

## بررسی پیامد بارداری مجدد پس از حاملگی مولار

دکتر نگین رضاوند<sup>۱</sup>، مستانه کامروامنش<sup>۲\*</sup>، دکتر فیروزه ویسی<sup>۳</sup>، دکتر مریم زنگنه<sup>۳</sup>، دکتر ساره بصیری<sup>۴</sup>، دکتر منصور رضایی<sup>۵</sup>

۱. دانشیار گروه زنان و زایمان، مرکز تحقیقات حاملگی های پرخطر، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۳. استادیار گروه زنان و زایمان، مرکز تحقیقات حاملگی های پرخطر، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۴. پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۵. استادیار گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۳/۱۸

### خلاصه

**مقدمه:** حاملگی مولار، یکی از مسائل نگران کننده در طب مامایی و زنان است. اما آنچه بیش از بروز حاملگی مولار اهمیت دارد، پیامدهای بارداری بعدی است؛ به گونه ای که یکی از سوالات مهم در مورد افرادی که حاملگی مولار را تجربه کرده اند، این است که در صورت بروز بارداری بعدی، سرانجام آن چه خواهد شد. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی پیامد حاملگی مجدد پس از حاملگی مولار و طبیعی انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی - تحلیلی بر روی ۷۹۳ زن بارداری که بین سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ با تشخیص حاملگی مولار و طبیعی به بیمارستان های معتضدی و امام رضا (ع) شهر کرمانشاه مراجعه کرده بودند، انجام شد. نمونه گیری به روش آسان (در دسترس) انجام شد. ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه، فرم اطلاعاتی پژوهشگر ساخته بود که از طریق مصاحبه با بیماران تکمیل شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون آماری لوز، تی مستقل و کای اسکور مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** میانگین سن افراد در گروه حاملگی مولار و طبیعی به ترتیب ۲۶/۵ و ۲۳/۹۳ سال بود. دو گروه از نظر میزان بروز مرده زایی، حاملگی نابه جا، زایمان زودرس و پره اکلامپسی در بارداری مجدد تفاوت معنی داری نداشتند ( $p=0/702$ ). میزان سقط در گروه حاملگی مولار بیشتر بود ( $p=0/001$ ). فاصله زمانی بین بارداری ها در گروه حاملگی نرمال طولانی تر بود ( $p<0/001$ ). در مجموع، دو گروه حاملگی مولار و طبیعی از نظر احتمال بروز حاملگی مولار در بارداری مجدد، اختلاف معنی داری داشتند ( $p=0/003$ ). احتمال بروز حاملگی مولار مجدد در مطالعه حاضر ۲/۷۹ درصد بود.

**نتیجه گیری:** می توان به زنانی که سابقه حاملگی مولار داشته اند، اطمینان خاطر داد که بارداری های بعدی آنها عموماً در معرض افزایش خطر عوارض نخواهد بود.

**کلمات کلیدی:** بارداری، پیامد بارداری، مول هیداتیفرم

\* نویسنده مسئول مکاتبات: مستانه کامروامنش؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. تلفن: ۰۸۳۱-۸۲۸۲۱۰۱

