

A Rare Case Report of Cecal Rupture Following Cesarean Section

Ali Moradi¹   , Karim Aqerkakli²   , Maryam Abolghazi^{3*}   

1. Nurse, Student Research and Technology Committee, Golestan University of Medical Sciences, Golestan, Gorgan, Iran
2. Radiologist, Golestan University of Medical Sciences, Golestan, Gorgan, Iran
3. Master in Anatomical Sciences, Amir Al-Momenin Hospital, Kordkoi, Iran

Received: 2025/11/19

Accepted: 2026/05/16

Abstract

Background and objective: Cesarean section is generally considered a safe method of delivery. However, rare complications such as cecal rupture can lead to serious and life-threatening outcomes. Therefore, this study aimed to report a rare case of cecal rupture following cesarean section.

Case report: A 31-year-old female patient, ten days after undergoing a cesarean section (with a history of two previous C-sections), presented to the hospital with symptoms of abdominal pain, persistent fever, and decreased bowel movements. Clinical evaluations and imaging revealed septic peritonitis due to cecal rupture, necessitating laparotomy and colostomy placement. Treatment included broad-spectrum antibiotics, supportive medications and specialized nursing care.

Conclusion: Following clinical care and pharmacological treatment, paraclinical test results indicated a relative improvement. Additionally, clinical symptoms such as abdominal pain and swelling subsided, and the patient's fever resolved. Consequently, the patient was discharged.

***Corresponding Author:** Maryam Abolghazi

Address: Amir al-Momenin hospital, Jangal St, Kordkoi, Golestan Province, Iran.

Tel: +9809183539886

E-mail: Maryamabolqazi2@gmail.com

Keywords

Case report, Rare, Cecal Rupture, Cesarean Section.

How to cite this article: Moradi A, Aqerkakli K, Abolghazi M., A Rare Case Report of Cecal Rupture Following Cesarean Section, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2026; 33(2):992-1001. DOI: 10.30468/jsums.2026.8341.3385.

Introduction

Cesarean section is a surgical method of childbirth performed by incising the abdominal wall and the uterus, and is today recognized as one of the most common obstetric surgeries. Over the past five decades, its rate has dramatically increased, transforming from a purely emergency procedure to save the mother's life into a common method of childbirth.

Potential complications of cesarean section include hemorrhage, infection, formation of intrauterine adhesions, development of blood clots in the vessels of the lower extremities, and injury to internal abdominal organs. According to reports, the incidence of bowel perforation is higher in uterus-related surgeries compared to other organs.

Clinical manifestations of cecal rupture can vary, but in most cases, patients present with signs of diffuse peritonitis. Rupture of the cecal wall leads to leakage of intestinal contents into the peritoneal cavity, ultimately resulting in peritonitis.

All patients with peritonitis typically present with complaints of abdominal pain. This pain may have a sudden onset or may gradually increase in severity. In cases where the infection is not localized, the pain is perceived as diffusing throughout the abdomen, involving all abdominal regions.

The treatment of peritonitis varies depending on its underlying cause. However, the general principles of treatment are always based on three fundamental pillars: 1) elimination of the primary cause of peritonitis (e.g., repair of the intestinal perforation), 2) administration of appropriate antibiotics to control the infection, and 3) provision of supportive care and maintenance therapies to reduce serious complications such as vital organ failure.

Given the significant prevalence of cesarean section in Iran, documented reports of rare

complications such as cecal rupture following this procedure are very scarce. Moreover, international reports of this complication are also limited worldwide. This remarkable deficiency in scientific documentation creates an important gap in clinical knowledge and further underscores the necessity of recording and publishing similar cases to promote timely diagnosis and effective management of this high-risk complication. Therefore, this study intends to report a rare case of cecal rupture following cesarean section.

Methods and Case Presentation

A 31-year-old female patient with no prior medical history presented to the hospital's postpartum care unit on July 23, 2025, due to abdominal swelling and pain, arriving with the aid of a wheelchair. Ten days prior to her hospital visit, the patient underwent a cesarean section for her third delivery. Despite noticeable abdominal swelling, she was discharged the day after surgery. Until her return on July 23, she experienced persistent fever, which was managed using diclofenac suppositories. The symptoms of abdominal swelling and pain progressively worsened, eventually reaching an unbearable intensity. Additionally, during this approximately one-week period, a significant decrease in bowel movements was reported.

