مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید صدوقی یزد
دوره سیزدهم، شماره پنجم، زمستان ۱۳۸٤، صفحات ۸۵-۸۰

CASE REPORT

گزارش حاملگی شکمی اولیه

دکتر شمسی بیگی*

چکیده

مقدمه: بارداری نابه‌جا یک حالت بالقوه تهدیدکننده برای حیات می‌باشد که در آن رویان خارج از حفره آندومتر رحم قرار می‌گیرد. یکی از محلهای غیرمعمول این بیماری، حاملگی شکمی است که شاخص آن وجود کامل محصولات حاملگی خارج از سیستم تولیدمثل می‌باشد. حاملگی شکمی اولیه بسیار نادر است و با مرگ ومیر بالایی همراه است که اغلب تشخیص آن دیررس بوده و یا تشخیص داده نمی‌شود.

هدف از معرفی این بیمار آشنایی با یک مورد جدید حاملگی شکمی اولیه می‌باشد که علیرغم وجود سیکلهای قاعدگی طبیعی و کاربرد IUD به منظور جلوگیری از حاملگی در یک خانم ۲۴ساله به وقوع پیوست.این بیمار به دلیل درد شکم با توجه به شرایط بی‌ثبات و تست ادراری حاملگی مثبت تحت لاپاراتومی اورژانس قرار گرفت. در حفره شکم بیش از ۱۵۰۰ میلی‌متر خون وجود داشت رحم و لوله های فالوپ و تخمدانهای دوطرف طبیعی بودند و توده ای ۴×۳ سانتی متر در کناره خارجی لیگامان یوتروساکرال چپ مشهود بود که برداشته شد و به دلیل عدم مشاهده نخ IUD کورتاژ آندومتر نیز انجام شد که IUD خارج گردید. نتیجه هیستولوژیک توده مذکور و نسج ارسالی از کاویته رحم به ترتیب ویلوزیته جفتی و آندومتر ترشحی بود که با توجه به معیارهای Studdiford's Criteria بیمار مذکور یک مورد جدید حاملگی شکمی اولیه می‌باشد.

برای کاهش مورتالیته و موربیدیته بیمار، تشخیص زودرس حاملگی نابه‌جا اهمیت زیادی دارد لذا بر اساس بررسی انجام شده در متون و مورد مذکور میزان بالای ظن بالینی برای تشخیص زودرس بارداری خارج رحمی حیاتی است زیرا علایم و نشانه‌های بارداری با بعضی از حالات جراحی و ژنیکولوژی همپوشانی دارد.

با تشخیص زودرس این نوع حاملگیها می توان انتخاب های درمانی زیادی را پیشنهاد نمود و درعین حال می‌توان بیشترین تلاش را برای حفظ حداکثر توان باروری در آینده (در صورت تمایل بیمار) معطوف داشت و برای به حداقل رساندن موربیدیته بیماری و عوارض مربوط به درمان اقدام نمود.

واژه های کلیدی: حاملگی نابه‌جا، حاملگی شکمی اولیه، وسایل داخل رحمی (IUD).

مقدمه

بارداری نابه‌جا یا حاملگی خارج رحمی(Ectopic Pregnancy) یک حالت بالقوه تهدیدکننده برای حیات می باشد که در آن رویان خارج از حفره آندومتر رحم قرار می گیرد[۱]. تقریباً تمام حاملگی های نابه‌جا در لوله بروز می نمایند یعنی در ۹۶/۵ درصد بیماران مبتلا به حاملگی خارج رحمی، لانه گزینی در لوله فالوپ و معمولاً در ناحیه آمپولر است در جایی که به صورت طبیعی باروری در آنجا به وقوع می پیوندد[۱،۲]. حاملگی های نابه‌جای

* استادیار گروه زنان و زایمان و فلوشیپ نازایی
دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...
همراه: ۰۹۱۲۲۱۲۹۰۶۲ فاکس: ۰۲۱-۸۸۰۳۷۵۶۱
E-mail: sb 71137@yahoo.com
تهران – میدان ونک –خیابان ملاصدرا، بیمارستان بقیه ا...، الاعظم (عج) طبقه سوم، بلوک زایمان و یا دفتر گروه زنان وزایمان
تاریخ دریافت: ۸۳/۹/۱۰ تاریخ پذیرش: ۸٤/۹/۳

