

## بررسی وضعیت اعمال جراحی برداشتن رحم (هیسترکتومی) مرتبط با زایمان در بیمارستان های شهر کرمانشاه در سال های ۹۰-۱۳۸۶

### چکیده

**زمینه:** علیرغم بهبود کیفیت مراقبت از مادران، هیسترکتومی های حین زایمان رو به افزایش است. هدف از این مطالعه بررسی میزان بروز، علل، خصوصیات جمعیت شناسی و عوارض هیسترکتومی مرتبط با زایمان در بیمارستان های شهر کرمانشاه در سال های ۹۰-۱۳۸۶ بود.

**روش ها:** ۸۱ بیمار در پنج بیمارستان از فروردین ۱۳۸۶ تا اسفند ۱۳۹۰ که در هنگام سزارین یا تا ۲۴ ساعت پس از زایمان تحت هیسترکتومی قرار گرفته بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. خصوصیات جمعیت شناسی مادران، علل هیسترکتومی و عوارض ایجاد شده حین و پس از جراحی مطالعه شد.

**یافته ها:** میزان بروز هیسترکتومی مرتبط با زایمان حدود ۱ در ۱۰۰۰ زایمان بود. میانگین سنی مادران، ۳۴/۳ سال و میانگین بارداری ۲/۹ بود. در ۷۰/۴٪ به هنگام سزارین و ۲۹/۶٪ مرتبط با زایمان طبیعی، هیسترکتومی انجام شده بود. ۴۴ مورد (۵۴/۳٪) چسبندگی جفتی، ۱۹ مورد (۲۳/۴٪) پارگی رحم، ۱۳ مورد (۱۳/۴٪) خونریزی ناشی از شل شدگی رحم تحت هیسترکتومی قرار گرفتند. شایع ترین عارضه ایجاد شده عوارض قلبی ریوی ناشی از خونریزی شدید و تزریق خون در ۳۹ مورد بود (۴۸/۱٪). آسیب مثانه در ۱۳ مورد و آسیب حالب در ۷ مورد رخ داده بود. دو مورد مرگ مادر به علت پارگی رحم مشاهده شد.

**نتیجه گیری:** میزان هیسترکتومی مرتبط با زایمان مشابه کشورهای توسعه یافته و کمتر از کشورهای آسیایی هم جوار است. شایع ترین مشکلات بیماران، چسبندگی جفتی و پارگی رحم بود. همچنین پارگی رحم عامل اصلی مرگ این بیماران بود. کاهش سزارین های انتخابی و دقت بیشتر در امر زایمان های طبیعی مدیریت شده، می تواند موجب کاهش این اعمال جراحی و بالطبع کاهش میزان مرگ و میر مادران گردد.

**کلید واژه ها:** هیسترکتومی مرتبط با زایمان، چسبندگی جفتی، پارگی رحمی.

فیروزه ویسی<sup>۱\*</sup>، کامران سلیمی<sup>۲</sup>،

مریم زنگنه<sup>۱</sup>

۱. گروه زنان و زایمان، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۲. گروه علوم آزمایشگاهی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

\***عهده دار مکاتبات:** کرمانشاه، بیمارستان امام رضا (ع)

**E-mail:** firoozehveisi@yahoo.com

### مقدمه:

عمل جراحی برداشتن رحم (هیسترکتومی) مرتبط با زایمان یک عمل جراحی بزرگ است که در طی سزارین یا ۲۴ ساعت پس از زایمان طبیعی به منظور نجات جان بیمار انجام می شود<sup>۱</sup>. میزان بروز این عمل جراحی از ۰/۲۴ تا ۸/۷ در هر ۱۰۰۰ زایمان متفاوت می باشد<sup>۲</sup>. در طول پنجاه سال گذشته میزان سزارین افزایش یافته است. در حال حاضر سزارین سگمان تحتانی شایع ترین عمل جراحی انجام شده در کشورهای غربی است. (۳۱/۱٪ در امریکا و ۲۳٪ در انگلستان)<sup>۳</sup> افزایش میزان سزارین در حاملگی های بعدی به علت چسبندگی های جفتی میزان هیسترکتومی