پست الکترونیک: Kamravamesh@yahoo.com

## مقدمه

بیماری تروفوبلاستیک بدخیم بارداری، یکی از بدخیمی های زنان است که این اختلال حتی در صورت انتشار وسیع، قابل درمان است. تومور تروفوبلاستیک پایدار بارداری، اگر چه اکثراً به دنبال حاملگی مولار ایجاد می شود، ولی ممکن است پس از سایر وقایع مربوط به بارداری از جمله سقط القایی یا خود به خود، بارداری نابه جا یا بارداری ترم نیز رخ دهد (۱). شیوع بیماری تروفوبلاستیک بارداری در سرتاسر جهان در حدود ۰/۶ تا ۲/۳ مورد در هر ۱۰۰۰ بارداری است (۲). میزان بروز تخمینی این بیماری در مناطق مختلف دنیا بسیار متفاوت است. به عنوان مثال بر اساس گزارشات، میزان بروز حاملگی مولار در ژاپن (۲ مورد در هر ۱۰۰۰ بارداری) حدود سه برابر اروپا و آمریکای شمالی (حدود ۱/۱-۰/۶ مورد در هر ۱۰۰۰ بارداری) است (۱). در ایالات متحده و اروپا، میزان بروز مول هیداتیفورم، نسبتاً ثابت و در حد ۱-۲ مورد در هر ۱۰۰۰ بارداری است (۳). با این حال، شیوع انواع بیماری تروفوبلاستیک بارداری در آسیا و آفریقا نسبت به اروپا بیشتر است (۲). در مطالعه رضواند و همکاران (۲۰۱۱)، فراوانی مول هیداتیفورم، ۳/۱ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده و فراوانی مول کامل و ناقص به ترتیب ۲/۰۷ و ۱/۰۴ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده گزارش شد (۴). 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 (۱-۲). مطالعات مورد - شاهدهی مختلفی جهت تعیین عوامل خطر حاملگی مولار کامل و ناقص انجام شده است (۱). سن مادر در ابتدا و انتهای دوران باروری جزء عوامل خطر حاملگی مولار است (میزان خطر در نوجوانان و زنان ۴۰-۳۶ ساله، ۲ برابر و در زنان بالای ۴۰ سال، تقریباً ۱۰ برابر می شود) (۳). در مطالعه پارازینی و همکاران (۱۹۸۶)، خطر مول کامل در زنان بالای ۳۵ سال، ۲ برابر و در زنان بالای ۴۰ سال، ۷/۵ برابر سایر زنان گزارش شد (۵). از دیگر عوامل خطر مهمی که در بروز بیماری تروفوبلاستیک بارداری نقش دارد، می توان

به سابقه قبلی حاملگی مولار اشاره کرد (۲). مطالعه آلتیری و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که در زنان با سابقه ابتلاء به مول هیداتیفورم، خطر ابتلاء به مول هیداتیفورم مجدد در بارداری های بعدی افزایش می یابد (۶). زنان با سابقه یک حاملگی مول هیداتیفورم، ۱۰ برابر بیشتر در معرض خطر تکرار حاملگی مولار شبیه به نوعی که در حاملگی پیشین رخ داده، قرار دارند (۲). برکوویتز و همکاران (۱۹۹۸) گزارش کردند که در صورت وجود سابقه دو حاملگی مولار، ۲۳ درصد زنان، برای بار سوم نیز دچار حاملگی مولار خواهند شد (۷). نکته حائز اهمیت در این تفاسیر این است که حاملگی مولار، یکی از مسائل نگران کننده در طب زنان است، اما آنچه بیش از بروز حاملگی مولار اهمیت دارد، پیامدهای بارداری بعدی است. به گونه ای که سؤال مهمی که ذهن زنان مبتلا را به خود مشغول می کند این است که در صورت بروز بارداری بعدی، سرانجام آن چه خواهد شد؟ با وجود اینکه درصد بسیار بالایی از بیماری تروفوبلاستیک بارداری قابل درمان است، ولی همچنان برخی از زنان مبتلا، پیامدهای روانی - اجتماعی نظیر افسردگی، اختلال عملکرد جنسی و زناشویی را تجربه می کنند و نگران بارداری بعدی خود هستند (۲). با توجه به اهمیت این موضوع و از آنجایی که یکی از عوامل دخیل در بروز حاملگی مولار، عوامل جغرافیایی هر منطقه می باشد و مطالعات اپیدمیولوژیک مختلف جهت بررسی پیامدهای بارداری مجدد به دنبال حاملگی مولار انجام شده است که باعث اتخاذ تصمیم گیری های مناسب جهت این بیماران شده است و با توجه به فقدان مطالعه ای در این زمینه در منطقه جغرافیایی ما، مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه ای پیامدهای بارداری مجدد پس از حاملگی طبیعی و مولار در شهر کرمانشاه انجام شد.