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

غیر لوله ای اگر چه نسبتاً نادر هستند ولی بیشتر مستعد ایجاد عوارض و خصوصاً خونریزی می باشند. یکی از محلهای غیر لوله ای ، حاملگی شکمی(Abdominal Pregnancy) می باشد که شاخص آن، وجود محصولات حاملگی بطور کامل خارج از سیستم تولید مثل می باشد که اغلب تشخیص داده نمی شوند[۲] و یا تشخیص آن دیررس می باشد[۳] و با مرگ و میر بالا، ۱۷ برابر بیش از سایر انواع حاملگی خارج رحمی و ۹۰ برابر بیش از حاملگی داخل رحمی همراه است و بر خلاف حاملگی لوله ای ، عود حاملگی نابه‌جا در محلهای غیر لوله ای نادر است [۲،۴،۵]. طبق بررسی گسترده انجام شده توسط Costa و همکاران، اولین حاملگی شکمی احتمالاً توسط Arab writer Albucasis در سال ۹۶۳ میلادی توصیف شد و اولین گزارش حاملگی شکمی اولیه توسط Gallabin در سال ۱۹۰۳ صورت گرفت[۶]، حاملگی شکمی به انواع اولیه و ثانویه تقسیم می شود که نوع ثانویه آن شایع تر می باشد و در نتیجهٔ سقط شدن حاملگی لوله ای یا پاره شدن آن و به ندرت پس از پارگی رحم ناشی از اسکار قبلی سزارین و یا پارگی رحم به دنبال سقط انتخابی و درمانی بروز می کند [۴،۵]. در هر حال در صورت تداوم رشد حاملگی شکمی ثانویه به طورتیپیک قسمتی از جفت به دیواره لوله متصل مانده و از محیط به ورای لوله رشد می کند و در روی ساختمانهای احاطه کننده لانه گزین می شود [۷].

حاملگی شکمی اولیه بسیار نادر می باشد یعنی خیلی به ندرت لانه گزینی صفاقی اولیه تخم بارور شده بروز می کند و به طور کلی Thomas و همکاران ۶ مورد حاملگی شکمی اولیه ثابت شده را گزارش نموده اند[۶،۷]. حاملگی شکمی در هر جایی از شکم یا کاویته لگن قابل لانه گزینی است احتمالاً شایع ترین محل سطح لگن و مجاور به دیواره خلفی لیگامان پهن رحم است البته می تواند در ارگانهای خارج لگن نظیر روده ها، کبد و طحال نیز بروز کند [۶] حاملگی شکمی اولیه با استقرار در امنتوم نیز گزارش شده است [۸] شیوع حاملگی شکمی ۱مورد از ۲۵۰۰۰-۳۳۰۰ تولد [۶] تا ۱مورد از ۱۰۰۰۰-۷۳۲ حاملگی متغیر است [۴،۹]

حاملگی شکمی اولیه بر طبق Studdiford's Criteria تشخیص داده می شود که شامل :

۱- وجود لوله ها و تخمدانهای طبیعی بدون شواهد حاملگی قبلی یا جدید

۲- عدم وجود شواهدی از فیستول جفتی رحمی

۳- وجود حاملگی منحصر به سطح صفاق و کم سن ، به نحوی که احتمال لانه گزینی ثانویه در اثر کاشت اولیه در لوله وجود نداشته باشد [۴].

استفاده از هر نوع روش جلوگیری از حاملگی تعداد حقیقی حاملگیهای نا به جا را کاهش می دهد زیرا با استفاده از این روشها تعداد و موارد کلی حاملگی کاهش می یابد . با وجود این در برخی از موارد شکست در جلوگیری از حاملگی ، افزایش در میزان حاملگی های نا به جا در مقایسه با حاملگی های رحمی رخ می دهد که نمونه های این حالات کاربرد عقیم سازی لوله ای(Tubal Sterilization) مصرف قرص مینی پیل که حاوی پروژستین تنها(Progestin-Only Minipill) می باشد و همچنین استفاده از (Intrauterine Device IUD) است [۷].

