

گزارش یک مورد حاملگی شکمی

*دکتر فریبا میربلوک (M.D)^۱ - دکتر حبیب ا... مرادی (M.D)^۲ - دکتر زهرا مرادی (M.D)^۳ - دکتر ویدا امینی (M.D)^۴ -

دکتر حسین همتمی (M.D)^۵

*نویسنده مسئول: رشت، خیابان نامجو، بیمارستان الزهرا

پست الکترونیک: faribamirblouk@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۵/۲۹ تاریخ پذیرش: ۸۶/۱۲/۴

چکیده

حاملگی شکمی از موارد بسیار نادر حاملگی خارج رحمی است که خطر مرگ و میر بالایی برای مادر و جنین به همراه دارد. این حالت زمانی اتفاق می افتد که ساک حاملگی در محلی غیر از رحم، تخمدان‌ها و لوله‌های رحمی جایگزین شود. حاملگی شکمی خطرناک بوده و غالباً به درستی از سایر موارد حاملگی خارج رحمی تشخیص داده نمی‌شود. تشخیص صحیح حاملگی شکمی در مراحل اولیه برای پیشگیری از عوارض خطرناک آن ضروری است. این مورد، اولین گزارش حاملگی شکمی طی ۲۰ سال اخیر در بیمارستان الزهرا(س) است.

بیمار زنی ۲۳ ساله، نولی بار با سابقه هفت سال نازایی اولیه بود که پس از مصرف کلومیفن باردار شده و بدنال قطع قاعدگی، مثبت شدن نتیجه آزمایش حاملگی و لکه بینی سونوگرافی شکم شد. با توجه به علائم بالینی و نبودن ساک حاملگی در فضای داخل رحم با تشخیص سقط ناقص کورتاژ شد. چهار ماه بعد بدلیل تداوم نشانه‌های بارداری مجدداً سونوگرافی شد که گزارش آن حاملگی شکمی با جنین ۲۷ هفته بود. بیمار بلافاصله بستری و توسط تیم پزشکی جراحی شد. جراحی بدون هیچ عارضه‌ای خاتمه یافت و بیمار مدت کوتاهی پس از جراحی با وضعیت عمومی خوب مرخص شد.

کلید واژه: آبستی خارج از رحم/ برش دیواره شکم

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هفدهم شماره ۶۷، صفحات: ۱۰۶-۱۰۱

مقدمه

هفته به داخل لگن، جابجایی دهانه رحم، دیلایه نشدن دهانه رحم مطابق با افزایش سن بارداری، لیبر کاذب و نبود انقباض رحم در پاسخ به تحریک با اکسی‌توسین (۵-۲، ۹، ۱۰ و ۱۴). تشخیص حاملگی شکمی و افتراق آن از مواردی نظیر جفت سرراهی یا حاملگی داخل رحمی به همراه دژنره شدن فیروئیدها دشوار (۵، ۱ و ۱۰) و معمولاً برپایه یافته‌های بالینی - سِرولوژی و سونوگرافی است، هر چند که غالباً با تاخیر انجام می‌شود. دقیق‌ترین روش تشخیص حاملگی شکمی MRI است که روشی ارزشمند در اثبات محل جفت در حفره پریتون و بررسی چسبندگی آن می‌شود (۱۴ و ۱۷). حاملگی شکمی که بتواند به مرحله ترم برسد بسیار نادر است و معمولاً با جراحی اورژانس است که خاتمه می‌یابد، زیرا به طور بالقوه تهدیدکننده حیات مادر بوده و آمار مرگ و میر ناشی از آن ۷/۷ بار بیش از حاملگی لوله و ۹۰ بار بیشتر از حاملگی داخل رحم است. بخصوص در پیشرفت حاملگی میزان مرگ مادر حتی تا ۳۰٪ نیز گزارش شده است (۳، ۱۸ و ۲۰) علاوه بر مادر، وضعیت جنین نیز در بارداری شکمی پرمخاطره است. میزان مرگ و میر جنین از ۳۰ تا ۹۵٪ و

