

بررسی بروز مول در استان همدان

سودابه آقابابایی^{۱*}، دکتر سید محمد حسینی پناه^۲، انسیه محبی کیان^۳

فریده امینی^۳، مهرداد کریمی^۴

۱. مربی گروه بهداشت مادر و کودک، مرکز تحقیقات مراقبت های مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۲. استادیار گروه علوم تشریح، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۳. کارشناس مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۴. کارشناس ارشد آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۶/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۱۶

خلاصه

مقدمه: بیماری تروفوبلاستیک حاملگی شامل گروهی از تومورها مانند مول هیداتیفورم کامل و ناقص، تومور تروفوبلاستیک موضعی جفت و کوریوکارسینوم است. اپیدمیولوژی این بیماری نامشخص است. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان بروز مول در استان همدان طی سال های ۸۵-۱۳۷۶ انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی و گذشته نگر بر روی پرونده ۲۹۲۲۶۲ زن بارداری که طی سال های ۸۵-۱۳۷۶ جهت ختم بارداری به مراکز درمانی و مراکز تسهیلات زایمانی استان همدان مراجعه کرده بودند، انجام شد. پرونده بیماران مبتلا به بیماری تروفوبلاستیک حاملگی از کل پرونده ها جدا شد و مورد بررسی قرار گرفت. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۳) انجام شد. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میزان بروز مول هیداتیفورم در استان همدان طی سال های ۸۵-۱۳۷۶، ۳/۳۴ مورد در هر ۱۰۰۰ حاملگی و ۳/۷ مورد در هر ۱۰۰۰ زایمان بود. ۵۳۳ نفر (۵۶/۱٪) از موارد، مول کامل بودند. بیشترین میزان حاملگی مولار (۶۸/۸٪) در محدوده سنی ۲۱-۳۵ سال مشاهده شد. میزان عود مول ۲/۶٪ بود. در مقایسه تعداد بارداری ها، بیشترین موارد حاملگی مولار مرتبط با گراویدیتی ۱ بود که رابطه آن با بروز مول معنی دار بود ($P=0/002$) و همچنین ارتباط سابقه حاملگی مولار و بروز مول نیز معنی دار بود ($P=0/032$).

نتیجه گیری: در استان همدان نیز مانند قسمت های جنوب شرقی آسیا میزان بروز بالای مول به چشم می خورد، لذا تشخیص به موقع این بیماری باید مدنظر قرار گیرد.

کلمات کلیدی: مول، اپیدمیولوژی

* نویسنده مسئول مکاتبات: سودابه آقابابایی؛ مرکز تحقیقات مراقبت های مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. تلفن: ۰۸۱-۳۸۳۸۰۱۵۱؛ پست الکترونیک: aghababaei@umsha.ac.ir

مقدمه

بیماری تروفوبلاستیک حاملگی به طیفی از اختلالات تکثیری مربوط به جفت اطلاق می شود (۱) که به دو دسته مول هیداتیدیفورم و نئوپلازی تروفوبلاستیک حاملگی بعد از مول تقسیم می شود. نئوپلازی تروفوبلاستیک حاملگی بعد از مول، بیماری تروفوبلاستیک بدخیم حاملگی نامگذاری شده است (۲)، (۳). مول هیداتیدیفورم به دو نوع کامل و ناقص تقسیم می شود. در مول، پرزهای کوریونی به توده ای از وزیکول های شفاف تغییر شکل می دهند و بر اساس نوع مول ممکن است جنین و مایع آمنیون نیز وجود نداشته باشد. از علائم آن می توان به خونریزی واژینال و بالا رفتن هورمون جفتی حاملگی اشاره کرد، البته این علائم و نشانه ها در مول کامل چشمگیرتر می باشند (۳، ۴).

اپیدمیولوژی بیماری تروفوبلاستیک حاملگی نامشخص است و میزان بروز آن در نقاط مختلف جهان تفاوت زیادی دارد (۳). شیوع بیماری تروفوبلاستیک بارداری در سرتاسر جهان حدود ۰/۶ تا ۲/۳ مورد در هر ۱۰۰۰ بارداری است (۵). میزان بروز حاملگی مولار در ژاپن ۲ مورد در هر ۱۰۰۰ بارداری است که حدوداً سه برابر اروپا و آمریکای شمالی (حدود ۱/۱-۰/۶ در هر ۱۰۰۰ بارداری) می باشد (۶). میزان بروز بیماری تروفوبلاستیک حاملگی در مناطق جنوب شرقی آسیا در بالاترین حد است؛ به گونه ای که میزان بروز آن ۱۵-۵ برابر جوامع غربی است. محدوده میزان بروز آن متفاوت بوده و در ژاپن و چین ۱ تا ۲ مورد در هر ۱۰۰۰ حاملگی و در اندونزی و هند، ۱۲ مورد در هر ۱۰۰۰ حاملگی است (۷، ۸).

