

گزارش یک مورد حاملگی مولار در خانم ۵۲ ساله

دکتر مریم جوادیان^{*}، دکتر رقیه آهنگری^۱، دکتر لیدا عربی^۲

۱- استادیار گروه زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- متخصص زنان و زایمان

سابقه و هدف: گرچه حاملگی مولار در سنین بالای ۵۰ سال نادر است ولی بیشتر از جهت ابتلا به بیماری تروفوبلاستیک پایدار و بدخیم که شانس آن در گروه سنی بالای ۴۰ سال افزایش می‌یابد، حائز اهمیت می‌باشد.

گزارش مورد: خانم ۵۲ ساله‌ای است با شکایت خونریزی واژینال از ۴ ماه قبل از مراجعه و بستری شدن، که در سونوگرافی شکمی انجام شده نیز یک توده 91×112 mm با اکوی مختلط در فوندوس رحم با تشخیص میوم گزارش شد. بعد از هیستریکتومی شکمی و برش دادن رحم و زیکولهای خوشه‌ای (حاملگی مولار) مشاهده گردید که جهت تأیید تشخیص به پاتولوژی ارسال شد.

نتیجه‌گیری: سونوگرافی برای تشخیص حاملگی مولار بسیار کمک کننده است ولی کافی نیست. تست ادراری حاملگی دقت تشخیص کافی برای رد حاملگی مولار را ندارد. همچنین در سنین حوالی یائسگی عوارض حاملگی مانند حاملگی مولار بعنوان تشخیص افتراقی مهم خونریزی غیرطبیعی رحمی باید مدنظر باشد. در بیمار مورد نظر با توجه به سن و تکمیل فرزندان هیستریکتومی شکمی انجام و پیگیری با اندازه‌گیری β HCG انجام شد که خوشبختانه بدخیمی دیده نشد.

واژه‌های کلیدی: حاملگی مولار، سونوگرافی، هیستریکتومی شکمی.

مقدمه

توده‌ای به اندازهٔ رحم ۲۰ هفته با قوام نسبتاً نرم لمس شد و در معاینه لگنی، خونریزی در حد لکه بینی با سرویکس نرمال و رحم در حد ۲۰ هفته داشت و ضمامم رحمی قابل ارزیابی نبود. در آزمایشات انجام شده $\beta\text{HCG}=8/8\text{mg/dl}$ هموگلوبین گزارش شد. آزمایشات قندخون، تستهای کارکرد کلیه، الکترولیتها، تستهای انعقادی طبیعی و تست ادراری حاملگی منفی بود.

در سونوگرافی انجام شده یک توده $91 \times 112\text{mm}$ در فوندوس رحم با اکوی مختلط با تشخیص میوم گزارش شد. مشاوره داخلی جهت آمادگی عمل انجام و توصیه به تصحیح آنمی و پروفیلاکسی آسم شد. بیمار ۶ واحد خون کامل همگروه دریافت کرد که آخرین هموگلوبین قبل از عمل وی $10/4\text{mg/dl}$ بود. بیمار یک هفته بعد از بستری جهت عمل هیستریکتومی شکمی آماده شد. شکم به روش ورتیکال باز شد. رحم در حد ۲۰ هفته و با قوام نرم بود. که به نظر می‌رسید حاوی میوم دژنره داخل حفره آندومتر یا داخل میومتر باشد. هیستریکتومی کامل و برداشتن دوطرفه تخمدانها انجام شد. بعد از خروج رحم و برش دادن آن وزیکولهای خوشه‌ای خارج شد که تشخیص بالینی حاملگی مول بود. پاتولوژی، تشخیص را تأیید کرد. βHCG خون اندازه‌گیری شد که خوشبختانه بدخیمی دیده نشد.

بحث

حاملگی مولار توسط سونوگرافی شکمی و اندازه‌گیری βHCG سرم تشخیص داده می‌شود. گرچه سونوگرافی روش قابل اطمینانی برای تشخیص مول می‌باشد ولی ممکن است نتیجه بخش نباشد (۱).