## روش کار

این مطالعه توصیفی - تحلیلی بر روی ۷۹۳ زن بارداری که بین سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ با تشخیص حاملگی مولار و طبیعی به بیمارستان های معتضدی و امام رضا (ع) شهر کرمانشاه مراجعه کرده بودند، انجام شد. در این

مرده زایی، سقط، بارداری نابه جا، حاملگی مولار مجدد، پره اکلامپسی و زایمان زودرس بود که از طریق مصاحبه با بیماران تکمیل شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون آماری لونز، تی مستقل و کای اسکوئر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

در این مطالعه، ۱۴۳ بیماری که سابقه حاملگی مولار داشتند و ۶۵۰ زنی که دارای بارداری طبیعی بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی افراد در گروه حاملگی مولار ۲۶/۵ سال و در گروه بارداری طبیعی ۲۳/۹۳ سال بود. بر اساس آزمون تی، دو گروه از نظر سن تفاوت معنی داری داشتند ( $p < ۰/۰۰۰۱$ ). همچنین با استفاده از آزمون لونز و تی مستقل، دو گروه از نظر پارتیتی تفاوت آماری معناداری نداشتند ( $p = ۰/۹۹$ ). همچنین با استفاده از آزمون کای اسکوئر، دو گروه از نظر نوع ازدواج (فامیلی و غیر فامیلی) تفاوت آماری معنی داری نداشتند ( $p = ۰/۶۴۱$ ) (جدول ۱).

مطالعه، ۱۴۳ بیماری که سابقه حاملگی مولار داشتند و ۶۵۰ زنی که دارای بارداری طبیعی بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه گیری به روش آسان (در دسترس) انجام شد، بدین ترتیب که تمامی زنان بارداری که با تشخیص حاملگی مولار در فاصله زمانی مذکور در بیمارستان بستری شده بودند، استخراج شد، سپس با مراجعه به بایگانی بیمارستان های فوق الذکر، پرونده های این بیماران جدا شد و با استفاده از آدرس و شماره تلفن موجود در پرونده بیماران، با آنها تماس گرفته شد و با آنها در مورد پیامدهای بارداری بعدی مصاحبه به عمل آمد. سپس در صورت لزوم به پرونده بیمارستانی بعدی آنها رجوع شد و ۶۵۰ نفر از زنانی که بارداری طبیعی داشتند، از بین کسانی که حداقل سابقه یک زایمان ترم بدون مشکل داشتند، بیماری سیستمیک و بارداری چندقلویی نداشتند و داروی خاصی مصرف نمی کردند، مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه، فرم اطلاعاتی پژوهشگر ساخته و شامل اطلاعاتی نظیر سن مادر، تعداد بارداری ها، فاصله بین بارداری ها، نوع بارداری اولیه (مولار - نرمال)، نوع حاملگی مولار اولیه (کامل - ناقص)، پیامدهای بارداری بعدی شامل

جدول ۱- توزیع فراوانی حاملگی مولار و طبیعی بر حسب نوع ازدواج

نوع ازدواج	گروه بارداری طبیعی		گروه حاملگی مولار	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
فامیلی	۲۸۸	۴۴/۳	۷۱	۴۹/۶۵
غیر فامیلی	۳۶۲	۵۵/۷	۷۲	۵۰/۳۵
جمع	۶۵۰	۱۰۰	۱۴۳	۱۰۰

زمانی بین بارداری ها، ۲۱/۳۸ ماه با انحراف معیار ۶/۶۵ بود. بر اساس آزمون تی، دو گروه از نظر فاصله زمانی بین بارداری ها اختلاف معنی داری داشتند (فاصله زمانی در گروه بارداری طبیعی به طور معنی داری بیشتر بود) ( $p < ۰/۰۰۱$ ). در گروه حاملگی مولار، فاصله زمانی بین بارداری ها و خطر بروز مجدد مول ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت ( $p = ۰/۱۳۱$ ).

از نظر نوع مول در بارداری اولیه، از مجموع ۱۴۳ مورد حاملگی مولار، ۱۱۷ مورد مول ناقص و ۲۶ مورد مول کامل وجود داشت. نتایج مطالعه در بررسی بارداری های بعدی در کل زنان مورد مطالعه (۷۹۳ نفر) نشان داد که در گروه حاملگی مولار، متوسط فاصله زمانی بین تخلیه حاملگی مولار و بارداری مجدد، ۱۶/۵۴ ماه با انحراف معیار ۸/۷۴ و در گروه بارداری طبیعی، متوسط فاصله

جدول ۲- توزیع فراوانی عوارض در بارداری بعدی به تفکیک سابقه حاملگی مولار و بارداری طبیعی

