

گزارش یک مورد تومور تروفوبلاستی محل جفت

Case report Placental site trophoblastic tumor

SUMMARY

Placental site trophoblastic tumor, that is called trophoblastic pseudotumor, is a persistent proliferation of trophoblasts in the placental implantation sit. In research of literature 100 cases of this disease was reported.

Clinical signs of this tumor differ from other trophoblastic diseases. Thus, the diagnosis of this tumor has been very late. This case is a trophoblastic placental site tumor in a 30-year old with secondary ammenorrhea and previous molar pregnancy in late years. Clinical study and laboratory evaluation was detected in placental trophoblastic tumor. With chemotrapy treatment and hysrectomy, it was cured.

Key Words: trophoblasti tumor, B.hCG-D.U.B-chemotherapy.

در ۹۵٪ موارد، به دنبال سقط یا حاملگی ترم (۵، ۱) و در ۵٪ موارد به دنبال حاملگی مولار ایجاد می شود (۴، ۵). از نظر بافت شناسی عدم وجود سلولهای سیتوتروفوبلاست آن را از کوریوکارسینوم متمایز می سازد و از لحاظ آزمایشگاهی، افزایش سطح HPL و نیز ازدیاد اندکی از سطح گونادوتروپین به تشخیص کمک می کند (۴). درمان نومور هیستریکتومی است و به شیمی درمانی کمتر پاسخ می دهد. در این مقاله یک مورد بیمار مبتلا به تومور تروفوبلاستی محل جفت گزارش می شود.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۰ ساله ای با سابقه یک حاملگی ترم، یک سقط و یک حاملگی مولار بود که به علت بزرگی شدید و پیشرونده شکم همراه با ادم و آسیت مراجعه نموده بود. از حدود یک سال قبل دچار آمنوره شده بود که به درمان پروژسترون و

گزارش یک مورد تومور تروفوبلاستی محل جفت

دکتر زهره یوسفی

گروه زنان و مامایی بیمارستان قائم (عج) - دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر تقی غیائی

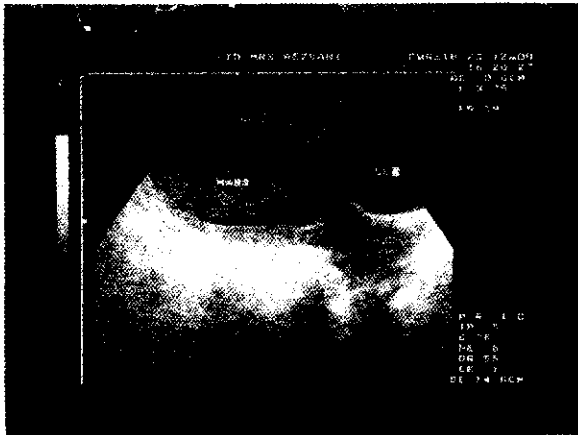
گروه پاتولوژی بیمارستان قائم (عج) - دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر طاهره سالاری

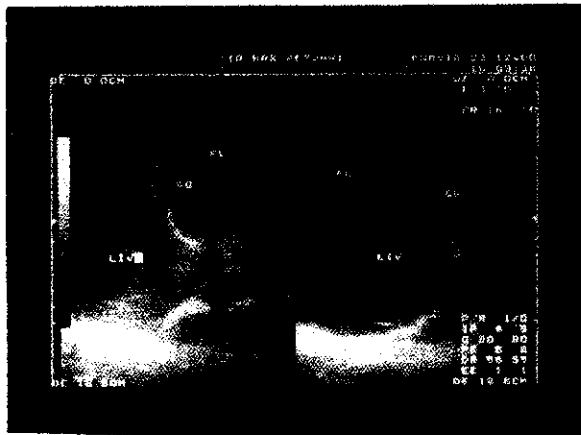
گروه زنان و مامایی بیمارستان قائم (عج) - دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه

تومور تروفوبلاستی محل جفت placental site Trophoblastic tumor که قبلاً به آن پسودوتومور، یا کوریوکارسینوم آتیبیک هم می گفتند (۴، ۵)، تبظاهر نادری از تومور تروفوبلاستی حاملگی است که



شکل ۱- در سونوگرافی رحم بزرگتر از حد طبیعی و نواحی اکوکمپلکس با ابعاد 60×80 میلی متر همراه با تصویر وژتاسیون متعدد در سطح پریتونئال و قوسهای روده‌ای دیده می‌شود.