At the time of admission, the patient was alert and fully oriented to time, place, and person. Spontaneous breathing through the mouth and nose was present, with no signs of chest pain or shortness of breath. She maintained effective eye contact and verbal communication with the medical staff. At the time of admission, the patient's vital signs were recorded as follows: blood pressure 90/50 mmHg, respiratory rate 18 breaths per minute, heart rate 117 beats per minute, and body temperature 36.5°C, indicating relative hypotension and tachycardia.

The attending physician ordered laboratory tests and an abdominal and pelvic CT scan for the patient. The test results revealed that the levels of red blood cells (RBC = 3.39), hemoglobin (Hb = 9.6), hematocrit (HCT = 29.9), mean corpuscular hemoglobin concentration (MCHC = 31.5), and urea (Urea = 14) were below normal ranges. In contrast, white blood cell count (WBC = 12.1×10^3) and platelet count (Platelet = 1192) were elevated beyond normal limits. Other inflammatory markers also showed a significant increase; CRP remained positive throughout the course (ranging from 2+ to 3+), and ESR rose from 9 mm/hr at the beginning of hospitalization to over 116 mm/hr. These findings strongly indicated the presence of a severe and persistent systemic infection.

CT scan findings revealed extensive abdominal and peritoneal edema and inflammation, fluid accumulation in the perihepatic and right paracolic regions, and thickening of the peritoneum. These findings, along with the laboratory results, supported the diagnosis of secondary septic peritonitis due to cecal rupture. The patient's laboratory and paraclinical findings were consistent with the classic pattern of a severe systemic inflammatory response syndrome (SIRS) and abdominal sepsis. Marked leukocytosis in the initial days, its persistence, along with positive CRP and an ESR exceeding 100 mm/hr, clearly indicated active inflammation and infection. Moreover, marked thrombocytosis can be considered a reactive indicator of persistent inflammation. The progressive decline in hemoglobin and hematocrit levels, along with reduced red blood cell count, suggested the presence of inflammatory anemia or internal bleeding, findings which were consistent with cecal rupture and septic peritonitis. A mild elevation in INR at the time of admission suggested possible hepatic involvement or the onset of coagulation disorders associated with sepsis. On the day of admission (July 23), the patient's urea level was markedly elevated, which could be attributed to renal dysfunction resulting from sepsis, dehydration, or shock.

Given the clinical symptoms (i.e., severe abdominal pain, persistent fever), laboratory findings (i.e., marked leukocytosis, positive CRP, elevated ESR), and imaging results (i.e., presence of free fluid and extensive peritoneal inflammation), the patient was diagnosed with peritonitis with suspected visceral perforation and underwent emergency laparotomy. During the laparotomy, a rupture of the cecum was observed, which had led to extensive contamination of the abdominal cavity. The cecum was surgically exteriorized and connected to the skin surface. Currently, a colostomy bag is positioned in the right abdominal region, and fecal evacuation is being managed through the colostomy.

Based on the antibiogram results, the culture sample taken from the patient's wound showed growth of *Klebsiella* bacteria. The identified strain demonstrated resistance to the antibiotics gentamicin, amikacin, cefazolin, ceftazidime, clindamycin, and ciprofloxacin. These findings indicated the presence of a multidrug-resistant strain, which should be carefully considered when selecting appropriate antibiotic therapy. To reduce the infection, broad-spectrum antibiotics including Linezolid, Meropenem, and Vancomycin were prescribed for the patient. Additionally, several supportive medications were administered to improve the patient's general condition and prevent serious complications. These included Pantoprazole, Apotel (acetaminophen), Pethidine, Vitamin C, Heparin, Albumin, and B-complex vitamin.

The therapeutic interventions carried out for the patient included continuous monitoring of vital signs, care of the Foley catheter, regular dressing changes of the drain site with assessment of the exudate in terms of color, odor, and volume, adherence to dietary guidelines, and colostomy bag management. Colostomy care involved evaluating the condition of the skin surrounding the stoma, regular emptying of the bag contents, and periodic monitoring of the patient's level of consciousness and overall clinical status.

Following clinical care and pharmacological treatment, the results of paraclinical tests (e.g., WBC count and urea levels) returned to normal ranges. Hemoglobin (Hb) and hematocrit levels showed a relative improvement. Additionally, clinical symptoms including abdominal pain and swelling subsided, and the patient's fever resolved, collectively indicating a favorable recovery process.

