

**گزارش مورد**

**گزارش یک مورد از همراهی مول هیداتیدیفرم با جنین در حاملگی دو قلو**

دکتر سپیده بخشنده نصرت

استادیار گروه زنان دانشگاه علوم پزشکی گرگان

دکتر رامین آذرهوش

استادیار گروه آسیب‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

نویسنده مسئول: دکتر سپیده بخشنده نصرت

پست الکترونیکی: [sepideh\\_bn63@yahoo.com](mailto:sepideh_bn63@yahoo.com)

نشانی: گرگان، مرکز آموزشی - درمانی دزیانی

تلفن: ۲۲۲۴۸۵۹ و نمابر: ۰۱۷۱-۲۲۲۰۵۰

وصول مقاله: ۸۳/۵/۱۸

اصلاح نهایی: ۸۴/۴/۵

پذیرش مقاله: ۸۴/۵/۴

**چکیده**

وقوع حاملگی دو قلو که یک قل آن را مول هیداتیدیفرم و قل دیگر آن را جنین و جفت سالم تشکیل دهد، نادر و با شیوع ۱ در ۱۰۰۰۰۰-۲۲۰۰۰ می‌باشد. مشخصه این بیماری وجود تظاهرات بالینی مول هیداتیدیفرم همراه جنین سالم در کیسه آمنیوتیک مجزا از حاملگی مولار است. در این گزارش خانمی با حاملگی اول معرفی می‌گردد که با خونریزی واژینال و تهوع و استفراغ شدید به کلینیک زنان مراجعه کرد و پس از معاینه بالینی و سونوگرافی تشخیص حاملگی دو قلو همراه با مول هیداتیدیفرم داده شد. اقدامات درمانی مناسب برای بیمار انجام شد و پس از ختم خودبخودی حاملگی تخلیه رحم و پیگیری‌های لازم به دلیل خطر بالای ایجاد تومور تروفوبلاستیک بارداری صورت گرفت.

کلید واژه‌ها: مول هیداتیدیفرم - حاملگی دو قلو - تومور تروفوبلاستیک بارداری

**مقدمه**

بیماری تروفوبلاستیک جفت با رشد غیرطبیعی بافت‌های تروفوبلاستیک و جنین - جفت غیرطبیعی مشخص می‌باشد (۱). شیوع حاملگی مولار در نقاط مختلف دنیا متفاوت می‌باشد. کمترین شیوع آن در ایالات متحده آمریکا ۱ در ۱۵۰۰ حاملگی و بیشترین آن در کشورهای آسیایی مثل تایوان به میزان ۱ در ۱۲۵ حاملگی گزارش شده است (۲). شیوع دوقلویی که یک قل آن را مول هیداتیدیفرم و قل دیگر آن را جنین و جفت سالم تشکیل دهد، نادر و ۱ در ۱۰۰۰۰۰-۲۲۰۰۰ حاملگی می‌باشد (۳ و ۴). آمار از همراهی مول هیداتیدیفرم و جنین طبیعی در بارداری دوقلو در کتب مرجع زنان موجود نمی‌باشد و در بعضی مقالات فقط به نادر بودن آن اشاره شده است. در حاملگی‌هایی که کمول هیداتیدیفرم به همراه جنین زنده وجود دارد سه مکانیسم مختلف محتمل است:

یک مول کامل با یک جنین طبیعی دیپلوئید

یک میول ناقص با یک جنین طبیعی دیپلوئید

یک مول ناقص با یک جنین غیرطبیعی تریپلوئید

دو مکانیسم اول یک حاملگی دوقلوی دی زیگوت است و در جنین شانس زنده ماندن وجود دارد و در مورد سوم یک حاملگی منوزیگوت است و جنین تریپلوئید اکثراً در سه ماه اول فوت می‌کند (۵). موردی که گزارش می‌شود در نتیجه مکانیسم دوم می‌باشد که یک مول هیداتیدیفرم ناقص با یک حاملگی طبیعی وجود داشته است. بیمار ما در هفته ۱۴ حاملگی مراجعه نمود که تشخیص و جفت طبیعی با مول هیداتیدیفرم ناقص در دو کیسه آمنیوتیک مجزا داده شد. هدف از این مقاله گزارش این مورد نادر و اهمیت پیگیری

بیماران مبتلا به این وضعیت پس از ختم حاملگی به دلیل خطر بالای ایجاد کموریوکاریسینوم و موجود نبودن پروتکل درمانی مشخص در این موارد می‌باشد.

**معرفی بیمار**

بیمار زنی ۱۸ ساله با حاملگی اول در هفته چهاردهم حاملگی به دلیل خونریزی واژینال و تهوع استفراغ شدید به کلینیک زنان مراجعه نمود. در معاینه کلینیکی اندازه رحم حدود ۲۴ هفته حاملگی و خونریزی واژینال در حد لک‌بینی بود و بیمار تاریخ آخرین قاعدگی خود را دقیقاً به خاطر داشت. در معاینه واژینال سرویکس بسته و علائمی از دفع محتویات حاملگی مشاهده نشد. در سونوگرافی انجام شده یک جنین طبیعی ۱۴ هفته با کیسه آمنیوتیک مجزا در فوندوس رحم و یک کیسه آمنیوتیک دیگر همراه با تغییرات مولار در قسمت تحتانی رحم همراه با کیست‌های تکالوئیتیسی بزرگ دوطرفه گزارش شد (تصویر ۱).



