● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال پنجم، شمارهٔ ۲ (پی‌درپی۱۸)، صفحه ٤٣ الی٤٦، بهار ۱۳۸۲

مول هیداتیدیفرم؛ علائم کلینیکی و عوارض (بیمارستان شهید یحیی‌نژاد بابل،۷۹-۱۳۷۵)

دکتر زهرا بصیرت[1*]، دکتر محمود حاجی‌احمدی[2]، دکتر جلال آقایی بغدادآبادی[3]

۱- استادیار گروه زنان دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- عضو هیأت علمی گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۳- پزشک عمومی

خلاصه: مول هیداتیدیفرم عبارتست از تورم و هیپرپلازی که در ویلوزیته‌های کوریون جفت بوجود می‌آید. بروز آن در مناطق مختلف جهان متغیر بوده و از موارد اورژانس و پرمخاطره بارداری می‌باشد. بعلاوه تومورهای تروفوبلاستیک، در تشخیص افتراقی علت خونریزی‌های غیرطبیعی رحمی زنان در سنین باروری نیز مطرح می‌باشد. با توجه به اهمیت موضوع بر آن شدیم تا فراوانی، علائم کلینیکی و عوارض آن را در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهید یحیی‌نژاد بررسی نمائیم.

مواد و روشها: این مطالعه توصیفی بر روی ۱۲۰٦۹ خانم باردار مراجعه کننده به بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل طی سالهای ۷۹-۱۳۷۵ انجام شد. از تعداد کل مراجعین ٤۰ مورد مول هیداتیدیفرم تشخیص داده شد. اطلاعات لازم از پرونده این بیماران استخراج و در پرسشنامه‌ای ثبت گردید و با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تعداد ٤۰ مورد مول هیداتیدیفرم تشخیص داده شد. ۷۵٪ مبتلایان سن ۳۰-۱۷ سال داشتند. مهمترین علائم، خونریزی واژینال در ۹۵٪ بود، کم خونی در ۱۵٪ ، اندازه رحم در ۵۰٪ موارد بزرگتر، ۲۵٪ کوچکتر و در ۲۵٪ متناسب با سن حاملگی بوده است. استفراغ شدید بارداری در ۲۵٪ موارد، پرکاری تیروئید در ۲/۵٪ دیده شد. هیچ موردی از پره‌اکلامپسی و آمبولی ریه دیده نشد.

نتیجه‌گیری: حاملگی مولار از موارد اورژانس بارداری می‌باشد. توجه به علائم کلینیکی و انجام سونوگرافی در اوایل دوران بارداری منجربه تشخیص زودرس‌آن، کاهش عوارض و کاهش احتمال بیماری تروفوبلاستیک پایدار خواهد شد.

واژه‌های کلیدی: مول ***هیداتیدیفرم، بیماری تروفوبلاستیک حاملگی، حاملگی مولار.***

مقدمه

مول هیداتیدیفرم عبارتست از تورم و هیپرپلازی که در ویلوزیته‌های کوریون جفت بوجود می‌آیدمیزان بروز مول هیداتیدیفرم در مناطق مختلف دنیا متفاوت می‌باشد. در ژاپن ۲ در هزار بارداری می‌باشد، که این میزان در اروپا و آمریکای شمالی ۳ برابر بیشتر است (۱-۰/۶ در هزار بارداری)(۱). شیوع آن در بارداریهایی که در اوایل و اواخر سن بارداری اتفاق بیافتد بیشتر می‌باشد(۲و۱). تومورهای تروفوبلاستیک شامل مول مهاجم و کوریوکارسینوم و تومور تروفوبلاستیک محل جفت می‌باشد که می‌تواند متعاقب حاملگی مول هیداتیدیفرم، سقط، حاملگی خارج از رحم و حاملگی طبیعی ایجاد شود. علائم کلینیکی عمده در مول هیداتیدیفرم خونریزی

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.2.8.3]

واژینال، سایز بزرگ رحم، استفراغ‌های شدید در دوران بارداری، پره‌اکلامپسی زودرس، کیست‌های تخمدانی، پرکاری تیروئید و آمبولیزاسیون ریوی می‌باشد(۳). مول هیداتیدیفرم یکی از موارد اورژانس بارداری می‌باشد که در تشخیص افتراقی هر بیماری که با خونریزی مراجعه می‌کند بایستی آنرا در نظر داشت. همچنین در هر خانمی که در سنین باروری با بی نظمی قاعدگی و علائمی مانند کیست تخمدان مقاوم مراجعه می‌کند، مول مهاجم و یا کیست‌های تکالوتئین مطرح می‌باشد. از آنجائیکه در خیلی از موارد به خاطر عدم پیگیری دقیق یک حاملگی مولار، بیمار با مراحل پیشرفته بیماری و یا علائم انتشار گسترده مراجعه می‌کند لذا بر آن شدیم فراوانی مول هیداتیدیفرم و عوارض آن را در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل بررسی نمائیم.