حاملگی شکمی یکی از موارد نادر حاملگی خارج رحمی است. این حالت زمانی اتفاق می افتد که ساک حاملگی در محلی غیر از رحم، تخمدان‌ها و لوله‌های رحمی جایگزین شود. فراوانی حاملگی شکمی به طور مستقیم با فراوانی حاملگی خارج رحمی ارتباط دارد (۴-۱). تقریباً ۱ تا ۲٪ از کل حاملگی‌ها، خارج رحمی هستند و ۱ تا ۴٪ از حاملگی‌های خارج رحمی در فضای پریتون اتفاق می‌افتند، در منابع مختلفی بروز حاملگی شکمی از ۱ در ۱۰۲۰۰، ۱ در ۸۰۰۰ تا حتی ۱ در ۲۲۰۰ از کل حاملگی‌ها گزارش شده است (۵-۱۳). در آمریکا از هر ۱۰۰۰۰۰ مورد تولد، زنده ۱۰/۹ و از هر ۱۰۰۰ مورد حاملگی خارج رحمی ۹/۲ مورد حاملگی شکمی اتفاق می‌افتد (۱۶-۱۴). گرچه این وضعیت نسبتاً غیرمعمول محسوب می‌شود، اما نبایستی از عوارض و تشخیص‌های افتراقی آن غافل شد. علائم و نشانه‌های حاملگی شکمی شامل این موارد است: دردهای شکمی راجعه یا مداوم، خونریزی واژینال، علائم گوارشی در سه ماهه دوم و سوم، غیرطبیعی بودن قرار جنینی، دردناک بودن حرکت جنین، لمس راحت اجزای جنین از روی شکم، پایین آمدن رحم با اندازه ۱۰-۱۲

بروز ناهنجاری در آن بین ۱۰۰-۳۰٪ متغیر است (۳، ۱۲ و ۲۱). لذا بدلیل احتمال بالای مرگ و میر، برخی از پزشکان ختم حاملگی را توصیه می کنند، اما در این خصوص توافق نظر وجود نداشته و برخی دیگر سن حاملگی را مبنای تصمیم گیری قرار می دهند. چون تشخیص حاملگی شکمی اغلب غیرقطعی بوده و با شک همراه است لذا آمادگی قبلی برای جایگزینی خون از دست رفته و ارزیابی مقدار واقعی آن وجود ندارد، به علاوه چسبندگی های گسترده و خونریزی مقاوم نیز انجام جراحی را از لحاظ تکنیکی مشکل نموده و به رغم تلاش بسیار، اغلب، روده ها و رحم شدیداً آسیب می بیند. (۳) بنابراین، اهمیت تشخیص زود هنگام حاملگی شکمی با سونوگرافی واژینا در آن است که امکان اداره لاپاراسکوپی آن را فراهم می سازد (۲۲-۲۷).

حاملگی خارج رحمی تهدید کننده بالقوه حیات است لذا برای پیشگیری از عوارض خطرناک آن تشخیص در مراحل اولیه ضروری است.

بیمارستان آموزشی - درمانی الزهرا(س) در شهر رشت یک مرکز ارجاع در استان گیلان با آمار زایمانی در حدود ۵۰۰۰ مورد در سال است. این گزارش، اولین مورد حاملگی شکمی در ۲۰ سال اخیر در این بیمارستان است که با وجود پیشرفته بودن سن حاملگی، درمان آن به نحو مطلوب و با موفقیت انجام شد.

معرفی بیمار:

بیمار زن ۲۷ ساله، نولی پار، با سابقه هفت سال نازایی بود که به دنبال سه دوره مصرف کلومیفن برای تحریک تخمک گذاری بارداری شده بود. وی به دنبال تاخیر قاعدگی و آزمایش حاملگی (BHCG) مثبت، به دلیل لکه بینی به پزشک مراجعه و بدین علت پزشک معالج، برای وی سونوگرافی شکم درخواست کرد.

