

CHỮA SAU PHÚC MẠC: BÁO CÁO CA BỆNH VÀ XU HƯỚNG ĐIỀU TRỊ HIỆN NAY

Nguyễn Phương Nam^{1,✉}, Kiều Thị Thanh²

Nguyễn Việt Hà², Nguyễn Đình Quyền²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chửa sau phúc mạc là thể bệnh hiếm gặp, chiếm < 1% tổng số chửa ngoài tử cung và thường khó chẩn đoán do không có triệu chứng đặc hiệu. Chúng tôi báo cáo ca bệnh: bệnh nhân nữ 34 tuổi, tiền sử cắt hai vòi tử cung, nhập viện sau chuyển phôi 40 ngày. Nồng độ β -hCG là 11,664 IU/L, nhưng không thấy túi thai trên siêu âm. Chẩn đoán nghi ngờ chửa trong ổ bụng nên chúng tôi chụp cắt lớp vi tính để tìm vị trí túi thai, sau đó phát hiện khối thai giữa động mạch chủ bụng và tĩnh mạch chủ dưới. Bệnh nhân được điều trị methotrexate đa liều trước khi phẫu thuật nội soi lấy khối chửa. Sau phẫu thuật, bệnh nhân ổn định và nồng độ β -hCG về âm tính sau 4 tuần. Tổng quan y văn cho thấy: chửa sau phúc mạc cần được nghĩ đến ở những trường hợp β -hCG tăng bất thường nhưng không xác định được vị trí thai. Phẫu thuật lấy khối chửa là phương pháp điều trị triệt để, mang lại tiên lượng tốt.

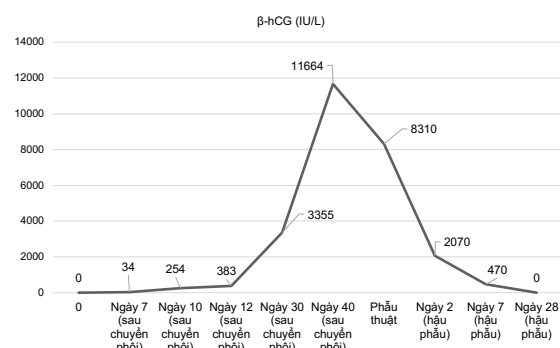
Từ khóa: Chửa ngoài tử cung, chửa trong ổ bụng, chửa sau phúc mạc.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa sau phúc mạc (CSPM) là một thể bệnh rất hiếm gặp của chửa ngoài tử cung khi khối chửa nằm trong khoang sau phúc mạc (tầng bụng hoặc tầng chậu).¹ Cho đến 2023, có tổng cộng 35 ca bệnh được báo cáo trên cơ sở dữ liệu Pubmed.^{2,3} Chẩn đoán CSPM gặp nhiều thách thức do không có triệu chứng đặc hiệu. Nghi ngờ CSPM khi β -hCG tăng cao mà không thấy vị trí túi thai trên siêu âm đầu dò âm đạo, đặc biệt ở các trường hợp nguy cơ cao chửa ngoài tử cung như tiền sử phẫu thuật vòi tử cung hoặc hỗ trợ sinh sản.¹ Trong trường hợp này, siêu âm đường bụng và các thăm dò chẩn đoán hình ảnh chuyên sâu hơn (chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc cộng hưởng từ) được thực hiện để xác định vị trí khối chửa.^{4,5} Hiện tại chưa có hướng dẫn cụ thể về điều trị CSPM

nên việc điều trị hiện nay dựa vào kinh nghiệm và năng lực của cơ sở y tế, bao gồm điều trị nội khoa bằng methotrexate (MTX) đường toàn thân, tiêm MTX vào khối chửa dưới hướng dẫn CLVT hoặc phẫu thuật lấy khối chửa (nội soi hoặc mổ mở).^{3,6} Phẫu thuật mở bụng là lựa chọn hàng đầu trong trường hợp vỡ khối chửa gây chảy máu nhiều.⁷

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH



Biểu đồ 1. Diễn tiến nồng độ β -hCG

Bệnh nhân nữ 34 tuổi, PARA 0010, tiền sử phẫu thuật nội soi cắt vòi 2 vòi tử cung, chuyển

