

כאבי אגן בהיריון: תיאור מקרה של פקקת וריד פמורלי

לילך בן דרור BPT

מנהלת קליניקה רב-מקצועית בנס ציונה

תקציר

היריון הוא מצב פרו-טרומבטי, ויש בו את כל גורמי הסיכון להיווצרות פקקת ורידית (Deep Vein Thrombosis - DVT): סטזיס ורידי, שינויים ורידיים אנדותליאליים ועלייה בקרישיות הדם. לכן נשים בהיריון נמצאות בסיכון לפתח DVT עד פי חמישה יותר מנשים שאינן בהיריון. עם זאת, קשה יותר לאבחן בעיה זו אצלן. השכיחות של אירועים טרומבו-אמבוליים ורידיים בהיריון היא 1:500-2000 וידוע ש-DVT בהיריון קשור לתמותה, לתחלואה ולעלויות רפואיות גבוהות כאשר אבחנה מאוחרת קשורה בתמותה גבוהה.¹

במקרה המתואר כאן, אישה בת 34 בשבוע 24 בהיריון בסיכון גבוה הופנתה על ידי הרופא האורתופד לטיפול פיזיותרפי חמישה ימים לאחר הופעת כאבי אגן. הכאב היה ממוקם במפשעה השמאלית ובעכוז שמאל, והתגבר מאוד בעת נשיאת משקל. אבחנת האורתופד הייתה של כאבי אגן בהיריון ממקור במערכת השלד-שריר. האישה התלוננה על כך גם בפני הגינקולוג בעת ביקורה במסגרת מעקב ההיריון.

בבדיקה בחדר הפיזיותרפיה נצפו קושי ניכר לשאת משקל על הגפה השמאלית התחתונה, מגבלה בטווחי התנועה בירך שמאל, ללא נפיחות או שינוי צבע בגפה. היא הודרכה לבצע תרגילים כדי לשפר את נשיאת המשקל על הרגל ואת טווחי התנועה בירך שמאל. לאחר שלושה ימים התפתחו אצלה נפיחות, אודם ונוקשות של שרירי הסובך ברגל שמאל, והיא הופנתה באופן דחוף מחדר הפיזיותרפיה לחדר המיון. בבדיקת דופלר אובחן DVT של הווריד הפופליאטלי והפמורלי ברגל שמאל.

לאחר שטופלה בתרופות נוגדות קרישה, ואושפזה למשך שבועיים, היא שוחררה לביתה עם טיפול בתרופות נוגדות

קרישה, והמשך ההיריון היה תקין. בשבוע 38 להיריון היא ילדה תאומים בנייתוח קיסרי.

מילות מפתח: פקקת ורידית, היריון, כאבי אגן

מבוא

בהיריון קיימת עלייה בקרישיות הדם כמנגנון הגנה אימהי מפני דימום-יתר בלידה או במקרה של הפלה. היריון ותקופת משכב הלידה של עד שישה שבועות הם גורמי סיכון להתפתחות אירועי פקקת (Deep Vein Thrombosis - DVT) וכתוצאה מכך לתסחיף ריאתי (pulmonary embolism - PE).¹ ידוע ש-PE הוא אחת הסיבות המובילות לתמותה אימהית בהיריון במדינות המפותחות, וגילוי מוקדם ימנע חלק ממקרי המוות. גורמי סיכון נוספים מולדים ונרכשים להתפתחות DVT בהיריון הם: נטייה משפחתית, גורם תורשתי, אירוע טרומבטי קודם, יושבנות, עישון, היסטוריה של טיפולי פוריות, גיל אימהי >35, אישה שלא ילדה ועוד.²

