CASE REPORT

Spontaneous Second-Trimester Uterine Rupture in a Scarred Uterus:A Rare Case Report

Flora Saghafi[1],
Arman Gouran[2]

[1] Obstetrician and Gynecologist, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
[2] General Physician, Head of Savadkouh Health and Treatment Network. Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari. Iran

(Received October 12, 2025; Accepted May 2, 2026)

Abstract

Background and purpose: Uterine rupture is a life-threatening obstetric emergency, most commonly occurring in the third trimester or during labor, particularly among women with a prior uterine scar. Spontaneous rupture in the second trimester is exceedingly rare. This study presents a case of uterine rupture to highlight the importance of timely diagnosis and the potential to reduce associated maternal morbidity and mortality.

Case Presentation:: A 29-year-old woman, gravida 2 para 1, at 24 weeks of gestation, presented with severe lower abdominal pain and moderate vaginal bleeding. She had a history of a previous cesarean section for failure to progress in labor. During the current pregnancy, she had been admitted at 16 weeks' gestation with abdominal pain and vaginal bleeding and reported a domestic altercation two days prior to hospital attendance, without any direct abdominal trauma. On admission, her hemoglobin dropped from 13.4 g/dL to 7.5 g/dL within one hour. Ultrasound demonstrated a viable fetus in transverse lie, along with a subchorionic hematoma and normal amniotic fluid volume. Due to rapid hemodynamic deterioration, emergency laparotomy revealed complete rupture along the previous cesarean scar with massive intra-abdominal hemorrhage. An emergency hysterectomy was performed. The patient recovered uneventfully and was discharged on postoperative day 5.

Conclusion: Although rare, uterine rupture should be included in the differential diagnosis of acute abdomen during the mid-trimester of pregnancy, particularly in women with a previous cesarean section or a history of abdominal trauma. Early recognition and prompt surgical intervention are essential for maternal survival.

Keywords: Uterine rupture, Second trimester, Cesarean scar, Acute abdomen, case report

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (257): 155-159 (Persian).

Corresponding Author: Flora Saghafi - Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
(E-mail: florasaghafi@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ۲۵۷ خرداد سال ۱۴۰۵ (۱۵۹-۱۵۵)

پارگی خودبه‌خودی رحم در سه ماهه دوم یک مورد نادر با علت نامشخص

فلورا ثقفی[۱]
آرمان گوران[۲]

چکیده

سابقه و هدف: پارگی رحم یک عارضه خطرناک مامایی است که معمولاً در سه ماهه سوم بارداری یا حین زایمان رخ می‌دهد و اغلب در زنان دارای سابقه جراحی رحمی مشاهده می‌شود. بروز خودبه‌خودی آن در سه ماهه دوم بارداری بسیار نادر است. این مطالعه با هدف بررسی یک مورد پارگی خودبه‌خودی رحم در سه ماهه دوم بارداری جهت کمک به تشخیص زود هنگام و کاهش میزان موربیدیته و مورتالیته می باشد.

خانمی ۲۹ ساله (G2P1) در هفته بیست و چهار بارداری با درد شدید زیر شکم و خونریزی واژینال متوسط به اورژانس مراجعه کرد. بیمار سابقه سزارین به‌علت عدم پیشرفت زایمان داشت و در این بارداری سابقه یک نوبت بستری به علت درد شکم و خونریزی در هفته ۱۶ بارداری داشت و دو روز پیش از مراجعه شرح حال یک مشاجره خانوادگی بدون هیچ‌گونه شرح حالی از تروما را ذکر می کرد. در بررسی‌ها علائم شوک هیپوولمیک و کاهش سریع هموگلوبین از ۱۳/۴ به ۷/۵ گرم/دسی‌لیتر مشاهده شد. سونوگرافی وجود جنین زنده در وضعیت عرضی، هماتوم ساب‌کوریونیک و حجم طبیعی مایع آمنیوتیک را نشان داد. بیمار به‌دلیل افت همودینامیک به‌سرعت تحت عمل لاپاراتومی اورژانس قرار گرفت که پارگی کامل رحم در محل اسکار سزارین قبلی مشاهده شد. به‌دلیل خونریزی گسترده، عمل هیسترکتومی انجام شد. بیمار پس از بهبودی بدون عارضه در روز پنجم مرخص گردید. پارگی رحم در سه ماهه دوم بارداری، هر چند نادر، باید در زنان دارای سابقه سزارین یا ضربه شکمی در فهرست تشخیص‌های افتراقی درد حاد شکمی در بارداری در نظر گرفته شود و می‌تواند با عوارض کشنده مرگ مادر و جنین و یا موربیدیته‌های مادری همراه باشد. تشخیص و مداخله سریع، کلید اصلی نجات جان مادر است.