Tác giả liên hệ: Nguyễn Phương Nam

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: namnts47@gmail.com

Ngày nhận: 08/04/2025

Ngày được chấp nhận: 11/05/2025

01 phôi ngày 23/08/2024 và được theo dõi nồng độ β -hCG định kỳ. Bệnh nhân nhập viện ngày thứ 40 sau chuyển phôi, β -hCG 11,664 IU/L nhưng trên siêu âm vẫn chưa phát hiện vị trí túi thai. Bệnh nhân không đau bụng, không ra máu âm đạo, các xét nghiệm công thức máu, đông máu và sinh hoá máu trong ngưỡng bình thường. Siêu âm niêm mạc tử cung mỏng, không thấy thai trong buồng tử cung, hai buồng trứng bình thường. Chúng tôi nghi ngờ thai có thể làm tổ ở vị trí bất thường nên đã chụp chụp cắt lớp vi tính để xác định vị trí túi thai. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có hình ảnh khối tăng tỷ trọng kích thước 25x19mm ngấm thuốc mạnh sau tiêm, nằm sau phúc mạc ở giữa động mạch chủ bụng và tĩnh mạch chủ dưới. Chẩn đoán chữa sau phúc mạc được đặt ra và chúng tôi quyết định sử dụng phác đồ MTX đa liều (MTX 1 mg/kg vào các ngày 1, 3, 5, 7 xen kẽ acid folic 0,1 mg/kg vào các ngày 2, 4, 6, 8) trước khi can thiệp phẫu thuật ở bệnh nhân này. Mục đích sử dụng MTX để ngăn chặn sự phát triển của các tế bào nuôi kèm theo giảm dòng máu tới khối

thai, gián tiếp giảm nguy cơ chảy máu khi phẫu thuật. Sau khi kết thúc phác đồ MTX đa liều, chúng tôi quyết định phẫu thuật nội soi lấy khối chứa với sự phối hợp của bác sĩ chuyên khoa Ngoại tiêu hoá. Khảo sát ổ bụng khi phẫu thuật cho thấy tử cung kích thước bình thường, hai vòi tử cung đã cắt, buồng trứng hai bên dính vào túi cùng sau. Sau khi bóc lộ rõ thành sau ổ bụng, chúng tôi phát hiện tổn thương kích thước 2x3cm ở sát rãnh mạc treo ruột, phía sau phúc mạc, nằm giữa động mạch chủ bụng và tĩnh mạch chủ dưới. Sau khi tách phúc mạc và bóc lộ rõ ràng, chúng tôi đã lấy được khối chứa mà không làm tổn thương các mạch máu lớn. Sau phẫu thuật, bệnh nhân ổn định & hồi phục nhanh chóng, β -hCG giảm còn 2073 IU/L sau 48 giờ & không có sự thay đổi đáng kể về nồng độ Hemoglobin. Bệnh nhân được xuất viện sau 6 ngày, sau đó theo dõi ngoại trú hằng tuần cho tới khi β -hCG trở về âm tính (ngày thứ 28 sau phẫu thuật), hình ảnh chụp cắt lớp vi tính không còn thấy tổn thương bất thường.

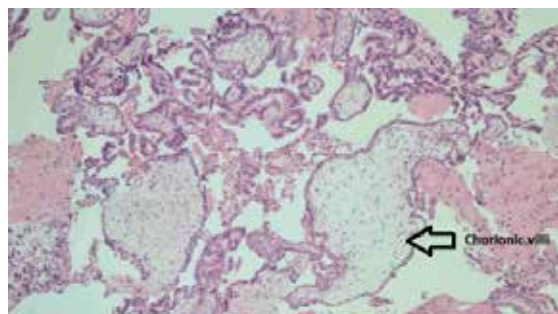


Hình 1. Kết quả chụp cắt lớp vi tính

Tổn thương (mũi tên vàng) ở ngang vị trí đốt sống thắt lưng L3, nằm giữa động mạch chủ bụng (mũi tên đỏ) và tĩnh mạch chủ dưới (mũi tên xanh)



Hình 2. Hình ảnh khối chứa trong phẫu thuật
Khối chứa nằm ở khoang sau phúc mạc, giữa động mạch chủ bụng và tĩnh mạch chủ dưới

