

حاملگی مولار ناکامل در همراهی با یک جنین زنده: گزارش موردی

چکیده

دریافت: ۱۳۹۲/۰۵/۰۵ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۸/۲۷ آنلاین: ۱۳۹۲/۱۱/۱۲

زمینه: بارداری دوقلو با یک جنین و یک مول کامل دیپلوئید نادر نیست ولی حاملگی دو قلو با یک مول ناقص نادر می‌باشد. هدف از این مطالعه گزارش حاملگی مولار ناکامل در همراهی با یک جنین زنده می‌باشد.

معرفی بیمار: خانمی ۲۱ ساله با حاملگی دوم و سابقه یک سقط با شکایت لکه‌بینی در مرداد سال ۱۳۹۱ به اورژانس بیمارستان قائم مراجعه و گزارش سونوگرافی مبنی بر حاملگی مولار به همراه حاملگی طبیعی حدود ۱۵ هفته بود. وی دچار فشارخون و پروتئینوری بالا بود که با تشخیص پره‌اکلامپسی شدید در سن حاملگی حدود ۱۷ هفته تصمیم به ختم حاملگی گرفته شد. بعد از تخلیه رحم، در طی کنترل β -hCG افزایش پیدا کرد که بررسی از نظر متاستاز و تومور تروفوبلاستیک منفی بود و متوترکسات با دوز 50 mg/m^2 در سه مرحله تجویز شد و در نهایت سطح β -hCG به حد غیرقابل اندازه‌گیری رسید.

نتیجه‌گیری: تشخیص زودرس و درمان به موقع حاملگی مولار جهت کاهش مرگ و میر مادر بسیار با اهمیت می‌باشد.

کلمات کلیدی: حاملگی دو قلوئی، مول هیداتیفورم، پره‌اکلامپسی.

لیلا پورعلی^۱، صدیقه آیتی^۱
فاطمه وحید رودسری^{*۱}
مینژه جوانمرد^۱، فائزه پورصدراله^۲

۱- گروه زنان و مامایی، بیمارستان قائم،
دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد،
مشهد، ایران.

۲- دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی،
دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: مشهد، خیابان احمدآباد، بیمارستان
قائم، دفتر گروه زنان تلفن: ۰۵۱۱-۸۴۱۲۳۷۷
E-mail: vahidroodsarif@mums.ac.ir

مقدمه

۲۱٪ از بارداری‌هایی که خاتمه نیافته بودند، نیازمند شیمی درمانی جهت بیماری پایدار بودند ولی در زنانی که ختم بارداری انجام شده بود ۱۶٪ گزارش شده که از نظر آماری معنادار نبود.^۱ در مطالعه Niemann مشخص شد که ۲۵٪ از بارداری‌ها دو قلو، نیازمند شیمی درمانی بودند.^۲ مطالعات مختلفی جهت تعیین عوامل خطر حاملگی مولار کامل و ناقص انجام شده است.^۳ هدف از این مطالعه گزارش یک مورد حاملگی مولار ناکامل در همراهی با یک جنین زنده بود.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۲۱ ساله با حاملگی دوم و سابقه یک سقط که با شکایت لکه‌بینی از هشت روز قبل به اورژانس بیمارستان قائم وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد مراجعه کرد. در سونوگرافی حاملگی

بارداری دوقلوئی که از یک مول کامل و یک جنین تشکیل یافته باشد، نادر است.^۱ Niemann گزارش نمود که ۵٪ مول‌های دیپلوئید بخشی از یک بارداری دوقلو با یک جنین می‌باشند.^۲ بقای جنین نرمال متغیر بوده و به تشخیص یا عدم تشخیص آن و عوارض ناشی از حاملگی مولار مانند پره‌اکلامپسی و خون‌ریزی بستگی دارد. Vejerslev گزارش نمود که از ۱۳ بارداری که دارای یک مول همراه با یک جنین طبیعی بودند، ۴۵٪ جنین‌ها تا هفته ۲۸ زنده ماندند و میزان بقای نوزادان ۷۰٪ بوده است.^۳ در مقایسه با مول ناقص خطر ایجاد نئوپلازی‌های تروفوبلاستیک (GTN) در این‌گونه بارداری‌ها بالاتر است اما از خطر ایجاد نئوپلازی‌های تروفوبلاستیک بارداری متعاقب یک مول کامل منفرد بالاتر نیست.^۴ Sebire مشاهده کرد که