در مطالعه انجام شده توسط Lindholm و همکاران به منظور بررسی موارد حاملگی مولار تشخیص داده نشده با سونوگرافی ۱۳۵ بیمار مبتلا به مول کامل و ناکامل در سال ۹۷-۱۹۸۹ بررسی شدند. ۶۸ بیمار مبتلا به مول کامل سونوگرافی شدند که ۸۴٪ تشخیص صحیح داده شده و در مول ناکامل فقط در ۳۰٪ موارد تشخیص صحیح داده شد. سه بیمار مبتلا به مول کامل علی‌رغم یافته‌های منفی سونوگرافی و یک بیمار مبتلا به مول ناکامل بیماری پایدار تروفوبلاستیک پیدا کردند (۵). در مورد گزارش شده نیز سونوگرافی نتوانست حاملگی مولار را تشخیص دهد. در صورتیکه یافته‌های

بیماری تروفوبلاستیک حاملگی، طیف وسیعی از تومورهای مربوط به هم، شامل مول هیداتیدیفرم کامل و ناکامل، تومور تروفوبلاستیک محل جفت و کوریوکارسینوم می‌باشد که تمایلات تهاجم موضعی و متاستازی متفاوتی دارند. شیوع حاملگی مولار ۲/۸ در هزار زایمان است (۱). در مطالعه دیگری شیوع حاملگی مولار کامل و ناکامل ۳/۸۹ در هزار حاملگی است و در خانمهای با کلاس اقتصادی - اجتماعی پایین، بستری در بیمارستانهای دولتی ۱ در ۲۳۷ زایمان و در خانمهای بستری در مراکز خصوصی یک در ۴۷۱ زایمان بوده است (۲). این بیماری در کشورهای در حال توسعه مانند مالزی و خاور دور مانند ژاپن شایع‌تر است (۳). سن بالای ۳۵ سال، عادات تغذیه‌ای، سابقه قبلی حاملگی مولار از فاکتورهای مساعده کننده است. شیوع مول در اوائل و اواخر سنین باروری بیشتر می‌باشد. در

خانمهای بالای ۴۵ سال نسبت به سنین ۲۰-۴۰ سال ابتلا به مول ده برابر بیشتر است و مواردی از مول در خانمهای بالای ۵۰ سال گزارش شده است. شایعترین نشانه بیماری، خونریزی رحمی بوده و آنمی از علائم مهم می‌باشد همچنین سرعت بزرگ شدن رحم بیش از حد معمول بوده و در ۵۰٪ موارد، رحم بزرگتر از سن بارداری مورد انتظار می‌باشد سونوگرافی شیوه تشخیص انتخابی است (۴).

گزارش مورد

بیمار خانم ۵۲ ساله با سابقه ۸ بار حاملگی و ۷ بار زایمان و یک سقط و با شکایت خونریزی واژینال از ۴ ماه قبل، به این مرکز مراجعه کرد بیمار تا ۴ ماه قبل، قاعدگی طبیعی داشت و پس از آخرین قاعدگی، دچار خونریزی نامنظم و لکه بینی شده بود. بیمار علائم گوارشی و ادراری نداشت و بعلت سابقه آسم ۶ ساله تحت درمان با اسپری سالبوتامول بود.

در معاینه بدو ورود:

۱۸=تنفس، ۹۵=نبض، $140/85$ =فشارخون 37°C =حرارت، پوست و ملتحمه رنگ پریده، قلب و ریه نرمال بود. در معاینه شکم،

ارجحیت دارد. همچنین در درمان تومور تروفوبلاستی محل جفت، هسیتروکتومی انجام می‌شود (۱).

البته در مطالعه انجام شده توسط Sivanesaratnam و همکاران نقش هسیتروکتومی پیش‌گیرانه در درمان حاملگی مولار مورد بحث است (۳). علیرغم اینکه سونوگرافی برای تشخیص حاملگی مولار بسیار کمک کننده است ولی دقت تشخیص بالایی ندارد و حاملگی مولار با مواردی مانند سقط فراموش شده یا ناکامل، میوم رحمی، توده‌های تخمدانی و حتی سر جنین در سونوگرافی اشتباه می‌شود (۴).

