

گزارش یک مورد همراهی دکلمان جفتی با عفونت ویروس جدید کرونا

نویسندگان:

اطهر راسخ جهرمی^{۱*}، زهرا تشکر^۲، فاطمه احمدی^۳، طناز ترابی^۴، نوید کلانی^۴

۱- متخصص زنان و نازایی، مرکز تحقیقات سلامت و بیماری های زنان، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۲- متخصص زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۳- دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۴- کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مولفه های اجتماعی نظام سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.19, No.4, Winter 2022

چکیده:

مقدمه: شیوع دکلمان جفت ۴-۱٪ درصد است و عفونت های محل جراحی که یک عارضه شایع بعد از سزارین است، ۱۶-۱۴ درصد از کل عفونت های بیمارستانی را شامل می شود. مطالعه حاضر گزارش یک مورد همراهی دکلمان جفت با کووید-۱۹ مثبت است که چند روز بعد از سزارین اورژانسی، دچار عفونت محل انسزیون سزارین شد.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۳۴ ساله ای با تجربه بارداری چهارم خود بود که در سن حاملگی ۳۴ هفته دچار خون ریزی شدید واژینال و درد شکمی شده، با تشخیص دکلمان جفت تحت عمل سزارین اورژانس قرار گرفت. پنج روز بعد از عمل، آزمایش کووید-۱۹ بیمار مثبت اعلام شد. چون بیمار فاقد علائم بالینی بود و از نظر متخصص زنان نیز مشکل خاصی نداشت، مرخص شد. بیمار پنج روز بعد از ترخیص، بار دیگر با علائم درد و حساسیت شکمی، تب و لرز و ترشحات چرکی از محل انسزیون سزارین و واژن به بیمارستان مراجعه کرده که با اقدامات مناسب شامل شستشوی زخم، واژن و آنتی بیوتیک تراپی و لاپاراتومی به علت شک به وجود آبسه در محل انسزیون سزارین در نهایت ترمیم جدارشکم، با حال عمومی خوب و علائم حیاتی پایدار مرخص شد.

نتیجه گیری: با وجود پاندمی کرونا، پژوهش های زیادی در خصوص اثرات آن بر بارداری، جنین، جفت و نحوه زایمان و عفونت پس از سزارین انجام نشده است. برای بررسی این اثرات و با توجه به جدید بودن پاندمی کرونا نیاز به پژوهش های بیشتری احساس می شود. شاید ارتباط موثری بین کووید-۱۹ و دکلمان جفت و افزایش ریسک عفونت محل جراحی وجود داشته باشد.

واژگان کلیدی: کووید-۱۹، دکلمان جفت، عفونت محل زخم

Pars J Med Sci 2022;19(4):1-5

مقدمه:

می آید، یا با یکی از نشانه های عفونت از جمله تب، درد یا حساسیت، تورم موضعی، قرمزی یا گرما همراه است [۱]. عفونت های محل جراحی، سومین عفونت بیمارستانی است که به طور معمول گزارش می شود و ۱۶-۱۴ درصد از کل عفونت های بیمارستانی را تشکیل می دهد [۲]. این عفونت ها یک عارضه شایع پس از سزارین است و عمدتاً مسئول افزایش مرگ و میر مادران، نارضایتی بیماران، طولانی تر شدن زمان بستری در بیمارستان و

عفونت محل جراحی به صورت "عفونتی که در مدت یک هفته تا سی روز پس از عمل رخ می دهد" تعریف می شود. این نوع عفونت می تواند سطحی و یا عمقی باشد. عفونت سطحی فقط پوست و بافت زیرپوستی را درگیر می کند. عفونت عمقی، لایه های زیرین همچون عضله و حتی داخل شکم و دیگر اندام های داخلی را می تواند درگیر کند، که معمولاً با خروج چرک از محل جراحی یا ارگانیسم های جدا شده از بافتی که از محل جراحی به دست

* نویسنده مسئول، نشانی: متخصص زنان و نازایی. دانشگاه علوم پزشکی جهرم.

