

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χειρουργική αντιμετώπιση μεγάλου αιματώματος του κυστεομητρικού κοιλώματος μετά καισαρική τομή σχετιζόμενο με δεξιά ουρητηροδρονέφρωση: περιγραφή περίπτωσης

Ευθυμία Θανασά,¹ Άννα Θανασά,¹ Ευάγγελος Έκτορας Γεροκόστας,² Γεράσιμος Κοντογεώργης,² Ιωάννης-Ραφαήλ Αντωνίου,² Ευάγγελος Καμαρέτσος,² Ιωάννης Παραουλάκης,² Ιωάννης Θανασάς²

¹Τμήμα Επιστημών Υγείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ²Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Ελλάδα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το αιμάτωμα του κυστεομητρικού κοιλώματος μετά καισαρική τομή αποτελεί σπάνια επιλόχεια επιπλοκή. Ειδικά πρωτόκολλα αντιμετώπισης δεν υπάρχουν. Σε γενικές γραμμές, η αποτυχία της συντηρητικής θεραπείας με αντιβιοτικά απαιτεί την εκτέλεση επανεπέμβασης και τη χειρουργική παροχέτευση του αιματώματος. Η περιγραφή της δικής μας περίπτωσης αφορά σε έγκυο πρωτοτόκο η οποία διανύοντας την 40η εβδομάδα της εγκυμοσύνης γέννησε με καισαρική τομή. Την 3η μετεγχειρητική ημέρα η λεχωίδα σε σταθερή αιμοδυναμική κατάσταση εμφάνισε εμπύρετη λοίμωξη, κατά τη διερεύνηση της οποίας διαπιστώθηκε η παρουσία αιματώματος στην περιοχή του κυστεομητρικού κοιλώματος σχετιζόμενη με μέτριου βαθμού δεξιά ουρητηροδρονέφρωση. Η αποτυχία της συντηρητικής αντιμετώπισης οδήγησε στην απόφαση για την εκτέλεση επαναληπτικής λαπαροτομίας μία εβδομάδα αργότερα. Στο χειρουργείο διαπιστώθηκε ευμέγεθες αιμάτωμα στην περιοχή του κυστεομητρικού κοιλώματος με οπισθοπεριτοναϊκή επέκταση στο δεξιό παραμήτριο. Έγινε χειρουργική παροχέτευση του αιματώματος και επιμελής αιμόσταση στην περιοχή του κυστεομητρικού χώρου. Η ασθενής εξήλθε από την κλινική την πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα μετά από την επανεπέμβαση. Δύο εβδομάδες αργότερα, κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε πλήρης αποκατάσταση των βλαβών στην περιοχή του κυστεομητρικού χώρου και στον δεξιό νεφρό. Στην παρούσα εργασία μετά την περιγραφή της περίπτωσης γίνεται μια σύντομη ανασκόπηση αναφορικά με τη διαγνωστική και τη θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών με αιμάτωμα στο κυστεομητρικό κόλπωμα μετά καισαρική τομή.

Λέξεις κλειδιά: Αιμάτωμα, κυστεομητρικό κόλπωμα, καισαρική τομή, απεικονιστικός έλεγχος, αντιμετώπιση

Ε. Θανασά, Α. Θανασά, Ε. Γεροκόστας, Γ. Κοντογεώργης, Ι. Αντωνίου, Ε. Καμαρέτσος, Ι. Παραουλάκης, Ι. Θανασάς. Χειρουργική αντιμετώπιση μεγάλου αιματώματος του κυστεομητρικού κοιλώματος μετά καισαρική τομή σχετιζόμενο με δεξιά ουρητηροδρονέφρωση: περιγραφή περίπτωσης. Επιστημονικά Χρονικά 2024; 29(1): 127-135

