، رحم تک‌شاخ بود، چسبندگی شدید آمنیوم به لوله‌های فالوپ و تخمدان سمت راست و چپ، در جدار قدامی رحم وجود داشت. هیستریکتومی کامل انجام شد. بعد از ریکاوری، بیمار با حال عمومی خوب به بخش جراحی منتقل شد.

دو روز بعد از عمل جراحی (۱۴۰۴/۲/۱۲)، به علت تداوم تب و تاکی‌کاردی آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف تجویز شد. درخواست آزمایش شمارش کامل سلول‌های خونی و انعقادی، سی‌تی‌اسکن شکم، لگن و ریه داده شد. نتایج آزمایش‌های درخواست‌شده به صورت سریال از روز یکم تا پنجم، در جدول ۱ ذکر شده است.

جدول ۱. نتایج آزمایش‌های درخواست‌شده به صورت سریال از روز یکم تا پنجم

نوع آزمایش	روز یکم	روز دوم	روز سوم	روز چهارم	روز پنجم
آزمایش شمارش کامل سلول‌های قرمز خون ($\times 10^6/\mu\text{L}$)	۲/۱۴	۲/۷۱	۲/۹۷	۳/۰۶	۳/۰۶
هماتوکریت (%)	۱۸	۲۲/۸	۲۴/۳	۲۵/۳	۲۵/۵
هموگلوبین (g/dl)	۵/۷	۷/۵	۸/۶	۸/۷	۸/۷
آزمایش شمارش کامل سلول‌های سفید خون ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	۱۴/۹	۱۶/۴	۱۴/۵	۹/۲	۱۱/۲
شمارش پلاکت ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	۱۶۷	۱۸۱	۱۸۱	۳۳۵	۵۹۳
PT (sec)	۱۳	-	-	۱۳	۱۳/۹
PTT (sec)	۲۸	-	-	۳۰	۵۵
INR	۱	-	-	۱	۱/۱
Fibrinogen (mg/dl)	۴۴۴	-	-	۴۵۰	-
LDH	۲۴۰	-	-	-	-
D-dimer ($\mu\text{g/ml}$)	۰/۸	-	-	-	-
Na (meq/L)	-	-	-	-	۱۴۰
K (meq/L)	-	-	-	-	۳/۳

در سی‌تی‌اسکن انجام‌شده، شواهدی به نفع مایع آزاد و کالکشن رؤیت نشد. رحم مشاهده نشد. دانسیته‌های گازی در سمت چپ لگن احتمالاً ثانویه به تغییرات پست آپ رؤیت شد. مثانه خالی از ادرار حاوی بالون بود. ورید تخمدانی سمت راست در قسمت ابتدایی متسع و حاوی filing defect مشکوک بود که می‌تواند مطرح‌کننده ترومبوز ورید تخمدانی راست باشد. آلتکتازی در قاعده دو طرف ریه‌ها رؤیت شد.

با توجه به آزمایش و نتایج سی‌تی‌اسکن، برای بیمار مشورت با متخصص داخلی و هماتولوژی درخواست شد. در ویزیت متخصص داخلی، درگیری دوطرفه ریه سمع شد. ادامه آنتی‌بیوتیک‌تراپی، کورتون و سالبوتامول تجویز شد.

در ویزیت متخصص هماتولوژی، درخواست ماسیوترانسفوزیون و بررسی سریال اختلال انعقادی شد. با توجه به نتایج آزمایش‌ها، درخواست

آنتی‌کواگولان و KCL شد. بعد از گذشت یک هفته، آنتی‌بیوتیک بیمار قطع و بیمار با ادامه دریافت آنتی‌کواگولان سرپایی، با حال عمومی خوب، بدون دیسترس تنفسی و بدون تب، مرخص شد.