כאבי אגן הם תלונה שכיחה בקרב נשים בהיריון, והם עלולים לגרום להגבלה פיזית משמעותית בתפקוד האישה ההרה ולפגיעה בתפקוד הפסיכו-סוציאלי שלה ושל בני משפחתה. המצב קיים בתת-דיווח, ולרוב מנוהל רפואית באופן חלקי על ידי הצוות הרפואי במעקב ההיריון.³ כ-45% מן הנשים בהיריון וכ-25% מן הנשים לאחר הלידה מתלוננות על כאבי אגן. 25% מהן דיווחו על כאב משמעותי, וכ-7% יזדקקו לאבזור-עזר להליכה. לכאב יש השפעה על תפקודה ואיכות חייה של האישה.³⁻⁵ המונחים הנפוצים בהקשר זה - Pelvic Girdle Pain (PGP) ו-Pregnancy-related Pelvic Girdle Pain - מתייחסים לכאב גב, אגן אחורי (sacroiliac joint) ואגן קדמי (pubic symphysis) של האישה בזמן ההיריון. ישנם כמה הסברים להופעת הכאב, ובהם: שינויים הורמונליים, שינויים

תיאור המקרה

אישה בת 34 בהיריון בשבוע 24 הופנתה על ידי האורתופד לטיפול פיזיותרפי עקב כאבי אגן. זהו ההיריון הראשון, היריון תאומים שהושג ב-IVF השלישי, ולכן הוגדר כהיריון בסיכון גבוה. מעקב ההיריון נמצא תקין. היא עובדת בעבודה יושבנית, ובעקבות הכאב המשיכה לעבוד מן הבית. ברקע - ניתוח בריאטרי בגיל 25. היא אינה נוטלת תרופות קבועות ואינה פעילה גופנית. היא נבדקה אצל הגינקולוג והוא הסביר לה על כאבי אגן בהיריון. היא הופנתה לפיזיותרפיה על ידי האורתופד על פי בקשתה.

טיפול ראשון:

המטופלת התלוננה על כאבי אגן ועל אי-יכולת לדרוך על רגל שמאל. הכאב התעורר לפני כחמישה ימים כאשר קמה משנתה להטיל שתן והתקשתה לדרוך על רגל שמאל. למחרת התעוררה ללא כאב, ולאחר הפוגה של יומיים הכאב חזר בעוצמה גדולה כל כך עד שנזקקה לכיסא גלגלים. היא המשיכה לעבוד מן הבית ולא הייתה מעוניינת להפחית משעות עבודתה עד הלידה, היא לא סבלה בעבר מכאבי גב או מכאבי אגן.

התלונה הייתה של כאב במפשעה שמאל ובאזור השרירים המקרבים משמאל (adductor m) יחד עם כאב אגן אחורי שמאלי. הכאב קבוע 5/10 ומתגבר לעוצמה 10/10 בדריכה.

הכאב החמיר בדריכה, בסיבוב במיטה, יש קושי במציאת תנוחה במיטה, קושי בקימה מישיבה לעמידה ובשכיבה על צד ימין. היא התעוררה מן השינה עם כאבי תופת.

הכאב הוקל מעט בישיבה והיא לא הבחינה בשינוי בכאב לאורך שעות היום והלילה.

ממצאי הבדיקה הפיזיקלית:

- ◆ לא הייתה מסוגלת לשאת משקל על רגל שמאל, לא ניתן היה לבדוק אותה בעמידה;
- ◆ במעבר מעמידה לשכיבה התקשתה להעלות את רגל שמאל אל המיטה, ולא הצליחה למצוא תנוחה נוחה לרגל שמאל ולכן ניתנה תמיכה של גליל מתחת לברך;
- ◆ הבדיקה בוצעה עם פלג גוף תחתון חשוף, ובהסתכלות לא נצפה שינוי בצבע ובנפיחות של הגפיים. במישוש לא הורגשו שינויי טמפרטורה או בצקת.