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η καισαρική τομή, της οποίας η χρήση παγκοσμίως έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα όταν έχει ιατρική ένδειξη αποτελεί μια σωτήρια παρέμβαση. Σε πολλές περιπτώσεις όμως, μπορεί να οδηγήσει σε αναίτιες άμεσες ή απώτερες επιπλοκές, διαφορετικής συχνότητας και βαρύτητας και να αυξήσει σημαντικά τη μητρική και νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα [1]. Μια σπάνια επιπλοκή της χαμηλής εγκάρσιας καισαρικής τομής είναι το αιμάτωμα του κυστεομητρικού κολπώματος το οποίο είναι αποτέλεσμα αιμορραγίας κάποιου σημείου της τομής στη μήτρα. Η εντόπιση του αιματώματος συνήθως είναι μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του κατώτερου τμήματος της μήτρας. Σπανιότερα το αιμάτωμα μπορεί να επεκταθεί κάτω από τον ορογόνο χιτώνα της μήτρας, κατά μήκος των πλατέων συνδέσμων προς τον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο. Ο σχηματισμός αιματώματος στο κυστεομητρικό κόλπωμα είναι συχνότερος κατά την παραδοσιακή μέθοδο καισαρικής τομής που χαρακτηρίζεται από τη σύγκλειση του σπλαχνικού περιτοναίου συγκριτικά με τη μέθοδο Misgaw Ladach ή τη μέθοδο Stark, κατά τη διενέργεια των οποίων δεν απαιτείται συρραφή της κυστεομητρικής πτυχής με τον ορογόνο χιτώνα της μήτρας [2].

Με την παρούσα περιγραφή περίπτωσης τονίζονται οι σημαντικές δυσκολίες που αφορούν στη διαχείριση των ασθενών με αιμάτωμα στο κυστεομητρικό κόλπωμα μετά από καισαρική τομή. Ταυτόχρονα επισημαίνεται ότι παρά τη σπανιότητά του, η συσχέτιση ουρητηρουδρονέφρωσης και αιματώματος στο κυστεομητρικό κόλπωμα μετά

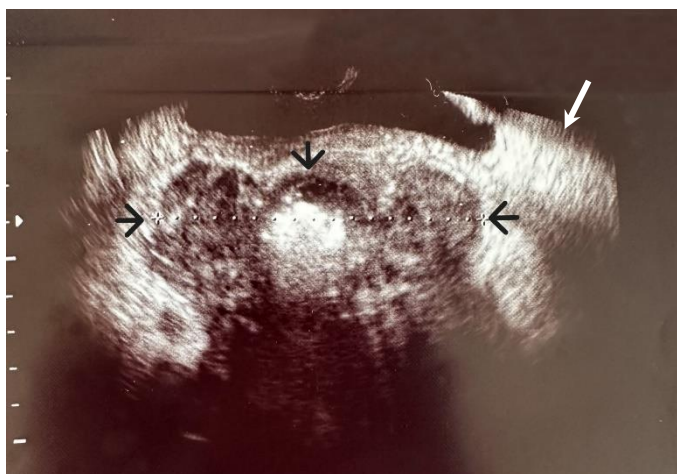
καισαρική τομή χωρίς σύγκλειση του σπλαχνικού περιτοναίου είναι απαραίτητο να συμπεριλαμβάνεται μεταξύ άλλων παθολογικών καταστάσεων στη διαφορική διάγνωση των λεχωίδων που εμφανίζουν σημεία ενδοκοιλιακής λοίμωξης κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, ακόμη και όταν αυτή δεν συνοδεύεται από αιμοδυναμική αστάθεια. Παράλληλα τονίζεται ότι η έγκαιρη διάγνωση και η ορθή αντιμετώπιση μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στη μείωση των ποσοστών μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Έγκυος πρωτοτόκος, ηλικίας 19 ετών, με ελλιπή παρακολούθηση της κύησης και ελεύθερο ατομικό ιατρικό ιστορικό, διανύοντας την 40^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης υποβλήθηκε σε έκτακτη καισαρική τομή. Ένδειξη για την εκτέλεση της καισαρικής τομής αποτέλεσαν τα σημεία χρόνιας υποξίας του εμβρύου (ολιγάμνιο, μη καθησυχαστικό καρδιοτοκογράφημα) σε συνδυασμό με το χαμηλό bishop score της εγκύου και την εκτιμώμενη καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου. Διεγχειρητικά, μετά τη συρραφή της τομής Kerr της μήτρας και τον επιμελή αιμοστατικό έλεγχο στην περιοχή του κυστεομητρικού κολπώματος, δεν έγινε επανασυρραφή της κυστεομητρικής πτυχής. Κατά την 3^η μετεγχειρητική ημέρα η λεχωίδα εμφάνισε πυρετό έως 38.2°C και άτυπα κοιλιακά άλγη. Χαρακτηριστικά αναφέρθηκε από την ίδια την ασθενή συνεχόμενος πόνος, εντοπιζόμενος με τη μεγαλύτερη έντασή του κυρίως κατά μήκος της δεξιάς νεφρικής χώρας. Ο πυρετός και ο πόνος συνοδευόταν από