را افزایش می دهد. علاوه بر اورژانس های مامایی نظیر خونریزی ناشی از شل شدگی رحمی، چسبندگی های غیر طبیعی جفت، پارگی رحمی و عفونت های شدید لگنی، مواردی مثل میوم های بزرگ رحمی، سرطان دهانه رحم، تومورهای جفتی و وارونگی رحم نیز از علل دیگر برای هیسترکتومی مرتبط با زایمان هستند<sup>۴</sup>. در خونریزی های شدید واژینال به دنبال زایمان طبیعی و یا سزارین، هیسترکتومی به طور اورژانسی انجام می شود که عوارض مادری متعددی به دنبال دارد<sup>۵،۶</sup>. آسیب حالب، مثانه و روده ها، عفونت پس از عمل، خونریزی از محل عمل، ایجاد سوراخ بین مثانه و کانال زایمان (فیستول) و بیرون زدگی لوله های

آزمایشگاهی به عنوان معیار اختلال انعقادی در نظر گرفته شد)، مشکلات ریوی مثل ادم ریه، سندرم حاد تنفسی بالغین، آمبولی ریه و مشکلات قلبی مثل کاردیومیوپاتی و نارسایی احتقانی قلب نیز مورد بررسی قرار گرفت. تعداد آسیبهای احشا نظیر پارگی اتفاقی مثانه، آسیب حالب، آسیب روده و هر گونه عوارض دیگر ثبت شد. در صورتی که بیمار تا ۴۲ روز بعد از هیسترکتومی تحت جراحی مجدد (آبسه، خونریزی، تجمع لخته و...) قرار گرفته بود، در بر گه اطلاعاتی ثبت می شد. نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۵، تجزیه و تحلیل شد.

#### یافته ها:

در طی مدت مطالعه ۸۲۰۲۲ مورد زایمان رخ داده بود که حدود ۸۱ مورد منجر به هیسترکتومی شده بود. (۹۸/۰ در ۱۰۰۰ زایمان). میانگین سنی مادرانی که تحت هیسترکتومی قرار گرفته بودند، ۲۸/۲۴±۳/۳۴ سال و میانگین زایمان ۱/۱۳±۲/۹ بود. تعداد روزهای بستری در بیمارستان ۵۲/۵±۶/۵ هیسترکتومی مرتبط با زایمان در ۴/۷۰٪ به هنگام سزارین و ۶/۲۹٪ به هنگام زایمان طبیعی رخ داده بود. ۴۴ بیمار (۳/۵۴٪) هیسترکتومی پس از زایمان به علت چسبندگی های غیر طبیعی جفت (اکرتا، اینکرتا و پرکرتا) داشتند که شایع ترین علت این جراحی در کل بیماران بود. ارتباط معنی داری بین سابقه سزارین و هیسترکتومی بعلت چسبندگی جفتی وجود داشت (P=۰/۰۳). ۱۳ بیمار (۴/۱۶٪) به علت خونریزی ناشی از شل شدگی رحم که به اقدامات محافظه کارانه جواب نداده بود، هیسترکتومی شدند و ۱۹ بیمار (۴/۲۳٪) نیز به علت پارگی رحمی هیسترکتومی شدند، میزان پارگی رحم در گروه زایمان طبیعی بیشتر بود (۱۱ مورد). دو مورد پارگی رحم بدنبال زایمان طبیعی سبب مرگ مادر شده بود. ۵ مورد باقیمانده هیسترکتومی به علل میوم های متعدد و بزرگ، کنده شدن ناگهانی جفت و هماتوم های ناشی از آن جفت سرراهی بود. شایع ترین عارضه ایجاد شده عوارض قلبی ریوی ناشی از خونریزی شدید بود (۱/۴۸٪). ۱۳ مورد (۴/۱۶٪) آسیب مثانه در طی هیسترکتومی ایجاد شده بود، که اکثرا بدنبال سزارین و چسبندگی