میزان حاملگی شکمی با افزایش کاربرد تکنیکهای کمک باروری (Assisted Reproductve Technology) مانند لقاح داخل آزمایشگاهی(In Vitro Fertilization) و انتقال داخل لوله ای گامت (Gamete Intrafallopian Transfer) افزایش یافته است و با آندومتریوز(Endometriosis) ، سل و کاربرد IUD همراهی دارد [۶].

طبق آخرین آمار منتشر شده در سال ۱۹۸۹ میزان حاملگی خارج رحمی ۱۶ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ حاملگی است که این ارقام نسبت به ۲۰ سال قبل ۵ برابر شده است [۴] میزان حاملگی خارج رحمی و لانه گزینی‌های آتیپیک با کاربرد روشهای کمک باروری افزایش یافته و حدود ۲/۸ درصد است و علت افزایش آن احتمالاً با عوامل لوله ای که سبب ناباروری می شوند مرتبط است[۷] عواملی که به طور ثابت سبب افزایش خطر حاملگی خارج رحمی لوله ای می شوند شامل سابقه بیماریهای التهابی لگن(Pelvic Inflamatory Disease) که با لاپاروسکوپی اثبات شده است ، سابقه حاملگی خارج رحمی قبلی، استفاده از IUD و

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

جراحی قبلی به دلیل نازایی می باشد[۴].

معرفی بیمار

در خردادماه ۱۳۸۲، خانمی ۲۴ ساله G_1P_1 به دلیل درد شکم در بیمارستان شهیدبهشتی شهرستان قروه- استان کردستان پذیرش و بستری گردید . درد بیمار از ۱۸ ساعت قبل از مراجعه از ناحیه سوپراپوبیک با ماهیت کولیکی شروع شده و با استفراغ همراه بود . در زمان بستری فشارخون بیمار ۵۰/۸۰ و تعداد نبض ۱۰۰/min، درجه حرارت طبیعی و TILT test منفی بود. بیمار رنگ پریده و در معاینه، شکم، نرم بود و تندرنس، به صورت متمرکز در ناحیه سوپراپوبیک بدون ریباند تندرنس وجود داشت. روش جلوگیری از حاملگی بیمار از یکسال قبل IUD بود و در سابقه قاعدگی بیمار تغییر طرح و نوع خونریزی وجود نداشت و تاریخ آخرین قاعدگی بیمار ۲ هفته قبل از مراجعه بود. در معاینه واژینال انجام شده IUD قابل مشاهده نبود و حرکات دهانه رحم دردناک بود رحم و آدنکسها نیز به دلیل عدم همکاری بیمار قابل ارزیابی نبودند .

تست حاملگی و شمارش سلولهای خونی سریعاً انجام شد و برای بیمار مایعات کریستالوئید شروع شد ، تست ادراری حاملگی مثبت و هموگلوبین ۱۰ gm/dl و تعداد گلبولهای سفید خون ۱۰۶۰۰cu/mm بود در فاصله کوتاهی پس از بستری به دلیل تشدید درد و افت پیشرونده فشارخون و عدم وجود امکانات سونوگرافی ، لاپاراتومی به صورت اورژانس انجام شد. در حفره شکم بیش از ۱/۵ لیتر خون به صورت تازه و لخته شده وجود داشت . لوله ها و تخمدانهای ۲ طرف و رحم طبیعی بودند. توده ای Complex به ابعاد ۴×۳ سانتی متر در فاصله ۲ سانتی متری از سمت خارجی لیگامان یوتروساکرال چپ حاوی لخته و نسج وجود داشت که به پریتوئن لایه خلفی لیگامان پهن چسبیده بود و خونریزی فعال از توده وجود داشت . لذا اقدام به برداشتن توده مذکور گردید و مناطق خونریزی در سطح پریتوئن ترمیم و هموستاز شد . سپس محتویات تخلیه شده از شکم و حفره لگن از نظر وجود IUD بررسی شدند که آثاری از آن به دست نیامد لذا اقدام به کاوش کاویته رحم با کورت نواک گردید که IUD خارج شد و همزمان کورتاژ سرتاسر آندومتر نیز صورت گرفت .

