

## CASE REPORT

### گزارش حاملگی شکمی اولیه

دکتر شمسی بیگی\*

#### چکیده

مقدمه: بارداری نابهجا یک حالت بالقوه تهدید کننده 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 تولید مثل می‌باشد. حاملگی شکمی اولیه بسیار نادر است و با مرگ و میر 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 ۲۴ ساله به وقوع پیوست. این بیمار به دلیل درد شکم با توجه به شرایط بی ثبات و تست ادراری حاملگی مثبت تحت لپاراتومی اورژانس قرار گرفت. در حفره شکم بیش از ۱۵۰۰ میلی متر خون وجود داشت رحم و لوله‌های فالوب و تخدمانهای دوطرف طبیعی بودند و توده ای  $3 \times 4$  سانتی متر در کناره خارجی لیگامان یوتروسکرال 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 نسخ 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 طن بالینی برای تشخیص زودرس بارداری خارج رحمی حیاتی است زیرا عالیم و نشانه‌های بارداری با بعضی از حالات جراحی و ژنیکولوژی همپوشانی دارد.

با تشخیص زودرس این نوع حاملگیها می‌توان انتخاب‌های درمانی زیادی را پیشنهاد نمود و در عین 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.

#### واژه‌های کلیدی: حاملگی نابهجا، حاملگی شکمی اولیه، وسایل داخل رحمی (IUD).

#### مقدمه

یک حالت بالقوه تهدید کننده برای حیات می‌باشد که در آن رویان خارج از حفره آندومتر رحم قرار می‌گیرد<sup>(۱)</sup>. تقریباً تمام حاملگی‌های نابهجا در لوله بروز می‌نمایند یعنی در  $96/5$  درصد بیماران مبتلا به حاملگی خارج رحمی، لانه گزینی در لوله فالوب و معمولاً در ناحیه آمپول است در جایی که به صورت طبیعی باروری در آنجا به وقوع می‌پوندد<sup>(۲)</sup>. حاملگی‌های نابهجا

بارداری نابهجا یا حاملگی خارج رحمی (Ectopic Pregnancy).

\* استادیار گروه زنان و زایمان و فلوریپ نازایی

دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...

همراه: ۰۹۱۲۲۱۴۹۰۶۲

۰۲۱-۸۸۰۳۷۵۶۱

فaks: sb 71137@yahoo.com

تهران - میدان و تک - خیابان ملاصدرا، بیمارستان بقیه ا...، الاعظم (عج) طبقه سوم،

بلوک زایمان و یا دفتر گروه زنان و زایمان

تاریخ دریافت: ۸۴/۹/۳

بلوک زایمان و یا دفتر گروه زنان و زایمان

تاریخ پذیرش: ۸۴/۹/۱۰

داده می شود که شامل :  
۱- وجود لوله ها و تخدمانهای 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 <sup>(۴)</sup> .

استفاده از هر نوع روش جلوگیری از حاملگی تعداد حقيقی حاملگیهای نابه جارا 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 نابه جارا 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 (Progestin-Only Minipill) که حاوی پروژستین تنها (Intrauterine Device IUD) می باشد و همچنین استفاده از <sup>(۵)</sup> .

میزان حاملگی شکمی با افزایش کاربرد تکنیکهای کمک باروری (Assisted Reproductive 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 <sup>(۶)</sup> .

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 <sup>(۴)</sup> میزان حاملگی خارج رحمی و لانه گزینی های آتبیک با کاربرد روش های 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 <sup>(۷)</sup> عواملی که به طور ثابت سبب افزایش خطر حاملگی خارج رحمی لوله ای می شوند شامل سابقه بیماریهای التهابی لگن (Pelvic Inflammatory Disease) که با لاپاروسکوپی اثبات شده است ، سابقه حاملگی خارج رحمی قبلی ، استفاده از IUD و

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 <sup>(۲)</sup> و یا تشخیص آن دیررس می باشد <sup>(۳)</sup> 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 نابه جا در محلهای غیر لوله ای نادر است <sup>(۴،۵)</sup> . 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 <sup>(۶)</sup> ، حاملگی شکمی به انواع اولیه و ثانویه تقسیم می شود که نوع ثانویه آن شایع تر می باشد و در نتیجه 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 <sup>(۴،۵)</sup> . در هر حال در صورت تداوم رشد حاملگی شکمی ثانویه به طور تبیک قسمتی از جفت به دیواره لوله متصل مانده و از محیط به ورای لوله رشد می کند <sup>(۷)</sup> و در روی ساختمانهای احاطه کننده لانه گزین می شود <sup>(۶)</sup> . حاملگی شکمی اولیه بسیار نادر می باشد یعنی خیلی به ندرت لانه گزینی صفاتی 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 <sup>(۶،۷)</sup> . 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 <sup>(۶)</sup> حاملگی شکمی اولیه با استقرار در امتنوم نیز گزارش شده است <sup>(۸)</sup> شیوع حاملگی شکمی امورد از ۲۵۰۰-۳۳۰۰ تولد <sup>(۶)</sup> تا ۱۰۰۰-۷۳۲ حاملگی متغیر است <sup>(۴،۹)</sup> .

