

## کوریوکارسینوم کورنه: معرفی یک مورد

دکتر سیده حورا واحدالعین<sup>۱</sup>، دکتر فاطمه تارا<sup>۲</sup>، دکتر معصومه میر تیموری<sup>۲</sup>،

دکتر محبوبه محمودی نیا<sup>۳\*</sup>

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دستیار تخصصی گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۳/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۲۶

### خلاصه

**مقدمه:** حاملگی مولار، یک اتفاق نادر است که میزان شیوع آن حدود ۱ تا ۲ مورد در هر ۱۰۰۰ حاملگی می باشد. حاملگی خارج رحمی در ۱٪ بارداری ها اتفاق می افتد و در اکثر موارد، در لوله های فالوپ می باشد. همزمانی مول و حاملگی اکتوپیک، اتفاق بسیار نادری است. در این گزارش، بیمار ۳۶ ساله با حاملگی مولار لوله ای معرفی می شود.

**معرفی بیمار:** بیمار خانم ۳۶ ساله، با بارداری چهارم و سابقه دو بار سقط و تولد یک نوزاد زنده، با شکایت آمنوره ۲ ماهه، درد مختصر هیپوگاستر و  $BhCG < 5000$  مهر ماه ۱۳۹۳ به بیمارستان ام البنین(س) مشهد مراجعه کرد. در سونوگرافی واژینال انجام شده در طی بستری رحم سایز نرمال داشت اما توده سالید  $4 \times 4/5$  سانتی متر در آدنکس راست در مجاورت تخمدان راست مشاهده شد. بیمار با تشخیص حاملگی خارج رحمی تحت لاپاروتومی قرار گرفت. در نهایت با بررسی آسیب شناسی توده و عدم وجود متاستاز، بیمار با تشخیص حاملگی خارج رحمی کورنئال و کوریو کارسینومای کورنه تحت درمان با متوترکسات قرار گرفت و بهبود یافت.

**نتیجه گیری:** حاملگی مولار، در حاملگی اکتوپیک نیز اتفاق می افتد و می تواند منجر به تشخیص اشتباه و ایجاد عوارض با مرگ و میر بالا در بیماران شود، لذا تشخیص و درمان سریع این موارد اهمیت ویژه ای دارد.

**کلمات کلیدی:** حاملگی اکتوپیک کورنئال، حاملگی مولار، خونریزی واژینال غیر طبیعی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر محبوبه محمودی نیا؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۶۹۴۸۱۸؛ پست الکترونیک: mahmoodinia.mahbubeh@yahoo.com

## مقدمه

حاملگی مولار، یک اتفاق نادر است که میزان شیوع آن حدود ۱ تا ۲ مورد در هر ۱۰۰۰ حاملگی می باشد. این اختلال، با تکثیر بافت تروفوبلاستیک غیر طبیعی مشخص می شود و دو نوع کامل و ناقص می باشد (۱)، (۲). حاملگی خارج رحمی در ۱٪ بارداری ها اتفاق می افتد و در اکثر موارد، در لوله های فالوپ می باشد. همزمانی مول و حاملگی اکتوپیک، اتفاق بسیار نادری است که تا سال ۲۰۰۴، کمتر از ۴۰ مورد در سراسر جهان گزارش شده است (۳، ۴). در این گزارش، بیمار ۳۶ ساله با حاملگی مولار لوله ای معرفی می شود.

بیمار روز بعد از مراجعه با تشخیص حاملگی خارج رحمی تحت لاپاروتومی قرار گرفت. توده ۴×۵ سانتی متر در کورنه سمت راست غیر قابل تفکیک از رحم وجود داشت که برش روی توده داده شد و توده برداشته شد (تصویر ۱).



تصویر ۱- نمای لاپاراتومی توده کورنئال

سپس از طریق استیوم، کورتاژ آندومتر و سالپنکتومی راست انجام شد. بررسی آسیب شناسی نشانگر آندومتر طبیعی و حاملگی خارج رحمی کورنئال و وجود کوریوکارسینوم بود، ولی در لوله فالوپ شواهدی از تومور مشاهده نشد. با توجه به جواب پاتولوژی، بیمار جهت بررسی بیشتر به تومور کلینیک ارجاع داده شد. در تومور کلینیک مجدداً مرور لام اولیه انجام شد و کوریوکارسینوم تأیید شد. تیتراژ BhCG دو روز بعد از عمل ۳۸۱۵۰ واحد در لیتر گزارش شد.