هم زمان با بستری بیمار، ترانسفوزیون خون نیز آغاز شد و مجموعاً ۴ واحد Pack cell دریافت نمود که پس از ترانسفوزیون، هموگلوبین بیمار به ۱۱/۵ gm/dl رسید و تیتراژ β hCG سرم نیز پس از یک هفته از عمل منفی بود. نتیجه آسیب شناسی نسوج ارسالی از لگن و توده مذکور ویلوزیته جفتی(Placental Villi) بود و از نسوج به دست آمده از کورتاژ نیز آندومتر ترشحی(Secretory Endometrium) گزارش گردید که تشخیص نهایی حاملگی خارج رحمی بود و با توجه به یافته های بالینی و مشاهدات حین عمل و همچنین یافته های پاتولوژی به دست آمده (طبق معیارهای تشخیصی Studdiford's criteria[۴]) بیمار به حاملگی شکمی اولیه مبتلا بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پیشرفت های شگفت انگیز در تشخیص و درمان حاملگی نابه‌جا که بالقوه کشنده می‌باشد صورت گرفته است به طوری که تا سال ۱۹۶۷ حدود ۹-۸ درصد بارداری‌های نابه‌جا قبل از پارگی تشخیص داده می‌شدند ولی با آزمون‌های حساس خونی برای تشخیص حاملگی و سونوگرافی ترانس واژینال تشخیص زودرس آن مقدور شده است لذا پیش آگهی آن به سوی حالت خوش‌خیم‌تر سوق داده شده است و هدف درمانی به جای پیشگیری از مرگ و میر در جهت کاهش موربیدیته و حفظ قدرت باروری می‌باشد و روشهای درمانی برای بارداری نابه‌جای پاره نشده در حال گسترش می‌باشد به طوری که از لاپاروسکوپی و شیمی درمانی با متوتروکسات می توان جهت درمان استفاده نمود . ولیکن با وجود چنین پیشرفتهایی، هنوز به عنوان یک مشکل عمده سلامتی است به طوری که در آمریکا با توجه به آمار بیماران بستری شده در بیمارستان، افزایش ۴ برابر در شیوع وجود دارد و علت اصلی مرگ ناشی از بارداری در سه ماهه اول بارداری را به خود اختصاص داده است[۱].

با توجه به تنوع وسیع اشکال بالینی که از موارد بدون علامت تا علایم شکمی حاد و شوک هیپوولمیک متغیر است تشخیص

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

حاملگی نابه‌جا پیچیده است و هیچ نوع یافته پاتوگنومونیک برای حاملگی خارج رحمی وجود ندارد[۱] در مورد حاملگی شکمی نیز تظاهرات بیماران به سن حاملگی بستگی دارد در سه ماهه اول و اوایل سه ماهه دوم ممکن است نشانگان همان علایم مربوط به حاملگی لوله‌ای باشند یعنی آمنوره، درد شکم، خونریزی غیرطبیعی و تست حاملگی مثبت[۴،۶] و در موارد حاملگی پیشرفته ممکن است بیمار از حرکات دردآور جنین در قسمت بالای شکم و یا کاهش ناگهانی حرکات جنین شکایت کند و با توجه به میزان بالای مرگ و میر پس از تشخیص حاملگی داخل شکمی مداخله جراحی ضروری است و دسترسی فوری به مقدار کافی خون امر اساسی می‌باشد و برحسب شرایط در مراحل دیررس حاملگی برخورد مناسب با خونریزی محل جفت و عروق صورت می‌گیرد[۴].

حاملگی خارج لوله‌ای حدود ۳/۵درصد موارد را تشکیل می‌دهد که از بین آنها حاملگی شکمی نادر و حدود ۲ـ۱ درصد تمام حاملگی‌ها را در بر می‌گیرد[۱،۱۰] و با وجود نادر بودن از جدیترین عوارض بارداری هستند و اغلب نسبت به حاملگی لوله‌ای در مراحل دیرتر تشخیص داده می‌شود و تشخیص زودرس آن مشکل است و سابقه بالینی، معاینه، سونوگرافی و تست‌های آزمایشگاهی اختصاصی نیستند[۱،۱۱]. زیرا این محل‌ها (تخمدان، شکم، شاخ رحم ،سرویکس) بیشتر از لوله رحم، خود را با بارداری گسترش یافته تطبیق می‌دهند و به نحو بسیار خوبی خونرسانی می‌شوند. به طوری که در نتیجه پارگی یا تهاجم تروفوبلاست به داخل عروق خونی ممکن است خونریزی زیادی را به وجود آورند. درمان مرسوم حاملگی نابه‌جای خارج لوله‌ای جراحی است و کاربرد درمان‌های غیرجراحی در این موارد غیرمعمول حاملگی نابه‌جا، محدود بوده است لذا ارایه پیشنهادی عمومی مشکل است و درمان براساس موقعیت و اندازه ساک بارداری نابه‌جا برای هر فرد انجام می‌شود[۱].