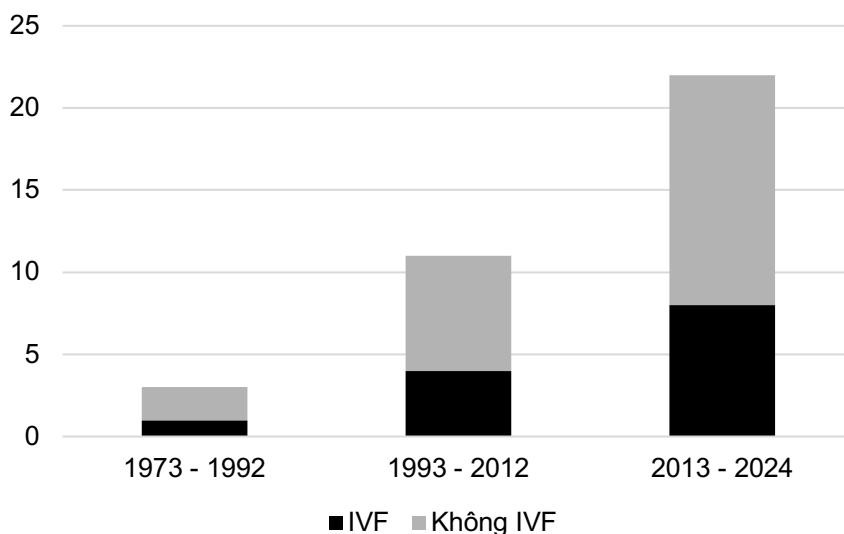


Hình 3. Kết quả mô bệnh học
Quan sát thấy hình ảnh gai rau (mũi tên đen) trong bệnh phẩm.

III. BÀN LUẬN

Chửa sau phúc mạc là một bệnh lý vô cùng hiếm gặp của chửa ngoài tử cung nên cho đến nay chưa xác định được chính xác tỷ lệ mắc bệnh. Báo cáo tổng quan của Liu và cs (2023) liệt kê tổng số 35 ca bệnh chửa sau phúc mạc

đã được báo cáo.² Số trường hợp chửa sau phúc mạc liên quan đến thụ tinh ống nghiệm tăng dần qua các giai đoạn, tuy nhiên tỷ lệ thụ tinh ống nghiệm trong tổng số ca bệnh có xu hướng không đổi.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ thụ tinh ống nghiệm trong nhóm chửa sau phúc mạc²

Túi thai có thể ở các vị trí như túi cùng Douglas, thành trước tử cung, đáy tử cung, thành bụng trước, mạc nối, gan, lách và cơ hoành.² Vị trí túi thai ở bệnh nhân của chúng tôi giống đa số thai nằm sau phúc mạc, đó là ở vị trí liên quan đến mạch máu như vị trí chia động mạch chủ, động mạch chậu, tĩnh mạch

chủ dưới với 21 trong 35 ca đã được báo cáo.^{1,2} Bệnh nhân của chúng tôi 34 tuổi, nằm trong lứa tuổi trung bình của các bệnh nhân ($30,51 \pm 4,19$). Tiền sử phẫu thuật tại vòi tử cung là yếu tố nguy cơ chính, gặp ở 18 người bệnh (51,43%). Yếu tố nguy cơ quan trọng khác là thụ tinh trong ống nghiệm, gặp ở 12/35 bệnh

nhân. Bệnh nhân của chúng tôi có cả 2 yếu tố nguy cơ này. Mặc dù có 9/35 bệnh nhân (25,71%) không có triệu chứng, đau bụng và ra máu âm đạo là 2 dấu hiệu hay gặp nhất với tỷ lệ lần lượt là 57,14% và 20,00%. Thời gian vô kinh dao động từ 35 – 161 ngày, riêng với nhóm thụ tinh trong ống nghiệm, khoảng thời gian từ ngày chuyển phôi đến ngày phẫu thuật từ 27 – 90 ngày ($45,83 \pm 17,21$ ngày). Nồng độ β -hCG huyết thanh dao động từ 267 – 99.286 IU/L với trung bình là 31,192 IU/L và có xu hướng liên quan đến vị trí khối chứa.⁸ Khối chứa có liên quan đến động mạch chủ bụng hoặc tĩnh mạch chủ dưới đều có nồng độ β -hCG > 10.000 IU/L (14/14 ca bệnh) còn trong 13 trường hợp không liên quan đến động mạch chủ bụng hoặc tĩnh mạch chủ dưới thì 8/13 (61,53%) có nồng độ β -hCG < 10.000 IU/L. Ở bệnh nhân của chúng tôi, nồng độ β -hCG và vị trí khối chứa cũng có đặc điểm tương tự.