واژه های کلیدی: پارگی رحم، سه ماهه دوم بارداری، اسکار سزارین، درد حاد شکمی، گزارش مورد

مقدمه

پارگی رحم می‌تواند به صورت کامل و یا پارشیال اتفاق بیفتد. پارگی کامل رحم به جدا شدگی همه لایه‌های رحم گفته می شود که می‌تواند هم برای مادر و هم برای جنین کشنده باشد(۱). پارگی به‌طور شایع‌تری در سه ماهه سوم حاملگی یا در طول لیبر به‌خصوص در رحم دارای اسکار قبلی پیش می‌آید. از ریسک فاکتورهای آن می‌توان مواردی چون سن بالای مادر، مولتی پریته، جفت اینکرتا، ماکروزومی، دیستوشی شانه، تروما و ختم بارداری با دارو اشاره کرد. پارگی خودبه‌خودی رحم قبل از لیبر در سه ماهه دوم حاملگی از وقایع بی نهایت ناشایع می‌باشد(۲، ۳).

مولف مسئول: فلورا ثقفی– ساری: کیلومتر ۱۸ جاده خزرآباد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری. ایران **E-mail:** florasaghafi@gmail.com
۱. متخصص زنان و زایمان، گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری. ایران
۲. پزشک عمومی، ریاست شبکه بهداشت و درمان سوادکوه. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری. ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۴/۷/۲۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۴/۷/۲۶ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۲/۱۲

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

میزان بروز پارگی رحم تقریباً ۰/۷ در هر ۱۰۰۰۰ زایمان در رحم بدون اسکار و ۱/۵ در هر ۱۰۰۰۰ زایمان در رحم دارای اسکار است(۴).

پارگی رحم ممکن است با عوارض کشنده مادری و جنینی همراه باشد و برای تشخیص نیاز به شک بالینی بالایی وجود دارد که در همراهی با یافته‌های تصویربرداری به خوبی می‌توان به تشخیص رسید(۱). در این مطالعه به معرفی یک مورد پارگی خودبه‌خودی رحم در سه ماهه دوم حاملگی در یک خانم جوان پرداخته شد. هدف از این مطالعه مورد کمک به تشخیص زودتر جهت کاستن از عوارض و موربیدیتی مادر و جنین می‌باشد.

بیمار خانمی ۲۹ ساله، G2P1L1، در هفته‌ی ۲۴ بارداری با شکایت درد شدید قسمت تحتانی شکم و خونریزی واژینال به اورژانس بیمارستان رازی قائم‌شهر مراجعه کرد. بیمار سابقه‌ی سزارین قبلی به علت عدم پیشرفت زایمان داشت. در زمان پذیرش، علائم حیاتی به شکل T =۳۸/۸ °C، PR =۱۰۵ pbm، RR =۱۸ bpm بود. هموگلوبین طی یک ساعت از ۱۳/۴ g/dL به ۷/۵ g/dL کاهش یافت.

در سونوگرافی اورژانسی، جنین زنده در وضعیت عرضی داخل رحم، همراه با مایع آمنیوتیک نرمال (AFI=24 cm) و وجود هماتوم ساب‌کوریونیک (۲۷×۲۷×۴۹ میلی‌متر) در سمت راست رحم مشاهده شد. به دلیل افت همودینامیک و شک به پارگی رحم، بیمار به‌سرعت به اتاق عمل منتقل و تحت لاپاراتومی اورژانس قرار گرفت. در حین جراحی، پارگی کامل در محل اسکار سزارین قبلی مشاهده شد که منجر به خروج نسبی جنین از حفره‌ی رحم و تشکیل هماتوم وسیع در خلف مثانه و داخل لگن شده بود. با توجه به حجم وسیع خونریزی و وضعیت شوک سپتیک، هیسترکتومی کامل انجام شد. طی عمل ۷ واحد گلبول فشرده، ۷ واحد FFP و ۷ واحد پلاکت تزریق گردید. پس از برقراری هموستاز، بیمار با حال عمومی مناسب به ICU منتقل شد و در روز پنجم پس از جراحی بدون عارضه خاصی ترخیص گردید. نمونه رحم و جفت جهت بررسی هیستوپاتولوژی ارسال و عدم یافته‌های پاتولوژیک خاص گزارش شد.