ביומכניים, כגון עלייה בעומס הפיזי המוטל על הגב, שליטה מוטורית לקויה ועומס על רצועות האגן.⁵⁻⁶ זיהוי נכון של המצב יעזור לאישה לנהל את הכאב וימנע החמרה. האבחנה מתבססת על מיקום הכאב ועל מבחנים קליניים. קיימת עדות לכך שטיפול פיזיותרפי המותאם אישית, תמיכה לאגן, ניהול עומסים, מודעות למצבי החמרה ותוכנית תרגול ספציפית יכולים להשפיע לטובה ולאורך זמן על האישה ההרה.⁷

התלונה על כאבי אגן וירך במהלך ההיריון יכולה להיות מאובחנת בטעות כתלונה שכיחה של כאב שמקורו במערכת השלד-שריר אף על פי שמקורו בגורמים אחרים.⁸ על כן יש להתייחס לאבחנות מבדלות אפשריות, כגון DVT. החל מן השבוע 25-29 להיריון קיימת ירידה של 50% בזרימה הוורידית לגפיים התחתונות - ברגל שמאל יותר מאשר ברגל ימין, כך ש-82% ממקרי ה-DVT בגפיים התחתונות בהיריון דווחו ברגל שמאל. הירידה בזרימה הוורידית קשורה בלחצי הרחם ההיריונית על ורידי האגן ובירידה בטונוס הוורידים. כך למשל, בעקבות משקל הרחם ה-left common iliac vein נלחץ על ידי ה-right common iliac artery.¹

DVT בהיריון קשה יותר לאבחון בשל הנפיחות הפיזיולוגיות בגפיים במהלך ההיריון. גם הפיזור האנטומי של DVT בהיריון שונה מן הפיזור בנשים שאינן בהיריון. ידוע שרוב מקרי ה-DVT מתחילים דיסטלית ב-calf veins ומתקדמים פרוקסימלית, אבל בהיריון כ-71% ממקרי ה-DVT יופיעו בוורידים הפרוקסימליים (iliac and/or femoral veins) ללא מעורבות ה-calf veins.^{9,10} התמונה הקלאסית של DVT בהיריון היא של כאב ו/או נפיחות בגפיים עם העדפה לרגל שמאל ולוורידים הפרוקסימליים. בקרב 88% מן הנשים תופיע נפיחות בגפה כולה, כ-80% ידווחו על אי-נוחות בגפה וכ-21% על קושי בהליכה. בקרב כ-26% תופיע בצקת בגפה. כאשר מדובר ב-iliac vein thrombosis התמונה יכולה להיות של כאב בטן, כאב גב או נפיחות של הגפה.¹ עיסוי מקומי של אזור ה-DVT עלול לגרום לאירוע של תסחיף ריאתי.¹¹

המקרה המוצג לפנינו הוא מקרה לא שכיח של מטופלת בהיריון שסבלה מכאבי אגן שאינם ממקור מערכת השלד-שריר. אף על פי שתלונותיה, הסימנים והסימפטומים שהציגה הצביעו על כאבי אגן של ההיריון, השתלשלות המקרה והתסמינים שהופיעו בהמשך הובילו לאבחנה של DVT פמורלי.

בדיקות ירך שמאל:

בדיקת Active Straight Leg Raising (aSLR) - קושי להרים את הרגל;
 בדיקות פאסיביות של טווחי תנועה בירך: אבדוקציה 0-45 עם כאב בסוף הטווח, פלקסיה 20-90, ורוטציה פנימית וחיצונית בטווח הנורמה.

בדיקות מיוחדות:

Flexion Abduction External Rotation (FABER) - חיובי;
 Flexion Adduction Internal Rotation (FADIR) - חיובי;
 log roll - internal/external rotation of hip - שלילי.

ההגבלה בטווחי התנועה והקושי להעלות את הרגל אל המיטה יחד עם ההידרדרות המהירה עד כדי חוסר יכולת לדרוך על הרגל העלו חשד ל-LT Transient Osteoporosis Hip (TOH). אבל תוצאות בדיקת ה-log roll היו שליליות, ולאחר ביצוע כמה תנועות אקטיביות נעזרות לכיוון flexion של הירך, נצפה שיפור בטווחי התנועה, והמטופלת הצליחה ליישר את הירך על המיטה ללא תמיכת הגליל.