مواد و روشها

این مطالعه بر روی کلیه خانم‌های باردار مراجعه کننده به بیمارستان شهید یحیی‌نژاد بابل بین سالهای ۷۹-۱۳۷۵ انجام شد سپس مواردی که بر اساس معیارهای کلینیکی و سونوگرافی تشخیص مول هیداتیدیفرم مسجل شده بود وارد مطالعه شده و پرسشنامه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به سن علائم کلینیکی و موارد مول مهاجم، تکمیل و مورد ارزیابی قرار گرفت. یافته سونوگرافی جهت تشخیص مول هیداتیدیفرم، الگوی وزیکولار بوده است(۳). کم‌خونی بر اساس Hb<۱۰ g/dL و اندازه رحم بر اساس اندازه‌گیری ارتفاع رحم بوده است. اطلاعات لازم از پرونده این بیماران استخراج و در پرسشنامه‌ای ثبت و مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها

از ۱۲۰۶۹ خانم باردار مراجعه کننده به بیمارستان یحیی‌نژاد بابل طی سالهای ۷۹-۱۳۷۵ تعداد ۴۰ مورد مول هیداتیدیفرم تشخیص داده شد (۱ مورد از ۳۰۱ بارداری). سن افراد در ۷۵٪ موارد بین ۳۱-۱۷ سال بوده است (جدول ۱).

در افراد مورد مطالعه گروه خونی B در ۱۹ مورد (۴۷/۵٪)، A در ۱۱مورد(۲۷/۵٪)، O در ۹ مورد(۲۲/۵٪) و AB در ۱ مورد (۲/۵٪) بوده است. علامت عمده بیماران در ۳۸ مورد(۹۵٪) خونریزی واژینال بوده است(جدول ۲).

جدول۱. توزیع فراوانی و درصد مبتلایان به مول هیداتیدیفرم به تفکیک گروههای سنی (بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل، ۷۹-۱۳۷۵)

گروه سنی	فراوانی(درصد)
۲۱-۱۷	۱٤(۳۵)
۲٦-۲۲	۵(۱۲/۵)
۳۱-۲۷	۱٤(۳۵)
۳٦-۳۲	٤(۱۰)
٤۰-۳۷	۳(۷/۵)
جمع	٤۰(۱۰۰)

جدول۲. توزیع فراوانی و درصد علائم کلینیکی همراه با مول هیداتیدیفرم (بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل، ۷۹-۱۳۷۵)

علائم کلینیکی	فراوانی(درصد)*
خونریزی واژینال	۳۸(۹۵)
کم خونی	٦(۱۵)
بزرگی بیش از حد رحم	۲۰(۵۰)
استفراغ شدید بارداری	۱۰(۲۵)
هیپرتیروئیدیسم	۱(۲/۵)
بدون علائم	۱(۲/۵)

* بسیاری از بیماران همزمان بیش از ۱ علامت داشته‌اند

اندازه بزرگ رحم در ۲۰ مورد (۵۰٪)، در ۱۰ مورد (۲۵٪) متناسب با سن حاملگی و در ۱۰ مورد (۲۵٪) کوچکتر بوده است. فشارخون مبتلایان در حد نرمال بوده و هیچ موردی از پره اکلامپسی گزارش نشد. در سونوگرافی در هیچ مورد کیست تکالوتئینی دیده نشد. در ۲ نفر از مبتلایان پس از تخلیه، در پیگیریهای بعدی بعلت عدم افت سطح گنادوتروپین، با تشخیص مول پایدار شیمی‌درمانی با متوتروکسات شروع شد که پسرفت کامل پس از درمان مشاهده شد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.2.8.3]

بحث

در مطالعه حاضر از ۱۲۰۶۹ زن باردار مراجعه کننده ۴۰ مورد حاملگی مولار تشخیص داده شد (۱مورد از ۳۰۱ بارداری). شایع‌ترین علامت خونریزی واژینال (۹۵٪) و بزرگی اندازه رحم (۵۰٪)، بوده است. شیوع حاملگی مولار در مناطق مختلف دنیا متفاوت می‌باشد. برای مثال در ژاپن ۲ در ۱۰۰۰ بارداری و در آمریکای شمالی و اروپا ۳ برابر بیشتر است (۱- ۰/۶ در هزار بارداری)(۱).