حاملگی شکمی اولیه بر طبق Studdiford's Criteria تشخیص

جراحی قبلی به دلیل نازایی می باشد<sup>(۴)</sup>.

### معرفی بیمار

صورت گرفت.

هم زمان با بستری بیمار، ترانسفوزیون خون نیز آغاز شد و مجموعاً ۴ واحد cell Pack دریافت نمود که پس از ترانسفوزیون، هموگلوبین بیمار به  $11/5 \text{ gm/dl}$  رسید و تیتر از  $\beta \text{ hCG}$  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 کورتاز 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<sup>(۴)</sup> Studdiford's criteria) بیمار به حاملگی شکمی اولیه مبتلا بوده است.

### بحث و نتیجه گیری

پیشرفت های شگفت انگیز در تشخیص و درمان حاملگی نایه جا که بالقوه کشنده می باشد صورت گرفته است به طوری که تا سال ۱۹۶۷ حدود ۸۹ درصد بارداری های نایه جا قبل از پارگی تشخیص داده می شدند ولی با آزمون های حساس خونی برای تشخیص حاملگی و سونوگرافی ترانس واژینال تشخیص زودرس آن مقدور شده است لذا پیش آگهی آن به سوی حالت خوش خیم تر سوق داده شده است و هدف درمانی به جای پیشگیری از مرگ و میر در جهت کاهش موربیدیته و حفظ قدرت باروری می باشد و روش های درمانی برای بارداری نایه جای پاره نشده در حال گسترش می باشد به طوری که از لاپاروسکوپی و شیمی درمانی با متود روشکات می توان جهت درمان استفاده نمود. ولیکن با وجود چنین پیش فتهایی، هنوز به عنوان یک مشکل عمدۀ 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<sup>(۱)</sup>.

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

در خردادماه ۱۳۸۲، خانمی ۲۴ ساله G<sub>1</sub>P<sub>1</sub> به دلیل درد شکم در بیمارستان شهید بهشتی شهرستان قروه- استان کردستان پذیرش و بستری گردید. درد بیمار از ۱۸ ساعت قبل از مراجعته از ناحیه سوپر اپویک با ماهیت کولیکی شروع شده و با استفراغ همراه بود. در زمان بستری فشارخون بیمار  $50/80 \text{ mmHg}$  و تعداد نبض  $100/\text{min}$ ، درجه حرارت طبیعی و TILT test منفی بود. بیمار رنگ پریده و در معاینه، شکم، نرم بود و تندرنس، به صورت مت مرکز در ناحیه سوپر اپویک 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 مراجعته 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  $10 \text{ gm/dl}$  و تعداد گلوبولهای سفید خون  $10600 \text{ cu/mm}^3$  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  $1/5 \text{ لیتر}$  خون به صورت تازه و لخته شده وجود داشت. لوله ها و تخدمانهای ۲ طرف و رحم طبیعی بودند. توده ای Complex به ابعاد  $3 \times 4 \times 2 \text{ سانتی متر}$  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 کورتاز سرتاسر آندومتر نیز

حاملگی در اغلب موارد تهدید کننده حیات بوده و یک یافته تصادفی در حین سونوگرافی ویسا لاپاراتومی به دلایل دیگرمی باشد<sup>(۶)</sup>. در مورد نحوه مدیریت حاملگی شکمی اولیه با لپاروسکوپ تجارب بسیار محدودی وجود دارد<sup>(۶)</sup> ولیکن در سالهای اخیر با تشخیص زودرس حاملگی شکمی در سه ماهه اول با سونوگرافی واژینال امکان جراحی با لپاروسکوپ در اوایل حاملگی مهیا شده است<sup>(۱۷)</sup> از تزریق KCL نیز در حاملگی شکمی هتروتوپیک (Heterotopic Pregnancy) به دنبال ترانسفر جنین فریز شده استفاده شده است<sup>(۶)</sup>.

با توجه به بررسی انجام شده در متون، حاملگی شکمی اولیه با کاربرد IUD میتواند همراهی داشته باشد<sup>(۶)</sup>. یک مورد حاملگی شکمی اولیه با استقرار در امتنوم (Mental Ectopic Pregnancy) که همراه با کاربرد IUD به منظور جلوگیری از بارداری بود در کشور هنگ کنگ، گزارش شده است که بیمار به دلیل درد اپی گاستر و آنمی ابتدا تحت لپاروسکوپی قرار گرفت که به جز همپریتوئن توده ای مشهود نبود لذا لپاراتومی صورت گرفت و ضایعه امتنوم به صورت پارشیل امتكنومی برداشته شد و نتیجه پاتولوژی حاملگی گزارش گردید<sup>(۸)</sup>. در کشور هند نیز، چهارمین مورد حاملگی شکمی اولیه همراه با IUD گزارش گردید. بیمار خانم ۲۲ ساله ای بود که با شوک همراه ایک تحت لپاراتومی قرار گرفت و لوله ها و تخدمانها 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<sup>(۱۸)</sup> و با توجه به آمار منتشر شده فوق این مورد از حاملگی شکمی اولیه که همزمان با کاربرد IUD معرفی گردید به عنوان ششمين گزارش خواهد بود.