بر اساس شواهد مذکور که حاکی از در معرض خطر بودن زنان آسیایی برای داشتن حاملگی های مولار است و از آنجایی که تاکنون مطالعه ای در زمینه میزان بروز مول هیداتیدیفورم در استان همدان صورت نگرفته است، مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان بروز مول در استان همدان طی سال های ۸۵-۱۳۷۶ انجام شد.

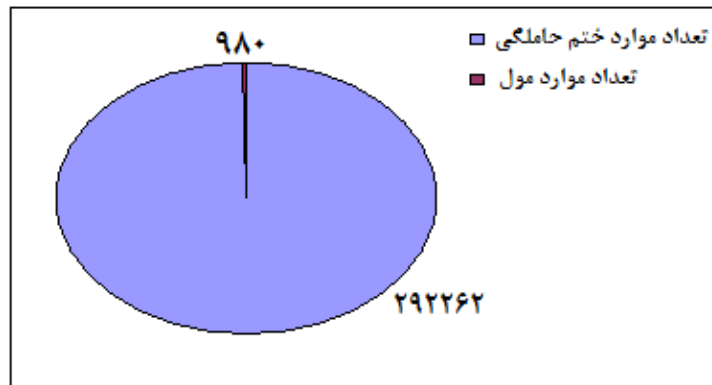
روش کار

این مطالعه توصیفی و گذشته نگر بر روی ۲۹۲۲۶۲ پرونده زن بارداری که طی سال های ۸۵-۱۳۷۶ جهت ختم بارداری به مراکز درمانی و مراکز تسهیلات زایمانی استان همدان مراجعه کرده بودند، انجام شد. ابتدا تمامی پرونده های مربوط به حاملگی های خاتمه یافته بین سال های ۸۵-۱۳۷۶ در مراکز زایمانی استان همدان (۲۹۲۲۶۲ پرونده) مورد بررسی قرار گرفت و افراد مبتلا به مول مشخص شد. سپس پرونده افراد مبتلا (۵۳۳ پرونده) تحت بررسی قرار گرفت و اطلاعات لازم استخراج و در پرسشنامه ثبت شد. سوالات پرسشنامه شامل دو قسمت مشخصات فردی و خصوصیات بارداری و بیماری مول بود. همچنین جهت اطمینان بیشتر، آمار مربوط به تعداد زایمان و سقط های صورت گرفته طی ۱۰ سال مذکور در سطح استان از طریق مرکز آمار معاونت بهداشتی شهر همدان به دست آمد. در نهایت ۵۳۳ پرونده از نظر عوامل خطر (سن مادر، گراویدیتی، وضع اجتماعی- اقتصادی، بارداری قبلی و روش های تشخیصی) بررسی شدند. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۳) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

بر اساس نتایج مطالعه، سن ۳۷۰ نفر (۶۹/۴۲٪) از واحدهای پژوهش بین ۲۰-۳۵ سال، ۱۰۶ نفر (۱۸/۸۹٪) کمتر یا مساوی ۲۰ سال و در سایر موارد بیشتر یا مساوی ۳۵ سال بود. ۵۰۷ نفر (۹۵/۱٪) از واحدهای پژوهش خانه دار بودند. ۳۱۸ نفر (۵۹/۶۶٪) ساکن شهر و ۲۱۵ نفر (۴۰/۳۴٪) ساکن روستا بودند. ۳۵۳ نفر (۶۶/۲۳٪) حاملگی دوم یا بیشتر را تجربه کردند. حدود ۱۴۲ نفر (۲۶/۶٪) از واحدهای پژوهش سابقه یک و یا بیشتر از یک سقط را در حاملگی های قبلی ذکر کردند. ۱۲ نفر (۲/۳٪) از افراد سابقه ای از مول در حاملگی های قبلی داشتند. بر اساس آمارهای