شکل ۲- در سونوگرافی کبد کوچکتر از طبیعی با اکوی نسجی هتروژن و جدار کیسه صفرا حجیم تر از طبیعی است.



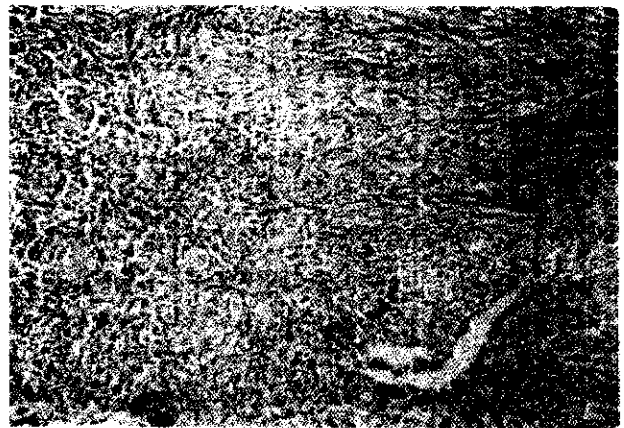
شکل ۳- در رادیوگرافی ریه بالا آمدن مختصر دیافراگم راست به علت آسیت دیده می‌شود.

استروژن و پروژسترون پاسخ نداده بود. در معاینه اتساع شدید شکم، آسیت و ادم وجود داشت. معاینه لگن، سرویکس نرمال، رحم ابعاد حدود ۱۴-۱۲ هفته و آدنکسها منفی بود. سونوگرافی لگن، زحم بزرگتر از طبیعی و نواحی اکوکمپلکس با ابعاد 80×60 میلی متر در حفره رحم به علت مول را گزارش کرد همراه با تصاویر وژتاسیونهای متعدد در سطح پریتونئال و قوسهای روده‌ای دیده می‌شد (شکل ۱). سونوگرافی شکم، کبد را کوچکتر از طبیعی و اکوی نسجی آن را هتروژن گزارش کرد. بقیه ارگانهای داخل شکم طبیعی گزارش شد (شکل ۲). رادیوگرافی ریه، مختصری بالا آمدن دیافراگم راست را که ناشی از آسیت شکم بود، گزارش کرد (شکل ۳) در آزمایشات انجام شده $B.H.CG = 130$ و $CA125 > 500$ و $SGPT = 58$ و پسرولاکتین $Prolactin = 7/5$ بود. آنزیمهای کبدی بیمار افزایش داشت. آندوسکوپی سیستم فوقانی دستگاه گوارش، واریس گرید II مری را گزارش کرد و سایر دستگاهها در آندوسکوپی طبیعی بود. بیمار مبتلا به فشار خون $110/170$ بود که تحت درمان دارویی قرار گرفت. با تشخیص احتمالی بیماری تروفوبلاستیک کورتاژ انجام شد. پاسخ آسیب شناسی تروفوبلاستیک پلاستانتال site تومور بود. سیتولوژی مایع آسیت از نظر بدخیمی منفی بود. بعد از کورتاژ بیمار دچار دیسترس تنفسی شدید و پلورال افیوژن شد (شکل ۴) شیمی درمانی با رژیم EMA-CO انجام شد پاسخ بیمار به درمان رضایت بخش نبود. با توجه به میزان پایین تیتر $B.H.CG$ و میزان پرولاکتین سرم وخامت حال بیمار با تشخیص پلاستانتال سایت تومور هیستریکومی انجام شد. پاسخ آسیب شناسی رحم کوریوکارسینوم آنیپیک Placental site trophoblastic tumor بود (شکل ۵) و ۱۶. مجدداً بعد از عمل بیمار دچار دیسترس تنفسی شدید شد. سیتولوژی مایع پلورویوپسی پلور از نظر بدخیمی منفی بود. بیمار به بخش ICU منتقل شد و تحت مراقبتهای ویژه قرار گرفت و بعد از ۲ هفته با حال عمومی نسبتاً خوب به بخش زنان منتقل شد تیتر $B.H.CG$ بعد از هیستریکومی ۵۰ و $CA, 125$ و 508 بود. به علت افزایش آنزیمهای کبدی جهت بررسی علت آسیت و افزایش $CA125$ با تشخیص احتمالی سیروز به بخش داخلی منتقل گردید. که تشخیص سیروز هم برای بیمار رد شد، بعد از یک ماه و نیم از عمل جراحی کلیه علائم بیماری خودبه خود برطرف شد و بیمار با حال عمومی خوب مرخص گردید.