Therefore, the combination of surgical, pharmacological, and nursing interventions led to the control of sepsis and a relative improvement in the patient's clinical condition. The patient was discharged on August 9th. During a follow-up phone call, the patient reported that the colostomy bag was still in place. According to the patient, the attending physician had stated that if intestinal healing occurs, the bowel segments will be surgically reconnected, and the patient's stool will once again pass through the rectum.

CONCLUSIONS

The findings of this study confirmed that in patients undergoing cesarean section, especially those with a history of multiple previous deliveries who present with persistent postoperative abdominal distension, early diagnosis and prompt intervention could prevent potentially fatal complications. Furthermore, structured patient education regarding warning signs after discharge plays a significant role in preventing diagnostic delay and reducing the likelihood of severe outcomes. Conducting larger-scale studies with statistically estimated sample sizes could contribute to a better understanding and prevalence of this complication and improve the quality of postpartum care.

ACKNOWLEDGMENTS

We would like to express our sincere gratitude to the patient and their respected family for granting their informed consent, thereby allowing us to use their data anonymously for this study.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflicts of interest.

گزارش یک مورد نادر پارگی سکوم پس از سزارین



*۳

، مریم ابوالقازی



۲

، کریم آق آرکاکلی



۱

، علی مرادی

۱. کارشناس پرستاری، کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۲. رادیولوژیست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۳. کارشناس ارشد علوم تشریح، بیمارستان امیرالمومنین (ع)، کردکوی، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۰۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: سزارین به عنوان روشی ایمن در زایمان شناخته می شود، اما بروز عوارض نادری چون پارگی سکوم می تواند پیامدهای جدی و تهدیدکننده حیات به همراه داشته باشد. لذا هدف از این مطالعه، گزارش یک مورد نادر پارگی سکوم پس از عمل سزارین می باشد.

گزارش مورد: بیمار خانم ۳۱ ساله، ده روز پس از جراحی سزارین (سابقه ۲ سزارین قبلی) با علائم درد شکمی، تب مداوم و کاهش دفع مدفوع به بیمارستان مراجعه نمود. بررسی های بالینی و تصویربرداری، پریتونیت سپتیک ناشی از پارگی سکوم را نشان داد که منجر به جراحی لاپاراتومی و تعبیه کولوستومی شد. درمان شامل آنتی بیوتیک های وسیع الطیف، داروهای حمایتی و مراقبت های پرستاری تخصصی بود.

نتیجه گیری: پس از انجام مراقبت های بالینی و دارودرمانی، نتایج آزمایشات پاراکلینیکی روند بهبودی نسبی را نشان داد. همچنین، علائم بالینی شامل درد و تورم شکمی کاهش و تب بیمار بهبود یافت، در نتیجه بیمار ترخیص گردید.

* نویسنده مسئول: مریم ابوالقازی

نشانی: ایران، استان گلستان، شهرستان کردکوی، خیابان جنگل، بیمارستان امیرالمومنین (ع)

تلفن: +۹۸۰۹۱۸۳۵۳۹۸۸۶

رایانامه:

Maryamabolqazi2@gmail.com

شناسه ORCID:

0000-0001-5538-7896

شناسه ORCID نویسنده اول:

0000-0002-1481-3964

DOI:

10.30468/jsums.2026.8341.3385

کلیدواژه ها:

گزارش مورد، نادر، پارگی سکوم، سزارین.

۱. مقدمه

سزارین یک روش زایمان جراحی است که با برش دیواره شکم و رحم انجام می‌شود و امروزه به‌عنوان یکی از شایع‌ترین جراحی‌های زایمانی شناخته می‌شود (۱). در پنج دهه اخیر میزان انجام آن افزایش چشمگیری یافته و از یک عمل صرفاً اضطراری برای نجات جان مادر، به یک روش رایج زایمان تبدیل شده است (۱، ۲). در سطح جهانی، نرخ زایمان به روش سزارین بین ۱۰ تا ۳۰ درصد گزارش شده است؛ با این حال، در ایران این میزان به‌طور قابل‌توجهی بالاتر بوده و حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد زایمان‌ها را شامل می‌شود. شایان ذکر است که نزدیک به ۹۰ درصد این موارد در مراکز درمانی خصوصی صورت می‌پذیرد (۳). از جمله عوارض احتمالی عمل سزارین می‌توان به خونریزی، بروز عفونت، ایجاد چسبندگی‌های داخل رحمی، تشکیل لخته‌های خونی در عروق اندام تحتانی و آسیب به اندام‌های داخلی شکم اشاره کرد (۴). بر اساس گزارش‌ها، بروز پارگی روده‌ها در جراحی‌های مرتبط با رحم نسبت به سایر ارگان‌ها شیوع بالاتری دارد (۵). علائم بالینی ناشی از پارگی سکوم می‌توانند متفاوت باشند؛ اما در بیشتر موارد بیماران با نشانه‌های پریتونیت منتشر مراجعه می‌کنند (۶). پارگی دیواره سکوم منجر به نشت محتویات روده به داخل حفره شکمی شده و در نهایت موجب بروز پریتونیت می‌گردد (۷).