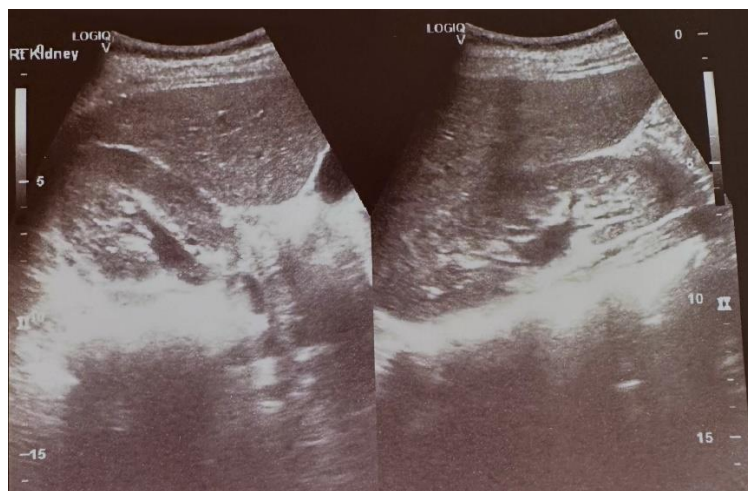
σημαντική αύξηση των δεικτών φλεγμονής (WBC $17.2 \times 10^3/\text{ml}$, NEU 76.4%, CRP 23 mg/dl, TKE 95 mm/h). Η αιμοδυναμική κατάσταση της λεχωίδας ήταν σταθερή (Ht 35.6%, Hb 11,7mg/dl). Ο πηκτικός μηχανισμός, η γενική εξέταση των ούρων και ο έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων.

Κατά τη διαγνωστική διερεύνηση πιθανής ενδοκοιλιακής λοίμωξης με το διακολπικό υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε εκτεταμένη συλλογή υγρού με συμπαγή στοιχεία στο κυστεομητρικό κόλπωμα κατά μήκος της τομής της μήτρας (Εικόνα 1).



Εικόνα 1. Διακολπική υπερηχογραφική απεικόνιση αιματώματος στο κυστεμητρικό κόλπωμα (μαύρα βέλη).

Παράλληλα, ο υπερηχογραφικός έλεγχος του ουροποιητικού συστήματος έδειξε μετρίου βαθμού διάταση του πυελοκαλυκτικού συστήματος του δεξιού νεφρού και του εγγύς τμήματος του σύστοιχου ουρητήρα χωρίς παρουσία λίθου (Εικόνα 2). Προγενέστερο υπερηχογράφημα νεφρών, ουρητήρων και ουροδόχου κύστης το οποίο έγινε κατά την 35^η εβδομάδα της κύησης και προσκομίσθηκε από την ίδια την ασθενή ήταν χωρίς παθολογικά



Εικόνα 2. Υπερηχογραφική απεικόνιση διάτασης του δεξιού πυελοκαλυκτικού συστήματος και του άνω τριτημορίου του ουρητήρα.

απεικονιστικά ευρήματα. Η αξονική τομογραφία επιβεβαίωσε τα υπερηχογραφικά ευρήματα. Στην περιοχή του κυστεομητρικού κολλώματος διαπιστώθηκε περιχαρακωμένη συλλογή ως επί αιματώματος, με διαστάσεις 110mm x 55mm και εκτεταμένη οπισθοπεριτοναϊκή επέκταση στο δεξιό παραμήτριο (Εικόνα 3).