تروفوبلاستیک است که تا به حال ۱۰۰ مورد آن گزارش شده است (۸). این بیماری در سال ۱۹۷۶ تحت عنوان Trophoblastic psudotumor مطرح شد. اکثراً به دنبال حاملگی ترم و فقط ۵٪ بعد از حاملگی مولار ایجاد می شود (۸). از آنجایی که تظاهرات بالینی آن با سایر بیماریهای تروفوبلاستیک تا حدی متفاوت است، ممکن است مدت‌های طولانی ناشناخته باقی بماند، این بیماری تظاهرات خونریزی دهنده مثل مول و کویوکارسینوم را ندارد (۳). در بررسی نثریات، یک مورد گزارش شده بود که علت مراجعه بیمار مشابه مورد معرفی ما، آمنوره ثانویه طولانی مدت بود (۷). اختلال سیکل قاعدگی به صورتهای مختلف، حتی آمنوره ممکن است دیده شود. گاهی بیمار با علائم سندرم نفروتیک مراجعه می کند، گرچه شیوع آن خیلی کم است. علت این سندرم، فاکتورهای آزاد شده از تومور و ایجاد انعقاد داخل عروقی مزمن است. بیمار مورد بحث، کلیه علائم سندرم نفروتیک از جمله، فشار خون، ادم، اسیت، افزایش کپلماتهای سرم C4، C3 و افزایش کلسترول و کاهش آنوبین را داشت، در ابتدا علت اختلال تستهای کبدی، سیروز مطرح شد و به همین دلیل تحت آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی قرار گرفت که نتیجه منفی بود. رحم در این بیمار معمولاً بزرگ است و تست حاملگی در یک سوم موارد مثبت می شود. تومور معمولاً به صوت MASS پولیوئید در حفره رحمی وجود دارد. در سونوگرافی بیمار مذکور، رحم بزرگتر از طبیعی و حاوی نواحی اکوکمپلکسی به ابعاد 60×80 میلی متر گزارش شده بود. واکنش آریاستلا، در آندومتر ممکن است گزارش شود. در واقع تومور محل پلاستا را باید یک تومور با درجات کم بدخیمی به حساب آورد. زیرا متاستاز خارج رحمی آن کم است. در ۲۰-۱۵٪ موارد کبد، ریه و سیستم عصبی مرکزی گرفتار می شود (۷). در بیمار مورد بحث، درگیری قسمتهای مختلف به جز ریه و کلیه وجود نداشت. تومور مارکر hcg، HPL، CA 125 در بیماری افزایش دارد ولی از نظر کلینیکی در فالوآپ بیماری مفید نیستند. در بیمار معرفی شده $B.Hcg = 130$ ، $CA 125 > 500$ بود، و اندازه گیری HPL هم مقدور نبود. بعد از پایان درمان به تدریج تیتراژ این دو هورمون به حد نرمال رسید. درمان بیماری، در موارد تهاجم موضعی کورتاژ است و هیسترنومی هم در صورت ضایعه محدود به رحم و عدم لزوم حفظ رحم و موارد مقاوم به درمان توصیه می شود. شیمی درمانی در موارد متاستاز انجام می شود. در موارد بدون متاستاز برای انجام شیمی درمانی اختلاف نظر وجود دارد (۱). گرچه طول عمر طولانی بعد از شیمی درمانی را طولانی گزارش کرده اند (۹) در بیمار مورد نظر به علت عدم



شکل ۴- در رادیوگرافی ریه پلورال افیوژن ماسیو ریه دیده می شود.