حفره صفاقی به‌طور طبیعی محیطی استریل و عاری از میکروب می‌باشد؛ اما در صورت ورود عوامل عفونی ناشی از سوراخ‌شدگی روده، آپاندیس یا کولون، التهاب صفاق یا پریتونیت ایجاد می‌شود (۸). تمامی بیماران مبتلا به پریتونیت معمولاً با شکایت از درد شکمی مراجعه می‌کنند. این درد می‌تواند به صورت ناگهانی آغاز شود یا به تدریج شدت یابد. در مواردی که عفونت محدود نشده باشد، درد به صورت منتشر در سراسر شکم احساس می‌شود و تمامی نواحی شکمی را درگیر می‌کند (۸، ۹). برای شناسایی پریتونیت، معمولاً از آزمایش‌های خونی جهت بررسی نشانه‌های عفونت مانند افزایش تعداد گلبول‌های سفید استفاده می‌شود. همچنین از سونوگرافی یا سی‌تی‌اسکن به منظور تشخیص تجمع مایع در شکم، پارگی اندام‌های داخلی یا علائم التهاب صفاقی استفاده

می‌شود (۸). درمان پریتونیت بسته به عامل ایجاد کننده آن متفاوت می‌باشد. با این حال، اصول کلی درمان همواره بر سه محور اساسی استوار است: ۱- رفع علت اصلی ایجاد پریتونیت (مانند ترمیم سوراخ روده) ۲- تجویز آنتی‌بیوتیک‌های مناسب جهت کنترل عفونت ۳- ارائه مراقبت‌های حمایتی و درمان‌های نگهدارنده به منظور کاهش عوارض جدی مانند نارسایی ارگان‌های حیاتی (۹).

با توجه به شیوع قابل‌توجه زایمان سزارین در ایران، گزارش‌های مستند از عوارض نادری مانند پارگی سکوم پس از این عمل، بسیار اندک است. همچنین گزارش‌های بین‌المللی از این عارضه در سطح جهانی نیز محدود می‌باشد. این کمبود چشمگیر مستندات علمی، شکاف مهمی در دانش بالینی ایجاد کرده و ضرورت ثبت و انتشار موارد مشابه را جهت ارتقای تشخیص به‌موقع و مدیریت مؤثر این عارضه پرخطر، دوچندان می‌سازد. لذا این مطالعه با هدف گزارش یک مورد نادر پارگی سکوم پس از سزارین انجام شده است.

۲. معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۱ ساله (دارای ۲ فرزند) بدون سابقه بیماری قبلی در تاریخ ۱ مرداد ۱۴۰۴ به دنبال تورم و درد شکمی به کمک ویلچر به بخش مراقبت بعد از زایمان (Post Partum) بیمارستان مراجعه می‌کند. بیمار ۱۰ روز قبل از مراجعه به بیمارستان، جهت زایمان سوم، تحت جراحی سزارین قرار گرفت. علی‌رغم وجود تورم قابل‌توجه شکم - در روز پس از جراحی - بیمار از بیمارستان ترخیص گردید.

بیمار تا زمان مراجعه مجدد در تاریخ اول مرداد، به‌طور مداوم دچار تب بوده که با استفاده از شیاف دیکلوفناک کنترل شده است. علائم تورم و درد شکم به صورت پیشرونده تشدید یافته و در نهایت به حدی رسیده که برای بیمار غیرقابل تحمل شده است. همچنین در این بازه زمانی تقریباً یک هفته‌ای، کاهش قابل‌توجهی در دفعات دفع مدفوع گزارش شده است.

در زمان پذیرش، بیمار هوشیار بوده و به زمان، مکان و شخص آگاهی کامل داشته است. تنفس خودبه‌خودی از راه دهان و بینی برقرار بوده و علائمی از درد قفسه سینه یا تنگی نفس مشاهده نشده است. ارتباط چشمی و کلامی مؤثر با کادر

درمان برقرار نموده است. در زمان پذیرش، علائم حیاتی بیمار به شرح زیر ثبت گردید: فشار خون ۹۰/۵۰ میلی‌متر جیوه، تعداد تنفس ۱۸ بار در دقیقه، ضربان قلب ۱۱۷ ضربه در دقیقه و دمای بدن ۳۶/۵ درجه سانتی‌گراد؛ که نشان دهنده افت فشار خون نسبی و تاکی‌کاردی می‌باشد.