بحث

در این مطالعه، مورد نادری از ترومبوز ورید تخمدان پس از سزارین هیستریکتومی گزارش شد. در گزارش مورد ماولا و همکاران، زن سی ساله‌ای مولتی‌گراوید در سن بارداری ۲۹ هفته، به دلیل پارگی زودرس کیسه آب بستری شد که بعد از سزارین، به علت آتونی رحم و خونریزی شدید، با تامپوناد اورژانسی، بالون داخل‌رحمی و آمبولیزاسیون شریان رحمی انجام شد. روز بعد، به علت شکایت بیمار از درد ربع تحتانی راست شکم، سی‌تی‌اسکن شکم و لگن انجام شد که یافته‌های سی‌تی‌اسکن،

بیشتر ترومبوآمبولی قرار می‌دهد [۲۳]. چسبندگی پلاکت و غلظت فیبرینوژن و پروترومبین افزایش و سطح فیبرینولیزین، فاکتور VII، VIII، IX، XII و فاکتور فون ویلبراند کاهش می‌یابد [۲۴]. در دوران بارداری، حجم خون افزایش می‌یابد و قطر ورید سه برابر بیشتر از زنان غیرباردار است. ورید سمت راست طولانی‌تر از ورید سمت چپ است. ورید سمت راست در پیچه‌های ناکارآمد بیشتری دارد. جریان قدامی در ورید سمت راست، احتمال عفونت و تشکیل فلبوترومبوز را افزایش می‌دهد [۲۵، ۲۶].

در گزارش مورد حاضر، به دنبال سزارین هیستریکتومی، ترومبوفلیت ورید تخمدانی راست ایجاد شد. شایع‌ترین عوامل خطر ترومبوفلیت ورید تخمدانی بارداری، جراحی اخیر، عفونت‌های لگنی، درمان هورمونی حاوی استروژن و بدخیمی است [۲۷، ۲۸]. در گزارش مورد حاضر، شایع‌ترین علامت تب مقاوم به درمان بود. شایع‌ترین علامت ترومبوفلیت ورید تخمدانی درد ربع تحتانی شکم است. علائم غیراختصاصی آن شامل تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی، ضعف و ایلتوس است [۲۷، ۲۹-۱۹].

در گزارش مورد حاضر، برای تشخیص ترومبوفلیت ورید تخمدانی از سی‌تی‌اسکن استفاده شد. برای تشخیص ترومبوفلیت ورید تخمدانی می‌توان از سی‌تی‌اسکن (CT)، تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI) یا سونوگرافی داپلر (US) استفاده کرد، اما توافق قطعی درباره گلدانستندارد وجود ندارد و هریک از روش‌های تشخیصی مزایا و معایبی دارند، باین‌حال در مواردی که سی‌تی‌اسکن بی‌نتیجه است، استفاده از MRI توصیه می‌شود [۳۴، ۳۳].

در گزارش مورد حاضر، برای درمان ترومبوفلیت ورید تخمدانی از آنتی‌کواگولان و آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف استفاده شد. درمان ترومبوفلیت ورید تخمدانی شامل درمان ترکیبی داروهای ضدانعقاد و آنتی‌بیوتیک است. آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف تزریقی باید به‌محض تأیید تشخیص شروع شوند و حداقل ۴۸ ساعت پس از رفع تب ادامه پیدا کنند. همچنین، درمان با ضدانعقاد با دوز درمانی برای یک تا سه ماه پیشنهاد می‌شود [۱۴].

مطالعه حاضر به چند دلیل حائز اهمیت است. نخست آنکه بیمار ما پس از انجام هیستریکتومی اورژانسی، هم‌زمان با سزارین دچار ترومبوز ورید تخمدانی شد، درحالی‌که در اغلب گزارش‌های پیشین، OVT در بیماران بدون مداخله جراحی وسیع یا صرفاً پس از زایمان طبیعی دیده شده است. این نکته اهمیت توجه به OVT را در بیمارانی که تحت اعمال جراحی بزرگ لگنی قرار گرفته‌اند نشان می‌دهد. دوم آنکه در این بیمار، تشخیص در مراحل اولیه بروز تب و بدون وجود علائم واضح شکمی انجام شد که نشان می‌دهد ظن بالینی بالا و استفاده زودهنگام از تصویربرداری می‌تواند در پیشگیری از عوارض نقش کلیدی ایفا کند. همچنین، روند درمان موفق با آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف و آنتی‌کواگولان و بهبودی کامل طی مدت کوتاه، اهمیت رویکرد درمانی ترکیبی و پیگیری دقیق را در این بیماران تأیید می‌کند. بنابراین، این گزارش می‌تواند به ارزش تشخیص زودهنگام مدیریت چندوجهی و آگاهی از خطر OVT پس از اعمال جراحی زنان تأکید کند.