پست الکترونیک: drrasekh@yahoo.com

تلفن تماس: ۰۹۱۷۱۹۱۱۴۵۴

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۱۴

اصلاح: ۱۴۰۰/۰۸/۲۶

دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۰۶

شکمی، تهوع و استفراغ و ترشحات زرد رنگ و چرکی واژینال و همچنین ترشح از محل انسزیون سزارین می‌شود که بار دیگر به بیمارستان مراجعه می‌کند.

آزمایش های زیر در بدو ورود به بیمارستان برای بیمار درخواست می‌شود:

BUN, Creat, BG, RH, BS, Na, K, ESR, CRP, CBC, diff PT /PTT/INR/Fibrinogen level, U/A, U/C

بار دیگر بیمار بستری و آنتی‌بیوتیک‌های کلیندامایسین، جنتامایسین و آمپی‌سیلین برای وی شروع می‌شود. محل انسزیون سزارین بیمار شستشو و برای وی TVS و سونوگرافی شکم درخواست می‌شود. در گزارش سونوگرافی بیمار، سایز رحم 130×75 و ضخامت اندومتر نیر ۹ میلی‌متر اظهار می‌شود که با

توجه به پست پارتوم بودن بیمار نتیجه طبیعی می‌باشد. همچنین توده‌های اکوژنیک و ناهمگن در اسکار محل سزارین در قدام میومتریم دیده می‌شود که می‌تواند نشان دهنده آبنده محل انسزیون سزارین باشد. با توجه به مقدار هموگلوبین بیمار (۹/۷)، دو کیسه پک سل برای وی تجویز می‌شود. روز بعد بیمار برای دبریدمان محل انسزیون جدار شکم به اتاق عمل فرستاده می‌شود. بعد از عمل، برای وی آنتی‌بیوتیک‌های مروپنم، ونکومایسین، مترونیدازول و آمپول انوکسپارین شروع و آنتی‌بیوتیک‌های قبلی قطع می‌شود. پس از آن، برای وی سه بار در روز دبریدمان انسزیون جدار شکم درخواست و کشت از ترشحات واژینال و محل انسزیون جدار شکم انجام می‌شود. در کشت از ترشحات محل عمل انسزیون جدار شکم negative bacilli

gram E.coil رشد کرده بود. خروجی‌های کمی زرد رنگ واژینال بدون بو به مقدار نه چندان زیاد دیده می‌شود. برای بیمار سفتریاکسیمون، پنتازول و هپارین شروع و انوکسپارین قطع می‌شود. همچنین شستشوی واژینال هر شش ساعت با بتادین و نرمال سالین انجام می‌شود. در ویزیت روزانه بیمار توسط متخصص عفونی، سی تی اسکن HR درخواست می‌شود که با مشاهده پلورال افیوژن خفیف تا متوسط در ریه سمت راست بیمار، قبل از انجام TAP، ابتدا بیمار از نظر قلبی بررسی می‌شود که اکوی وی طبیعی و EF:60% داشته است. با این وصف، بیمار برای پلورال تپ فرستاده می‌شود که به علت کم بودن مقدار مایع پلورال افیوژن انجام TAP موفقیت آمیز نبوده و دو هفته بعد بیمار از قرنطینه کووید خارج می‌شود. در این زمان، حال عمومی و علایم حیاتی بیمار همگی پایدار و ترشحات واژینال مشاهده نمی‌شود. بافت گرانولیشن در انسزیون جدار شکم تشکیل شده بود. ده روز بعد بیمار سونوگرافی واژینال می‌شود که در نزدیکی محل سزارین، یک توده به ابعاد $16/5 \times 23 \times 19/7$ میلی‌متر با حجم $4/7$ سی‌سی و مقداری حباب هوا در آن دیده می‌شود. با

همچنین افزایش هزینه‌های درمان است [۳]. با شیوع ویروس کرونا، ابتلا مادران باردار نیز به دنبال آن افزایش داشته است [۴]. سایر عفونت‌های طیف ویروس کرونا با سقط جنین، زایمان زودرس، پره اکلامپسی، سزارین، مرگ پری ناتال، محدودیت رشد جنین و جدا شدن جفت همراه بوده است [۵]. در این گزارش موردی بیماری معرفی می‌شود که در سن حاملگی ۳۴ هفته، دچار خون ریزی شدید واژینال و درد شکمی شده و با تشخیص دکلمان جفت تحت عمل سزارین اورژانس قرار می‌گیرد. هدف از این گزارش بررسی ارتباط بین کووید-۱۹ با دکلمان جفت و عفونت محل جراحی بود.