پزشک مربوطه برای بیمار درخواست آزمایش و سی‌تی اسکن شکم و لگن داد. نتایج آزمایشات نشان داد که مقادیر گلبول‌های قرمز (R.B.C=3.39)، هموگلوبین (Hb=9.6)، هماتوکریت (HCT=29.9)، میانگین غلظت هموگلوبین گلبول‌های قرمز (M.C.H.C=31.5) و اوره (Urea=14) کمتر از مقادیر نرمال و گلبول‌های سفید ($W.B.C=10^3 \times 12/1$) و پلاکت (Platelet=1192) بالاتر از حد نرمال بوده است.

شاخص‌های التهابی دیگر نیز افزایش چشمگیری داشتند؛ به‌طوری‌که CRP در تمام دوره مثبت (۲+ تا ۳+) بود و ESR از ۹ mm/hr در ابتدای بستری به بیش از ۱۱۶ mm/hr افزایش یافت. این یافته‌ها همگی مؤید وجود یک عفونت سیستمیک شدید و پایدار بودند.

یافته‌های تصویربرداری با سی‌تی اسکن شامل ادم و التهاب وسیع شکم و پریتون، تجمع مایع در نواحی پری‌هپاتیک و پاراکولیک راست و ضخیم‌شدگی پریتون بود که در کنار نتایج آزمایشگاهی، تشخیص پریتونیت سپتیک ثانویه به پارگی سکوم را تقویت می‌کرد.

روند آزمایش‌های خونی و پاراکلینیکی این بیمار با الگوی کلاسیک یک پاسخ التهابی سیستمیک شدید (SIRS) و سپسیس شکمی تطابق داشت. لکوسیتوز شدید در روزهای نخست و تداوم آن در کنار CRP مثبت و ESR بالاتر از ۱۰۰، به وضوح بیانگر فعال‌بودن التهاب و عفونت بود. علاوه بر این، ترومبوسیتوز شدید می‌تواند به‌عنوان یک شاخص واکنشی نسبت به التهاب پایدار در نظر گرفته شود.

کاهش پیشرونده هموگلوبین و هماتوکریت همراه با افت گلبول‌های قرمز نیز مطرح‌کننده آنمی التهابی یا خونریزی داخلی بود که با شرایط پارگی سکوم و پریتونیت سپتیک همخوانی دارد. افزایش خفیف INR در بدو پذیرش نشان‌دهنده درگیری احتمالی کبدی یا شروع اختلالات انعقادی ناشی از سپسیس بوده است. در روز پذیرش (۱ مرداد) اوره بسیار بالا بود که می‌تواند ناشی از اختلال عملکرد

کلیه ناشی از سپسیس، دهیدراتاسیون یا شوک باشد.

با توجه به علائم بالینی (درد شدید شکم، تب پایدار)، یافته‌های آزمایشگاهی (لکوسیتوز شدید، CRP مثبت و ESR بالا) و نتایج تصویربرداری (وجود مایع آزاد و التهاب وسیع صفاقی)، بیمار با تشخیص پریتونیت و شک به پارگی احشایی، تحت لاپاراتومی اورژانسی قرار گرفت.

در حین لاپاراتومی، پارگی سکوم مشاهده گردید که منجر به آلودگی وسیع حفره شکمی شده بود. سکوم طی جراحی به سطح پوست متصل گردید. در حال حاضر کیسه کولوستومی در ناحیه راست شکم قرار داشته و تخلیه مدفوع از طریق کیسه کولوستومی انجام می‌شود.



تصویر شماره ۱. استومی در محدوده راست شکمی پس از جراحی ایلوستومی



تصویر شماره ۲. رادیوگرافی KUB، نمای AP: پنموپریتون وسیع

ونکومایسین تجویز شد. همچنین، داروهای حمایتی متعددی جهت بهبود وضعیت عمومی بیمار و پیشگیری از بروز عوارض جدی‌تر تجویز گردید که شامل پنتوپرازول، آپوتل، پتدین، ویتامین C، هپارین، آلبومین و B کمپلکس می‌باشند. اقدامات درمانی انجام‌شده برای بیمار شامل: پایش مستمر علائم حیاتی، مراقبت از سوند فولی، تعویض منظم پانسمان درن و بررسی ترشحات از نظر رنگ، بو و حجم، رعایت رژیم غذایی، مراقبت از کیسه کولوستومی شامل بررسی وضعیت پوست اطراف استوما، تخلیه منظم محتویات کیسه و پایش سطح هوشیاری و وضعیت عمومی بیمار به صورت دوره‌ای می‌باشند.