خوب و فشارخون نرمال مرخص گردید. توصیه به پی‌گیری هفتگی تیتراژ β -hCG شد. در روز ۹ بعد از تخلیه میزان 1300 mIU/ml β -hCG، روز هجدهم 1200 mIU/ml ، روز سی و یکم 887 mIU/ml و در روز سی و نهم 6400 mIU/ml بود. در همین زمان بیمار با شکایت درد شکمی همراه تهوع و استفراغ بار دیگر بستری شد. در سونوگرافی انجام شده یک توده مولتی سیستیک به ابعاد $7 \times 12 \text{ cm}$ در تخمدان چپ تخمدان راست و یک توده مولتی سیستیک $8 \times 8 \text{ cm}$ در تخمدان چپ گزارش شد. در بررسی با داپلر رنگی جریان خونی هر دو تخمدان نرمال گزارش شد.

با توجه به افزایش β -hCG و ثابت بودن بعدی آن بیمار از نظر متابولیت تحت بررسی قرار گرفت. با توجه به نتایج منفی، متوترکسات با دوز 50 mg/m^2 تزریق شد. بررسی هفتگی β -hCG ادامه داشت. بعد از سه دوز متوترکسات، β -hCG به صفر، تست‌های تیروئیدی نرمال و درد شکمی بیمار به تدریج برطرف شد. گزارش پاتولوژی مول پارشیل بود و طی پی‌گیری‌های ماهانه تیتراژ β -hCG در حد صفر باقی ماند.

بحث

حاملگی دوقلویی شامل یک جنین طبیعی و یک مول کامل دیپلوئید نادر است. لیکن موارد همراه با یک مول هیداتی فورم ناکامل بی‌نهایت نادر است.^۷ امروزه به دلیل استفاده از روش‌های کمک باروری شیوع آن بیش‌تر شده است.^۸ پیشرفت‌های اخیر سونوگرافی و آنالیز سیتوژنیک امکان تشخیص زودرس را به وجود آورده است.^۱ Ogura دو مورد حاملگی مولار همراه با یک جنین زنده را گزارش کرد که اولین مورد یک زن ۲۷ ساله بود که به علت علائم پره‌اکلامپسی در ۱۶ هفته‌گی ختم بارداری داده شد و جفت یا تغییرات نسبی هیدروپیک و جنین بدون آنومالی خارج شدند. مورد دیگر یک زن ۳۰ ساله با یک توده مولتی سیستیک متصل به یک جفت نرمال با یک جنین زنده ۲۰ هفته در بررسی سونوگرافی بود که به علت خون‌ریزی شدید هیستروتومی انجام شد.^۹ Ozarpaci یک مورد حاملگی دوقلویی دی‌کورینیک شامل یک جنین زنده و مول هیداتی فورم کامل را که در سن ۱۶ هفته‌گی پذیرش شده بود با سطح β -hCG مساوی $530,000 \text{ mIU/ml}$ گزارش کرد که حاملگی با هیستروتومی

مولار به همراه حاملگی نرمال با سن حاملگی ۱۴ هفته و پنج روز (بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی) گزارش شد. بیمار سابقه یک سقط خودبه‌خودی هشت ماه قبل داشت که کورتاژ شده بود. در معاینه ارتفاع رحم حدود ۲۰ هفته بود و خون‌ریزی واژینال در حد لکه‌بینی داشت. اولین سونوگرافی مربوط به هفت هفته و شش روز بود که رحم حاوی یک ساک حاملگی با جنین زنده و ضربان قلب نرمال بود. در مجاورت ساک حاملگی یک توده هتروژن دارای مناطق سیستیک به ابعاد 72×48 میلی‌متر مطرح‌کننده هماتوم قدیمی گزارش شده بود. در سونوگرافی دوم که مربوط به یک هفته بعد بود رحم حاوی یک جنین زنده با ضربان قلب نرمال و عدم تفاوت واضح در سایز و مقدار هماتوم بود. در سونوگرافی سوم که ۱۱ روز بعد انجام شد ساک حاملگی با جداره‌های صاف و منظم و امبریو با ضربان قلب نرمال دیده شد. جفت در وضعیت خلفی و مایع آمینوتیک طبیعی بود. تصویر توده‌ای در داخل جفت با نواحی سیستیک با سایز 85×115 میلی‌متر مشاهده شد که احتمال ضایعاتی نظیر مول پارشیل، تومورهای جفتی و یا هماتوم وسیع را مطرح می‌کرد.