معرفی بیمار:

بیمار خانمی ۳۴ ساله است که چهارمین حاملگی خود را تجربه می‌کند. بارداری‌های وی بدون تجویز داروی نازایی بوده و زایمان‌ها نیز همگی به روش طبیعی بود. بیمار مذکور سابقه سقط و مرده‌زایی نداشته و سن حاملگی بنا بر آخرین قاعدگی و سونوگرافی ۳۴ هفته و ۲ روز بوده است. در شرح حال گرفته شده از بیمار، سابقه بیماری اعصاب و روان بدون مصرف دارویی خاص، سابقه عمل کولسیستکتومی و هموروئیدکتومی ذکر شده است.

بیمار ابتدا با نامه پزشک متخصص زنان مینی بر کاهش حرکت جنین و سونوگرافی مشکوک به IUGR برای تحت نظر قرار گرفتن و بررسی‌های تکمیلی به بیمارستان شهید مطهری جهرم مراجعه می‌کند. علایم حیاتی بیمار در بدو ورود به شرح زیر بوده: (BP: 110/90 PR: 80 RR: 26 T: 36.2 FHR: 145)

نیم ساعت بعد از ورود به بیمارستان، وی دچار خون ریزی شدید واژینال و درد شکمی می‌شود که با تشخیص دکلمان جفت برای انجام عمل سزارین اورژانسی به اتاق عمل منتقل و جنین پسر با وزن ۲۲۵۰ گرم و نمره آپگار ۹ از ۱۰ متولد می‌شود. بیمار پس از بهبودی به بخش منتقل و برای وی آنتی‌بیوتیک‌های کلیندامایسین و جنتامایسین شروع و روز بعد از عمل، حال عمومی بیمار خوب گزارش می‌شود. آزمایش‌های هماتولوژی و انعقادی بیمار همگی طبیعی و سه روز بعد از عمل، هموگلوبین $7/3$ بوده است که به بیمار یک واحد پک سل داده می‌شود. در نوار قلب وی سینوس تاکی کاردی مشاهده می‌شود که با شک به PTE با توجه به مشاوه داخلی، سی تی اسکن Spiral chest و HR انجام می‌شود که نتیجه هر دو طبیعی بوده، اما با توجه به شاخص توده بدنی بالای بیمار انوکسپارین شروع می‌گردد. چهار روز بعد از بیمار آزمایش کرونا گرفته می‌شود که نتیجه مثبت بوده، اما چون بیمار علامت کلینیکی خاصی نداشته، توصیه به درمان سرپایی کووید-۱۹ می‌شود. بیمار روز پنجم بعد از عمل ترخیص می‌شود، ولی دو روز بعد از ترخیص از بیمارستان دچار تب و لرز، درد

این وصف، بیمار به منظور انجام عمل لاپاراتومی و بررسی آبسه، هماتوم و ترمیم انسزیون جدارشکم به اتاق عمل منتقل می‌شود. اندام های داخل شکم همگی طبیعی و آثاری از هماتوم، آبسه و چسبندگی در هیچ ناحیه ای مشاهده نمی‌شود. لاپاراتومی بیمار بر اساس گزارش رادیولوژیست در سونوگرافی مبنی بر وجود آبسه انجام شده بود، اما هیچگونه آثاری از آبسه و هماتوم مشاهده نشد که می‌تواند نشان دهنده خطای رادیولوژی باشد. پنج روز بعد از عمل، بیمار با حال عمومی خوب و تجویز داروی سفکسیم ۴۰۰ میلی‌گرم روزی یک بار و مترونیدازول ۵۰۰ میلی‌گرم روزی سه بار مرخص گردید.