לא היה ברור אם השיפור המידי בטווחי התנועה של הירך קשור ל-fear avoidance או שמדובר ב-femoroacetabular impingement, ומכיוון שעדיין נצפה קושי בולט בנשיאת משקל, האפשרות של TOH לא נשללה לגמרי.

בסיום הטיפול הונחתה המטופלת לבצע תרגילי תנועות לאגן ולירכיים, ונקבע תור נוסף. הוסבר לה על TOP והיא הונחתה לפנות להמשך בירור רפואי בכל מקרה של החמרה.

טיפול שני (לאחר יומיים):

הטיפול השני נקבע לאחר שבוע, אך היא יצרה קשר וביקשה להקדים אותו.
 הפעם הייתה מסוגלת לדרוך כמה צעדים בתמיכת רולטור.

בדיקה פיזיקלית:

בעמידה:

mobilization with movement (MWM) לכיוון lateral glide לירך שמאל בעזרת חגורת מאלגן שיפר מאוד את הדריכה על רגל שמאל. היא צעדה במרחב החדר בתמיכת החגורה כנ"ל ודיווחה על שיפור ביכולתה לדרוך.

בשכיבה על הגב:

הגפיים חשופות, הסתכלות ומישוש תקינים;
 תנועת aSLR ללא כאב;
 תנועות פאסיביות - ללא הגבלה בתנועת extension, תנועת flexion מוגבלת בסוף הטווח.

בדיקות מיוחדות:

FABER FADIR נמצאו בשיפור - בשתייהן הייתה הגבלה בטווח הסופי;
 לא הופק כאב במגע על פני symphysis pubis joint;
 טכניקות MWM לאגן - קומפרסיה אחורית שיפרה במעט את תנועות הירך.

התגובה הטובה לטיפול שהיה מכוון למפרק הירך חיזקה את ההשערה שמדובר בכאב שמקורו בירך, בפרט לאור העובדה שלא הופק כאב במגע ב-symphysis pubis joint. יחד עם זאת, טכניקות MWM לאגן שיפרו במעט את תנועת הירך, ייתכן כמקור משני לכאב.

בסיום הטיפול הונחתה המטופלת לתרגל נשיאת משקל על רגל שמאל והליכה בתמיכת חגורת מאלגן לכיוון lateral glide. היא השתחררה מן הטיפול עם חגורת מאלגן ועם סרטוני הדרכה לתרגול בעזרת בן זוגה.

באותו הערב דיווחה המטופלת על שיפור משמעותי בדריכה (היא הצליחה לצעוד כמה צעדים ללא הרולטור). ואולם למותרת בבוקר היא הודיעה שהכאב החל להקרין גם אל מתחת לברך. במקביל, היא דיווחה על כך לגינקולוג ופנתה אליי בשאלה: מה לעשות?

הופעת התסמינים והיעלמותם והמופע השונה שלהם לא הצביעו על תבנית ברורה במערכת השלד-שריר, ולכן מתוך אינטואיציה היא נתבקשה להגיע אליי והתקבלה מיידית בין הטיפולים.

טיפול שלישי (למחרת הטיפול השני):

בדיקה פיזיקלית:

גפיים חשופות, כל אזור שרירי הסובך בגפה שמאל נפוח, מעובה, במרקם נוקשה ופיברוטי, כף רגל שמאל נפוחה יותר ויש קשריות (נודולים) במגע על השרירים המקרבים

פחת הכאב בעת הדריכה כמצופה. מה שיכול לרמז על DVT פרוקסימלי.

נוסף על כך, הנתונים האימהיים כללו לא מעט גורמי סיכון ל-DVT - ראשית, העבודה מן הבית וחוסר הפעילות הגופנית, שנית, הגיל האימהי, שלישית, טיפולי הפוריות וההיסטוריה של היריונות קודמים שלא צלחו.

יש להביא בחשבון את האפשרות של DVT בהיריון באבחנה המבדלת בבדיקה ובטיפול הפיזיותרפי בכאבי אגן של האישה ההרה, בעיקר כאשר מדובר בשמירת היריון או באורח חיים יושבני. ההבנה של גורמי הסיכון המולדים והנרכשים, התמונה הקלינית, התסמינים והפיזור האנטומי שלהם יכולים לסייע באבחון מוקדם ובמניעה של תחלואה ותמותה.