در سونوگرافی ساک حاملگی در فضای داخل رحم گزارش شد. بنابراین، جهت بررسی بیشتر سونوگرافی واژینا انجام شد که در نظریه آن با توجه به یک ماه خونروی واژینا، کانون اکوژن مشکوک به لخته در فضای داخل رحم گزارش شد. برحسب این شواهد، بیمار با

شک به سقط ناقص کورتاژ شد اما دریافت نتیجه آسیب شناسی را پی گیری نکرد. پس از کورتاژ دوره هایی از لکه بینی به همراه تهوع داشت که به پزشک مراجعه نمود. اما ۴ ماه پس از کورتاژ، بدلیل قطع قاعدگی، بزرگی شکم و ترشح شیر از پستان ها مستقیماً به یک کلینیک سونوگرافی مراجعه کرد و سونوگرافی شکم انجام داد که گزارش آن حاملگی شکمی با جنین ۲۷ هفته و شدیداً الیگوهدرآمینوس با مشخصات زیر بود:

۱- وجود نزدیکی بیش از حد بین جنین و دیواره شکمی در مقایسه با حالت طبیعی؛

۲- نبود دیواره ای سالم بین جنین و ساک حاملگی با دیواره شکم یا مثانه

۳- مشاهده جفت به صورت یک توده گلوبال در داخل فضای پریتون؛

۴- مشاهده جنین در ساک حاملگی خارج رحم (مشاهده رحم منفک از ساک حاملگی).

بیمار فوراً در بیمارستان الزهرا(س) بستری شد و پس از آزمایش های معمول، ذخیره خون و فراورده های خونی و آمادگی روده گروه پزشکی متشکل از متخصص زنان، متخصص بیهوشی و جراح عروق، وی را جراحی با برش عمودی کردند.

در لاپاراتومی، ساک حاملگی حاوی جنین و شدیداً الیگوهدرآمینوس در قدام فضای پریتون مشاهده شد. لوله رحم چپ، تخمدان ها و رحم کاملاً سالم و مقداری از جفت به شیپور لوله رحمی راست وصل بود. پس از آمنیوتومی، جنین ۲۷ هفته، دختر و دچار ناهنجاری جمجمه و اندام ها به وزن ۸۵۰ گرم و آپگار نوزادی ۰-۱ متولد شد. اما بلافاصله بعد از تولد بدلیل نارس بودن درگذشت. جفت به کل امتوم و نیز مقداری به فیمبریای لوله رحمی سمت راست متصل بود که تماماً و بدون هیچ عارضه خارج شد به طوری که نیازی به تزریق خون پیدا نشد. جراحی موفقیت آمیز بود و بیمار ۴ روز بعد با وضعیت عمومی خوب مرخص شد.

بحث و نتیجه گیری

حاملگی شکمی وضعیتی بالقوه خطرناک است که شیوع آن در سال‌های اخیر در کشورهای توسعه یافته و نیز در کشورهای در حال توسعه، به دلیل استفاده از روش‌های کمک باروری روبه افزایش است (۲۸). حاملگی شکمی را براساس محل لانه‌گزینی جنین و سن حاملگی به دو گروه اولیه و ثانویه تقسیم می‌کنند. چنانچه تخم، قبل از هفته دوازدهم بارداری در مرحله بلاستوسیست با حفظ ۳ ویژگی زیر در حفره شکم جایگزین شود، حاملگی شکمی از نوع اولیه محسوب می‌شود که به ندرت اتفاق می‌افتد: ۱- هردو لوله یا تخمدان در شرایط طبیعی باشند و شواهدی از صدمه اخیر یا قدیمی مطرح نباشد-۲- شواهدی از فیستول اوتروپیتونئال دیده نشود. ۳- ارتباط نزدیک محصول حاملگی با سطح صفاق و لانه‌گزینی زودرس به حد کافی وجود داشته باشد تا احتمال لانه‌گزینی اولیه آن در لوله رد شود (۳). اکثر حاملگی‌های شکمی ثانویه و به دنبال سقط در لوله رحم یا پاره شدن زودرس جدار آن در اثر رشد حاملگی لوله‌ای هستند که در این صورت احتمال دارد بخشی از چسبندگی‌ها به لوله حفظ و خون مورد نیاز از این محل تامین شود (۲، ۲۹ و ۳۰). در این گزارش، چسبندگی جفت به لوله رحمی راست کاملاً مشهود بود لذا حاملگی از نوع ثانویه محسوب می‌شود.