Εικόνα 3. CT απεικόνιση αιματώματος στο κυστεμητρικό κόλπωμα με οπισθοπεριτοναϊκή επέκταση στο δεξιό παραμήτριο (άσπρα βέλη).

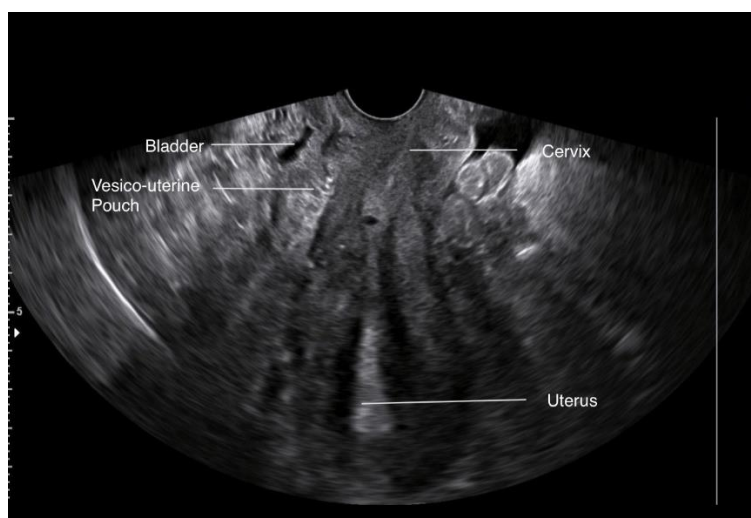
Επίσης, χαρακτηριστική ήταν η εικόνα διάτασης του δεξιού πυελοκαλυκτικού συστήματος και του άνω τριτημορίου του σύστοιχου ουρητήρα (Εικόνα 4).



Εικόνα 4. CT απεικόνιση διάτασης του δεξιού πυελοκαλυκτικού συστήματος και του άνω τριτημορίου του ουρητήρα χωρίς παρουσία λίθου (μαύρα βέλη).

ακεραιότητας της τομής επί του τοιχώματος της μήτρας και επιμελής αιμόσταση. Τοποθετήθηκαν παροχετεύσεις στην περιοχή του κυστεομητρικού κολπώματος και στον δουλάσσειο χώρο.

Κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο παρατηρήθηκε ύφεση του πυρετού και σταδιακή βελτίωση των δεικτών φλεγμονής. Η ασθενής εξήλθε από την κλινική την Πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα μετά από την επανεπέμβαση με οδηγίες για επανέλεγχο στο τακτικό ιατρείο. Είκοσι ημέρες μετά από την επανεπέμβαση, κατά την υπερηχογραφική επανεξέταση της ασθενούς το αιμάτωμα στην περιοχή του κυστεομητρικού κολπώματος είχε απορροφηθεί πλήρως (Εικόνα 5).



Εικόνα 5. Μετεγχειρητική διακολπική υπερηχογραφική απεικόνιση του κυστεομητρικού χώρου, με την οποία διαπιστώνεται η πλήρης αποκατάσταση της προεγχειρητικής βλάβης.

Για την αντιμετώπιση της ενδοκοιλιακής λοίμωξης αποφασίστηκε αρχικά η χορήγηση διπλού σχήματος αντιβιοτικής αγωγής με Τιγκεκυκλίνη 100mg/12ωρο και Ταζοβακτάμη-Πιπερακιλλίνη 4g/8ωρο. Η μη βελτίωση της κλινικο-εργαστηριακής εικόνας οδήγησε στην απόφαση για τη διενέργεια λαπαροτομίας την 10^η μετεγχειρητική ημέρα μετά από την καισαρική τομή. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε ευμέγεθες αιμάτωμα στην περιοχή του κυστεομητρικού κολπώματος με οπισθοπεριτονακή επέκταση στο δεξιό παραμήτριο. Ελήφθη καλλιέργεια από το αιμάτωμα η οποία ήταν αρνητική. Έγινε παροχέτευση του αιματώματος, καθαρισμός της περιοχής, προσεκτικός έλεγχος της

Επίσης, διαπιστώθηκε πλήρης αποκατάσταση της διάτασης του πυελοκαλυκτικού συστήματος και του σύστοιχου ουρητήρα (Εικόνα 6).