تشخیص زودرس حاملگی شکمی به عنوان وضعیت طبی اورژانس اهمیت فراوان داشته و با جراحی مناسب نتایج خوبی به دست می‌آید[۱۲،۱۳] لذا بهتر است شک و ظن زیاد به این تشخیص، قبل از عمل وجود داشته باشد به دلیل اینکه این نوع حاملگی در اغلب موارد تهدید کننده حیات بوده و یک یافته تصادفی درحین سونوگرافی ویا لاپاراتومی به دلایل دیگرمی‌باشد[۶]. در مورد نحوه مدیریت حاملگی شکمی اولیه با لاپاروسکوپ تجارب بسیار محدودی وجود دارد[۶] ولیکن در سال‌های اخیر با تشخیص زودرس حاملگی شکمی در سه ماهه اول با سونوگرافی واژینال امکان جراحی با لاپاروسکوپ در اوایل حاملگی مهیا شده است[۱۴،۱۵،۱۶،۱۷] از تزریق KCL نیز در حاملگی شکمی هتروتوپیک(Hetrotopic Pregnancy)به دنبال ترانسفر جنین فریز شده استفاده شده است[۶].

با توجه به بررسی انجام شده در متون، حاملگی شکمی اولیه با کاربرد IUD میتواند همراهی داشته باشد[۶]. یک مورد حاملگی شکمی اولیه با استقرار در امنتوم(Mental Ectopic Pregnancy) که همراه با کاربردIUD به منظور جلوگیری از بارداری بود در کشور هنگ کنگ گزارش شده است که بیمار به دلیل درد اپی گاستر و آنمی ابتدا تحت لاپاروسکوپی قرار گرفت که به جز هموپریتوئن توده ای مشهود نبود لذا لاپاراتومی صورت گرفت و ضایعه امنتوم به صورت پارشیل امنتکتومی برداشته شد و نتیجه پاتولوژی حاملگی گزارش گردید[۸]. در کشور هند نیز، چهارمین مورد حاملگی شکمی اولیه همراه با IUD گزارش گردید. بیمار خانم ۲۲ ساله ای بود که با شوک هموراژیک تحت لاپاراتومی قرار گرفت و لوله ها و تخمدانها نرمال و محصولات حاملگی درسطح خلفی رحم نزدیک به محل اتصال لیگامان یوتروساکرال به همراه بیش از ۲ لیتر خون در حفره شکم وجود داشت[۱۸] و با توجه به آمار منتشر شده فوق این مورد از حاملگی شکمی اولیه که همزمان با کاربرد IUD معرفی گردید به عنوان ششمین گزارش خواهد بود.

مواردی از گزارشات حاملگی شکمی اولیه با توده تخمدانی سروزسیست آدنوما (Serous Cyst Adenoma)[۱۲]، کوریوکارسینوما (Primary Abdominal Gestational Choriocarcinoma) [۱۹] و سندرم تحریک بیش از حد تخمدان (OHSS) شدید (Severe Ovarian Hyperstimulation Syndrome) وجود دارد [۲۰].