ترومبوز ورید تخمدان راست را تشخیص داد. برای بیمار داروهای ضد انعقاد شروع شد [۱۴]. در گزارش مورد جاها و همکاران، زن ۳۷ ساله مولتی‌گراوید به دنبال سزارین دچار درد زیر شکم و تب شد. یافته‌های تصویربرداری، ترومبوز ورید تخمدان راست را تشخیص داد. برای بیمار آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف و داروهای ضدانعقاد شروع شد [۱۵]. در مطالعه السیف و همکاران روی ۷۲ بیمار مبتلا به ترومبوز ورید تخمدانی، بیشتر بیماران با درمان آنتی‌کواگولان طی یک تا سه ماه بهبودی کامل یافتند و تنها موارد محدودی دچار عود شدند [۱۶]. باین‌حال، در مرور نظام‌مند نیکولا ریوا و جولیان کالجا-آگیوس، گزارش شد که عوارضی مانند گسترش ترومبوز به ورید اجوف تحتانی یا آمبولی ریوی در درصد کمی از بیماران ممکن است رخ دهد و پیگیری بلندمدت برای شناسایی این موارد ضروری است [۱۷].

در گزارش محمد السیف و همکاران اشاره شده است که بارداری و زایمان موجب فشردگی ورید تخمدانی راست و افزایش استاز خون می‌شود [۱۶]. همچنین، جنایا و همکاران (۲۰۱۵) بیان کردند که جراحی‌های لگنی از جمله هیستریکتومی می‌تواند با آسیب به دیواره وریدها و ایجاد التهاب موضعی خطر ترومبوز را افزایش دهد [۱۸]. در بیمار حاضر، ترکیب هیپرکواگولابیلیتی پس از بارداری و آسیب جراحی در هیستریکتومی اورژانسی به‌عنوان عامل اصلی پدید آمدن ترومبوز محتمل است.

تشخیص افتراقی OVT شامل شرایطی مانند آپاندیسیت حاد، اندومتری، آبسه لگنی و پیچ‌خوردگی تخمدان است که همگی می‌توانند با تب و درد پایین شکم تظاهر کنند. در مقاله مروری پریا شارما و همکاران (۲۰۱۲) بیان شد که تظاهرات OVT ممکن است با آپاندیسیت اشتباه گرفته شود، اما یافته‌های تصویربرداری مانند وجود لخته در مسیر ورید تخمدانی و ضخیم‌شدن دیواره ورید در CT یا MRI تشخیص را قطعی می‌کند [۱۹]. همچنین، بوئینا طیبی و همکاران (۲۰۲۰) گزارش کردند که تصویربرداری مقطعی دقیق‌ترین روش برای تمایز OVT از دیگر علل درد لگن در دوران پس از زایمان است [۲۰]. در گزارش مورد فرگوسن و همکاران، زن بیست ساله با شکایت دردهای راست و شکم سه روز بعد از زایمان طبیعی مراجعه کرد. در بررسی علائم حیاتی، تاکی‌کاردی و تب داشت. سی‌تی‌اسکن شکم یک «ساختار لوله‌ای نامشخص با رشته چربی گسترده» را به دنبال مسیر مورد انتظار ورید تخمدان راست نشان داد که به تلاقی ورید اجوف تحتانی ختم می‌شد. برای مشخص‌کردن بیشتر این یافته‌ها، سونوگرافی شکمی مجدد درخواست شد. ساختار پیچیده آدنکس سمت راست مشاهده شد، اما «نامشخص» بود. با شک به ترومبوز، ضدانعقاد (انوکسپارین) و آنتی‌بیوتیک تجویز شد. سه روز بعد دارودرمانی با بهبود علائم، بیمار مرخص شد [۲۱].