در سونوگرافی بعدی یک جنین با ضربان قلب طبیعی بریج، جفت لترال چپ و گرید صفر مشاهده شد. مقدار مایع آمینوتیک و ارگان‌های جنین نرمال بود. مول هیداتی فورم حجیم با ابعاد 100×150 میلی‌متر و حجم تقریبی 800 سی‌سی در نیمه فوقانی و راست و حاملگی در ثلث تحتانی و چپ حفره رحم و تخمدان‌ها بزرگ به ابعاد 60×110 میلی‌متر دارای کیست‌های متعدد گزارش شد. در آزمایشات اولیه، هموگلوبین $8/9$ و هماتوکریت $26/7\%$ و تیتراژ β -HCG بیش‌تر از $500,000 \text{ IU/ml}$ بود. در آزمایش ادرار پروتئینوری گزارش شد. رادیوگرافی قفسه سینه نرمال بود. تست‌های تیروئیدی: $T4=20 \text{ ng/dl}$ ، $T3=600 \text{ ng/dl}$ ، $TSH=0/1 \mu\text{u/ml}$ لووتیروکسین شروع شد. ۱۰ روز بعد از بستری بیمار دچار افزایش فشارخون در حد $150/100$ شد، ارتفاع رحم به ۲۶ هفته رسید، با توجه به افزایش فشارخون، پروتئین ادرار ۲۴ ساعته درخواست شد که 407 mg/dl بود. به علت افزایش فشارخون $160/110$ و پروتئینوری با تشخیص پره‌اکلامپسی شدید تصمیم به ختم حاملگی گرفته شد. بعد از خروج جنین مقادیر زیاد بافت و زیکولر خارج و ساکشن کورتاژ انجام شد. با توجه به فشارخون بالا و پروتئینوری، سولفات منیزیم تجویز شد. بیمار چهار روز بعد با حال عمومی

(تومرترفوبلاستیک حاملگی) وجود دارد که در بیمار ما نیز نیاز به تزریق سه دوز متوترکسات تا زمان صفر شدن β -hCG وجود داشت. با توجه به این که عوارض حاملگی اعم از فشارخون بارداری و عوارض متابولیک مانند پرکاری تیروئید و نیز خونریزی به دنبال این گونه بارداری‌ها افزایش می‌یابد. تشخیص و درمان زودرس جهت کاهش مرگ و میر مادری بسیار ارزشمند است. به‌علاوه بعد از ختم این گونه حاملگی‌ها بررسی جهت تشخیص زودرس تومورهای تروفوبلاستیک بسیار مهم است که آن‌هم فقط از طریق بررسی تیتراژ هفتگی β -hCG میسر می‌شود. در مورد بیمار مورد نظر نیز پی‌گیری دقیق بیمار و درمان به موقع آن سبب پیشگیری از عوارض بالقوه تهدیدکننده حیات مانند پارگی رحم و متاستاز به سایر اعضا را در برداشت.

جدول ۱: مشخصات موارد گزارش شده از حاملگی مولار ناکامل

متابع	سال	موارد گزارش شده
^۹ Ogura	۲۰۰۶	زن ۲۷ ساله با حاملگی مولار همراه با یک جنین زنده
^۹ Ogura	۲۰۰۶	زن ۳۰ ساله با حاملگی مولار همراه با یک جنین زنده
^{۱۱} Ozarpaci	۲۰۰۵	یک مورد حاملگی دوقلوبی دی‌کوریونیک شامل یک جنین زنده و مول هیداییدیفورم کامل

ختم داده شد و آنالیز هیستوپاتولوژیک یک مول هیداتی فورم و یک جنین مذکر ۱۷ هفته با کاریوتایپ ۴۶ xy نرمال را نشان داد^{۱۱} (جدول ۱). هم‌چنان که در مطالعات قبلی ذکر شد احتمال نیاز به شیمی درمانی متعاقب ختم حاملگی‌های مذکور به‌علت بروز GTN