رحم از عوارض مهم پس از عمل می باشند<sup>۹</sup>. در سال های اخیر تکنیک های جراحی متعددی بعنوان جایگزین هیسترکتومی به هنگام زایمان پیشنهاد شده عبارتند از فشار (تامپوناد) با بالون، بخیه های کمر بندی رحم (B-Lynch suture) و ایجاد انسداد در شریانهای رحمی (آمبولیزاسیون). اما به نظر می رسد مواقعی که خونریزی شدید و فرصت کمی برای تصمیم گیری وجود دارد، تنها گزینه همان هیسترکتومی است. هیسترکتومی مرتبط با زایمان در حقیقت یک جراحی حیاتی و نجات دهنده جان بیمار است که انجام آن برای مادران با خونریزی های شدید پس از زایمان (طبیعی، سزارین) ضروری است<sup>۱۰-۱۳</sup>. با توجه به میزان بالای مرگ و میر مادران ناشی از خونریزی و هیسترکتومی هایی که برای کنترل آن انجام می شود، بر آن شدیم تا اطلاعات جامعی از میزان بروز، علل، خصوصیات جمعیتی و عوارض ایجاد شده در بیماران تحت هیسترکتومی مرتبط با زایمان در طول پنج سال (از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۰) در بیمارستان های شهر کرمانشاه داشته باشیم.

#### مواد و روش ها:

پس از دریافت تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه، این مطالعه توصیفی-مقطعی در پنج بیمارستان دارای بخش زایمان در شهر کرمانشاه انجام شد. اطلاعات مربوط به ۸۱ بیمار از فروردین ۱۳۸۶ تا اسفند ۱۳۹۰ که در هنگام سزارین یا تا ۲۴ ساعت پس از زایمان تحت هیسترکتومی قرار گرفته بودند، مورد بررسی قرار گرفت. نمونه گیری بصورت تصادفی ساده (در دسترس) بود و موارد هیسترکتومی های مرتبط با زایمان از پرونده های موجود در بیمارستان های آموزشی و غیر آموزشی استخراج شد. خصوصیات مادر نظیر سن، تعداد زایمان ها، سن حاملگی، نوع زایمان، علل هیسترکتومی، مدت بستری در بیمارستان و جراحی های مجدد مورد بررسی قرار گرفتند. تعداد واحدهای خون تزریق شده، تب ناشی از عفونت (درجه حرارت بدن بالاتر از ۳۸ درجه سانتیگراد حداقل در ۶ ساعت پس از ۲۴ ساعت اول جراحی)، میزان اختلالات انعقادی ایجاد شده (PT و PTT طولانی شده، کاهش پلاکت، کاهش فیبرینوژن، وجود سه مورد یافته

های غیر طبیعی جفت بوده است. یک مورد فیستول مثانه به رحم در بیماری با سابقه سه بار سزارین، بدنبال زایمان طبیعی رخ داده بود (سندرم یوسف). ۷ مورد آسیب حالب بصورت بسته شدن با بخیه (ligation) دیده شد، که ۶ مورد از آن بدنبال ترمیم پارگی رحم پس از زایمان بود. ۷ بیمار نیز به علت عفونت و آبه تحت آنتی بیوتیک تراپی وسیع الطیف قرار گرفتند. هیچ یک از بیماران

در حین یا پس از جراحی آسیب روده ای نداشتند. ۴ بیمار (۴/۹٪) به دلایل مختلف از جمله: تخلیه هماتوم و پیشگیری از خونریزی، ترمیم حالب جراحی مجدد شدند. اکثریت بیماران فرآورده های خونی دریافت کرده بودند (۹۳/۸٪). در ۳۱٪ بیماران عارضه انعقاد منتشر داخل عروقی (DIC) ایجاد شده بود (جدول ۱).

جدول ۱. فراوانی علل هیستریکتومی و عوارض ناشی از آن

فراوانی علل هیستریکتومی	تعداد (درصد)	فراوانی عوارض هیستریکتومی	تعداد (درصد)
چسبندگی جفتی	۴۴(۵۴/۳)	جراحی مجدد	۴(۴/۹)
پارگی رحم	۱۹(۲۳/۴)	آسیب مثانه	۱۳(۱۶/۱)
اینرسی رحم	۱۳(۱۶/۱)	آسیب حالب	۷(۸/۷)
میوم، هماتوم، جفت سر راهی	۵(۶/۲)	عفونت	۷(۸/۶)
		فیستول	۱(۱/۲)
		عوارض قلبی-ریوی	۳۹(۴۸/۱)
		اختلال انعقاد عروق منتشر	۲۵(۳۰/۹)
		مرگ مادر	۲(۲/۴)