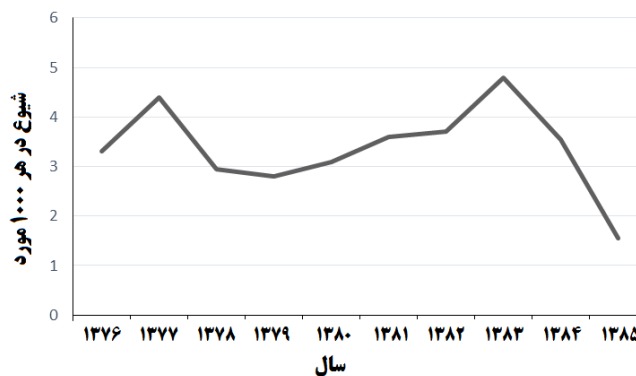
کلی به دست آمده از استان در سال های ۸۵-۱۳۷۶، تعداد ۲۹۲۲۶۲ مورد ختم بارداری وجود داشته است که تعداد موارد مول در حاملگی های مذکور در نمودار ۱ نشان داده شده است.



نمودار ۱- توزیع فراوانی نسبی موارد مول در حاملگی های خاتمه یافته در استان همدان طی سال های ۸۵-۱۳۷۶

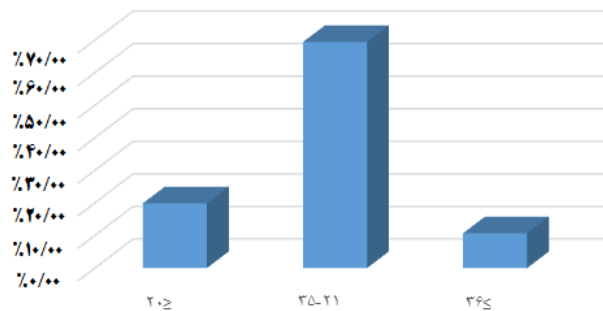
در استان همدان طی سال های ۸۵-۱۳۷۶ به طور میانگین، در دوره ۵ ساله دوم نسبت به دوره ۵ ساله اول، روند افزایشی مختصری داشت (نمودار ۲). در بررسی گروه های سنی، بیشترین میزان بروز حاملگی مولار در گروه سنی ۳۵-۲۱ سال مشاهده شد (نمودار ۳).

با توجه به آمار کلی به دست آمده، میزان بروز مول طی سال های ۸۵-۱۳۷۶، ۳/۳۴ مورد در هر ۱۰۰۰ حاملگی و ۳/۷ مورد در هر ۱۰۰۰ زایمان بود؛ به طوری که ۱ مورد از هر ۲۷۰/۱ زایمان و ۱ مورد از هر ۲۹۸/۲ حاملگی، همراه با مول بوده است. ۵۳۳ نفر (۱/۵۶٪) از موارد مول کامل بودند. میزان بروز مول هیداتیدیفورم



نمودار ۲- توزیع فراوانی میزان بروز مول هیداتیدیفورم در استان همدان طی سال های ۸۵-۱۳۷۶

بررسی میزان بروز مول در رابطه با سن مادر



نمودار ۳- توزیع فراوانی میزان بروز مول هیداتیدیفورم بر اساس سن مادر در استان همدان طی سال های ۸۵-۱۳۷۶

بر اساس نتایج به دست آمده، در ۳۲۲ نفر (۶۰/۴۱٪) از افراد سونوگرافی به عنوان روش تشخیص حاملگی مولار درخواست شده بود. در ۱۰۰٪ موارد، آزمایش پاتولوژی در تشخیص حاملگی مولار نقش داشت. در مقایسه تعداد بارداری ها، بیشترین موارد حاملگی مولار مرتبط با گراویدیتی ۱ بود که رابطه آن با بروز مول معنی دار بود ($p=0/002$) و همچنین ارتباط سابقه حاملگی مولار و بروز مول نیز معنی دار بود ($p=0/032$).

بحث

میزان بروز بیماری تروفوبلاستیک حاملگی در مناطق مختلف جهان تفاوت زیادی دارد. به طور کلی میزان بروز مول هیداتیدیفورم در استان همدان طی سال های ۸۵-۱۳۷۶، ۳/۳۴ مورد در هر ۱۰۰۰ حاملگی و ۳/۷ مورد در هر ۱۰۰۰ زایمان بود؛ به طوری که ۱ مورد از هر ۲۷۰/۱ زایمان و ۱ مورد از هر ۲۹۸/۲ حاملگی با مول همراه بود که در مقایسه با ژاپن (۲ مورد در هر ۱۰۰۰ حاملگی)، اروپا و آمریکا (حدود ۱/۱-۰/۶ در هر ۱۰۰۰ حاملگی)، انگلستان و ولز (۱ مورد در هر ۷۱۴ تولد زنده)، چین (۲/۶۶ مورد در هر ۱۰۰۰ حاملگی) و مالزی (۲/۸ مورد در هر ۱۰۰۰ زایمان) بالاتر و از اندونزی و هندوستان (۱۲ مورد در هر ۱۰۰۰ حاملگی) پایین تر بود (۹-۱۴). مطالعات اپیدمیولوژیک، تغییرات منطقه ای گسترده ای را در بروز مول برآورد کرده اند. در مطالعات انجام شده در شمال آمریکا، استرالیا، نیوزیلند و اروپا، میزان بروز مول هیداتیدیفورم ۱/۱-۰/۵۷ مورد در هر ۱۰۰۰ حاملگی و در مطالعات انجام شده در آسیای جنوب شرقی میزان بروز مول هیداتیدیفورم، ۲ مورد در هر ۱۰۰۰ بارداری گزارش شده است (۱۵).