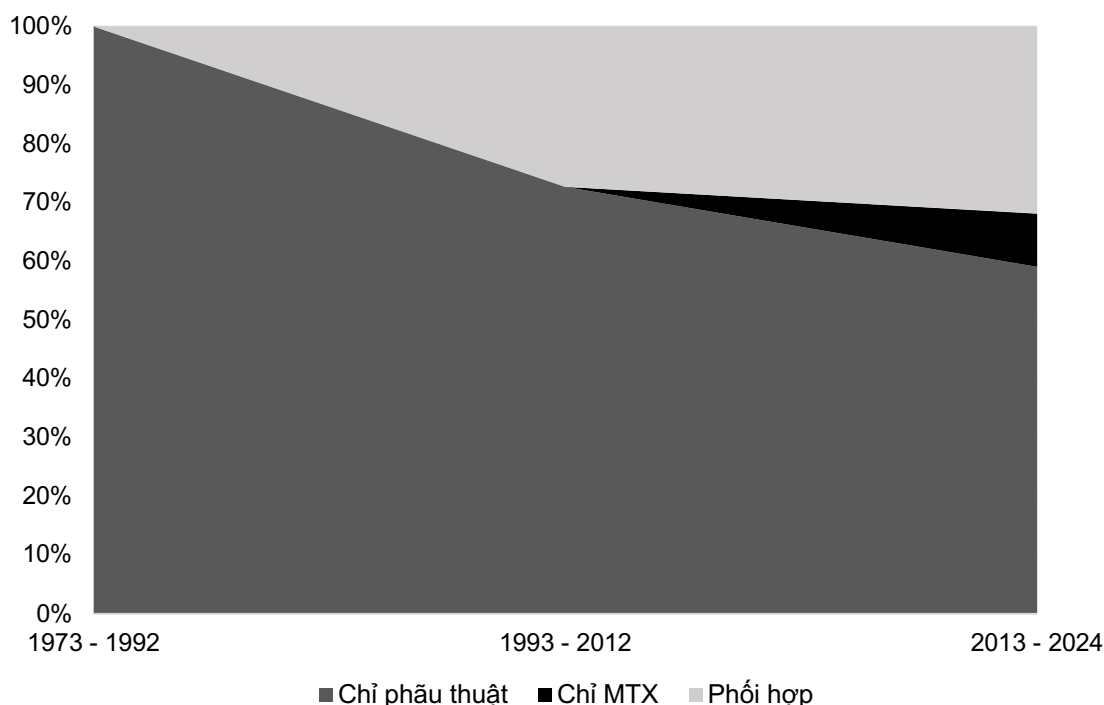
Cơ chế bệnh sinh

Cơ chế bệnh sinh của chứa sau phúc mạc chưa rõ ràng với 4 giả thuyết được đặt ra. Giả thuyết đầu tiên là phôi di chuyển theo đường bạch huyết tương tự sự di căn của các tế bào ung thư. Giả thuyết này được Hall đưa ra đầu tiên và được củng cố bằng các kết quả giải phẫu bệnh về gai rau được bao quanh bởi mô bạch huyết.⁹⁻¹¹ Giả thuyết này giải thích được vị trí khối thai nằm gần các mạch máu lớn và có nhiều mạch bạch huyết bao quanh (19/35, 54,3%) như động mạch chủ bụng, tĩnh mạch chủ dưới, động mạch chậu và tĩnh mạch thận. Sự xâm nhập sâu vào nội mạc tử cung khi làm tổ cũng có thể dẫn tới di chuyển qua đường bạch huyết.¹² Giả thuyết thứ 2 là phôi di chuyển qua lỗ rò giữa buồng tử cung và ổ bụng sau phẫu thuật cắt vòi tử cung. Giả thuyết này giải