تیتراژ سریال و بررسی از نظر وجود متاستاز BhCG انجام شد و با توجه به نتایج طبیعی بررسی های ریه، مغز و کبد، بیمار تحت درمان با متوتروکسات تزریقی به مدت ۲ ماه، هفته ای یک نوبت قرار گرفت و در پیگیری، بعد از سه ماه و شش ماه از شروع درمان افزایش BhCG مشاهده نشد و بیمار در فاز بهبودی کامل بود.

## بحث

حاملگی اکتوپیک کورنئال بسیار نادر می باشد و در ۱/۱٪ حاملگی های خارج رحمی رخ می دهد و شایع ترین محل آن لوله های فالوپ می باشد (۵). شیوع EP کورنئال ۱ مورد در هر ۲۵۰۰ تا ۵۰۰۰ تولد زنده تخمین زده می شود (۶). مرگ و میر حاملگی کورنئال اکتوپیک ۶ تا ۷ برابر بیشتر از سایر انواع حاملگی

## معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۶ ساله با بارداری چهارم و سابقه دو بار سقط و تولد یک نوزاد زنده بود که با شکایت خونریزی واژینال غیر طبیعی، مهر ماه ۱۳۹۳ به بیمارستان ام البنین (س) مشهد مراجعه کرده بود. وی سابقه عقب افتادن عادت ماهانه از دو ماه پیش را ذکر می کرد و سطح BhCG در بدو مراجعه ۵۰۰۰۰ واحد در لیتر گزارش شد. بیمار درد شکمی نداشت و علائم حیاتی کاملاً پایدار بود. در معاینه، شکم نرم با تندرns مختصر هیپوگاستر بود. در معاینه با اسپکولوم دهانه رحم بسته و در معاینه دودستی حرکات دردناک سرویکس (CMT<sup>1</sup>) منفی بود. رحم در حد ۸ هفته و آدنکس ها طبیعی بود. در آزمایشات، شمارش سلول های خونی طبیعی گزارش شد. سونوگرافی شکمی رحم در بدو مراجعه نرمال به همراه تصویر فیبروم ۵۱ میلی متری در ناحیه فوندال رحم گزارش شد. ضخامت آندومتر ۱۱/۷ میلی متر بود و ساک حاملگی واضحی در کاویته رحمی رؤیت نشد. توده هتروژن به ابعاد ۳۹×۴۶ سانتی متر در آدنکس راست مشاهده شد. مایع آزاد مشاهده نشد. در سونوگرافی واژینال انجام شده در طی بستری نیز رحم سایز نرمال داشت، توده جامد ۴×۴/۵ سانتی متر در آدنکس راست در مجاورت تخمدان راست مشاهده شد.

<sup>1</sup> Cervical motion tenderness

مصرف قرص های خوراکی پیشگیری از بارداری، سطح اجتماعی-اقتصادی پایین، سابقه مول قبلی و سن بالا یا پایین مادر عوامل مستعد کننده در بروز حاملگی خارج رحمی مولار هستند ولی در این بیمار عامل مستعد کننده ای یافت نشد.

کارسینوم سلول های جفتی در حاملگی های نابجای لوله ای به ندرت گزارش شده است و پیش آگهی آن بهتر از کوریوکارسینوم رحمی می باشد. این بیمار در دوره پیگیری ۶ ماهه فاقد علامت بود و متاستاز نیز در بررسی های انجام شده مشاهده نشد. در مطالعه صالح نیا در سال ۱۳۸۰ کاهش فعالیت آنزیم آلکالین فسفاتاز جفتی در بیماران دچار مول هیداتی فورم مشاهده شد، به همین دلیل اندازه گیری آنزیم آلکالین فسفاتاز به خصوص نوع جفتی آن در سرم و استخراج بافتی بیماران مول هیداتی فرم می تواند در کنار اندازه گیری BHCG روش مؤثری در تشخیص به موقع این بیماری و معیاری برای بررسی سیر بهبود آن باشد (۱۱)، ولی در این بیمار تنها اندازه گیری سریال BHCG انجام شد که بعد از ۳ ماه منفی شد.

### نتیجه گیری

حاملگی مولار، در حاملگی اکتوپیک نیز اتفاق می افتد و می تواند منجر به تشخیص اشتباه و ایجاد عوارض با مرگ و میر بالا در بیماران شود، لذا تشخیص و درمان سریع این موارد اهمیت ویژه ای دارد. از آنجا که تشخیص زودرس در این بیماران دارای اهمیت فوق العاده ای است و می تواند از مرگ و میر و سایر عوارض پیشگیری کند، لذا انجام سونوگرافی هدفمند در سه ماهه اول بارداری، حتی در افراد بدون فاکتور خطر توصیه می شود.