در مطالعه Chechia و همکاران در فرانسه شیوع آن ۱ در ۷۹۳ بارداری بوده است(۴). اختلاف در شیوع حاملگی مولار در مناطق مختلف دنیا به علت تفاوتهای منطقه‌ای در میزان بروز مول نقش عوامل تغذیه‌ای، عوامل اقتصادی و اجتماعی می‌باشد(۱) که بالاتر بودن شیوع آن در مطالعه ما نیز ممکن است به همین عوامل مرتبط باشد.

در مطالعه Chechia و همکاران در فرانسه (۲۰۰۱) در ۶۰ مورد حاملگی مولار، علامت عمده خونریزی واژینال (۹۱٪) بوده است، رحم بزرگ و کیست‌های تخمدانی در ۷۵ و ۶۶٪ و تومور تروفوبلاستیک در ۱٪ موارد دیده شد(۴).

در مطالعه Germer و همکاران در برزیل (۲۰۰۰) ۴۱ مورد (۴۱٪) بدون علامت بودند. خونریزی واژینال (۵۸٪)، سایز بزرگ رحم (۱۵٪)، کم خونی (۲٪)، استفراغ شدید بارداری (۲٪) بوده است (۵). Felamban در عربستان (۱۹۹۸) در ۷۱ موارد حاملگی مول، سایز بزرگ رحم (۲۸٪)، کم خونی(۱۵/۵٪) و استفراغ شدید بارداری (۱۲/۶٪) دیده شد. و تومور تروفوبلاستیک در ۴۵/۱٪ موارد مشاهده نمود(۶).

در مطالعه Chong (۱۹۹۹) از ۷۵ بیمار با مول هیداتیدیفرم، خونریزی واژینال در ۸۹/۹٪ موارد وجود داشته و ۳ مورد به علت عدم پسرفت کامل پس از تخلیه نیاز به کموتراپی داشتند(۷). در تمام مطالعات و مطالعه حاضر شایع‌ترین علامت خونریزی واژینال بوده است. جدا شدن بافت‌های مولار از دسیدوا موجب پارگی عروق و تجمع مقدار زیادی خون در حفره رحم و خونریزی واژینال می‌شود. اندازه بزرگ رحم در ۵۰٪ موارد دیده شد که در بعضی مطالعات با شیوع بیشتر (۴) و در بعضی با شیوع کمتری دیده شد(۶و۵).

بزرگی رحم در مول هیداتیدیفرم به علت اتساع در اثر بافت کوریونیک و یا لخته‌های احتباس یافته می‌باشد. استفراغ شدید بارداری در مطالعه حاضر ۲۵٪ بوده است که در مطالعه Glick (۱۹۹۹) در ۲۶٪ (۸) و Pandora در ۲۵/۶٪ (۹) دیده شده بود. پایین‌تر بودن آمار در بعضی مطالعات (۶و۵) ممکن است به علت تشخیص زودرس مول باشد. استفراغ شدید در اثر افزایش گنادوتروپین‌های جفتی می‌باشد و پزشک بایستی در بیماران با این علامت، مول هیداتیدیفرم را در نظر داشته باشد.

تومور تروفوبلاستیک بارداری در ۲ مورد دیده شد، که شیوع آن در یک مطالعه ۰/۱ موارد مول و در مطالعه دیگر ۳٪ (۱) بوده است. که با این مطالعه نیز همخوانی دارد. در مطالعه Felamban در عربستان ۴۵/۱٪ بوده و نسبت به مطالعه انجام شده در آمریکای شمالی بیشتر بوده است(۶). بزرگتر بودن اندازه رحم در زمان تشخیص، تشخیص دیررس، وجود کیست‌های تخمدانی شانس پیشرفت به تومور تروفوبلاستیک را افزایش می‌دهد.