## بحث:

مطالعه ما نشان داد که میزان هیستریکتومی مرتبط با زایمان در طی مدت ۵ سال حدود ۰/۹۸ در ۱۰۰۰ زایمان بود. میزان بروز این عمل جراحی در انگلستان ۰/۳۶، در هلند ۰/۳۳، و در آمریکا از ۰/۷۷-۱/۴ در ۱۰۰۰ تولد گزارش شده است<sup>۱۵</sup>. بالا بودن آمار هیستریکتومی در دو کشور ایران و آمریکا نسبت به کشورهای اروپایی می تواند به علت افزایش میزان سزارین و متعاقبا چسبندگی های جفتی ناشی از آن باشد. اما کماکان تعداد موارد مطالعه ما از کشورهای دیگر آسیایی کمتر است<sup>۱۷</sup>. میانگین سنی مادران مطالعه ما مشابه سایر مطالعات بود<sup>۵</sup>. ارتباط معنی داری بین سابقه سزارین و هیستریکتومی به علت چسبندگی جفتی وجود داشت (P=۰/۰۳). افزایش سزارین منجر به افزایش چسبندگی های جفتی در حاملگی های بعدی و زایمان های طبیعی پس از سزارین و در نتیجه عوارض بیشتر زایمان می شود<sup>۳</sup>. بیش از نیمی از بیماران (۵۴/۳٪) به علت چسبندگی های جفتی

هیستریکتومی شده بودند، و ۱۰۰٪ آنها سابقه حد اقل یکبار سزارین او در ۸۵٪ موارد جفت قدامی داشتند. در اکثر مطالعات ده سال اخیر چسبندگی های جفتی شایع ترین علت هیستریکتومی بوده اند<sup>۱۳</sup> و<sup>۱۴</sup>. اما Forna در بررسی خود خونریزی ناشی از شل شدگی رحم را بیشترین علت هیستریکتومی دانسته است<sup>۱۵</sup>. در مطالعه اخیر دومین علت هیستریکتومی مرتبط با زایمان، پارگی رحم بود که بیشتر موارد بدنبال زایمان طبیعی رخ داده بود. در گذشته پارگی رحم شیوع بیشتری داشته، اما با پیشرفت طب زنان و زایمان های مدیریت شده، پارگی رحم در کشورهای توسعه یافته کمتر شده است<sup>۱۹</sup> و<sup>۱۶</sup>. Bateman و همکارانش در مطالعه اخیر خود میزان بروز هیستریکتومی بدنبال خونریزی رحم (آتونی) را چهار برابر گذشته توصیف و علت آن را باز هم میزان افزایش یافته سزارین دانستند<sup>۲۰</sup>. در بررسی ما، مهمترین عارضه ایجاد شده در بیماران هیستریکتومی شده، عوارض قلبی ریوی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که چسبندگی

مرتبط با زایمان را حدود ۱۵٪ گزارش کرده اند<sup>۲۲</sup> و عفونت در ۷ بیمار به صورت عفونت زخم، آبرسه و عوارض تب دار دیگر رخ داد. علت کم بودن وضعیت های تب دار نسبت به مطالعات دیگر<sup>۲۳</sup> می تواند مربوط به تجویز آنتی بیوتیک های وسیع الطیف در بیماران، در این مطالعه باشد. دو مورد مرگ مادر ناشی از پارگی رحم بود که در هر دو مورد تصمیم گیری دیر هنگام برای هیستریکتومی و عدم جایگزینی مناسب فرآورده های خونی منجر به اختلال داخل عروقی منتشر و فوت بیماران شد. Kwee از هلند میزان مرگ مادران را ۴٪ و Yalinkaya از ترکیه ۹٪ گزارش کرده است<sup>۵،۶</sup>. بیماران فوت شده در مطالعه ترکیه اکثراً ناشی از خونریزی رحم بوده و در بیماران با تعداد زایمان بالا بوده است<sup>۵</sup>. در مطالعه ما نیز پارگی رحم در دو زن با تعداد زایمان نسبتاً بالا منجر به فوت شده بود.

#### نتیجه گیری:

این مطالعه نشان داد، میزان هیستریکتومی مرتبط با زایمان مشابه کشورهای توسعه یافته و کمتر از کشورهای آسیایی هم جوار است. چسبندگی های جفتی و پارگی رحم مهمترین علل هیستریکتومی می باشند. پارگی رحم همچنان به عنوان علت مرگ مادران محسوب می شود. کاهش سزارین های بدون اندیکاسیون و دقت بیشتر در امر زایمانهای طبیعی مدیریت شده، می تواند میزان هیستریکتومی های مرتبط با زایمان و بالطبع مرگ و میر مادران را کاهش دهد.