تصویر ۱: جنین طبیعی با کیسه آمنیوتیک به علاوه یک کیسه آمنیوتی دیگری با تغییرات مولی

حاملگی دوقلو و مول هیداتیدیفرم دیده می‌شود و همراهی این دو باعث تشدید علائم مذکور می‌گردد. در بیمار مورد معرفی سابقه تهوع و استفراغ شدید وجود داشت. تشخیص این بیماری برای جلوگیری از عوارضی مثل پره‌اکلاپسی شدید و خونریزی غیرقابل کنترل اهمیت زیادی دارد. تشخیص سونوگرافیک این بیماری می‌تواند خیلی زود و در حدود هفته ۱۱ حاملگی انجام شود (۹).

در بیمار ما تشخیص سونوگرافیک و بالینی در هفته چهاردهم حاملگی انجام شد.

در موارد نادر گزارش شده از چند قلبی با مول هیداتیدیفرم سابقه نازایی و القاء تخمک گذاری با HCG و عمدتاً HMG و کلومیفن وجود داشته است (۱۰)، در حالی که در بیمار ما سابقه نازایی و مصرف دارو وجود نداشته و حاملگی ۶ ماه پس از ازدواج ایجاد شده بود.

در موارد همراهی حاملگی مولار با جنین زنده طبیعی در مان مشخص گزارش نشده و مسأله دشوار در اداره این بیماران پس از تشخیص ادامه حاملگی یا خاتمه دادن به آن پس از تثبیت اوضاع بیمار می‌باشد که هنوز نامشخص است و یافته‌های اندکی برای راهنمایی کلینیکی وجود دارد.

حاملگی مولار براساس یافته‌های مورفولوژیک و سیتوژنتیک به دو دسته مول ناقص و کامل طبقه‌بندی می‌شود. مول کامل در نتیجه یک اووسیت خالی بدون هسته با یک اسپرم هاپلوئید یا دو اسپرم تشکیل می‌شود که کاریوتیپ 46xx (در ۹۰ درصد موارد) و 46xy (در ۱۰ درصد موارد) با منشا پدری دارند (۱۱). در مول‌های کامل تورم منتشر ویلوزیته‌های کوریونی و هیپرپلازی منتشر وجود دارد و بافت جنینی دیده نمی‌شود. اکثر مول‌های ناقص در نتیجه ترکیب یک اووسیت طبیعی با دو اسپرم ایجاد می‌شود و کاریوتیپ حاصله معمولاً تریپلوئید است 69XXX یا 69XXY (۱۲) و تورم کانونی ویلوزیته‌ها و هیپرپلازی منطقه‌ای تروفوبلاست‌ها دیده می‌شود و بافت جنین قابل رویت است.

یکی از نگرانی‌هایی که در حاملگی مولار وجود دارد، تبدیل آن به تومور تروفوبلاستیک پایدار حاملگی است (۱۳) که احتمال آن در نوع کامل ۳۰-۱۰ درصد و در نوع ناقص ۵درصد است که بیماران به علت تومور نیاز به شیمی‌درمانی دارند (۱۴).

علاوه بر تومور تروفوبلاستیک پایدار حاملگی عوارض دیگری ممکن است همراه مول هیداتیدیفرم وجود داشته

در آزمایشات بیمار یک آنمی خفیف و هموگلوبین ۹ mg/ml وجود داشت.

دو روز بعد از اولین مراجعه بیمار دچار خونریزی واژینال شدید و دفع وزیکول‌های مولار و به دنبال آن دفع جنین پسر ۱۴ هفته سالم با وزن ۱۲۰ گرم و قسمتی از جفت گردید و به علت احتباس بخشی از جفت در رحم کورتاژ تخلیه‌ای انجام شد.



تصویر ۲: مول هیداتیدیفرم و جنین با یک جفت طبیعی در دو کیسه آمینیون مجزا

گزارش آسیب‌شناسی حاکی از مول هیداتیدیفرم ناقص و جنین پسر طبیعی با جفت طبیعی در دو کیسه آمینیون بود (تصویر ۲). در پیگیری بعدی یافته‌ای دال بر تکثیر تروفوبلاستی در رحم و تهاجم متاستاتیک در قسمت‌های دیگر بدن در مدت یک‌سال پس از تخلیه رحم مشاهده نشد. روش جلوگیری از بارداری بیمار، روش‌های مکانیکی بود و در ماه چهاردهم پس از کورتاژ حاملگی طبیعی با جنین یک قلو ایجاد شد.

## بحث

حاملگی دوقلو شامل مول هیداتیدیفرم و جنین سالم یک وضعیت نادر می‌باشد (۷۶). بسیاری از تظاهرات بالینی مول هیداتیدیفرم در صورت همراهی آن با حاملگی چند قلبی تشدید می‌یابد که این تظاهرات اکثراً در اواخر سه ماهه اول و طی سه ماهه دوم بروز می‌کند.