معرفی بیمار

مطالعه حاضر، پس از اخذ رضایت آگاهانه از بیمار و با تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مازندران، کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1404.210 انجام شد.

خانم ۲۹ ساله، G2P1L1، سن بارداری ۲۴ هفته که با خونریزی واژینال در حد منس و درد ناگهانی شکم به واحد تریاژ مامایی مراجعه کرد. در بدو مراجعه بیمار تب‌دار بود (T:۳۸/۸ دهانی) تاکی کاردی و آژیتاسیون داشت جهت انجام مراقبت‌های خاص در واحد لیبر پرخطر بستری شد. حاملگی اول به روش سزارین به علت عدم پیشرفت در زمان ترم انجام شده بود. هیچ بیماری زمینه‌ای خاصی نداشت و سابقه بیماری خانوادگی خاصی هم نداشت. در طی حاملگی اخیر تحت مراقبت‌های روتین از هفته ۷ بارداری قرار گرفته بود. تنها شرح حال مشکوکی از تروما رو طی نزاع با همسر دو روز قبل از مراجعه ذکر می‌کرد. ۳ هفته قبل از مراجعه اخیر به علت درد شکم در بیمارستان بستری شده بود و تحت سونوگرافی قرار گرفته بود که نرمال گزارش شده بود.

بیمار در ساعت ۱۳ با درد شدید قسمت تحتانی شکم که با استراحت بهبود نیافته بود همراه با خونریزی واژینال مراجعه کرده بود و بیمار آژیته بود. ضربان قلب جنین با سونی کید به طور نرمال شنیده شد. علائم حیاتی بدو مراجعه T ۳۸/۸ دهانی، PR: ۱۰۵، RR: ۱۸، BP: ۱۰۰/۶۰ بود. علائمی از عفونت در سایر نقاط بدن وجود نداشت. تندرنس در قسمت تحتانی شکم وجود داشت. در ابتدا هیدراتاسیون و احیا شروع شد. سوند فولی مجرای ادرار گذاشته شد و درخواست انجام سونوگرافی اورژانسی شد. در گزارش سونوگرافی جنین به‌طور عرضی در قسمت چپ شکم مادر و در داخل کاویته رحم، AFI:24CM، هماتوم ساب کوریونیک در سمت راست جسم رحم به

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

سایز ۲۷ *۲۷*۴۹ میلی متر، GA:24W+6D، وزن جنین، ۶۵۷ گرم گزارش شد. بعد از یک ساعت بیمار هیچ ادراری نداشت و غلظت هموگلوبین از ۱۳/۴ به ۷/۵ افت کرده بود. در معاینه واژینال سرویکس بسته بود و خونریزی واژینال به طور خفیف ادامه دار بود. با توجه به علائم بالینی بیمار شامل تاکی کاردی، تب، درد شکم، رحم هیپرتون، خونریزی واژینال و استیج ۴ شوک، تصمیم به لاپاراتومی اورژانس و تزریق فراورده‌های خونی گرفته شد. بعد از یک ساعت از پذیرش بیمار به اتاق عمل جهت لاپاراتومی اورژانس منتقل شد. رضایت آگاهانه برای بیهوشی جنرال و هیسترکتومی احتمالی گرفته شد. شکم با برش فان-اشتایل باز شد. یافته‌های حین جراحی بدین شرح بود که رحم در همان مکان اسکار قبلی سزارین پاره شده بود و جنین داخل ساک آمنیوتیک در حالی که حدود ۱۰ سانت بیرون از رحم قرار داشت، مشاهده شد. هماتوم بزرگی در کل جدار شکم، کف لگن و پشت مثانه وجود داشت و یک هماتوم بزرگ در بادی رحم تا قسمت فوندوس وجود داشت. تخمدان‌ها و لوله‌های رحمی هر دو طرف نرمال به نظر می‌رسید. جراحی با ۲ ژنیکولوژیست، ۱ جراح عمومی و ۱ اورولوژیست ادامه پیدا کرد. هیسترکتومی انجام شد، هموستاز صورت گرفت و شستشوی لگنی با سالین گرم انجام شد. درن داخل کلدوساک قرار گرفت. ۷ واحد پکسل، ۷ واحد FFP و ۷ واحد پلاکت حین عمل به بیمار تزریق شد و سپس به ICU منتقل شد. جنین با آپگار دقیقه اول ۲ و دقیقه ۵ صفر متولد شد. بیمار ۵ روز بعد از جراحی با حال عمومی خوب و بدون عارضه شدیدی مرخص شد. جفت و رحم برای بررسی هیستوپاتولوژیک به واحد پاتولوژی ارسال شد و نتایج یافته‌ی مهمی نداشت.