جفتی، خونریزی رحمی و پارگی رحم شایع ترین علل هیستریکتومی بودند، که منجر به خونریزی خیلی شدید و تزریق زیاد فرآورده های خونی شده بودند (۹۳/۸٪). خونریزی از یک طرف و افزایش تزریق انواع فرآورده های خونی از طرف دیگر، منجر به اختلال در عملکرد قلبی و ریوی می شود. در این مطالعه تعدادی از بیماران دچار ورم (ادم) ریه، نارسایی تنفسی، نارسایی قلبی، کاردیومیوپاتی و آمبولی ریه بودند. در بررسی اخیر خونریزی شدید و تزریق بالای فرآورده های خونی در ۳۱٪ موارد منجر به اختلال داخل عروقی منتشر (DIC) شده بود. در مطالعه Wong از ۱۹ بیمار هیستریکتومی شده، ۸ مورد (۴۲٪) دچار اختلال انعقادی شده بودند و در یک بررسی ۱۷ ساله از آمریکا بین ۲۰ تا ۲۵٪ افراد بر حسب نوع هیستریکتومی (توتال و ساب توتال) دچار DIC شده بودند<sup>۲۱،۲۲</sup>. اما در بین آسیب های احشایی رخ داده در بیماران ما بیشترین مورد آسیب مثانه بصورت پارگی بوده است و اکثریت آنها به دلیل چسبندگی های ناشی از سزارین قبلی و چسبندگی های جفتی رخ داده بود. در مقابل، بیشتر موارد تروماهای حالب بصورت بستن با بخیه در هیستریکتومی های ناشی از پارگی های رحمی رخ داده بود. پارگی رحم با ایجاد هماتومهای وسیع لگنی در ناحیه لیگامان های پهن و رترو پریتون آناتومی لگنی را بهم زده و جراح هنگام برقراری هموستاز ممکن است حالب را ببندد. Kwee و Imudia هم میزان آسیب های ادراری حین هیستریکتومی

#### References:

1. Munire EA, Esra SY, Banu Y, Zarif Y. Emergency peripartum hysterectomy. Eur J Obstet Gynecol Rep Biol. 2004; 113: 178-181.
2. Machado LS. Emergency peripartum hysterectomy: Incidence, indications, risk factors and outcome. N Am J Med Sci 2011; 3(8): 35
3. Flood KM, Said S, Geary M, Robson M, Fitzpatrick C, Malone FD. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades. Am J Obstet Gynecol 2009; 200: 632.
4. Fatu F, Annette MM, Denise JJ. Emergency peripartum hysterectomy: A comparison of cesarean

and postpartum hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 2004; 190: 1440-1444.

5. Yalinkaya A, Guzel AI, Kangal K. Emergency peripartum hysterectomy: 16-year experience of a medical hospital. J China Med Assoc 2010; 73(7): 360-3.

6. Kwee A, Bots ML, Visser GH, Bruinse HW. Emergency peripartum hysterectomy: A prospective study in the Netherlands. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006; 124(2): 187-92.