بسیاری از بیماران مبتلا به این وضعیت نادر با خونریزی واژینال مراجعه می‌کنند (۸). بیمار ممکن است با رشد نامتناسب رحم و پره‌اکلاپسی در سه ماهه اول و دوم مراجعه مراجعه کند. بیمار ما با خونریزی واژینال، آنمی و رحم بزرگ‌تر از سن حاملگی مراجعه نمود (اندازه رحم در هفته ۱۴ حاملگی به حدود ۲۴ هفتهگی رسیده بود). تهوع و استفراغ در

همراه با پیشگیری از بارداری مجدد برای رد تروفوبلاستیک حاملگی تا یک سال برای بیمار انجام شد.

اندازه‌گیری هورمون گنادوتروپین کوریونی هر دو هفته تا رسیدن آن به سطح طبیعی و سپس اندازه‌گیری ماهیانه برای شش ماه و بعد هر دو ماه یک‌بار تا یک‌سال انجام شد که علامتی دال بر تکثیر تروفوبلاستی در بیمار وجود نداشت. حاملگی طبیعی یک قلو با جفت طبیعی پس از یک سال در بیمار به وجود آمد.

## References

- 1) Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, Smith J, La Vecchia C. *Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases*. Lancet Oncol. 2003; 4(11):670-8.
- 2) Kenneth J.Ryan, Robert L.Barbieri, Ross S.Berkowitz, Andrea E.Dunaif. *Kistner's Gynecology and Women's Health. Gestational Trophoblastic Disease*. 7th Ed. Elsevier Health Sciences. 1999; PP: 218-232.
- 3) Vejerslev LO. *Clinical management and diagnostic possibilities in hydatidiform mole with coexistent fetus*. Obstet Gynecol Surv. 1991; 46(9):577-88.
- 4) Steller MA, Genest DR, Bernstein MR, Lage JM, Goldstein DP, Berkowitz RS. *Natural history of twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting fetus*. Obstet Gynecol. 1994; 83(1):35-42.
- 5) Chu W, Chapman J, Persons DL, Fan F. *Twin pregnancy with partial hydatidiform mole and coexistent fetus*. Arch Pathol Lab Med. 2004; 128(11):1305-6.
- 6) Japaraj RP, Sivalingam N. *Complete hydatidiform mole and surviving coexistent twin--a case report*. Singapore Med J. 2000; 41(3):126-8.
- 7) Monnier JC, Nihouarn G, Vinatier D, Lanciaux B, Savary B, Lecomte-Houcke M. *Twin pregnancy combining a hydatidiform mole and a normal ovum*. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1987; 16(2):213-8.

باشد، استفراغ شدید حاملگی، هیپرتیروئیدی، پره‌اکلاپسی و آمبولیزاسیون تروفوبلاست‌ها می‌باشد.

حضور هر یک از عوارض بالا به صورت جدی و شدید ممکن است یک اندیکاسیون برای تخلیه سریع رحم باشد.

بیمار ما در ۱۴ هفتگی با خونریزی واژینال و استفراغ شدید حاملگی کیست‌های تک‌لو‌تینی دوطرفه مراجعه کرد و پس از دو روز خودبه‌خود سقط نمود که برای تخلیه بقایای حاملگی کورتاژ انجام شد و اقدامات لازم به منظور پیگیری

- 8) Sauerbrei EE, Salem S, Fayle B. *Coexistent hydatidiform mole and live fetus in the second trimester: an ultrasound study*. Radiology. 1980; 135(2):415-7.

- 9) Steller MA, Genest DR, Bernstein MR, Lage JM, Goldstein DP, Berkowitz RS. *Clinical features of multiple conception with partial or complete molar pregnancy and coexisting fetuses*. J Reprod Med. 1994; 39(3):147-54.

- 10) Azuma C, Saji F, Takemura M, Ohashi K, Kimura T, Miyake A, et al. *Triplet pregnancy involving complete hydatidiform mole and two fetuses: genetic analysis by deoxyribonucleic acid fingerprint*. Am J Obstet Gynecol. 1992; 166(2):664-7.

- 11) Feinberg RF, Lockwood CJ, Salafia C, Hobbins JC. *Sonographic diagnosis of a pregnancy with a diffuse hydatidiform mole and coexistent 46,XX fetus: a case report*. Obstet Gynecol. 1988; 72(3 Pt 2):485-8.

- 12) Crum CP: *The female genital tract*. In: Robbins Pathologic Basis of Disease. Cotran RS, Kumar V, Collins T, 6th Ed. Philadelphia. WB Saunders Company. 1999; PP: 1048-1053.

- 13) Thomas EJ, Pryce WI, Maltby EL, Duncan SL. *The prospective management of a coexistent hydatidiform mole and fetus*. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1987; 27(4):343-5.

- 14) Jones WB, Lauersen NH. *Hydatidiform mole with coexistent fetus*. Am J Obstet Gynecol. 1975; 122(3):267-72.