عوامل اتیولوژی حاملگی شکمی نیز شبیه سایر حاملگی‌های اکتوپی است، بیماران بیشتر از گروه کم درآمد هستند که به صورت مرتب در مدت حاملگی مراقبت نمی‌شوند. در این بیماران سابقه سقط‌های خودبخودی، نازایی طولانی مدت، ناهنجاری‌های لوله‌ای، جراحی آدنکس‌ها، بیماری التهابی لگن، حاملگی لوله‌ای یا شکمی قبلی و اندومترئوز نیز وجود دارد و شایع‌تر است (۱، ۳، ۱۵، ۳۱ و ۳۲). مورد گزارش ما نیز دارای تعدادی از این عوامل خطر بود از قبیل سابقه نازایی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین و نبود مراقبت در دوران بارداری.

تشخیص بالینی حاملگی شکمی به دلیل نداشتن علائم و نشانه‌های تشخیصی مشخص دشوار است. دردهای شکمی راجعه یا مداوم، خونروی واژینا و علائم گوارشی می‌توانند اولین شواهد و نشانه‌های تشخیص صحیح باشند، بخصوص اگر با قرار غیرطبیعی جنین همراه باشد یا بیمار مورد درمان ناباروری قرار گرفته یا سابقه جراحی لوله رحم داشته باشد (۳۳ و ۳۴). بیمار معرفی شده دچار خونروی واژینا بود که در ابتدا با تشخیص خونروی سه ماهه اول بارداری درمان شده بود.

معمولاً روش تشخیص انتخابی حاملگی شکمی سونوگرافی است. اما میزان موفقیت آن در کنار دیگر علائم بالینی، حدوداً ۵۰٪ است (۳۵) زیرا اغلب تفسیر یافته‌های آن بدلیل وجود گاز در فضای معده و روده و تغییر آناتومی لگن در دوران بارداری، مبهم است (۳۶ و ۳۷). بنابراین، در چنین مواردی از MRI استفاده می‌شود زیرا با وجود هزینه بالا، روش مناسبی بوده و نتایج آن در تشخیص حاملگی شکم، محل جفت و چسبندگی‌های آن - که نقش مهمی در تعیین لزوم برداشتن جفت دارد - بسیار موفقیت‌آمیز است. اما بهتر است در سه ماهه اول بارداری با احتیاط استفاده شود (۳، ۳۹-۳۶). در نهایت، تردید بسیار در هنگام تشخیص با علائم بالینی مثبت و بررسی دقیق تصاویر تهیه شده، امکان تشخیص حاملگی شکمی را قبل از لاپاراتومی میسر می‌سازد.

کنترل حاملگی شکمی نیاز به ارزیابی و برنامه‌ریزی دقیق دارد. در تشخیص حاملگی شکمی قبل از ۲۴-۲۳ هفتگی (بعضی منابع ۲۰ هفته را مبنا قرار داده‌اند)، بدلیل در معرض خطر بودن مادر و غیرقابل حیات بودن جنین، توصیه می‌شود بیمار فوراً جراحی شود و اگر حاملگی بیش از این پیشرفت کرده باشد و مادر و جنین هردو سالم باشند، منطقی‌تر است تا زمانی که جنین به حد زنده ماندن برسد، مادر بستری و کنترل شود، با این حال در مورد درمان محافظه کارانه بحث و اختلاف نظر فراوان وجود دارد (۳۰، ۳۵، ۴۰). در صورت مرگ جنین بایستی بیمار بدون تاخیر به دلیل احتمال خونروی، انعقاد رگی منتشر، عفونت و آبه‌سه به صورت انتخاب جراحی شود.