Εικόνα 6. Μετεγχειρητική υπερηχογραφική απεικόνιση του δεξιού νεφρού, με την οποία διαπιστώνεται η απουσία ουρητηροδρονέφρωσης.

ΣΧΟΛΙΟ

Η κλινική διάγνωση του αιματώματος στο κυστεομητρικό κόλπωμα μετά καισαρική τομή δεν είναι εύκολη. Η αιμοδυναμική αστάθεια της λεχωίδας με σημεία υποογκαιμίας (πτώση αιμοσφαιρίνης, ταχυκαρδία, ολιγουρία) ή/και σημεία λοίμωξης (πυελικός πόνος, πυρετός, λευκοκυττάρωση) θα μπορούσαν να αποτελέσουν κλινικο-εργαστηριακά ευρήματα που συνηγορούν υπέρ του σχηματισμού αιματώματος στο κυστεομητρικό κόλπωμα, τα οποία όμως είναι μη ειδικά [3]. Έτσι και στη δική μας ασθενή, παρά τον σχηματισμό αιματώματος μεγάλων διαστάσεων στον κυστεομητρικό χώρο, η αιμοδυναμική κατάσταση ήταν σταθερή. Η πτώση της τιμής της αιμοσφαιρίνης από την αρχική προ του χειρουργείου τιμή μέχρι την τιμή της τρίτης μετεγχειρητικής ημέρας ήταν κατά 1.4 mg/dl. Επίσης, παράδοξο ήταν το γεγονός ότι η ανάπτυξη περιχαρακωμένου αιματώματος στο κυστεομητρικό κόλπωμα

προέκυψε μετά από την εκτέλεση καισαρικής τομής χωρίς σύγκλειση του σπλαγχνικού περιτοναίου. Σε παρόμοιες περιπτώσεις η απώλεια αίματος διαφεύγει εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας με αποτέλεσμα τον σχηματισμό αιμοπεριτοναίου, και όχι τον σχηματισμό αιματώματος στο κυστεομητρικό κόλπωμα. Επίσης αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η εκτεταμένη πλευρική επέκταση του αιματώματος προς τον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο του δεξιού παραμητρίου προκάλεσε πιεστικά φαινόμενα στον δεξιό ουρητήρα με αποτέλεσμα την εμφάνιση σύστοιχης ουρητηροδρονέφρωσης. Μέχρι σήμερα εκτιμάται ότι δεν υπάρχει αναφορά στη διεθνή βιβλιογραφία που να συσχετίζει ουρητηροδρονέφρωση με την ανάπτυξη αιματώματος στο κυστεομητρικό κόλπωμα μετά από την εκτέλεση καισαρικής τομής.

Σε αντίθεση με τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα, η διάγνωση του αιματώματος στο κυστεομητρικό κόλπωμα διευκολύνεται σημαντικά από τον απεικονιστικό έλεγχο. Με το υπερηχογράφημα μεταξύ του οπίσθιου τοιχώματος της ουροδόχου κύστης και του πρόσθιου τοιχώματος της μήτρας συνήθως εύκολα διαπιστώνεται μια μη ειδική συμπαγή μάζα ή μια μάζα με συμπαγή και κυστικά στοιχεία, το μέγεθος της οποίας ποικίλει και μπορεί να ξεπεράσει τα 10 εκατοστά (δική μας περίπτωση). Σε κάθε περίπτωση όμως, η διαφοροποίηση ενός αιματώματος από ένα μολυσμένο αιμάτωμα/απόστημα μπορεί να είναι δύσκολη [4]. Η αξονική τομογραφία αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για την απεικόνιση σοβαρών μετεγχειρητικών ενδοκοιλιακών επιπλοκών μετά από καισαρική τομή, όπως είναι τα