بحث:

شیوع دکلمان جفت ۴-۱ درصد است. اگر چه امروزه بسیاری از عوامل خطر دکلمان جفت شناخته شده، اما علت اصلی آن هنوز بدون دلیل مشخص نیست. فشار خون بالا، کشیدن سیگار، پره اکلامپسی و سابقه دکلمان جفت قبلی از مهمترین عوامل خطر دکلمان جفت هستند. بیش از ۵۰ درصد موارد دکلمان جفت قبل از هفته ۳۷ بارداری خصوصاً در هفته ۲۴ تا ۲۶ بارداری اتفاق می‌افتد. گزارش موردی حاضر نیز در هفته ۳۴ بارداری، دچار دکلمان جفت شده که دارای عوامل خطر پاریته بیشتر مساوی ۳ (۱/۴-۱/۱ درصد) جنس جنین مذکر (۲/۳-۱/۱ درصد) بوده است [۶]. خون ریزی واژن ۷۰ درصد، درد شکم ۵۱ درصد، مایع آمنیوتیک خونی ۵۰ درصد، و ناهنجاری های ضربان قلب جنین ۶۹ درصد از شایع ترین تظاهرات دکلمان جفت است [۷]، که در بیمار مورد نظر نیز درد شکم و خون ریزی از واژن وجود داشت. دکلمان جفت با افزایش احتمال نیاز به سزارین و خون ریزی، انتقال خون پس از زایمان، زایمان زودرس، محدودیت رشد داخل رحمی یا وزن کم هنگام تولد، مرگ و میر قبل از زایمان و فلج مغزی همراه بوده و مادر و جنین هر دو در معرض پیامدهای جانبی آن هستند [۸]. شیوع عفونت بعد از زایمان ۶ درصد گزارش شده است که این درصد به دنبال سزارین ۷/۴ درصد و به دنبال زایمان واژینال ۵/۵ درصد است. از بین زنانی که سزارین شده‌اند خطر ماستیت ۱/۷ درصد عفونت مجاری ادراری ۱/۱ درصد، عفونت محل عمل به جز اندومتريت، ۳/۴ درصد و اندومتريت ۰/۸ درصد گزارش شده است [۹]. در حال حاضر شدت بیماری کووید-۱۹ در زنان باردار مشخص نیست [۱۰]. مطالعه انجام شده نشان می‌دهد که در وهان چین که مرکز اصلی عفونت کرونا بوده زنان باردار مبتلا بیشتر در معرض خطرهایی همچون سقط جنین، پره اکلامپسی و تولد نوزاد نارس و مرده هستند. بررسی پاتولوژی جفت هفت زن مبتلا به سارس که عامل آن نیز ویروس کرونا است، بزرگ شدن پرزها، رسوب هموسیدرین داخل وریدی و ویلیت