شکل ۵- سلولهای گرد و چندضلعی، هسته‌ها کمی پررنگ در زمینه آماسی قابل انطباق با Trophoblastic site tumor (نمونه کورتاژ)



شکل ۶- لام هیسترنومی، سلول درشت وزانت با مقداری ماده هیالین با تروفوبلاست خارج و یلوزینه‌ای Trophoblastic site tumor

بحث

تومور تروفوبلاستیک محل جفت؛ شکل نادری از بیماری

گرچه اختصاصی نیست، اما به عنوان یک عامل پیش‌گویی‌کننده بیمار تروفوبلاستیک محل جفت استفاده می‌شود. در بیمار مورد نظر هم از این مارکر در کنترل بیماری استفاده شده است. پیگیری بیمار فوق مشابه سایر بیمارها تروفوبلاستیک توصیه شده است.

نتیجه‌گیری

تومور محل جفت از موارد نادر بیماری تروفوبلاستیک است، بیمار معرفی شده کلیه علائم بالینی و آزمایشگاهی و پاراکلینیکی این تومور را به همراه داشت.

پاسخ به شیمی‌درمانی، هیستروکتومی انجام شد در لاپاراتومی چسبندگیهای متعدد بین قوسهای روده‌ای وجود داشت که تا حد امکان آزاد شد ولی وژناسیون در سطح روده‌ها که از سونوگرافی گزارش شده بود چندان وسیع نبوده مایع آسیت هم برای سیتولوژی فرستاده شد که منفی بود. برای حصول اطمینان بیشتر و بهترکردن پیش‌آگهی بیمار، رژیم EMA-CO ادامه یافت، و تا رسیدن CA 125 به حد نرمال ادامه یافت رژیمهای مختلف برای شیمی‌درمانی پیشنهاد شده است که بهترین پاسخ شیمی‌درمانی در موارد استفاده از رژیم EMA-CO دیده شده است (۱) تومور مارکر CA 125

خلاصه

تومور تروفوبلاستی محل جفت شکل نادری از بیماری تروفوبلاستی حاملگی است. که حدود ۱۰۰ مورد آن تا به حال گزارش شده است. تظاهرات کلینیکی این تومور با سایر موارد بیماریهای تروفوبلاستیک تا حدودی متفاوت است از این رو ممکن است تشخیص آن تا مدت‌ها ناشناخته بماند. این بررسی گزارش یک مورد از تومور تروفوبلاستی محل جفت در خانم ۳۰ ساله‌ای است که به دنبال یک سال آمنوره و سابقه یک حاملگی مولار در چند سال قبل با تظاهر اولیه اسیت و تنگی نفس مراجعه نموده و طی بررسی بیشتر تومور محل جفت تشخیص داده شد و با انجام هیستروکتومی بهبودی نسبی پیدا کرد. کلمات کلیدی: تومور تروفوبلاستی، بتاساب یونیت، شیمی‌درمانی، خونریزی غیرطبیعی رحمی.

REFERENCES

- Cunningham, Macdonal, Disease and Abnormalitis of the placenta, Williams obstetric. Applenton Lange, 1997, 20th ed - PP: 684-690.
- C - Maureen sander, Disease and Abnormalitis of the Placenta, Sciarra, Gynecology and Obstetrics, 1995, Volum 2, chap 53.
- Vincent - T Derita, Gestational trophoblastic diseas, frances M., cancer principles & practic, of oncology, Lippincott - Raven, 5th ed, 1997, PP: 1499-1510.
- Juan Rosa, Placenta, Ackerman's surgical Pathology, 1996, 2 & 6th ed mosby, PP: 1549-1550.
- Ivan Damjanor, James linder, Placenta carolyn M Salafia, Anderson Pathology Mosby, 2, 10 ed, 1996. PP: 2365-2380.
- James, R. Scott, Philip J Di saia, Gestational trophoblastic Neoplasm, charles B Hamonad, Danforth - Obstetrics & Gynocology, Lippincott willam, & Wilins 1999, PP: 935-950.
- Chang - YL; Chang - TC; Hsueh - S; Memorial Hospital Tayun, Tai Wan: Tumor report of 3 cases and analysis of 88 cases Gynecology-oncology 1999, May; 73(2): 216-220.
- Ishi - K; Suzuki - f; saito - A: Cytodiagnosis of placental site trophoblastic tumor. Acta - Iytol, 1998. May - Jun; 42(3): 745-50.
- Newlands - ES; Borwer - M; Fisher - RA - Medical Oncology cross hospital London: Managment of placental site trophoblsic tumors 1998, Jan; 43(1): 58-90.