برآورد می شود. شیوع مول هیداتیفورم ۱ مورد در هر ۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰ حاملگی است (۷). موارد نادری از حاملگی مولار در سرویکس و تخمدان گزارش شده است. بر اساس بررسی های انجام شده، تاکنون تنها ۵ مورد حاملگی مولار کورنئال گزارش شده است که اولین گزارش در سال ۱۸۷۱ توسط اوتو انجام شد (۸). در ۴ مورد از این گزارشات، بیماران با شکم حاد به بیمارستان مراجعه کرده بودند (۶-۹). در مطالعه حاضر مهم ترین شکایت بیمار خونریزی غیرطبیعی واژینال بود. سه مورد این گزارشات مربوط به ایالات متحده آمریکا، یک مورد در هند و یک مورد در کره جنوبی بود (۷-۱۰). سن حاملگی در این بیماران بین ۷ تا ۱۲ هفته بود. در بیمار ما حاملگی مولار در حد ۸ هفته تخمین زده می شد. بیمار در این مطالعه تحت لاپاراتومی قرار گرفت. تمامی موارد گزارش شده قبلی نیز نیاز به لاپاراتومی پیدا کرده بودند. حاملگی لوله ای مولار، اتفاق نادری است که با سالپنژکتومی درمان می شود و در صورت سن بالای بیمار و پاریتی کافی، انجام هیستریکتومی و برداشتن لوله ها توصیه می شود. در این بیمار نیز پس از حذف توده، سالپنژکتومی راست نیز انجام شد.

در برخی گزارشات شایع ترین علامت حاملگی مولار، بزرگی بیش از حد رحم نسبت به سن حاملگی ذکر شده بود (۷) ولی در این بیمار اندازه رحم تقریباً با سطح سرمی BHCG و تاریخ آخرین قاعدگی بیمار همخوانی داشت. علت این تفاوت ممکن است در محل قرار گیری حاملگی کورنئال باشد.

سن شایع گزارش شده در مطالعات انجام شده، دهه سوم و چهارم عمر با سن متوسط ۲۸ سال بود و تنها یک گزارش مربوط به یک مورد مول کورنئال در یک خانم نولی پار ۴۱ ساله بود (۱۰). این بیمار ۳۶ سال سن داشت. مولتی پاریتی، بیماری های التهابی لگن،

### منابع

1. Bousfiha N, Erarhay S, Louba A, Saadi H, Bouchikhi C, Banani A, et al. Ectopic molar pregnancy: a case report. Pan Afr Med J 2012; 11:63.
2. MacRae R, Olowu O, Rizzuto MI, Odejinmi F. Diagnosis and laparoscopic management of 11 consecutive cases of cornual ectopic pregnancy. Arch Gynecol Obstet 2009; 280(1):59-64.
3. Takei T, Matsuoka S, Ashitani N, Makihara N, Morizane M, Ohara N. Ruptured cornual pregnancy: case report. Clin Exp Obstet Gynecol 2009; 36(2):130-2.

4. Qian JH, Ye DF, Xie X. [Clinical analysis of 13 cases of gestational trophoblastic tumor misdiagnosed as ectopic pregnancy]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2005; 40(2):91-4.
5. Yakasai IA, Adamu N, Galadanchi HS. Ruptured tubal molar pregnancy. *Niger J Clin Pract* 2012; 15(4):491-3.
6. Biskup M, Behl E, Abdelrahman A. Cornual ectopic pregnancy: an example of the overdiagnosis of molar ectopic pregnancy: a case report. *J Reprod Med* 2014; 59(11-12):603-6.
7. Chauhan MB, Chaudhary P, Dahiya P, Sangwan K, Sen J. Molar cornual ectopic pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85(5):625-7.
8. Pasic RP, Hammons G, Gardner JS, Hainer M. Laparoscopic treatment of cornual heterotopic pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002; 9(3):372-5.
9. Zite NB, Lipscomb GH, Merrill K. Molar cornual ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 2002; 99(5 Pt 2):891-2.
10. Hwang JH, Lee JK, Lee NW, Lee KW. Molar ectopic pregnancy in the uterine cornus. *J Minim Invasive Gynecol* 2010; 17(2):239-41.
11. Salehnia M, Riazi Farzad T, Taghikhani M. Placental Alkaline Phosphatase change in Hydatidiform mole. *Cell J* 2001; 3(9):30-27. (Persian).