بحث

علائم بالینی پارگی رحم در اوایل بارداری غیر اختصاصی هستند و می‌تواند هم برای جنین و هم برای مادر کشنده باشد. پارگی رحم می‌تواند خودش را با درد شکم، خونریزی واژینال، شکم حاد و یا حتی مراحل پیشرفته‌ی شوک نشان دهد. ریسک فاکتورهای متعددی در مقالات مختلف برای پارگی رحم عنوان شده است که می‌توان به سن حاملگی بیش‌تر از ۴۰ هفته، سن بالای مادر، چندین اسکار سزارین قبلی و کم‌تر از ۱۸ ماه تا آخرین سزارین قبلی، اشاره کرد(۲). در گزارش مورد حاضر دو ریسک فاکتور، سابقه ی سزارین قبلی و ترومای احتمالی وجود داشت. سونوگرافی ارزش تشخیصی محدودی دارد و مداخله‌ی اورژانسی جراحی ممکن است برای نجات جان حیاتی باشد. درمان پارگی رحم به دو روش، یکی ترمیم اولیه نقص و حفظ رحم و یا هیسترکتومی در صورتی که خونریزی قابل کنترل نباشد، ممکن است. به‌هر حال تصمیم‌گیری بر اساس مورد، ممکن است متفاوت باشد(۵ ۶).

در این مورد تصمیم به هیسترکتومی به‌خاطر هماتوم‌های وسیع، تب و شوک سپتیک جهت حفظ حیات گرفته شد.

پارگی رحم باید در تشخیص‌های افتراقی هر خانم حامله با درد شکم مد نظر قرار گیرد.

یک سری ویژگی برای شک تشخیصی بالای پارگی رحم عنوان شده است که شامل سابقه‌ی اسکار قبلی روی رحم، سابقه‌ی قبلی سزارین، درمان جراحی سقط، استفاده از ابزارهای رحمی، اپیزود faint، تندرنس و ریباند تندرس و شرح حال تروما، می‌باشد.

می‌توان نتیجه گرفت که سونوگرافی به تنهایی نمی‌تواند معیار تشخیصی باشد و در صورت شک بالای بالینی اقدامات جراحی در موارد اورژانسی و اقدامات پیشرفته‌تر تصویربرداری می‌تواند از مورتالیتی مادری جلوگیری کند.

سپاسگزاری

در نهایت از دانشگاه علوم پزشکی مازندران و واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان رازی که در فرایند گزارش این مورد به تیم نویسندگان کمک نمودند تقدیر و تشکر می‌نماییم.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

References

1. Dimitrov D, Kastener AL, Kastener AN, Paping A, Henrich W, Braun T. Risk factors and outcomes associated with type of uterine rupture. Arch Gynecol Obstet 2022; 306: 1967 1977. PMID: 35284959.
2. Smith JF, Wax JR. Rupture of the unscarred uterus. in UpToDate. Available at: http://www.uptodate.com/contents/rupture-of-the-unscarred-uterus
3. Berghella V, Airoldi J, O'Neill AM, Einhorn K, Hoffman M. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior cesarean: a systematic review. BJOG 2009; 116: 1151 1157. PMID: 19438490.
4. Abdulwahab D, Ismail H, Nusee Z. Second-trimester uterine rupture: lessons learnt. Malays J Med Sci. 2014; 21:61-65. PMID: 25977625.
5. Ho W, Wang C, Hong S, Han H. Spontaneous uterine rupture in the second trimester: a case report. Obstet Gynecol Int J 2017; 6(4): 00211.
6. Kashyap P, Prasad S, Singh BC. A rare case of second-trimester uterine rupture in an unscarred uterus. Int J Med Res Health Sci 2017; 6: 105-107.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]