در گزارش مورد چن و همکاران، زن ۴۶ ساله‌ای به دلیل دیسمنوره شدید ناشی از آدنومیوز هیستریکتومی شد. در روز ششم پس از عمل، بیمار از درد پایین شکم همراه با تب و خاموش‌شدن شکایت داشت. پس از معاینه و سی‌تی‌اسکن، ترومبوفلیت ورید تخمدانی سمت راست تشخیص داده شد. بیمار فقط با آنتی‌بیوتیک درمان شد. تحت نظارت دقیق، ترومبوفلیت ورید تخمدانی خودبه‌خود برطرف شد و بیمار مرخص شد [۲۲]. تغییرات فیزیولوژیک دوران بارداری و پس از زایمان بر ویسکوزیته و انعقاد بیش از حد خون اثر می‌گذارد و زنان را در معرض

قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی (IR.NKUMS.REC.1404.102) اخذ شد. همچنین، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از بیمار برای شرکت در مطالعه و انتشار یافته‌ها (بدون افشای اطلاعات شناسایی) دریافت شد.

تصاد منافعی

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی با یکدیگر ندارند.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان مسئولیت تمام محتوای این نسخه را پذیرفته‌اند و ارائه آن را تأیید کرده‌اند.

حمایت مالی

این مطالعه هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تامین مالی در بخشهای عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

نتیجه‌گیری

اگرچه ترومبوز ورید تخمدانی نادر است، می‌تواند عارضه‌ای بالقوه خطرناک پس از زایمان باشد که در صورت تشخیص‌ندادن به‌موقع، به عفونت سیستمیک یا آمبولی ریوی منجر شود. تشخیص زود هنگام بر پایه‌ی ظن بالینی بالا در بیماران با تب ماندگار و درد شکمی پس از زایمان یا جراحی لگنی و تأیید با تصویربرداری مقطعی (به‌ویژه CT یا MRI) حیاتی است. درمان ترکیبی با آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف و ضد انعقادها معمولاً مؤثر است و از عوارض جدی جلوگیری می‌کند. پیام کلیدی برای پزشکان این است که تب پایدار در دوران نفاس نباید صرفاً به عفونت‌های رحمی یا ادراری نسبت داده شود، بلکه باید ترومبوز ورید تخمدانی نیز در تشخیص افتراقی مدنظر قرار گیرد. آگاهی از این وضعیت و اقدام تشخیصی و درمانی سریع می‌تواند به کاهش مرگ‌ومیر و عوارض بعد از زایمان کمک کند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همکاری و مساعدت آزمایشگاه، رادیولوژی و اورولوژی بیمارستان امام علی (ع) و پرسنل بیمارستان بنت‌الهدی بجنورد تشکر و