ενδοκοιλιακά αιματώματα, τα αποστήματα, τα αιματώματα στην περιοχή του κυστεομητρικού κολπώματος, η διάσπαση – ρήξη της μήτρας και η πυελική θρομβοφλεβίτιδα [5]. Ο ρόλος της μαγνητικής τομογραφίας περιορίζεται στις περιπτώσεις εκείνες που κρίνεται αναγκαίο να διεκρινισθούν τα υπερηχογραφικά ευρήματα και τα ευρήματα από την αξονική τομογραφία, ή όταν υπάρχει ισχυρή αντένδειξη για τη χρήση σκιαγραφικού μέσου [6]. Ανεξάρτητα πάντως από τη μέθοδο απεικόνισης που θα χρησιμοποιηθεί εκτιμάται ότι η γνώση της φυσιολογικής μετεγχειρητικής ανατομίας της πυέλου κρίνεται απαραίτητη, προκειμένου να διευκολυνθεί η καλύτερη δυνατή έγκαιρη διάγνωση και η ορθή αντιμετώπιση της επιπλοκής, με σκοπό την αποφυγή άσκοπων χειρουργικών παρεμβάσεων και πρόσθετων θεραπειών [7].

Για την αντιμετώπιση του αιματώματος στο κυστεομητρικό κόλπωμα δεν υπάρχει σαφές, καλά αναγνωρισμένο θεραπευτικό πρωτόκολλο στη βιβλιογραφία. Η συντηρητική αντιμετώπιση με χορήγηση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος θα μπορούσε να αποτελέσει το πρώτο βήμα, ιδιαίτερα σε ασθενείς που είναι αιμοδυναμικά σταθεροί. Η επαναληπτική λαπαροτομία με σκοπό την παροχέτευση του αιματώματος έχει θέση στις περιπτώσεις εκείνες που η απώλεια αίματος είναι μεγάλη ή όταν η ανάπτυξη του αιματώματος συνοδεύεται από κλινικά σημεία ενδοκοιλιακής λοίμωξης που δεν ανταποκρίνονται στην κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή [2]. Το ποσοστό επανεπέμβασης μετά από καισαρική τομή εκτιμάται στο 1.04%, με υψηλή μητρική θνησιμότητα που μπορεί να φτάσει στο 11.4%. Η κύρια ένδειξη επανεπέμβασης είναι η

ενδοκοιλιακή αιμορραγία (41.7%). Ακολουθούν τα αιματώματα και οι ενδοκοιλιακές λοιμώξεις με ποσοστά 29.2% και 7.7%, αντίστοιχα. Επανεπέμβαση για την αντιμετώπιση αιματώματος στο κυστεομητρικό κόλπωμα δεν περιγράφηκε στη συγκεκριμένη μελέτη [8]. Σε πιο πρόσφατη μελέτη η ενεργή αιμορραγία αποτέλεσε το αίτιο για το 78% περίπου των λεχωίδων που υποβλήθηκαν σε επανεπέμβαση μετά από καισαρική τομή. Ο προδρομικός πλακούντας και η επείγουσα καισαρική τομή, ιδιαίτερα όταν αυτή εκτελείται κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού, βρέθηκαν ως οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για την επανεπέμβαση μετά καισαρική τομή [9]. Στη δική μας ασθενή η οποία δεν είχε παράγοντες κινδύνου για αιμορραγία, η αντιμετώπιση του αιματώματος στο κυστεομητρικό κόλπωμα έγινε με λαπαροτομία, λόγω μη ανταπόκρισης της ασθενούς (συνέχιση πυρετικών κυμάτων και συνεχιζόμενη αύξηση των δεικτών φλεγμονής) στην αντιβιοτική αγωγή. Η λαπαροσκοπική χειρουργική δεν ήταν διαθέσιμη στο νοσοκομείο μας.