پس از انجام مراقبت‌های بالینی و دارو درمانی، نتایج آزمایشات پاراکلینیکی از جمله شمارش گلبول‌های سفید (WBC)، سطح اوره به محدوده نرمال بازگشتند، هموگلوبین (Hb) و هماتوکریت روند بهبود نسبی نشان دادند. همچنین، علائم بالینی شامل درد و تورم شکمی کاهش یافته و تب بیمار بهبود یافته است که مجموعاً نشان‌دهنده روند مطلوب بهبودی می‌باشد.

بنابراین، مجموعه اقدامات جراحی، دارویی و پرستاری منجر به کنترل سپسیس و بهبود نسبی وضعیت بالینی بیمار گردید. بیمار در تاریخ ۱۸ مرداد ترخیص گردید. در تماس تلفنی با بیمار، وی بیان کرد که کیسه کولوستومی هنوز متصل است. به گفته او، پزشک معالج اعلام کرده که در صورت ترمیم روده‌ها طی جراحی، آن‌ها به یکدیگر متصل خواهند شد و مدفوع بیمار مجدداً از طریق مقعد دفع خواهد شد.

۳. بحث

این مطالعه با هدف گزارش یک مورد نادر پارگی سکوم بعد از عمل سزارین انجام شد. بیمار در تاریخ یکم مرداد به دنبال درد و تورم شدید شکم پس از سزارین، به بخش پس از زایمان مراجعه کرد. بررسی‌های بالینی و پاراکلینیکی نشان‌دهنده پریتونیت سپتیک ناشی از پارگی سکوم بود که منجر به لاپاراتومی اورژانسی و کولوستومی شد. پس از مراقبت‌های جراحی، دارویی و پرستاری، وضعیت بیمار بهبود



تصویر شماره ۳. نمای سائیتال سی تی اسکن بدون تزریق: تجمع مایع و ضخیم‌شدگی صفاق



تصویر شماره ۴. نمای سی تی اسکن شکم: پنموپریتون و وسیع همراه با سطح مایع - هوا

بر اساس نتایج آنتی‌بیوگرام، در بررسی نمونه کشت گرفته شده از زخم بیمار، رشد باکتری کلبسیلا (Klebsiella) مشاهده گردید. سویه مذکور نسبت به آنتی‌بیوتیک‌های جنتامایسین، آمیکاسین، سفازولین، سفتازیدیم، کلیندامایسین و سیپروفلوکساسین مقاومت نشان داده است. این یافته‌ها بیانگر وجود یک سویه مقاوم به چند دارو بوده و در انتخاب درمان آنتی‌بیوتیکی مناسب باید مدنظر قرار گیرد. به منظور کاهش عفونت، برای بیمار آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف شامل لینزولید (Linezolid)، مروپنم و

یافت و ترخیص گردید.

بیمار مورد نظر به دنبال درد و تورم پیشرونده شکمی به بیمارستان مراجعه نمود؛ یافته‌ای که در مطالعات متعدد به‌عنوان یکی از شایع‌ترین علائم اولیه پریتونیت گزارش شده است. درد شکمی در بیماران مبتلا به پریتونیت ممکن است به صورت ناگهانی آغاز شود یا به تدریج شدت یابد. در مواردی که عفونت به صورت موضعی کنترل نشده باشد، درد به شکل منتشر در سراسر شکم احساس شده و تمامی نواحی شکمی را درگیر می‌سازد (۸، ۹).

چند روز پیش از مراجعه مجدد به بیمارستان، بیمار تحت عمل جراحی سزارین قرار گرفته بود. با وجود تورم قابل توجه شکم در روز پس از جراحی، بیمار بدون بررسی دقیق ترخیص گردید. درد و تورم شکمی به صورت تدریجی شدت یافته و در نهایت به مرحله‌ای رسید که برای بیمار غیرقابل تحمل شد. این روند بالینی می‌تواند بیانگر یکی از عوارض شناخته‌شده جراحی سزارین (آسیب به احشاء شکمی) باشد. طبق شواهد موجود، احتمال آسیب و پارگی روده‌ها در جراحی‌های مرتبط با رحم نسبت به سایر ارگان‌ها بیشتر گزارش شده است که در این مورد نیز با پارگی سکوم و بروز پریتونیت سپتیک تأیید گردید (۴، ۵).