میزان بروز مول هیداتیدیفورم در سال های ۸۵-۱۳۷۶ به ترتیب ۳/۳، ۴/۴، ۲/۹، ۲/۸، ۳، ۳/۶، ۳/۷، ۴/۸، ۳/۵ و ۱/۵ بود. بر اساس نتایج مطالعه، دو پیک افزایشی طی سال های مورد بررسی در میزان بروز مول هیداتیدیفورم در استان همدان وجود داشته است. اولین پیک در سال ۱۳۷۷ و دومین پیک در سال ۱۳۸۳ بوده است. میزان

بروز مول هیداتیدیفورم در استان همدان طی دوره ۵ ساله دوم نسبت به دوره ۵ ساله اول روند افزایشی مختصری داشته است که علت این امر به درستی مشخص نیست، ولی از علل احتمالی آن می توان به توزیع سنی مادران باردار و تشخیص مول اشاره کرد.

در مطالعه رضواند و همکاران (۲۰۱۱)، فراوانی مول هیداتیدیفورم ۳/۱ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده گزارش شد (۱۶). این اختلافات منطقه ای ممکن است ناشی از تفاوت های موجود در تقسیم بندی بافت شناسی بیماری تروفوبلاستیک بارداری، مشکلات متدولوژیک در مطالعات انجام شده و یا اختلافات تغذیه ای، اقتصادی و اجتماعی باشد (۵، ۶).

در مطالعه حاضر بیشترین بروز حاملگی مولار در محدوده سنی ۳۵-۲۱ سال اتفاق افتاده بود که این یافته با نتایج سایر مطالعات که بیشترین بروز را در دو انتهای طیف سنین باروری ذکر کردند، متفاوت بود (۱، ۹)، اما بر اساس برخی شواهد، در حالی که خطر بروز مول در زنان مسن تر همواره بیشتر است، به دلیل کاهش توانایی باروری در این محدوده سنی، تأثیر آن بر تعداد کلی مول هیداتیدیفورم پایین است. اما این گفته بالا بودن بروز مول در سنین پایین تر که در برخی مطالعات آورده شده است را توجیه نمی کند. در مطالعه حاضر در مقایسه تعداد بارداری ها، بیشترین موارد حاملگی مولار مرتبط با گراویدیتی ۱ بود که رابطه آن با بروز مول معنی دار بود ($p=0/002$). برخی شواهد نشان می دهد که نقش تعداد بارداری ها در میزان خطر بیماری تروفوبلاستیک حاملگی نامعلوم است (۱).

در مطالعه حاضر اکثر موارد (۵۶/۱٪) را مول کامل تشکیل می داد. در مطالعه هارما و همکاران (۲۰۰۵) و ساپر (۲۰۰۶) نیز مشابه مطالعه حاضر، میزان مول کامل بیشتر از مول ناقص بود (۱۷، ۱۸).

در مطالعه حاضر خطر عود مول ۲/۳٪ بود که این میزان در مقایسه با انگلستان بالاتر بود (کمتر از ۰/۱٪) ولی نسبت به آفریقای جنوبی و کائوزولا (۵/۱٪) از میزان پایین تری برخوردار بود (۱۹، ۲۰). در مطالعه

نتیجه گیری

در استان همدان نیز مانند قسمت های جنوب شرقی آسیا میزان بروز بالای مول به چشم می خورد، لذا تشخیص به موقع این بیماری می تواند گام موثری در پیشگیری از مشکلات باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از زحمات معاونت محترم پژوهشی و مرکز پژوهش دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان در حمایت از طرح و تمام همکارانی که ما را در اجرای این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