Η λαπαροσκοπική χειρουργική σε καλά οργανωμένα κέντρα με εμπειρία αποτελεί σήμερα μια εξαιρετικά ελάχιστα επεμβατική και ασφαλή εναλλακτική θεραπευτική λύση για την παροχέτευση του αιματώματος στο κυστεομητρικό κόλπωμα και τη διαχείριση άλλων πυελικών αιματωμάτων και αποστημάτων. Εκτιμάται ότι η λαπαροσκοπική επέμβαση για τη διαχείριση αιματώματος στο κυστεομητρικό κόλπωμα είναι ευκολότερη και έχει μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας στις περιπτώσεις εκείνες που δεν έχει γίνει σύγκλιση του σπλαχνικού περιτοναίου [2]. Επίσης, η διαδερμική ή διακολπική

παροχέτευση θα μπορούσαν εναλλακτικά να αποτελέσουν μία επιπλέον συντηρητική θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση μικρού μεγέθους πυελικών αιματωμάτων. Η υστερεκτομή ενδέχεται να επιλεγεί σε περιπτώσεις σπλαιμίας με σοβαρή νέκρωση της μήτρας και μη ανατάξιμη ενδομητρίτιδας με σχηματισμό εκτεταμένων πολλαπλών αποστημάτων [10,3].

Τέλος, είναι χρήσιμο να τονισθεί ότι παρά την ευρεία χρήση της καισαρικής τομής τις τελευταίες δεκαετίες δεν υπάρχει ομοφωνία σχετικά με την καταλληλότερη χειρουργική τεχνική που πρέπει να χρησιμοποιείται για την ελαχιστοποίηση των επιπλοκών της επέμβασης. Ο διεγχειρητικός επιμελής αιμοστατικός έλεγχος και η μετεγχειρητική καθολική χορήγηση αντιβιοτικών αποτελούν τη βάση των προφυλακτικών μέτρων για την πρόληψη των μετεγχειρητικών αιμορραγικών επιπλοκών μετά από καισαρική τομή [3]. Επίσης, η μη σύγκλειση του σπλαχνικού περιτοναίου μετά την συρραφή του τοιχώματος της μήτρας που επιτρέπει την επικοινωνία του κυστεομητρικού χώρου με την περιτοναϊκή κοιλότητα θα μπορούσε να αποτελέσει σύσταση για την αποφυγή σχηματισμού αιματώματος στο κυστεομητρικό κόλπωμα [11]. Επίσης, η αποφυγή κατάσπασης της κυστεομητρικής

πτυχής πριν από την τομή της μήτρας η οποία έχει ως αποτέλεσμα την αποφυγή σχηματισμού κρημονού της ουροδόχου κύστης θα μπορούσε να αποτελέσει μια αδύναμη προς το παρόν σύσταση για την πρόληψη σχηματισμού αιματώματος στο κυστεομητρικό κόλπωμα και τη μείωση της μητρικής νοσηρότητας μετά από την εκτέλεση καισαρικής τομής [11].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το αιμάτωμα του κυστεομητρικού κολπώματος μετά καισαρική τομή χωρίς συρραφή του σπλαχνικού περιτοναίου αποτελεί σπάνια επιλόχεια επιπλοκή. Η εκτεταμένη πλευρική επέκταση στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο του παραμητρίου και η συσχέτισή του με ουρητηροδρονέφρωση από πίεση του κατώτερου τμήματος του ουρητήρα αποτελεί μοναδική περίπτωση περιγραφείσα στη διεθνή βιβλιογραφία. Παρά τη σπανιότητά του, το αιμάτωμα του κυστεομητρικού κολπώματος πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση των λεχωίδων που εμφανίζουν σημεία ενδοκοιλιακής λοίμωξης με ή χωρίς αιμοδυναμική αστάθεια κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο μετά από καισαρική τομή, με σκοπό τη μείωση της μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, Gibbons D, Kelly NM, Kennedy HP, Kidanto H, Taylor P, Temmerman M. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018; 392(10155): 1349-1357.
2. Malvasi A, Tinelli A, Tinelli R, Rahimi S, Resta L, Tinelli FG. The post-cesarean section symptomatic bladder flap hematoma: a modern reappraisal. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2007; 20(10): 709-714.