اگرچه گزارشاتی از بارداری شکمی وجود دارد که نوزاد زنده به

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

دنیا آمده است ولیکن پیش آگهی بارداری‌های پیشرفته در این محل ضعیف است [۱] و بقای پری ناتال بین ۲۵ـ۵ درصد و مالفورماسیونهای مادرزادی در حاملگی ترم ۴۰ـ۲۰ درصد می‌باشد. طبق گزارشات، مورتالیته حاملگی به طور معنی‌دار کاهش یافته است ولیکن هنوز خونریزی شایع‌ترین علت مرگ و میر مادر می‌باشد و موربیدیته مادری نیز کماکان بالا باقی مانده است که معمولاً ناشی از عفونت و چسبندگی به دلیل نکروز جفت می‌باشد [۶]. لذا میزان بالای ظن بالینی برای تشخیص زودرس بارداری نابه‌جا حتی در زنانی که هیچکدام از عوامل خطر در آنها وجود ندارد حیاتی است. چون علائم و نشانه‌های بارداری با بعضی از حالات جراحی و ژنیکولوژی همپوشانی دارد و هیچ یافته پاتوگنومونیکی ندارند لذا حاملگی خارج رحمی باید در همه زنان فعال از لحاظ جنسی و در سن باروری که دچار درد شکم یا خونریزی غیرطبیعی واژینال هستند در نظر گرفته شود. استفاده از عوامل ضدبارداری، حاملگی خارج رحمی را رد نمی‌کند زیرا بارداریهایی که بعد از شکست روشهای ضد بارداری رخ می دهند با احتمال بیشتر از نوع خارج رحمی است لذا تشخیص حاملگی خارج رحمی تنها بر پایه شرح حال و معاینه بالینی دشوار است و حفظ درجه بالای ظن بالینی ضروری است و در قدم اول غربالگری از نظر وجود حاملگی حتی در بین بیمارانی که از عوامل ضدبارداری استفاده می‌کنند لازم است. سونوگرافی ترانس واژینال نیز در تشخیص حاملگی خارج رحمی به یک روش مهم تبدیل شده است. از کلدوسنتز نیز به عنوان ابزار کمک کننده استفاده می‌شود و کورتاژ رحمی نیز در افتراق حاملگی داخل رحمی ناموفق از حاملگی خارج رحمی مفید است و در صورت وجود ویلوزیته احتمال حاملگی خارج رحمی را در اکثر بیماران رد می‌کند(به جز موارد نادر هتروتوپیک)و اگر فقط دسیدوآ یا واکنش آندومتری Arias-Stella در نمونه پاتولوژی یافت شود مطرح کننده حاملگی خارج رحمی است . در ضمن با تشخیص زودرس این نوع حاملگی‌ها انتخاب‌های درمانی زیادی را می‌توان عرضه نمود که شامل درمان جراحی، غیرجراحی و انتظاری است زیرا حاملگی خارج رحمی یکی از چند بیماری در کل علم پزشکی است که هم به روش طبی و هم به روش جراحی قابل درمان است و حتی برای درمان می‌توان از روش انتظاری استفاده نمود و با تداوم پیشرفت درمان‌ها احتمال دارد که روش‌های درمانی جدید به دست آیند. با وجود این تا وقتی که اطلاعات بیشتر در دسترس قرار نگرفته‌اند پزشک و بیمار بایستی خطرات و فواید شناخته شده و ناشناخته پیشنهادهای متعدد موجود را بسنجند و در عین حال که برای به حداقل رساندن موربیدیته بیماری و عوارض مربوط به درمان مبادرت می‌نمایند بیشترین تلاش را برای افزایش توان باروری در آینده (اگر چنانچه بیماران تمایل به باروری داشته باشند) به عمل آورند. تا اینکه حداکثر پتانسیل از نظر عملکرد تولید مثلی بیمار حفظ شود [۱].

تشکر و قدردانی

از راهنمایی های استاد ارجمند جناب آقای دکتر عباس افلاطونیان، دانشیار گروه زنان و زایمان و رئیس مرکز تحقیقاتی و درمانی ناباروری یزد و ازهمکاری آقای دکتر فرشاد صفری، متخصص بیهوشی، سرکارخانم دکتر ناهید منافی افخم، متخصص و مسئول محترم بخش پاتولوژی و همچنین پرسنل محترم و پرتلاش اتاق عمل و بخش زنان و مامایی و پاتولوژی بیمارستان شهیدبهشتی شهرستان قروه، استان کردستان و خانمها فریده حاتمی، مهناز بیگی و کبری اسدزاده که در تهیه این گزارش همکاری داشته اند تشکر می گردد.