ייתכן שמדידה שגרתית של היקפי הירך והשוק והשוואה בין צד ימין לצד שמאל, תוך התמקדות בגודל ההיקפים בירך ובשוק שמאל יעזרו בגילוי מוקדם של DVT בהיריון.

בירך שמאל. היא הופנתה מיד לחדר המיון בחשד ל-DVT פופליאטלי והוסברה לה מידת הדחיפות.

בביה"ח בוצע US דופלר, ואובחנה DVT של Lt Femoral and Popliteal Vein. היא אושפזה וטופלה במדללי דם. תוך כדי האשפוז נתגלו תפקודי כבד לקויים וסיכון לעוברים. לאחר שבועיים שוחררה לביתה וחזרה לדרוך על הרגל ללא אביזרי הליכה. מהלך ההיריון בהמשך היה שקט, והתאומים נולדו בשבוע ה-38 להיריון בריאים ושלמים. כשמונה שבועות לאחר הניתוח הקיסרי היא הגיעה אליי לייעוץ והדרכה, כשהיא צועדת בנינוחות ללא כאב.

דיון

בהיריון קיימת עלייה נורמלית בקרישיות הדם, וזהו גורם הסיכון הגדול ביותר להתפתחות DVT. אבחנה מוקדמת היא קריטית. כ-40% ממקרי ה-DVT המאובחנים בהיריון הם בסיכון לפתח תסחיף ריאתי שקט, וכ-30% מתסחיפי ריאה בהיריון הם על רקע DVT שקט. גורמי הסיכון לאירועים טרומבואמבוליים ורידיים יכולים להיות מולדים ו/או נרכשים: נטייה משפחתית, גורם תורשתי, אירוע טרומבוטי קודם, יושבנות, עישון, היסטוריה של טיפולי פוריות, גיל אימהי >35, אישה שלא ילדה בעבר ועוד.²

החל בשבוע 25-29 להיריון קיימת ירידה של 50% בזרימה הוורידית לגפיים התחתונות. ברגל שמאל יותר מאשר בימין - כ-82% ממקרי ה-DVT בגפיים התחתונות בהיריון דווחו ברגל שמאל. הסטזיס הוורידי והנפיחות של הרגליים נגרמים כתוצאה מלחצי הרחם ההיריונית על ורידי האגן, ולכן לא תמיד תופיע בצקת בגפה. אצל האישה ההרה כאבי גב וכאבי אגן יכולים להתפרש ככאב שמקורו במערכת השלד-שריר אך באותה מידה הם יכולים להיות סימנים ל-DVT פרוקסימלי.¹

במקרה המתואר כאן התלונה על כאבי האגן/הירך והקושי בדריכה על הרגל החלו בשבוע ה-24 להיריון, והנפיחות ושינוי הצבע בגפה השמאלית הופיעו רק שמונה ימים לאחר התלונה הראשונה. תלונת הכאב ללא הופעת נפיחות הביאה להשערה שמדובר בכאבי אגן אופייניים שמקורם במערכת השלד-שריר. יחד עם זאת, למרות השיפור בטווחי התנועה של הירך, לא