3. Lata K, Davis AA, Panwar A, Kriplani I, Kriplani A. Laparoscopic Management of Post-cesarean Uterovesical Abscess: A New Approach to an Old Problem. *J Obstet Gynaecol India*. 2021; 71(3): 313-317.
4. Baker ME, Bowie JD, Killam AP. Sonography of post-cesarean-section bladder-flap hematoma. *AJR Am J Roentgenol*. 1985; 144(4): 757-759.
5. Sierra A, Burrel M, Sebastia C, Radosevic A, Barrufet M, Albela S, Buñesch L, Domingo MA, Salvador R, Real I. Utility of multidetector CT in severe postpartum hemorrhage. *Radiographics*. 2012; 32(5): 1463-1481.
6. Lee NK, Kim S, Lee JW, Sol YL, Kim CW, Hyun Sung K, Jang HJ, Suh DS. Postpartum hemorrhage: Clinical and radiologic aspects. *Eur J Radiol*. 2010; 74(1): 50-59
7. Gui B, Danza FM, Valentini AL, Laino ME, Caruso A, Carducci B, Rodolfino E, Devicienti E, Bonomo L. Multidetector CT appearance of the pelvis after cesarean delivery: normal and abnormal acute findings. *Diagn Interv Radiol*. 2016; 22(6): 534-541.
8. Raagab AE, Mesbah YH, Brakat RI, Zayed AA, Alsaammani MA. Re-laparotomy after cesarean section: risk, indications and management options. *Med Arch*. 2014; 68(1): 41-43.
9. Weissmann-Brenner A, Barzilay E, Meyer R, Levin G, Harmatz D, Alakeli A, Domniz N, Yoles I. Relaparotomy post-cesarean delivery: characteristics and risk factors. *Arch Gynecol Obstet*. 2021; 304(6): 1427-1432.
10. Tinelli A, Malvasi A, Vittori G. Laparoscopic treatment of post-cesarean section bladder flap hematoma: A feasible and safe approach. *Minim Invasive Ther Allied Technol*. 2009; 18(6): 356-360.
11. Sentilhes L, Schmitz T, Madar H, Bouchghoul H, Fuchs F, Garabédian C, Korb D, Nouette-Gaulain K, Pécheux O, Sananès N, Sibiude J, Sénat MV, Goffinet F. The cesarean procedure: Guidelines for clinical practice from the French College of Obstetricians and Gynecologists. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2023; 51(1): 7-34.

CASE REPORT

Surgical treatment of large bladder flap hematoma after caesarean section associated with right hydroureteronephrosis: A case report

Efthymia Thanasa,¹ Anna Thanasa,¹ Evangelos-Ektoros Gerokostas,² Gerasimos Kontogeorgis,² Ioannis-Rafail Antoniou,² Evangelos Kamaretsos,² Ioannis Paraoulakis,² Ioannis Thanasas²

¹Department of Health Sciences, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, ²Department of Obstetrics and Gynecology, General Hospital of Trikala, Greece

ABSTRACT

Bladder flap hematoma after caesarean section is a rare postpartum complication. There are no special treatment protocols. In general, failure of conservative antibiotic therapy requires reoperation and surgical drainage of the hematoma. The description of our own case concerns a pregnant first-born who, passing through the 40th week of pregnancy, gave birth by caesarean section. On the 3rd postoperative day, the lechoida in a stable hemodynamic state developed a febrile infection, during the investigation of which it was established the presence of a hematoma in the area of the cystometrial sinus associated with a moderate degree of right ureteruronephrosis. Failure of conservative management led to the decision to perform repeat laparotomy one week later. In the surgery, a large hematoma was found in the area of the cystometrial sinus with retroperitoneal extension to the right parametrial. Surgical drainage of the hematoma and careful hemostasis in the area of the cystometrial space was performed. The patient was discharged from the clinic on the fifth postoperative day after the reoperation. Two weeks later, during the ultrasound examination, complete recovery of the lesions in the area of the cystouterine space and in the right kidney was found. In the present work, after the description of the case, a brief review is made regarding the diagnostic and therapeutic approach of patients with hematoma in the cystometrial sinus after caesarean section.

Keywords: Hematoma, cystouterine shunt, caesarean section, imaging, management

E. Thanasa, A. Thanasa, E. Gerokostas, G. Kontogeorgis, I. Antoniou, E. Kamaretsos, I. Paraoulakis, I. Thanasas. Surgical treatment of large bladder flap hematoma after caesarean section associated with right hydroureteronephrosis: A case report. *Scientific Chronicles* 2024; 29(1): 127-135