بارداری مجدد		حاملگی مولار		بارداری طبیعی	
عوارض	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
مرده زایی	۱	٪۰/۶۹	۱	٪۱/۱۵	۰
ناهنجاری جنینی	۰	۰	۰	۰	۰
سقط	۳۱	٪۲۱/۶۸	۶۴	٪۹/۸۴۶	۰
حاملگی نا به جا	۱	٪۰/۶۹	۲	٪۲/۳۱	۰
مول	۴	٪۲/۷۹	۰	۰	۰
زایمان زودرس	۳	٪۲/۱	۸	٪۱/۲۳	۰
پره اکلامپسی	۲	٪۱/۴	۹	٪۱/۳۸	۰
بارداری طبیعی	۱۰۲	٪۷۱/۳۳	۵۰۹	٪۷۸/۳۱	۰

بر اساس آزمون کای دو، دو گروه از نظر میزان بروز مرده زایی، حاملگی نابه جا، زایمان زودرس و پره اکلامپسی در بارداری مجدد تفاوت معنی داری نداشتند ( $p=0/702$ ). همچنین بر اساس آزمون کای دو، دو گروه از نظر بروز حاملگی مولار کامل اختلاف آماری معنی داری نداشتند ( $p=0/405$ ) ولی از نظر بروز حاملگی مولار ناقص، تفاوت معنی داری داشتند ( $p=0/035$ ). در مجموع، دو گروه حاملگی مولار و طبیعی از نظر احتمال بروز حاملگی مولار در بارداری مجدد، اختلاف معنی داری داشتند ( $p=0/003$ ) و در مجموع، احتمال بروز حاملگی مولار مجدد در مطالعه حاضر ۲/۷۹ درصد بود.

### بحث

نگرانی در مورد باروری زنان، باید به عنوان مهمترین عامل در رابطه با بیماری تروفوبلاستیک در نظر گرفته شود (۸). پس از یک بارداری مولار، خطر ابتلاء به بیماری مولار در بارداری بعدی حدود ۱/۵-۱ درصد است (۱). در یک بررسی گسترده چند مرکزی، شیوع مول راجعه ۱/۳٪ گزارش شد (میزان این خطر در مورد مول کامل ۱/۵ درصد و در مورد مول ناقص ۲/۷ درصد است) (۳). بسیاری از مطالعات قبلی تأیید می کنند که بیماران مبتلا به بیماری تروفوبلاستیک بدخیم حاملگی به جز خطر تکرار بارداری های مولار بعدی، ممکن است پیامدهای باروری طبیعی را پیش بینی کنند. نتایج مطالعات کیم و همکاران (۱۹۹۸) و متسوی و همکاران (۲۰۰۲)، در ارتباط با بررسی پیامدهای اولین حاملگی مجدد در زنان مبتلا به بیماری تروفوبلاستیک

حاملگی نشان داد که میزان نوزادان متولد شده به ترتیب ۸۰ و ۷۹/۱ درصد می باشد (۹، ۱۷). در مطالعه حاضر، احتمال بروز بارداری مجدد ۲/۷۹ درصد بود که با نتایج مطالعه متسوی و همکاران (۲۰۰۲) همخوانی داشت. در مطالعه متسوی، شیوع بارداری مجدد ۲/۱ درصد گزارش شد (۹). در مطالعه حاضر، در گروهی که به دنبال حاملگی مولار باردار شده بودند، فراوانی بارداری طبیعی ۷۱/۳۳٪، زایمان زودرس ۲/۱٪ و حاملگی نابه جا ۰/۶۹٪ بود. بر اساس گزارش مرکز بیماری های تروفوبلاستیک نیوانگلند در فاصله سال های ۲۰۰۷-۱۹۶۵، بیماران مبتلا به مول کامل بدون عارضه، ۱۳۳۷ بارداری بعدی داشتند که منجر به ۹۱۲ تولد ترم (۶۸/۱٪)، ۱۰۱ تولد پره ترم (۷/۵٪) و ۱۱ بارداری نابه جا (۰/۹٪) شد (۱). اختلاف در برخی نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر با مطالعات دیگر می تواند مربوط به حجم نمونه و فاصله زمانی انجام مطالعه باشد. گارت و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود به بررسی پیامدهای بارداری پس از یک حاملگی مولار پرداختند، آنان مشاهده کردند که پیامدهای بارداری در این زنان مشابه سایر عموم جامعه می باشد، همچنین خطر ابتلاء به حاملگی مولار مجدد در آنها حدود ۱٪ بود. نویسندگان این مقاله پیشنهاد کردند که به بیمارانی که دچار حاملگی مولار شده اند، می توان در مورد پیامدهای بارداری بعدی اطمینان خاطر داد (۱۰) که نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی داشت با این تفاوت که در مطالعه حاضر، درصد سقط بالاتر بود و با جمعیت طبیعی تفاوت داشت. دلیل این تفاوت می تواند مربوط به مسائل فرهنگی و