References

1- Helen H. Kim, Janis H. Fox. The fallopian tube and ectopic pregnancy kenneth J. Yan, Ross S. ***Berkowitz, Kistner's Gynecology and Women's Health,*** Mosby, 1999; 7th edition: 143 – 165.

2- Leon Speroff, Robert H. Glass. ***Nathang. Kase, Ectopic Pregnancy, Charles Mitchell, Clinical***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

Gynecologic Endocrinology and Infertility, USA, Lippincott Willams & Wilkins, 1999; 6th edition: 1154.

3- Rieth Muller D, Courtois L. Ectopic Pregnancy managment: ***Cervical and Abdominal Pregnancies.*** J Gyn Obst Biol Reprod (Paris). 2003; 32 (7suppl): S 101-8.

4- Thomas G. Stavall, ***Eearly Pregnancy Loss and Ectopic Pregnancy***. Jonathans. Berek, Novak's Gynecology, USA, Lippincott Williams and Wilkins, 2002; 13th ed: 507-542.

5- Mark A. Damario, Johna. Rock. Ectopic Pregnancy, John A, Rock, Howard W. Jones, III, ***Telinde's Operative Gynecology, USA, Lippincott Williams and Wilkins,*** 2003; 9th ed: 507-536.

6- Larry C. Gilstrop III, F Gary Cuningham, J. Peter Vandorsten. ***Operative Obstetrics,*** McGraw-Hill, 2002; 2th ed: 345-354.

7- F. Gary Cunningham, Norman F Gant. ***Williams Obstetrics McGraw-Hill***, 2001; 21th ed: 883-910.

8- Wong WC , Wong BP , Kun KY , Lee CK. ***Primary Omental Ectopic Pregnancy*** . J Obst Gyn Res , 2004; 30:226-9 .

9- Jazayeri A ,Davis TA ,Contreras DN. ***Diagnosis and Managment of Abdominal Pregnancy.*** A case report . J Reprod Med . 2002; 47: 1047-9.

10- Garcia – Benitez CQ , Lira Plascencia J , Duenas Riano JJ. ***Conservative Managment of secondary Ectopic Abdominal Pregnancy***. Case report with literature review. Ginecol obst Mex. 2003; 71:181-6.

11- Paternoster DM , Santarossa C. ***Primary Abdominal Pregnancy*** . A case report . Minerva Gyn 1999; 51: 251-3 .

12- Pricop M, Tomosoiu C, Feurdean M, Musca S, ***Abdominal Pregnancy .Case report, Review of Literature***. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi 2000; 104 : 139-42.

13- Shin JS, Moon YJ , Kim SR. ***Primary Peritoneal Pregnancy Implanted on the Uterosacral Ligament :*** A case report . J Korean Med Sci . 2000 ; 15 : 359-62.

14- Tsudo T, Harada T, Yoshioka H. ***Laparoscopic Managment of Early Primary Abdominal Pregnancy*** , Obst Gyn. 1997;90:687-8.

15- Geisler JP, Cline M, Eskew N JR . ***Successful Laparoscopic Treatment of an Abdominal Pregnancy the Posterior cul-de-sac Clin Exp Obstet Gyn***. 2000; 27:83-4.

16- Szyllo K, Kamer–kejna. ***Early Primary Abdominal Pregnancy Treated by Laparoscopy***. Ginekol pol .1999 ; 70 : 98-100 .

17- Chung MT, Lin YS, WU MP, Huang KF. ***Laparoscopic Surgery for Omental Pregnancy.*** J Am Assoc Gyn Laparosc. 2002; 9:84-6.

18- Dasari P, Devi S. ***Primary Peritoneal Pregnancy: A case Report***. J Obst Gyn Res . 2000; 26 : 45-7.

19- Bailey Jl, Hinton EA, Ashfaq R, ***Primary Abdominal Gestational Choriocarcinoma***. Obst Gyn. 2003 ; 102 : 988-90.

20- Nakamura Y, Muso A , Sumit, Ogita S. ***Primary Abdominal Pregnancy Associated with Severe Ovarian Hyperstimulation Syndrome.*** Arch Gyn Obst. 2001; 262 : 233- 5 .

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]