سبایر و همکاران (۲۰۰۳) که بر روی ۵۲۱۵ زن با سابقه ابتلاء به حاملگی مولار انجام شد، ۱/۹ درصد از زنانی که دارای حاملگی مولار کامل بودند، مجدداً دچار حاملگی مولار شده بودند (۲۱). در مطالعه اوگ و همکاران در ترکیه، میزان عود مول بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰، ۱/۱ گزارش شد (۲۲). در مطالعه حاضر سابقه حاملگی مولار و بروز مول ارتباط معنی داری داشتند ($p=0/032$). در مطالعه لوریگان و همکاران (۲۰۰۰) میزان عود مول در افرادی که سابقه حاملگی مولار داشتند، به طور معناداری بیش از جمعیت عمومی بود (۱۹) که به نظر می رسد علت این امر، تداوم عوامل مؤثر بر حاملگی مولار باشد.

منابع

- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics. 23rd ed. New York:McGraw -Hill; 2010.
- Berek Janathan S. Berek & Novak's gynecology. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- Matsuda T, Wake N. Genetics and molecular markers in gestational trophoblastic disease with special reference to their clinical application. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2003;17(6):827-36.
- American College of Obstetric and Gynecologists: Bulletin 53. Diagnosis and Treatment of gestational trophoblastic disease. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2004.
- Cabill DJ, Wingler R, Wardle PG. Bleeding and pain in Early pregnancy. In:James D, Steer PJ, Weinger CP, Gonik B, Crowther CA, Robson S. High risk pregnancy: management options. 4th ed. Philadelphia:Saunders;2011.
- Berkowitz RS, Goldstein DP. Gestational trophoblastic disease. In: Berek JS. Berek & Novak's gynecology. 15th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2012.
- Prabha B, Molykutty J, Krishnan Nair M. Gestational trophoblastic diseases as a clinical entity – a review. Journal of Experimental and Clinical Cancer Research 1995; 14: 239–246.
- Gul T & Yilmazturk A. A review of trophoblastic diseases at the medical school of Dicle University. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997; 74(1): 37–40.
- Scott JN, Gibbs Ronald S, Karlan Beth Y, Haney Arthur F. Danforth's Obstetrics & Gynecology. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
- Mangili G, Garavaglia E, Cavoretto P, Gentile C, Scarfone G, Rabaiotti E. Clinical presentation of hydatidiform mole in northern Italy : has it changed in the last 20 years?. Am J Obstet Gynecol 2008;198(3):302-4.
- James SP. Epidemiology of gestational trophoblastic disease. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology 2003.17(6):437-47.
- Tham BW, Everard JE, Tidy JA, Drew D, Hancock BW. Gestational trophoblastic disease in Asian population of Northern England and North Wales .BJOG 2003;110(6):555-9.
- Ozalp SS, Yalçin OT, Tanir HM. Hydatidiform mole in Turkey from 1932 to 2000. Int J Gynaecol Obstet. 2001;73(3):257-8.
- Drake RD, Rao GG, McIntire DD, Miller DS, Schorge JO. Gestational trophoblastic disease among Hispanic women: A 21-year hospital-based study. Gynecol Oncol 2006; 103(1):81-6.
- Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. Am J Obstet Gynecol. 2010; 203(6): 531-9.
- Rezavand N, Kamravamanesh M, Safdari Z, Ghosi.F. Study on hydatidiform mole frequency and some of its relevant factors. Int. J Acad Res 2011;3(2):834.
- Harma M, Yurtseven S, Gungen N. Gestational trophoblastic disease in Sanliurfa Turkey. Eur J Gynaecol Oncol 2005(3);26:306-8.
- Soper J. Gestational trophoblastic disease. Obstet Gynecol 2006;108(1):176-87.
- Lorigan PC, Sharma S, Bright N, Coleman RE, Hancock BW. Characteristics of women with recurrent molar pregnancies. Gynecol Oncol 2000 ;78(3 Pt 1):288-92.

20. Moodley M, Marishane T. Demographic variables of gestational trophoblastic disease in KwaZulu-Natal, South Africa. *J Obstet Gynaecol* 2005;25(5):482-5.
21. Sebire NJ, Fisher RA, Foskett M, Rees H, Secki MJ, Newlands ES. Risk of recurrent hydatidiform mole and subsequent pregnancy outcome following complete or partial hydatidiform molar pregnancy. *BJOG* 2003; 110(1):22-6.
22. Oge T, Ozalp SS, Gungor T, Yildirim Y, Sancı M, Dogan A, et al. Hydatidiform mole in Turkey: results from six centers. *J Reprod Med* 2012;57(5-6):259-61.