خوشبختانه در بیمار ما چسبندگی پاتولوژی مشاهده نشد و جفت به صورت کامل، بدون خونروی و عارضه خارج شد به طوری که حتی نیازی به انتقال خون نیز پیش نیاد. تشخیص افتراقی حاملگی شکمی اغلب دشوار است، اما به دلیل افزایش کاربرد از روش‌های کمک باروری و به دنبال آن افزایش وقوع حاملگی‌های خارج از رحم در سال‌های اخیر، لازم است افراد پرخطر، بخصوص با داشتن سوابق ناباروری، مصرف داروهای تحرک کننده تخمک‌گذاری و عفونت‌های لگنی، بدقت مراقبت شوند و با در نظر گرفتن احتمال حاملگی شکمی، موارد مشکوک به طور دقیق پی‌گیری شده، تا با تشخیص در مراحل اولیه با کمک درمان‌های نگهدارنده از بروز عوارض جدی و پیامدهای نامطلوب آن که تا حد زیادی مربوط به مورییدته ناشی از جراحی است، جلوگیری شود.

مهم‌ترین و اصلی‌ترین بخش درمان تصمیم‌گیری درباره چگونگی خروج جفت است زیرا خارج کردن جفت مورییدته را کاهش می‌دهد با توجه به خونروی و آسیب رگی باعث افزایش مرگ‌ومیر می‌شود. تهاجم تروفوبلاست به اندام‌های مختلف ممکن است باعث خونروی غیرقابل کنترل در حین جراحی شده یا حتی به هیستروکتومی کامل منجر شود (۱۸، ۱۴ و ۲۳). از طرفی باقی گذاشتن جفت در محل احتمال عوارضی همانند انسداد روده، چسبندگی، عفونت داخل شکمی و آبسه را به دنبال دارد (۳). به همین دلیل برخی پزشکان توصیه می‌کنند که جفت حتما خارج شود زیرا اگرچه خارج نکردن جفت مشکلات و عوارض نگران کننده‌ای به همراه دارد، اما این تصمیم به مراتب بهتر از برداشتن جفت و به خطر انداختن جان بیمار است. به همین دلیل تصمیم‌گیری و اداره درمان در مورد جفت همچنان یک مشکل حل نشده باقی مانده است (۴۱).