لنفویلاسماسیتیک نشان داده شده است و در یکی از این هفت مورد نیز دکلمان جفت مشاهده شده است [۱۱]. کسانی که درگیر کرونا شدیدتری می‌شوند، برای جلوگیری از عوارض پس از عمل و مرگ و میر بهتر است عمل جراحی الکتیو خود را هفت هفته بعد از تشخیص عفونت انجام دهند، مگر این که ضرر به تعویق انداختن عمل جراحی زیاد باشد [۱۲]. بیمار مورد نظر نیز شش روز بعد از تشخیص کووید ۱۹، جهت درپیدمان محل انسزیون جدارشکم به اتاق عمل فرستاده شد و ۱۶ روز پس از تشخیص نیز تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت. مرگ و میر مادران در اثر دکلمان جفت از ۸ درصد در سال ۱۹۱۷ به ۱ درصد کاهش یافته است و ۳/۳ درصد خطر کواگولوپاتی در بیماران با مرگ داخل رحمی جنین ثانویه به دکلمان جفت دیده شده است. نظر غالب این است که زایمان سریع کلید موفقیت دکلمان جفت است. از همین رو به جز در مواردی که برای انجام سزارین دلایل قوی وجود دارد، زایمان واژینال ترجیح داده می‌شود [۱۳]. برای بیمار مورد بررسی نیز به دلایل خون ریزی شدید واژینال، عدم مطلوب بودن سرویکس برای زایمان طبیعی و رفتن به سمت شوک هیپوولمیک، عمل سزارین ترجیح داده شد. مرگ و میر کلی مادران در بین بیماران بستری با عفونت‌های شدید پس از زایمان ۵ درصد گزارش شده است. سپسیس (۶۷ درصد) علت مرگ اکثر بیماران با زایمان سزارین است. شایع ترین روش اولیه به کار گرفته شده در عفونت‌های پس از زایمان، لاپاراتومی اکتشافی با شست و شو (۴۸ درصد) می‌باشد و ۲۸ درصد بیماران تحت درمان غیرجراحی قرار گرفتند و ۲۲ درصد نیز لاپاراتومی اکتشافی را با هیستریکتومی ساب توتال تجربه کردند [۱۴]. بیمار گزارش موردی حاضر نیز ابتدا تحت درمان آنتی بیوتیکی قرار گرفته و سپس به علت شواهدی دال بر وجود آبسه در سونوگرافی، تحت عمل لاپاراتومی اکتشافی قرار گرفت. عفونت‌های محل جراحی شایع‌ترین عفونت‌های اکتسابی در بیمارستان محسوب می‌شوند. در مطالعه ای که در سال های ۲۰۱۸، ۲۰۱۹ و ۲۰۲۰ روی بیماران انجام گرفت، تفاوت قابل ملاحظه ای در درصد عفونت‌های محل جراحی در سال های ۲۰۱۸ و ۲۰۱۹ نسبت به سال ۲۰۲۰ که پاندمی کرونا وجود داشت، مشاهده نشد [۱]. به نظر می‌رسد برای تایید این ارتباط نیاز به پژوهش های بیشتری در آینده باشد. در ارتباط با عفونت محل انسزیون سزارین این بیمار عوامل خطری همچون انجام سزارین اورژانسی، برش طولی انسزیون، آرمی و چاقی مطرح بود. اگرچه نتیجه آزمایش کووید بیمار مثبت بود، اما در مطالعه دیگری ارتباط موثری بین ویروس کرونا و افزایش خطر عفونت محل جراحی یافت نشد.

نتیجه گیری:

با وجود پاندمی کرونا هنوز پژوهش های زیادی در خصوص اثرات آن بر بارداری، جنین، جفت و نحوه زایمان و عفونت پس از سزارین انجام نشده است. با توجه به این که بیمار گزارش شده هیچ یک از عوامل خطر اصلی دکلمان جفت از جمله فشارخون بالا، سیگاری بودن، سابقه دکلمان جفت قبلی را نداشته، ولی با توجه به تاثیر کووید-۱۹ روی جفت می توان احتمال داد که بین کووید-۱۹ و دکلمان جفت ارتباط وجود دارد. برای تایید این موضوع با توجه به جدید بودن پاندمی کرونا نیاز به پژوهش های بیشتری است. شاید ارتباط موثری بین کووید-۱۹ و افزایش خطر عفونت محل جراحی مطرح باشد.

تشکر و قدردانی:

از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان پیمانیه شهرستان جهرم بابت همکاری در اصلاح این مقاله سپاسگزاری می شود. این مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جهرم با کد اخلاق IR.JUMS.REC.1400.056 قرار گرفته است.

تعارض منافع:

نویسندگان هیچگونه تعارض منافی را ذکر نکرده اند.

References:

1. Losurdo P, Paiano L, Samardzic N, Germani P, Bernardi L, Borelli M, et al. Impact of lockdown for SARS-CoV-2 (COVID-19) on surgical site infection rates: a monocentric observational cohort study. *Updates Surg.* 2020;14 : 1-9.
2. Smyth ET, Emmerson AM. Surgical site infection surveillance. *J Hosp Infect.* 2000 Jul;45(3):173-84.
3. Zejnullahu VA, Isjanovska R, Sejfiija Z, Zejnullahu VA. Surgical site infections after cesarean sections at the University Clinical Center of Kosovo: rates, microbiological profile and risk factors. *BMC Infect Dis.* 2019; 28;19(1):752.
4. Nikpour M, Behmanesh F, Darzipoor M, Sadeghi Haddad Zavareh M. Pregnancy outcomes and clinical manifestations of Covid-19 in pregnant women: A narrative review. *J Mil Med.* 2020; 22 (2):177-183. (Persian)
5. Kuhrt K, McMicking J, Nanda S, Nelson-Piercy C, Shennan A. Placental abruption in a twin pregnancy at 32 weeks' gestation complicated by coronavirus disease 2019 without vertical transmission to the babies. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2020;2(3):100135.
6. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90(2):140-9
7. Tikkanen M, Nuutila M, Hiilesmaa V, Paavonen J, Ylikorkala O. Clinical presentation and risk factors of placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(6):700-5.
8. Downes KL, Grantz KL, Shenassa ED. Maternal, labor, delivery, and perinatal outcomes associated with placental abruption: a systematic review. *Am J Perinatol.* 2017;34(10):935-957.
9. Yokoe DS, Christiansen CL, Johnson R, Sands KE, Livingston J, Shtatland ES, Platt R. Epidemiology of and surveillance for postpartum infections. *Emerg Infect Dis.* 2001;7(5):837-41.
10. Lai CC, Shih TP, Ko WC, Tang HJ, Hsueh PR. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *Int J Antimicrob Agents.* 2020;55(3):105924.
11. Shanes ED, Mithal LB, Otero S, Azad HA, Miller ES, Goldstein JA. Placental Pathology in COVID-19. *Am J Clin Pathol.* 2020 8;154(1):23-32.
12. El-Boghdadly K, Cook TM, Goodacre T, Kua J, Blake L, Denmark S, et al. SARS-CoV-2 infection, COVID-19 and timing of elective surgery: a multidisciplinary consensus statement on behalf of the association of anaesthetists, the centre for peri-operative care, the federation of surgical specialty associations, the Royal College of Anaesthetists and the Royal College of Surgeons of England. *Anaesthesia.* 2021;76(7):940-946.
13. Twaalfhoven FC, van Roosmalen J, Briët E, Gravenhorst JB. Conservative management of placental abruption complicated by severe clotting disorders. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1992 21;46(1):25-30.
14. Rwabizi D, Rulisa S, Findlater A, Small M. Maternal near miss and mortality due to postpartum infection: a cross-sectional analysis from Rwanda. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;20;16(1):177.

Case report of placental abruption with new coronavirus infection

Athar Rasekh Jahromi¹, Zahra Tashakor², Fatemeh Ahmadi³, Tannaz Torabi³
Navid Kalani⁴

Received: 2021.08.28

Revised: 2021.11.17

Accepted: 2021.12.05

1. Department of Gynecology, Women's Health and Disease Research Center, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
2. Department of Gynecology, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
3. Student Research Committee, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
4. Research center for social Determinants of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.19, No.4, Winter 2022

Pars J Med Sci 2022;19(4):1-5

Abstract:

Introduction:

Prevalence of pacemaker 0.4-1 Percentage of surgical site infections is reported in 14-16% of all nosocomial infections and is a common complication after cesarean section. The present study reports a case of covid-positive placenta abruption that develops a cesarean section infection a few days after emergency cesarean section.

Case Report:

The patient, a 34-year-old woman experiencing her fourth pregnancy, suffered severe vaginal bleeding and abdominal pain at 34 weeks of gestation and underwent emergency cesarean section at the diagnosis of placental abruption. 5 days after the operation, the patient was checked for Covid-19 PCR, which was positive. Because the patient had no clinical symptoms and was not a problem for women, he was discharged and was advised to visit on an outpatient basis. 5 days after discharge, the patient returned to the hospital with symptoms of abdominal pain and tenderness, fever, chills, and purulent discharge from the cesarean section and vaginal incision. The abscess at the site of the cesarean section was finally discharged with repair of the abdominal wall, in good general condition and with stable vital signs.

Conclusion:

Due to the recent spread of the corona pandemic, not much research has been done on its effects on pregnancy, fetus and placenta, and the manner of delivery and infection after cesarean section. But more research is needed to prove this, given the newness of the Corona pandemic, and there may be an effective link between covid 19 and placental abruption and an increased risk of surgical site infection.

Keywords: Covid 19, Placental Abruption, Wound Infection

* Corresponding author Email: Drrasekh@yahoo.com