لازم به ذکر است که شایعترین علت خونریزی رحمی غیرطبیعی در سنین حوالی یائسگی عدم تخمک‌گذاری است. در این سنین، حاملگی و عوارض آن نادر می‌باشد اما بعنوان تشخیص افتراقی مهم، خونریزی غیرطبیعی رحمی را در این سنین باید مدنظر داشت (۱). تست ادراری حاملگی دقت کافی تشخیصی ندارد و در موارد لازم بهتر است که از β HCG سرم خون که دقت بالاتری دارد، استفاده شود. گرچه تشخیص قبل از عمل با تشخیص نهائی متفاوت بود ولی اقدام درمانی مناسب برای بیمار انجام شد. چرا که در حاملگی مولار در صورت سن بالا و کامل بودن تعداد فرزندان و پایان دوره باروری یکی از درمانها، هسیتروکتومی کامل است (۴).

حاصل از کورتاژ جهت بررسی پاتولوژی ارسال نشود، ۱۶٪ موارد مول کامل و ۷۰٪ موارد مول ناکامل مورد غفلت قرار می‌گیرند (۵). اخیراً از بررسی جریان خون با داپلر رنگی برای تشخیص زودرس حاملگی مولار استفاده شده است ولی نیاز به مطالعه بیشتری دارد (۳). تستهای آزمایشگاهی متعددی برای تشخیص زودرس حاملگی مولار پیشنهاد شده است. در مطالعه انجام شده توسط Jauniaux و همکاران در تمام بیماران مبتلا به مول سطح β HCG سرم بالا و سطح آلفا فیتوپروتئین سرم (AFP) بسیار پایین بوده است. سطح پروتئین A پلاسمائی وابسته به حاملگی بسیار بالا بوده است و استفاده ترکیبی از علامت‌های فوق منجر به تشخیص زودرس حاملگی مولار شده است (۶). در مورد گزارش شده با توجه به منفی بودن تست ادراری حاملگی و عدم درخواست آزمایش β HCG سرم قبل از عمل، تستهای پاراکلینیکی، کمکی به تشخیص نکرد.

هسیتروکتومی بعنوان درمان اولیه در بیماران مبتلا به مول که تمایل به عقیم‌سازی جراحی دارند و تعداد فرزندان کامل است، ارجح است ولی مانع از متاستاز نمی‌شود، بنابراین پیگیری بیمار با اندازه‌گیری β HCG سرم ضروری است (۱). در بیماران مبتلا به مرحله (I) تومور تروفوبلاستیک پایدار که تمایل به حفظ باروری ندارند، هسیتروکتومی توام با شیمی‌درمانی کمکی بعنوان درمان اولیه

References

1. Berek SJ, Adashi YE, Hillard AP. Novak's Gynecology , 12 th ed, Baltimore Williams & Wilkins company 1996; 35: 1261-80.
2. Talati NJ. The pattern of benign gestational trophoblastic disease in Karachi, J Pak Med Assoc 1998; 48(10) 296-300.
3. Sivanesaratnam V. The management of gestational trophoblastic disease in developing countries such as Malaysia. Int J Gynaecol Obstet 1998; pp:105-9.
4. Cunningham GF, Mac Donald CP, Gant NF, et al. Williams Obstetrics , 20 th ed, USA Appleton & long company 1997; 30: 676-89.
5. Lindholm H, Flam F. The diagnosis of molar pregnancy by sonography and gross morphology, Acta Obstet Gynecol Scand 1999; 8(1): 6-9.
6. Jauniaux E, Bersinger NA, Gulbis B, Meuris S. The contribution of maternal serum markers in the early prenatal diagnosis of molar pregnancies. Hum Reprod 1999; 14(3): 82-6.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید یحیی نژاد، دفتر گروه زنان، تلفن، ۶- ۲۲۲۳۵۹۱-۰۱۱۱.