مواردی از گزارشات حاملگی شکمی اولیه با توده تخدمانی<sup>(۱۹)</sup>، سروزیست آدنوما (Serous Cyst Adenoma) Primary Abdominal Gestational کوریوکارسینوما (Choriocarcinoma) و سندرم تحریک بیش از حد تخدمان (OHSS) شدید<sup>(۲۰)</sup> (Severe Ovarian Hyperstimulation Syndrome) وجود دارد<sup>(۲۰)</sup>. اگرچه گزارشاتی از بارداری شکمی وجود دارد که نوزاد زنده به

حاملگی نابه جا پیچیده است و هیچ نوع یافته پاتوگنومونیک برای حاملگی خارج رحمی وجود ندارد<sup>(۱)</sup> 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 لوله ای باشند یعنی آمنوره، درد شکم، خونریزی غیرطبیعی و تست حاملگی مثبت<sup>(۴,۶)</sup> و در موارد حاملگی پیشرفتی 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 می باشد و برحسب شرایط در مراحل دیررس حاملگی برخورد مناسب با خونریزی محل جفت و عروق صورت می گیرد<sup>(۴)</sup>.

حاملگی خارج لوله ای حدود ۳/۵ درصد موارد را تشکیل می دهد که از بین آنها حاملگی شکمی نادر و حدود ۱-۲ درصد تمام حاملگی ها را در بر می گیرد<sup>(۱,۱۰)</sup> و با وجود نادر بودن از جدیترین عوارض بارداری هستند و اغلب نسبت به حاملگی لوله ای در مراحل دیرتر تشخیص داده می شود و تشخیص زودرس آن مشکل است و سابقه بالینی، معاینه، سونوگرافی و تست های آزمایشگاهی اختصاصی نیستند<sup>(۱,۱۱)</sup>. زیرا این محل ها (تخمدان، شکم، شاخ رحم، سرویکس) بیشتر از لوله رحم، خود را با بارداری گسترش یافته تطبیق می دهند و به نحو بسیار خوبی خونرسانی می شوند. به طوری که در نتیجه پارگی یا تهاجم تروفوبلاست به داخل عروق خونی ممکن است خونریزی زیادی را به وجود آورند. درمان مرسوم حاملگی نابه جای خارج لوله ای جراحی است و کاربرد درمان های غیرجراحی در این موارد غیرمعمول حاملگی نابه جا، محدود بوده است لذا ارایه پیشنهادی عمومی مشکل است و درمان براساس موقعیت و اندازه ساک<sup>(۱)</sup> بارداری نابه جا برای هر فرد انجام می شود<sup>(۱)</sup>.

تشخیص زودرس حاملگی شکمی به عنوان وضعیت طبی اورژانس اهمیت فراوان داشته و با جراحی مناسب نتایج خوبی به دست می آید<sup>(۲۱,۲۲)</sup> لذا بهتر است شک و ظن زیاد به این تشخیص، قبل از عمل وجود داشته باشد به دلیل اینکه این نوع

دیدوآ 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 تمايل به باروری داشته باشند) به عمل آورند. تا اینکه حداکثر پتانسیل از نظر عملکرد تولید مثلی بیمار حفظ شود<sup>(۱)</sup>.

### تشکر و قدردانی

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

### 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*

دینا آمده است ولیکن پیش آگهی بارداری‌های پیش‌رفته در این محل ضعیف است<sup>(۲)</sup> و بقای پری ناتال بین ۵-۲۵ درصد و مالفورماسیونهای مادرزادی در حاملگی ترم ۴۰-۲۰ درصد می‌باشد. طبق گزارشات، مورتالیته حاملگی به طور معنی دار کاهش یافته است ولیکن هنوز خونریزی شایع ترین 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<sup>(۳)</sup>. لذا میزان بالای ظن بالینی برای تشخیص زودرس بارداری نابه جا 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 در نمی‌کند زیرا بارداریهایی که بعد از شکست روش‌های ضد بارداری رخ می‌دهند 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 کلدوستز 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 ویژگیهای احتمال حاملگی خارج رحمی را در اکثر بیماران رد می‌کند (به جز موارد نادر هتروتوپیک) و اگر فقط

*Health*, Mosby, 1999; 7th edition: 143 – 165.

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

- Gynecologic Endocrinology and Infertility*, USA, Lippincott Williams & Wilkins, 1999; 6th edition: 1154.
- 3- Rieth Muller D, Courtois L. Ectopic Pregnancy management: *Cervical and Abdominal Pregnancies*. J Gyn Obst Biol Reprod (Paris). 2003; 32 (7suppl): S 101-8.
- 4- Thomas G. Stavall, *Early 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 Cunningham, 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 Management of Abdominal Pregnancy*. A case report . J Reprod Med . 2002; 47: 1047-9.
- 10- Garcia – Benitez CQ , Lira Plascencia J , Duenas Riano JJ. *Conservative Management 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 Management 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- Szylo 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 .