References

- Li J, Zhou M, He C, Liang F. Group B Streptococcus infection-induced ovarian vein thrombosis identified during cesarean section: a case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(25):e34141. [DOI: 10.1097/md.00000000000034141] [PMID: 37352049]
- Garcia J, Aboujaoude R, Apuzzo J, Alvarez JR. Septic pelvic thrombophlebitis: diagnosis and management. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2006;2006:015614. [DOI: 10.1155/2006/15614] [PMID: 17485796]
- Parino E, Mulinaris E, Saccomano E, Gallo JC, Kohan G. Postpartum ovarian vein thrombophlebitis with staphylococcal bacteremia. *Case Rep Infect Dis*. 2015;2015:589436. [DOI: 10.1155/2015/589436] [PMID: 26221549]
- Brown CE, Stettler RW, Twickler D, Cunningham FG. Puerperal septic pelvic thrombophlebitis: incidence and response to heparin therapy. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;181(1):143-148. [DOI: 10.1016/s0002-9378(99)70450-3] [PMID: 10411810]
- 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;35:286-289. [DOI: 10.1007/s11239-012-0794-7]
- Girolami A, Treleani M, Bonamigo E, Tasinato V, Girolami B. Venous thrombosis in rare or unusual sites: a diagnostic challenge. *Semin Thromb Hemost*. 2014;40(1):81-87. [DOI: 10.1055/s-0033-1363471]
- Shi Q, Gandhi DS, Hua Y, Zhu Y, Yao J, Yang X, et al. Postpartum septic pelvic thrombophlebitis and ovarian vein thrombosis after caesarean section: a rare case report. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):561. [DOI: 10.1186/s12884-021-04037-4] [PMID: 34404357]
- Zhu HD, Shen W, Wu HL, Sang X, Chen Y, Geng LS, et al. Postpartum ovarian vein thrombosis after cesarean section and vaginal delivery: two case reports. *World J Clin Cases*. 2023;11(16):3877-3884. [DOI: 10.12998/wjcc.v11.i16.3877] [PMID: 37383122]
- 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. [DOI: 10.1016/j.jemermed.2007.05.034]
- Basili G, Romano N, Bimbi M, Lorenzetti L, Pietrasanta D, Goletti O. Postpartum ovarian vein thrombosis. *JSLs*. 2011;15(2):268-271. [DOI: 10.4293/108680811x13071180406673] [PMID: 21902992]
- Poorali L, Vatanchi A, Abbasi B, Hamidi A. Postpartum ovarian vein thrombosis after a twin pregnancy: a case report. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2017;26(144):389-393. [Link]
- Oda Y, Fujita M, Motohisa C, Nakata S, Shimada M, Komatsu R. Pulmonary embolism caused by ovarian vein thrombosis during cesarean section: a case report. *JA Clin Rep*. 2018;4(1):3. [DOI: 10.1186/s40981-017-0142-1] [PMID: 29457113]
- Arkadopoulos N, Dellaportas D, Yiallourou A, Koureas A, Voros D. Ovarian vein thrombosis mimicking acute abdomen: a case report and literature review. *World J Emerg Surg*. 2011;6(1):45. [DOI: 10.1186/1749-7922-6-45] [PMID: 22196690]
- El Mawla Z, Damen B. Postpartum ovarian vein thrombosis: a case report. *Ann Med Surg (Lond)*. 2023;85(6):3082-3085. [DOI: 10.1097/ms9.0000000000000838] [PMID: 37363500]
- Jha A, Khatiwada A, Kc S. Ovarian vein thrombosis in a postpartum female: a case report. *Radiol Case Rep*. 2024;19(11):4759-4761. [DOI: 10.1016/j.radcr.2024.07.063] [PMID: 39228926]
- Alsheef M, Abuzied Y, Alosaimi M, Altamimi A, Alwazna Q, Almahmood Q, et al. Clinical characteristics and management of ovarian vein thrombosis: a case series. *Front Cardiovasc Med*. 2022;9:916920. [DOI: 10.3389/fcvm.2022.916920] [PMID: 35783843]
- Riva N, Calleja-Aguis J. Ovarian vein thrombosis: a narrative review. *Hamostaseologie*. 2021;41(4):257-266. [DOI: 10.1055/a-1306-4327]
- Jenayah AA, Saoudi S, Boudaya F, Bouriel I, Sfar E, Chelli D. Ovarian vein thrombosis. *Pan Afr Med J*. 2015;21:251. [DOI: 10.11604/pamj.2015.21.251.6908]
- Sharma P, Abdi S. Ovarian vein thrombosis. *Clin Radiol*. 2012;67(9):893-898. [DOI: 10.1016/j.crad.2012.01.013]
- Taibi B, Saoud A, Ayouché O, Omor Y, Latif R. Unusual ovarian vein thrombosis: a case report and review of the literature. *Int J Case Rep Images*. 2020;11:101115Z01BT2020. [DOI: 10.5348/101115Z01BT2020CR]
- Ferguson SM, Arbona D, Furiato A. Postpartum ovarian vein thrombosis: case report. *Clin Pract Cases Emerg Med*. 2022;6(2):141-145. [DOI: 10.5811/cpcem.2022.1.53749]