References

- Koyama S, Tomimatsu T, Sawada K, Kanagawa T, Isobe A, Kinugasa Y, et al. A case of complete hydatidiform mole with co-existent fetus: conclusive diagnosis of androgenesis of the molar placenta by variation of paternal acrocentric short arms. *Am J Perinatol* 2010;27(2):143-9.
- Niemann I, Petersen LK, Hansen ES, Sunde L. Predictors of low risk of persistent trophoblastic disease in molar pregnancies. *Obstet Gynecol* 2006;107(5):1006-11.
- Vejerslev LO. Clinical management and diagnostic possibilities in hydatidiform mole with coexistent fetus. *Obstet Gynecol Surv* 1991;46(9):577-88.
- Niemann I, Sunde L, Petersen LK. Evaluation of the risk of persistent trophoblastic disease after twin pregnancy with diploid hydatidiform mole and coexisting normal fetus. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197(1):45.e1-5.
- Sebire NJ, Foskett M, Paradinis FJ, Fisher RA, Francis RJ, Short D, et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin. *Lancet* 2002;359(9324):2165-6.
- Rezavan N, Kamrava Manesh M, Veisi F, Zangeneh M, Basiri S, Rezaei M. A Survey on subsequent pregnancy Outcome after Molar Pregnancy. *Iranian J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(54):1-6.
- Copeland JW, Stanek J. Dizygotic twin pregnancy with a normal fetus and a nodular embryo associated with a partial hydatidiform mole. *Pediatr Dev Pathol* 2010;13(6):476-80.
- Kim CH, Kim YH, Kim JW, Kim KM, Cho MK, Kim SM, et al. Triplet pregnancy with partial hydatidiform mole coexisting with two fetuses: a case report. *J Obstet Gynaecol Res* 2008;34(4 Pt 2):641-4.
- Ogura T, Katoh H, Satoh S, Tsukimori K, Hirakawa T, Wake N, et al. Complete mole coexistent with a twin fetus. *J Obstet Gynaecol Res* 2006;32(6):593-601.
- Ozarpaci C, Yalti S, Gürbüz B, Ceylan S, Cakar Y. Complete hydatidiform mole with coexistent live fetus in dichorionic twin gestation. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271(3):270-3.

Incomplete molar pregnancy with live coexisting fetus: a case report

Abstract

Received: 27 Aug. 2013 Accepted: 18 Nov. 2013 Available online: 01 Feb. 2014

Leila Pourali M.D.¹
Sedigheh Ayati M.D.¹
Fatemeh Vahidroodsari M.D.^{1*}
Manizhe Javanmard M.D.¹
Faezeh Poursadrollah²

1- Department of Gynecology and Obstetrics, Ghaem Hospital, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

2- Student of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding author: Department of Gynecology and Obstetrics, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Ghaem Hospital, Ahmabad St., Mashhad, Iran.
Tel: +98- 511-8412477
E-mail: vahidroodsarif@mums.ac.ir

Background: Twin pregnancy with a fetus and a diploid complete mole is not rare, but, the cases of twin pregnancy with a partial mole are rare. Nowadays, the prevalence of these cases has been increased due to the high rate of assisted reproductive techniques in reproductive medicine. The importance of twin pregnancy with a fetus and a diploid complete mole is mainly due to systemic complications such as hypertension and maternal hemorrhage and the possibility of trophoblastic tumor following delivery. Different studies have reported some results about similar cases, but limited case reports are presented in our country. The aim of this study is to report a case with incomplete molar pregnancy concomitant with a live fetus.

Case presentation: A 21 yr old woman (G2 ab1) referred to emergency department of Ghaem University Hospital in Mashhad. She complained of scant vaginal bleeding and spotting and a sonography report of a combined molar and normal pregnancy with 15 weeks gestational aged. During hospitalization, the pregnancy complicated with hypertension and proteinuria. Termination of pregnancy was planned at 17th weeks of gestation due to severe preeclampsia. After evacuation of uterus, during follow up visits, β -hCG titer raised. Metastasis evaluation was negative. Pathology reports showed partial mole. Then, three doses of methotrexate (50 mg/m² intra muscular) was administered and finally, according to the monthly follow up, β -hCG level was undetectable.

Conclusion: The rate of pregnancy complications such as hypertension, hyperthyroidism, and obstetrics hemorrhage and also the risk of Gestational Trophoblastic Neoplasm (GTN) are increasing in incomplete molar pregnancy. Therefore, early diagnosis and timely treatment of molar pregnancy is very important to reduce maternal morbidity and mortality.

Keywords: hydatidiform mole, pre-eclampsia, twin pregnancy.