thích được tỷ lệ trên 50% thai sau phúc mạc có tiền sử phẫu thuật ở vòi tử cung, tuy nhiên không phù hợp với 17/35 trường hợp không có phẫu thuật trước đó. Giả thuyết thứ 3 liên quan đến kỹ thuật khi thực hiện chuyển phôi, vì tỷ lệ thụ tinh trong ống nghiệm tương đối cao (12/35, 34,3%). Hiện nay việc chuyển phôi được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm, do đó giả thuyết này ít có khả năng xảy ra, và nó cũng không giải thích được các trường hợp chứa sau phúc mạc ở vị trí tầng trên ổ bụng.^{2,3} Cuối cùng là giả thuyết phôi làm tổ ở khoang phúc mạc từ đầu và xâm nhập khoang sau phúc mạc nhờ các tế bào nuôi.³ Có thể thấy cơ chế xuất hiện chứa sau phúc mạc còn phức tạp và có thể có sự phối hợp của nhiều cơ chế ở bệnh nhân.

Chẩn đoán

Việc chẩn đoán còn nhiều khó khăn với nhầm lẫn trong chẩn đoán ban đầu lên tới 62,9% (22/35 ca bệnh). Nguyên nhân có thể do đây là bệnh lý hiếm gặp, triệu chứng không đặc hiệu và vị trí khối thai. Nghi ngờ CSPM khi β -hCG huyết thanh tăng cao mà không thấy túi thai trên siêu âm đầu dò âm đạo, đặc biệt ở nhóm có yếu tố nguy cơ chứa ngoài tử cung. Siêu âm ổ bụng có khả năng đưa ra xác định vị trí khối chứa ở 12/35 bệnh nhân, đặc biệt khi quan sát được hình ảnh phôi thai và tim thai giúp. Chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng được chỉ định khi không xác định vị trí khối chứa trên siêu âm, hoặc đánh giá mối liên quan khối chứa với các tạng và mạch máu lân cận, đặc biệt trong các trường hợp không có tình trạng cấp cứu. Bệnh nhân của chúng tôi cũng có sự tiếp cận tương tự như vậy. Ở các trường hợp có đau bụng cấp hoặc sốc trong y văn, các tác giả có thể chỉ siêu âm loại trừ có thai trong buồng tử cung trước khi can thiệp cấp cứu.¹³

Điều trị**Biểu đồ 3. Tỷ lệ các phương pháp điều trị theo thời gian**

Điều trị của tất cả các trường hợp CSPM được báo cáo trong y văn là loại bỏ khối thai. Các phương pháp chính bao gồm điều trị nội khoa bằng MTX, phẫu thuật lấy khối chứa hoặc phối hợp cả 2 phương pháp trên. Phẫu thuật cho đến nay vẫn là phương pháp chủ yếu để điều trị bệnh mặc dù tỷ lệ sử dụng phẫu thuật đơn thuần có xu hướng giảm, còn 59,1% trong giai đoạn 2013 – 2024. Tỷ lệ điều trị phối hợp phẫu thuật và MTX tương đối ổn định, còn trong giai đoạn 2013 – 2024 có 2 trường hợp được điều trị bằng tiêm MTX dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính của Huang và cộng sự (Biểu đồ 3).⁸ Bệnh nhân của chúng tôi đã được điều trị kết hợp bằng MTX trước phẫu thuật và đã mổ nội soi lấy khối chứa cho kết quả tốt.

Phẫu thuật là lựa chọn đầu tay, đặc biệt là các trường hợp có đau bụng cấp hoặc sốc mất máu. Tỷ lệ phẫu thuật mở bụng có chiều hướng giảm, với 7/22 ca (31,8%) trong giai đoạn 2013

– 2024 so với 6/11 ca (54,4%) trong giai đoạn 1993 – 2012. Phẫu thuật có thể kết hợp với tiêm MTX vào khối thai.¹⁴ Hou và cộng sự kết luận là mở bụng an toàn hơn so với nội soi và phù hợp với người bệnh trong tình trạng shock hoặc vỡ khối chứa.¹⁵ Thành công của phẫu thuật nội soi còn phụ thuộc vào kinh nghiệm và tay nghề của phẫu thuật viên. Liu và cộng sự đề xuất nên nội soi ổ bụng chẩn đoán trước, và tùy vào đặc điểm khối chứa để quyết định xử trí tiếp tục bằng nội soi hoặc mở bụng.² Trước khi phẫu thuật, bệnh nhân của chúng tôi đã được hội chẩn toàn viện bao gồm chuyên khoa gây mê hồi sức, phẫu thuật tiêu hóa, phẫu thuật mạch máu, phụ sản, được lâm sàng để đảm bảo xử trí tốt nhất khi có tai biến. Như vậy, cần bên cạnh yếu tố của phẫu thuật viên, phối hợp đa chuyên khoa giúp người bệnh có kết quả điều trị tốt nhất.