در مطالعه حاضر هیپرتیروئیدیسم در ۱ مورد (۲/۵٪) دیده شد. در مطالعه Amir و همکاران (۱۹۸۴) و Curry(۱۹۷۵) در ۲٪ موارد دیده شده است(۱۲و۱۱) که مشابه آمار ما بوده است، در مطالعات دیگر هیچ موردی گزارش نشده است(۸-۴). برخی محققین معتقدند که هیپرتیروئیدیسم به علت اثر تحریکی گنادوتروپین جفتی بر عملکرد تیروئید می‌باشد(۳) فشارخون بیماران در حد نرمال بوده و موردی از پره اکلامپسی دیده نشد. مورد بدون علامت در این مطالعه ۱ مورد (۲/۵٪) بوده است که در بعضی مطالعات به علت انجام روتین سونوگرافی در سه ماه اول بارداری، موارد بدون علامت بیشتر می‌باشد(۵).

در این مطالعه گروه خونی B در ۱۹ مورد(۴۷/۵٪)، A در ۱۱ مورد (۲۷/۵٪)، O در ۹ مورد (۲۲/۵٪) و AB در ۱ مورد (۲/۵٪) دیده شده که گروه خونی B در تعداد بیشتری از بیماران دیده شد در صورتیکه در مطالعه Talat گروه خونی A از ریسک فاکتورهای ابتلا به حاملگی مولار بوده است(۱۰).

حاملگی مولار از موارد اورژانس بارداری می‌باشد و تشخیص زودرس آن باعث کاهش عوارض و کاهش احتمال بیماری تروفوبلاستیک پایدار خواهد شد. لذا توصیه می‌شود با تشخیص

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.2.8.3]

زودتر در مرحله بدون علامت با سونوگرافی روتین در سه ماه اول بارداری و بررسی بافت‌شناسی، تمام نمونه‌های سقط و پیگیری دقیق مبتلایان، موربیدیتی را کاهش دهیم.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از پرسنل محترم بخش بایگانی بیمارستان شهید یحیی‌نژاد تقدیر و تشکر می‌گردد.

****

References

1. Palmer JR. Advances in the epidemiology of gestational trophoblastic disease. J Reprod Med 1994; 39: 155-62.

2. Semer DA , Macfee MS. Gestational trophoblastic disease. Epidemiology Semin Oncol 1992; 22:109.

3. Berkowitz Ross S, Goldestein Donald P. Gestational trophoblastic disease in Berek JS. 12th ed. Novaks Gynecology, 1996; pp: 1261-82.

4. Chechia A, Koubaa A, Makhlouf T, Anis B, Terras K, Hamouda B, Mezni F. Molar pregnancy retrospective study of 60 cases in Tunisia (French). Tunisia Medical 2001; 79(8-9): 441-6.

5. Germer O, Segal S, Kopmar A, Sassoon E. The Current Clinical Presentation of Complete molar pregnancy. Archives of Gynecology & Obstetrics 2000; 264 (1): 33-4.

6. Felamban AA, Bakri YN, Alkharif HA, Alltuwaijri SM, Shalhoub J, Berkowitz RS. Complete molar pregnancy. Clinical trends at King Fahad hospital, Riyadn, kingdom of Saudi Arabia. J of Reproductive Medicine 1998; 43(1):11-13.

7. Chong CY, Koh CE. Hydatidiform mole in Kandang Kerbau hospital – as year review. Singapore Medical Journal 1999; 40(4): 265-70.

8. Glick MM, Dick EL. Molar pregnancy presenting with hyperemesis gravidarum. Journal of the American Osteopathic Association 1999; 99(3): 162-4.

9. Pandora Baron JG, Lagos T, Gonzalez AG, Amezcua Gnevara G. Cases of Hydatidiform at the Nuevo hospital civil in Gnadalajarn (Spanish). Gynecology & Obstetric De Mexico 1994 ; 62: 197-200.

10.Talat NJ. The pattern of benign gestational trophoblastic disease in Karachi. JMPA Journal of Pakistan Medical Association 1998; 48(10): 296-300.

11. Amir SM, Osathanondh R, Berkowitz RS, Goldstein DP. Human chorionic gonadotropin and thyroid function in patients with hydatidiform mole. Am J Obstet Gynecol 1984; 150: 723.

12. Curry SL, Hammond CB, Tyrey L, Creasman WT, Parker RT. Hydatidiform mole: Diagnosis, management, and long time follow –up of 347 patients. Obstet Gynecol 1975; 45: 1-8.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید یحیی‌نژاد، گروه زنان و زایمان، تلفن: ۷-۲۲۲۳۵۹٤-۰۱۱۱.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.2.8.3]