- [PMID: 35701363]
22. Chen YT, Lin YL, Tsai YT, Wen JY, Hsiao TW, Tsai YC. Diagnosis and management of ovarian vein thrombosis after laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy with bilateral salpingectomy: a case report and literature review. Taiwan J Obstet Gynecol. 2023;62(2):369-371. [DOI: [10.1016/j.tjog.2022.08.018](https://doi.org/10.1016/j.tjog.2022.08.018)] [PMID: 36965912]
 23. Walsh JM, Malone FD. Reducing the risk of venous thromboembolism in pregnancy: the safe motherhood initiative thromboembolism bundle. Semin Perinatol. 2016;40(2):93-95. [DOI: [10.1053/j.semperi.2015.11.013](https://doi.org/10.1053/j.semperi.2015.11.013)]
 24. Szecei PB, Jørgensen M, Klajnbard A, Andersen MR, Colov NP, Stender S. Haemostatic reference intervals in pregnancy. Thromb Haemost. 2010;103(4):718-727. [DOI: [10.1160/th09-10-0704](https://doi.org/10.1160/th09-10-0704)] [PMID: 20174768]
 25. Takach TJ, Cervera RD, Gregoric ID. Ovarian vein and caval thrombosis. Tex Heart Inst J. 2005;32(4):579-582. [PMID: 16429909]
 26. Munsick RA, Gillanders LA. A review of the syndrome of puerperal ovarian vein thrombophlebitis. Obstet Gynecol Surv. 1981;36(2):57-66. [DOI: [10.1097/00006254-198102000-00001](https://doi.org/10.1097/00006254-198102000-00001)]
 27. Rottenstreich A, Da'as N, Kleinstern G, Spectre G, Amsalem H, Kalish Y. Pregnancy and non-pregnancy related ovarian vein thrombosis: clinical course and outcome. Thromb Res. 2016;146:84-88. [DOI: [10.1016/j.thromres.2016.09.001](https://doi.org/10.1016/j.thromres.2016.09.001)] [PMID: 27614189]
 28. Lenz CJ, Wysokinski WE, Henkin S, Cohoon KP, Casanegra A, Simmons BS, et al. Ovarian vein thrombosis: incidence of recurrent venous thromboembolism and survival. Obstet Gynecol. 2017;130(5):1127-1135. [DOI: [10.1097/aog.0000000000002319](https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002319)] [PMID: 29016487]
 29. Assal A, Kaner JD, Danda N, Cohen HW, Billett HH. Risk factors and prognosis of ovarian vein thrombosis. Blood Coagul Fibrinolysis. 2017;28(6):468-474. [DOI: [10.1097/mbc.0000000000000623](https://doi.org/10.1097/mbc.0000000000000623)] [PMID: 28166111]
 30. Labropoulos N, Malgor RD, Comito M, Gasparis AP, Pappas PJ, Tassiopoulos AK. The natural history and treatment outcomes of symptomatic ovarian vein thrombosis. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2015;3(1):42-47. [DOI: [10.1016/j.jvsv.2014.07.008](https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2014.07.008)] [PMID: 26993679]
 31. Mantha S, Sarasohn D, Ma W, Devlin SM, Chi DS, Roche KL, et al. Ovarian vein thrombosis after debulking surgery for ovarian cancer: epidemiology and clinical significance. Am J Obstet Gynecol. 2015;213(2):208.e1-208.e4. [DOI: [10.1016/j.ajog.2015.02.028](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.02.028)] [PMID: 25743130]
 32. Kominiarek MA, Hibbard JU. Postpartum ovarian vein thrombosis: an update. Obstet Gynecol Surv. 2006;61(5):337-342. [DOI: [10.1097/01.ogx.0000216564.53044.fl](https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000216564.53044.fl)]
 33. Sinha D, Yasmin H, Samra JS. Postpartum inferior vena cava and ovarian vein thrombosis: a case report and literature review. J Obstet Gynaecol. 2005;25(3):312-313. [DOI: [10.1080/01443610500106835](https://doi.org/10.1080/01443610500106835)]
 34. Chan WS, Rey E, Kent NE, Corbett T, David M, Douglas MJ, et al. Venous thromboembolism and antithrombotic therapy in pregnancy. J Obstet Gynaecol Can. 2014;36(6):527-553. [DOI: [10.1016/s1701-2163\(15\)30569-7](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(15)30569-7)] [PMID: 24927193]