Bệnh nhân của chúng tôi được điều trị bằng MTX trước phẫu thuật, giống như 6 bệnh nhân

đã được báo cáo. Tuy nhiên có nhiều phác đồ đã được áp dụng. Chúng tôi sử dụng phác đồ đa liều, MTX 1 mg/kg vào các ngày 1, 3, 5, 7 xen kẽ acid folic 0,1 mg/kg vào các ngày 2, 4, 6, 8. Các tác giả khác dùng phác đồ toàn thân đơn liều 100mg hoặc 50 mg/m² da và phác đồ đa liều 20mg/ngày trong 5 ngày. Tuy nhiên kết quả sau tiêm cho thấy không làm giảm nồng độ β -hCG, mặc dù 6 trong 7 ca bệnh có khối thai nằm cạnh các mạch máu lớn. Liu và cộng sự đưa ra giả thuyết việc điều trị MTX thất bại là do không đủ nồng độ MTX ở tổn thương.² Kết quả điều trị thành công bằng MTX tiêm tại tổn thương với nồng độ β -hCG trước tiêm lần lượt là 92.079 và 97.333 IU/L phù hợp với giả thuyết này.⁸ Thời gian khỏi bệnh của phương pháp này dài hơn so với kỹ thuật khác nhưng người bệnh có thể tránh được các nguy cơ của phẫu thuật. Cần có thêm nghiên cứu về kỹ thuật này để có kết quả tin cậy hơn.

Mifepriston có thể là một lựa chọn điều trị khác, và đã được áp dụng ở các trường hợp thai ngoài tử cung khác, chủ yếu là phối hợp với MTX.¹⁶ Cỡ mẫu nhỏ và thiết kế nghiên cứu chưa hoàn thiện còn là nhược điểm nên cần các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đáng tin cậy.

IV. KẾT LUẬN

Chừa sau phúc mạc là bệnh lý đặc biệt hiếm gặp và cơ chế bệnh sinh còn chưa rõ ràng. Do thường nằm gần các mạch máu lớn và nguy cơ vỡ nguy hiểm đến tính mạng, thầy thuốc cần nghĩ tới bệnh lý này khi không quan sát thấy hình ảnh thai phù hợp với nồng độ β -hCG, đặc biệt ở người có tiền sử phẫu thuật ở vòi tử cung và làm thụ tinh trong ống nghiệm. Siêu âm đường bụng, cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ là các biện pháp hỗ trợ chẩn đoán và đánh giá tổn thương. Khi có chẩn đoán xác định, phẫu thuật viên nên có sự hỗ trợ đa chuyên khoa để đảm bảo an toàn và thực hiện nội soi thăm dò trước khi có quyết định xử trí tổn thương. Phẫu thuật

là biện pháp điều trị chủ yếu, ngoài ra tiêm MTX tại vị trí tổn thương dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính là một kỹ thuật mới có kết quả khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. OuYang Z, Wei S, Wu J, Wan Z, Zhang M, Zhong B. Retroperitoneal ectopic pregnancy: A literature review of reported cases. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2021; 259: 113-118. doi:10.1016/j.ejogrb.2021.02.014.
2. Liu Z, Jing C. A Case Report of Retroperitoneal Ectopic Pregnancy After in vitro Fertilization-Embryo Transfer and Literature Review. *IJWH*. 2023; 15: 679-693. doi:10.2147/IJWH.S408319.
3. Xu H, Cheng D, Yang Q, Wang D. Multidisciplinary treatment of retroperitoneal ectopic pregnancy: a case report and literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022; 22(1): 472. doi:10.1186/s12884-022-04799-5.
4. Diagnosis and surgical therapy of the retroperitoneal ectopic pregnancy: A case report - ScienceDirect. Accessed April 2, 2025. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210261218301986?via%3Dihub>.
5. A Retroperitoneal Perivascular Ectopic Pregnancy Case: Diagnosis and Possible Lymphatic Migration - Journal of Minimally Invasive Gynecology. Accessed April 2, 2025. [https://www.jmig.org/article/S1553-4650\(22\)00261-8/abstract](https://www.jmig.org/article/S1553-4650(22)00261-8/abstract).
6. Obstetrics & Gynecology. Accessed April 2, 2025. https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2018/12000/retroperitoneal_ectopic_pregnancy.24.aspx
7. Wen X, Yan X, Zhang Q, Dong P, Zhou L, Wang S. Retroperitoneal Ectopic Pregnancy: A Case Report. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2021; 28(9): 1662-1665. doi:10.1016/j.jmig.2021.05.008.