منابع

1. Angelescu N, Dimitriu C, Vidu V, Jitea N. A Case of Abdominal Pregnancy: A Case Report. *Chirurgia (Bucur)* 1996 ; 45(4):213-5.
2. Ali CR, Fitzgerald C. Omental and Peritoneal Secondary Trophoblastic Implantation: An Unusual Complication after IVF. *Reprod Biomed Online*. 2006 ; 12(6):776-8.
3. Alto WA. Abdominal Pregnancy. *American Family Physician*, Jan1990. C1990-2004. Available From: [Http://www.findarticles.com](http://www.findarticles.com)
4. Stabile I. Ectopic Pregnancy, Diagnosis And Management. Cambridge; Cambridge University Press, 1996.
5. Tasnim N, Mahmud G. Advanced Abdominal Pregnancy: A Diagnostic and Management Dilemma. *J Coll Physicians Surg Pak* 2005; 15 (8) : 493-5.
6. Colovic R, Grubor N, Colovic N, Ivic L. Abdominal Pregnancy with the Placenta Located on the Spleen Left in Situ Causing Subphrenic Abscess. *Srp Arh Celok Lek* 2002; 130(9-10):320-2.
7. Hallatt JG, Grove JA. Abdominal Pregnancy: A Study of Twenty-one Consecutive Cases. *am J Obstet Gynecol* 1985; 152:444-9.
8. Rojansky N, Schenker JG. Heterotopic Pregnancy and Assisted Reproduction an Update. *J Assist Reprod Genet* 1996; 13(7):594 – 601.
9. Bayless RB. Non-Tubal Ectopic Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1987; 30(1):191-4.
10. Pasternoster DM, Santarossa C Primary Abdominal Pregnancy. A Case Report. *Ninerva Ginecol* 1999; 51(6):251-3.
11. Morita R, Tsusumi O, Kuramochi K, et al. Successful Laparoscopic Management of Primary Abdominal Pregnancy. *Hum Reprod* 1996; 11(11):2546-7.
12. White RG. Advanced Abdominal Pregnancy: A Review of 23 Cases. *Irn J Med Sci* 1989; 158(4):77-8.
13. Geerinckx KR, Baekelandt M, Dauwe D, et al: An Advanced Abdominal Twin Gestation After Primary Infertility And After Tubal Pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1987; 26(3):283-8.
14. Modarssesnejad V. Post Term Abdominal Pregnancy With Good Outcome. Available At: [Http://diglib.tums.ac.ir/pub/med.asp?go=pdf&magh_id=1082&pdf_v=39](http://diglib.tums.ac.ir/pub/med.asp?go=pdf&magh_id=1082&pdf_v=39). Htm
15. Cotter A, Izquierdo L, Heredia F. Abdominal Pregnancy. C1990-2004 [Cited 2002-10-22-11]. Available From: [Http://www.thefetus.net](http://www.thefetus.net)
16. Atrash HK, Friede A, Hogue CJ. Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency And Maternal Mortality. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 333–7.

17. Lockhat F, Corr P, Ramphal S, Moodley J. The Value of Magnetic Resonance Imaging in the Diagnosis and Management of Extra-Uterine Abdominal Pregnancy. *Clin Radiol* 2006; 61(3) : 264 - 9.
18. Martin JN Jr, Sessums JK, Martin RW, Pryor JA, Morrison JC. Abdominal Pregnancy: Current Concepts of Management. *Obstet Gynecol* 1988 ; 71:549-57.
19. Atrash HK, Friede A, Hogue CJ. Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency and Maternal Mortality. *Obstet Gynecol* 1987; 69(3 Pt 1) : 333 – 337.
20. Martin JN, Mccaul JF. Emergent Management of Abdominal Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1990 ; 33:438–47.
21. Mattingly RF, Thompson JD. Te Linde's Operative Gynecology. 6th Ed. Philadelphia; Lippincott, 1985:443-4.
22. Riethmuller D, Courtois L, Maillet R, Schaal JP. Ectopic Pregnancy Management: Cervical and Abdominal Pregnancies. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2003; 32(7 Suppl):S101-8.
23. Tsudo T, Harada T, Yoshioka H, Terakawa N. Laparoscopic Management of Early Primary Abdominal Pregnancy. *Obstet Gynecol* 1997; 90(4 Pt 2):687-8.
24. Cristalli B, Guichaoua H, Heid M, et al. Abdominal Ectopic Pregnancy. Limits of Laparoscopic Treatment. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1992 ; 21(7):751-3.
25. Randrianantoanina F, Rakotosalama D, Rainibarijaona L, et al. Abdominal Pregnancy: Description of A Case Observed in Madagascar. *Med Trop (Mars)* 2006; 66(5):485-7.
26. Wong WC, Wong BP, Kun KY, Ng TK, Kwok SY, Lee CK. Primary Omental Ectopic Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2004; 30(3):226-9.
27. Thomas JS Jr, Willie JO, Clark JF. Primary Peritoneal Pregnancy: A Case Report. *J Natl Med Assoc* 1991; 83(7):635-7.
28. Crabtree KE, Collet B, Kilpatrick SJ. Puerperal Presentation of a Living Abdominal Pregnancy. *Obstet Gynecol* 1994; 84(4pt2):646-8.
29. Binder DS. Thirteen-Week Abdominal Pregnancy after Hysterectomy. *J Emerg Med* 2003; 25 (2):159-61.
30. Brown WD, Burrows L, Todd CS. Ectopic Pregnancy after Cesarean Hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2002; 99(5 Pt 2):933-4.
31. Zvandasara P. Advanced Extrauterine Pregnancy. *Cent Afr J Med* 1995; 41(1):28-34.
32. Alto W. Is There A Greater Incidence of Abdominal Pregnancy in Developing Countries? Report of four Cases. *Med J Aust* 1989; 151 (7) : 412-4.
33. Ekele BS, Ahmed Y, Nnadi D, Ishaku K. Abdominal Pregnancy: Ultrasound Diagnosis Aided By the Balloon of a Foley Catheter. *Acta Obstetrica ET Gynecologica Scandinavica* 2005; 84 (7) : 701.
34. Galluzzo RN, Cardoso GM, Santos ML. Abdominal Pregnancy. C1990-2004 [Cited 2006-01-24-09]. Available From: [Http://www.thefetus.net](http://www.thefetus.net)
35. Costa SD, Presley J, Bastert G. Advanced Abdominal Pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1991; 46: 515–25.
36. Murphy WD, Feiglin DH, Cisar CC, et al. Magnetic Resonance Imaging of a Third Trimester abdominal Pregnancy. *Magn Reson Imaging* 1990; 8: 657–9.
37. Wagner A, Burchardt AJ. MR Imaging in Advanced Abdominal Pregnancy. A Case Report of Fetal Death. *Acta Radiol* 1995; 36: 193–5.
38. Cohen JM, Weinreb JC, Lowe TW, Brown C. MR Imaging of A Viable Full-Term Abdominal Pregnancy. *AJR* 1985; 145:407-8.
39. Magnetic Resonance Imaging. Natl Inst Health Consensus Dev Conf Statement 1987; 6(14): 1-10.
40. Hage ML, Wall LL, Killam A. Expectant Management of Abdominal Pregnancy. A Report of Two Cases. *J Reprod Med* 1988; 33:407-10.
41. Mekki Y, Gilles JM, Mendez L, O'Sullivan MJ. Abdominal Pregnancy: to Remove or Not to Remove the Placenta. *Prim Care Update Ob Gyns* 1998; 5(4):192.