در روند تشخیص پریتونیت، آزمایش های خونی نقش کلیدی در شناسایی شاخص‌های عفونت ایفا می‌کنند؛ از جمله افزایش تعداد گلبول‌های سفید که به‌عنوان یکی از نشانه‌های بارز پاسخ التهابی سیستمیک شناخته می‌شود. در بیمار حاضر، نتایج آزمایشگاهی شامل کاهش مقادیر گلبول‌های قرمز، هموگلوبین، هماتوکریت، میانگین غلظت هموگلوبین گلبول‌های قرمز و اوره، همراه با افزایش قابل توجه گلبول‌های سفید و پلاکت، بیانگر وجود یک فرآیند التهابی شدید و پایدار بود. شاخص‌های التهابی دیگر نظیر CRP مثبت (۲+ تا ۳+) و افزایش چشمگیر ESR از ۹ به بیش از ۱۱۶ نیز این تشخیص را تقویت نمودند.

در کنار بررسی‌های آزمایشگاهی، تصویربرداری شکمی به‌ویژه سی‌تی اسکن، ابزار مؤثری در ارزیابی وضعیت صفاق و احشاء شکمی محسوب می‌شود. در این بیمار، یافته‌های سی‌تی اسکن شامل ادم و التهاب وسیع شکم و پریتون، تجمع مایع در نواحی پری‌هپاتیک و پاراکولیک راست و ضخیم‌شدگی

صفاق، همگی مؤید وجود پریتونیت سپتیک ثانویه به پارگی سکوم بودند. هم‌راستایی نتایج آزمایشگاهی و تصویربرداری، تشخیص نهایی را تسهیل کرده و ضرورت مداخله جراحی فوری را مشخص ساخت.

در جریان جراحی، کیسه کولوستومی در ناحیه راست شکم بیمار تعبیه شد و درمان دارویی با آنتی‌بیوتیک آغاز گردید. مراقبت‌های پرستاری شامل پایش مستمر علائم حیاتی، مراقبت از کولوستومی و ارزیابی منظم وضعیت عمومی بیمار بود. در نتیجه این مداخلات، علائم بالینی بهبود یافته و نتایج آزمایشگاهی روند درمانی مطلوبی را نشان دادند که منجر به ترخیص بیمار با وضعیت پایدار گردید. مطابق با مطالعات، درمان مؤثر پریتونیت بر سه محور اصلی استوار است: نخست رفع عامل زمینه‌ای (مانند ترمیم سوراخ روده)؛ دوم تجویز آنتی‌بیوتیک‌های مناسب برای کنترل عفونت؛ و سوم ارائه مراقبت‌های حمایتی و درمان‌های نگهدارنده برای پیشگیری از بروز نارسایی ارگان‌های حیاتی. روند درمانی در این بیمار نیز بر همین اصول مبتنی بوده و منجر به کنترل سپسیس و بهبود نسبی وضعیت بالینی گردید (۹).

یافته‌های این مطالعه با مطالعه Al-Balas و همکاران (۶) هم‌راستا است که پارگی سکوم را به‌عنوان عارضه‌ای نادر اما با مرگ‌ومیر بالا معرفی کرده‌اند. همچنین، مشابه مطالعه Larsson و همکاران (۴)، این مورد نشان می‌دهد که آسیب به احشاء شکمی از جمله روده‌ها می‌تواند یکی از عوارض جدی سزارین باشد که در صورت عدم تشخیص سریع، پیامدهای شدید به دنبال خواهد داشت.

سابقه قبلی سزارین می‌تواند چسبندگی داخل شکمی را افزایش دهد، سکوم را به دیواره رحم یا جداره قدامی شکم متصل و آن را در معرض آسیب مستقیم قرار دهد (۱۰). تشخیص زودهنگام، موجب پیشگیری از پیشرفت عفونت و تبدیل به سپسیس شدید و درمان پیچیده‌تر می‌شود (۷).

تورم شکمی می‌تواند یک نشانه اولیه از یک رخداد داخل شکمی مانند خونریزی یا شروع پریتونیت باشد (۸). برای بیمار با سابقه چندین جراحی شکمی که با تورم غیرمعمول شکم پس از عمل مواجه است، باید فهرست تشخیص‌های افتراقی گسترده‌تری در نظر گرفت. در چنین موردی، می‌توان با مانیتورینگ طولانی‌تر در بیمارستان احتیاط بیشتری به خرج

داد.