7. Jonathan S, B. Novak's Gynecology. (4th Edition). Lippincott Williams and Wilkins co 2010; (1): 567.

8. Saini J, Kucyzynski E, Gretz HF. (3th Edition) Supracervical hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: Perceived effects on sexual function. *BMC Womens Health* 2002; 2(1):1.
9. Sahin Z, Yusuf U, Yapark E.U, Guler S, Mansur K. peripartum hysterectomy in a teaching hospital in the eastern region of Turkey. *Eur J Obstet Gynecol Rep Biol* 2005; 120: 57-62.
10. Oyelese Y, Scorza WE, Mastrolia R, Smulian JC. Postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2007; 34(3): 421-41.
11. Doumauchtsis SK, Papageorghiou AT, Arulkumaran S. Systematic review of conservative management of postpartum hemorrhage: what to do when medical treatment fails. *Obstet Gynecol Surv* 2007; 62(8): 540-7.
12. Karoshi M. The B-Lynch uterine brace suture, and a bit of this and a bit of that. *Int J Gynecol Obstet* 2010; 108(3): 184-6.
13. Karen M, Soha S, Michael G, Michael R, Christopher F, Fergal DM. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200: 632.
14. Smith J, Mousa HA. Peripartum hysterectomy for primary postpartum haemorrhage: incidence and maternal morbidity. *J Obstet Gynaecol* 2007; 27: 44-7.
15. Forna F, Miles AM, Jamieson DJ. Emergency peripartum hysterectomy: a comparison of cesarean and postpartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:1440-4.
16. Glaze S, Ekwalanga P, Roberts G, Lange I, Birch C, Rosengarten A, et al. Peripartum hysterectomy 1999 to 2006. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 732-8.
17. Fatima M, Kasi PM, Baloch SN, Afghan AK. Experience of emergency peripartum hysterectomies at a tertiary care hospital in Quetta, Pakistan. *ISRN Obstet Gynecol*. 2011; 2011:854202. Epub 2011 29.
18. Kastner ES, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: experience at a community teaching hospital. *J Obstet Gynecol* 2002; 99(6): 971-5.
19. Knight M. Peripartum hysterectomy in the UK: management and outcomes of the associated haemorrhage. *BJOG* 2007; 114(11): 1380-7.
20. Bateman BT, Mhyre JM, Callaghan WM, Kuklina EV. Peripartum hysterectomy in the United States: nationwide 14 year experience. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206(1): 63.e1-8.
21. Wong TY. Emergency peripartum hysterectomy: a 10-year review in a tertiary obstetric hospital. *N Z Med J* 2011, 4; 124(1345): 34-9.
22. Imudia AN, Hobson DT, Awonuga AO, Diamond MP, Bahado-Singh RO. Determinants and complications of emergent cesarean hysterectomy: supracervical vs total hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203(3): 221-5.
23. Wright JD, Devine P, Shah M, Gaddipati S, Lewin SN, Simpson LL, et al. Morbidity and mortality of peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2010; 115(6): 1187-93.

## The survey of peripartum hysterectomy in Kermanshah's hospitals, 2007-2011

Fiiroozeh Veisi<sup>1\*</sup>,  
Kamran Salimi<sup>2</sup>, Maryam  
Zangeneh<sup>1</sup>

1. Department of Obstetrics and Gynecology, Imam Reza Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
2. Department of Medical laboratory Sciences, School of Paramedicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

**\*Corresponding Author:**  
Kermanshah, Imam Reza  
Hospital

**E-mail:** firoozehveisi@yahoo.com

### Abstract:

**Background:** Despite the development in maternal care peripartum hysterectomies are increasing. The purpose of this study is the survey incidence rate, indications, demographic features and complications of peripartum hysterectomies in Kermanshah's hospitals, 2007-2011.

**Methods:** 81 patients in 5 hospitals were studied during the years 2007-2011 in Kermanshah. Postpartum hysterectomy had been done on them during or within 24 hours after delivery.

**Results:** The rate of peripartum hysterectomy was one out of 1000 delivery. The mean age of mother was 34.3 years and the mean parity was 2.9. In 70.4% during cesarean and in 29.6% after vaginal delivery hysterectomy was done. Forty-four cases (54.3%) placenta adhesion, 19 cases (23.4%) uterine rupture, and 13 cases (13.4%) uterine atony were operated (hysterectomy). Cor pulmonale was the most common complication due to extensive bleeding and transfusion in 39 cases (48.1%). Vesicle trauma in 13 cases and ureteral trauma in 7 cases occurred. Maternal death occurred in two cases.

**Conclusion:** The amount of hysterectomy peripartum was similar to developed countries and lower than neighbor Asian countries. The highest rate was from placenta adhesion and then uterine rupture. Uterine rupture is also considered as a cause of maternal death. Decrease in cesarean without medical indications and paying more attention during vaginal delivery decreases peripartum hysterectomy and maternal death.

**Key words:** Peripartum hysterectomy, placenta adhesion, uterine atony.

### How to cite this article

Veisi F, Salimi K, Zangeneh M. The survey of peripartum hysterectomy in Kermanshah's hospitals, 2007-2011. J Clin Res Paramed Sci 2014; 3(1): 1-6