A Case Report of Abdominal Pregnancy

Mirblouk F. (M.D)¹ - Moradi H. (M.D)² - Moradi Z. (M.D)³ - Amini V. (M.D)⁴ - Hemmati H. (M.D)⁵

* **Corresponding Author:** Alzahra Hospital, Namjoo St., Rasht, IRAN

E- mail: faribamirblouk@yahoo.com

Received: 19/Aug/2007 Accepted: 22/Feb/2008

Abstract

Abdominal pregnancy is a very rare condition of ectopic pregnancy with a high mortality rate for mother and fetus. It occurs when the gestational sac implanted outside the uterus, ovaries and fallopian tubes. Although this condition is potential life-threatening but often misdiagnoses of other variant ectopic pregnancy. Prompt detection in initial stage of pregnancy is necessary to prevention of dangerous complication. This present case-report was a patient who admitted in the Alzahra hospital during two decades. She was a 23-year old nulliparous woman with a history of primary infertility that underwent ovarian hyper stimulation with clomiphen citrate. She underwent transvaginal ultrasonography because of menstrual retardation, positive serum β HCG test and spotting.

It was diagnosed an incomplete abortion according to clinical symptoms and lack of gestational sac inside the uterus. Transvaginal ultrasonography was performed again for persistency the pregnancy symptoms after 4months. Diagnostic pelvic ultrasonography confirmed a 16-week intra-abdominal pregnancy. The ultrasonographic examination confirmed a 27-week intra-abdominal pregnancy.

The woman was admitted immediately. The surgery was performed, without any complications. She recovered well and was discharged soon.

Keywords: Laparotomy/ Pregnancy, Abdominal/ Pregnancy, Ectopic

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 67, Pages 101-106