מקורות

1. Devis P, Knuttinen MG. Deep venous thrombosis in pregnancy: incidence, pathogenesis and endovascular management. *Cardiovasc Diagn Ther.* 2017 Dec;7(Suppl 3):S309-S319. doi: 10.21037/cdt.2017.10.08. PMID: 29399535; PMCID: PMC5778511.
2. Marik PE, Plante LA. Venous thromboembolic disease and pregnancy. *N Engl J Med.* 2008 Nov 6;359(19):2025-33. doi: 10.1056/NEJMra0707993. PMID: 18987370.
3. Walters C, West S, A Nippita T. Pelvic girdle pain in pregnancy. *Aust J Gen Pract.* 2018 Jul;47(7):439-443. doi: 10.31128/AJGP-01-18-4467. PMID: 30114872.
4. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JM, van Dieën JH, Wuisman PI, Ostgaard HC. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J.* 2004 Nov;13(7):575-89. doi: 10.1007/s00586-003-0615-y. Epub 2004 Aug 27. PMID: 15338362; PMCID: PMC3476662.
5. Keriakos R, Bhatta SR, Morris F, Mason S, Buckley S. Pelvic girdle pain during pregnancy and puerperium. *J Obstet Gynaecol.* 2011 Oct;31(7):572-80. doi: 10.3109/01443615.2011.598970. PMID: 21973126.
6. Bastiaanssen, J.M., de Bie, R.A., Bastiaenen, C.H. et al. Etiology and prognosis of pregnancy-related pelvic girdle pain; design of a longitudinal study. *BMC Public Health* 5, 1 (2005). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-1>
7. Stuge B. Diagnostikk og behandling av bekkenleddsplager [Diagnosis and treatment of pelvic girdle pain]. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2010 Nov 4;130(21):2141-5. Norwegian. doi: 10.4045/tidsskr.09.0702. PMID: 21052118.
8. O'Neill AT, Sanchez-Crespo J, Charles F, Fakokunde A, Yoong W. Hip pain in pregnancy: an unusual case of venous thrombosis. *J Obstet Gynaecol.* 2010;30(7):732-3. doi: 10.3109/01443615.2010.507279. PMID: 20925623.
9. Chan WS, Spencer FA, Ginsberg JS. Anatomic distribution of deep vein thrombosis in pregnancy. *CMAJ.* 2010 Apr 20;182(7):657-60. doi: 10.1503/cmaj.091692. Epub 2010 Mar 29. PMID: 20351121; PMCID: PMC2855912.
10. Wee-Shian Chan, Diagnosis of venous thromboembolism in pregnancy, *Thrombosis Research*, Volume 163, 2018.
11. Sutman, K., Na-Nan s., et al: "Leg massage during pregnancy with unrecognized deep vein thrombosis could be life threatening: a case report". *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 237 (2020)

Pelvic pain during pregnancy: A case report of femoral and popliteal deep vein thrombosis

Lilach Ben Dror, BPT

Interdisciplinary Clinic in Ness Ziona, Head

Abstract

Pregnancy is a prothrombotic state, characterized by factors that may lead to the formation of deep vein thrombosis (DVT) including venous stasis, and endothelial changes leading to increased risk of blood clotting. Thus, pregnant women are up to five times more likely to develop DVT than non-pregnant women. Yet, it is more difficult to diagnose this problem among this population. The incidence of venous thromboembolic events in pregnancy is 1:500-2,000. In addition, DVT during pregnancy is associated with morbidity and high medical costs, and late diagnosis is associated with high mortality rates.

In the case described here, a 34-year-old woman, in her 24th week of pregnancy, was referred by the orthopedic doctor for physical therapy five days after the onset of pelvic pain. The pain was located in the left groin and left buttock, and greatly increased during weight bearing. The woman complained about this to the gynecologist during her pregnancy follow-up visit. The orthopedist's diagnosis was pregnancy-related pelvic pain arising from the musculoskeletal system.

Findings during the physical therapy examination included considerable difficulty in weight bearing on the lower left limb, and limitation in the range of motion in the left hip, with no swelling or discoloration in the limb. The woman was instructed to perform exercises to improve weight bearing on the lower extremity and range of motion in the left hip. After three days, she

developed swelling, redness, and stiffness of the calf muscles and was immediately referred to the emergency room. A Doppler examination revealed DVT of the popliteal and femoral vein in the left leg.

After being treated with anticoagulants, and hospitalized for two weeks, she was discharged home with anticoagulants. The remainder of the pregnancy was uneventful, and she gave birth to twins by Caesarean section in the 38th week of pregnancy.

Keywords: deep vein thrombosis, pregnancy, pelvic girdle pain