خود را به ما دادند، اعلام می‌کنیم.

ملاحظات اخلاقی

این گزارش مورد، به تصویب کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان با کد اخلاق IR.GOUMS.REC.1404.294 رسیده است. از جمله ملاحظات اخلاقی، محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات بیمار بود.

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان امور مربوط به مقاله و پیگیری‌های آن را بر عهده داشته‌اند.

حمایت مالی

هیچ‌گونه حمایت مالی برای این مقاله وجود نداشته است.

تضاد منافع

در انجام این مطالعه هیچ‌گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود نداشت.

۴. نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه مؤید آن است که در بیماران تحت سزارین (به‌ویژه با سابقه چندین زایمان قبلی) که با علامت تورم پایدار شکمی پس از عمل مراجعه می‌کنند، تشخیص زودهنگام و مداخله فوری می‌تواند از بروز عوارض بالقوه کشنده جلوگیری نماید. همچنین، آموزش ساختاریافته به بیماران در خصوص علائم هشداردهنده پس از ترخیص، نقش بسزایی در پیشگیری از تأخیر تشخیصی و کاهش احتمال بروز پیامدهای وخیم ایفا می‌کند. انجام مطالعات گسترده‌تر با حجم نمونه بیشتر در ایران می‌تواند به شناخت بهتر این عارضه و ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پس از زایمان کمک کند.

تشکر و قدردانی

مراتب قدردانی و تشکر خود را از بیمار محترم و خانواده محترم ایشان که با رضایت آگاهانه اجازه استفاده از اطلاعات

References

- [1]. Gholampour S, Ghanbarpour A, Bouzari Z, Naeimi Rad M, Yazdani S. Comparison of Maternal and Neonatal Outcomes in Vaginal Birth after Caesarean Section. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2024 Mar 10; 26:0. doi:10.22088/jbums.26.1.23.
- [2]. Woodward, Paula J. *Diagnostic Imaging: Obstetrics E-Book: Diagnostic Imaging: Obstetrics E-Book*. Elsevier Health Sciences, 2021.
- [3]. Moradi, Farideh, et al. Interventions in reducing caesarean section in the world: a systematic review. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*, 2019, 26:5: 21. doi:10.21315/mjms2019.26.5.3.
- [4]. Larsson C, Djuvfelt E, Lindam A, Tunón K, Nordin P. Surgical complications after caesarean section: A population-based cohort study. *PLoS One*. 2021 Oct 5; 16(10):e0258222. doi:10.1371/journal.pone.0258222.
- [5]. Aljohani, Alaa, et al. Migrated intrauterine device: case series report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 2023, 111: 108631. doi:10.1016/j.ijscr.2023.108631.
- [6]. Al-Balas H, Al-Balas M, Al-Wiswasy M. Idiopathic spontaneous cecal perforation: A rare pathology with high mortality. *Annals of Medicine and Surgery*. 2020 Dec 1; 60:518-21. doi:10.1016/j.amsu.2020.11.047.
- [7]. Teodoro TGW, Uzal FA, Streitenberger N, Samol MA, Henderson EE, Asin J. Colonic sand impaction with cecal rupture and peritonitis in an adult African savanna elephant, and review of noninfectious causes of gastrointestinal disease in elephants. *J Vet Diagn Invest*. 2023 Jan; 35(1):47-52. doi:10.1177/10406387221130024.
- [8]. Prada SF, Rodríguez JR, Gómez BB, Antolín GS. Peritonitis. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2024 Jun 1; 14(12):651-9. doi:10.1016/j.med.2024.06.002.
- [9]. Saraev AR, Nazarov SK. Patogenezi i klassifikatsiia rasprostranennogo peritonita [Pathogenesis and classification of advanced peritonitis]. *Khirurgiia (Mosk)*. 2019 ;(12):106-110. Russian. doi:10.17116/hirurgia2019121106.
- [10]. Yaghmaei, Minoo; Darvish, Soodabeh; Farmanbar, Seyed Mahbano. Cesarean Section Scar Characteristics in Subjects with and without Intra-abdominal Adhesions at Taleghani Hospital in Tehran, Iran in 2016. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 2018, 21:10: 1-6. doi:10.22038/ijogi.2018.12238.