8. Huang X, Zhong R, Tan X, et al. Conservative Management of Retroperitoneal Ectopic Pregnancy by Computed Tomographic-guided Methotrexate Injection in the Gestational Sac: 2 Case Reports and Literature Review. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019; 26(6): 1187-1192. doi:10.1016/j.jmig.2018.12.016.
9. Hall JS, Harris M, Levy RC, Walrond ER. Retroperitoneal ectopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol Br Commonw*. 1973; 80(1): 92-94. doi:10.1111/j.1471-0528.1973.tb02140.x.
10. Persson J, Reynisson P, Måsbäck A, Epstein E, Saldeen P. Histopathology indicates lymphatic spread of a pelvic retroperitoneal ectopic pregnancy removed by robot-assisted laparoscopy with temporary occlusion of the blood supply. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2010; 89(6): 835-839. doi:10.3109/00016341003623779.
11. Liang C, Li X, Zhao B, Du Y, Xu S. Demonstration of the route of embryo migration in retroperitoneal ectopic pregnancy using contrast-enhanced computed tomography. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2014; 40(3): 849-852. doi:10.1111/jog.12233.
12. Veleminsky M, Stepanek O, Koznar P, Michal M, Mainzerová P, Stikova Z. A rare case of ectopic pregnancy - retroperitoneal ectopic pregnancy. *Neuro Endocrinol Lett*. 2018; 39(3): 156-159.
13. Chang YL, Ko PC, Yen CF. Retroperitoneal Abdominal Pregnancy at Left Paracolic Sulcus. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2008; 15(6): 660-661. doi:10.1016/j.jmig.2008.05.005.
14. Wang X, Ma D, Zhang Y, et al. Rare heterotopic pregnancy after frozen embryo transfer: a case report and literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20: 542. doi:10.1186/s12884-020-03214-1.
15. Hou Q, Xin L, Jian L, Pan J, Chen L, Song W. Retroperitoneal ectopic pregnancy: A case report and literature review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2021; 47(3): 1186-1190. doi:10.1111/jog.14669.
16. Oltman J, Balachander S, Mol BW, Woolner AMF. Have we overlooked the role of mifepristone for the medical management of tubal ectopic pregnancy? *Hum Reprod*. 2023; 38(8): 1445-1448. doi:10.1093/humrep/dead116.

Summary

RETROPERITONEAL PREGNANCY: A CASE REPORT

Retroperitoneal pregnancy is an extremely rare type of ectopic pregnancy, accounting for less than 1% of all ectopic cases, and poses significant challenges in both diagnosis and management. We present the case of a 34-years - old female patient with history of bilateral salpingectomy admitted to our hospital 40 days after embryo transfer. At the time of admission, β -hCG level was 11,664 IU/L; however, no gestational sac was identified on transvaginal sonography. A computed tomography scan suggested an abnormal mass lying between the abdominal aorta and the inferior vena cava, raising suspicion of a retroperitoneal pregnancy. The patient initially underwent multi-dose methotrexate treatment and laparoscopic surgery was performed to excise the ectopic mass. The postoperative course was uneventful, and her β -hCG level returned to negative after four weeks. A review of literature indicates the rarity of retroperitoneal pregnancy, which often presents without specific symptoms, complicating early diagnosis. The location of the ectopic mass further complicates therapeutic approaches. Surgical intervention remains the mainstay of treatment, offering definitive management and favorable clinical outcomes.

Keywords: Ectopic pregnancy, abdominal pregnancy, retroperitoneal pregnancy.