بود (۱۵) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه یاپار و همکاران (۱۹۹۴)، ۲۳۲ مورد حاملگی مولار مورد بررسی قرار گرفتند و ۱۶۲ مورد بارداری نرمال (۷۲/۸٪) گزارش شد، که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. در این مطالعه، میزان بروز سقط خود به خود ۱۲/۹٪ بود که این نکته نیز با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۶). در مطالعه کیم و همکاران (۱۹۹۸) در هلند که بر روی ۱۱۵ مورد حاملگی مولار انجام شد، خطر حاملگی مجدد مولار ۴/۳٪ گزارش شد. در این مطالعه، میزان عوارض دوران بارداری و زمان زایمان تفاوتی با جمعیت طبیعی نداشت (۱۷). خطر بارداری مجدد در این مطالعه، بالاتر از مطالعه حاضر و سایر مطالعات بود. همچنین در مطالعه یاپار (۱۹۹۴)، احتمال تکرار حاملگی مولار در حاملگی بعدی ۱۶/۷٪ گزارش شد (۱۶). این تفاوت با توجه به اینکه اکثر منابع، گذر زمان و ارتقاء وضعیت رویکرد به حاملگی مولار را عامل کاهش بروز موارد مول می دانند، قابل توجیه است. مطالعه گلدستین و همکاران (۱۹۸۱) نشان داد که حاملگی مولار می تواند یک عامل خطر بالقوه در ایجاد پره اکلامپسی باشد (۱۸) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت. این تنها مطالعه ای بود که مانند مطالعه حاضر، پره اکلامپسی را مورد بررسی قرار داده بود. این تفاوت می تواند ناشی از حجم کم موارد بارداری در مطالعه حاضر باشد، لذا با در نظر گرفتن این نکته و نتایج حاصله پیشنهاد می شود که مطالعات چند مرکزی و گسترده تری به منظور کسب نتایج دقیق تر و مطمئن تر در این زمینه انجام شود.

### نتیجه گیری

با توجه به نتایج مطالعه عوارض حاملگی مجدد به دنبال حاملگی مولار، عوارض حین بارداری و زمان زایمان معنادار نبوده و احتمال تکرار حاملگی مولار بسیار کم می باشد، لذا می توان به خانم هایی که سابقه حاملگی مولار داشته اند اطمینان خاطر داد که حاملگی های بعدی آنها عموماً در معرض افزایش خطر عوارض نخواهد بود.

اپیدمیولوژیک باشد که متأسفانه به دلیل در دسترس نبودن فراوانی سقط در جمعیت طبیعی آن مطالعه، امکان مقایسه دقیق تر وجود نداشت. گارنر و همکاران (۲۰۰۲) نیز مشاهده کردند که زنانی که دچار حاملگی های مولار شده اند، می توانند پیامدهای طبیعی در بارداری های بعدی خود داشته باشند (۱۱) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه سبایر و همکاران (۲۰۰۳) که بر روی ۵۲۰۵ زن با سابقه ابتلاء به حاملگی مولار انجام شد، ۱/۹٪ از زنانی که دارای حاملگی مولار کامل بودند، مجدداً دچار حاملگی مولار شده بودند که از این تعداد، ۸۱٪ از افراد مجدداً دچار حاملگی مولار کامل و ۱۹٪ دچار حاملگی مولار ناقص شدند. از ۲۶۲۷ زن با سابقه حاملگی مولار ناقص، ۱/۷٪ افراد مجدداً دچار حاملگی مولار شدند که ۶۸٪ آن، حاملگی مولار ناقص و ۳۲٪ آن حاملگی مولار کامل بود. به طور کلی در مطالعه آنان، ۱/۸٪ از زنان در بارداری بعدی خود مجدداً دچار حاملگی مولار شده بودند و در بیش از ۹۸٪ زنان، بارداری بعدی بدون خطر حاملگی مولار اتفاق افتاده بود (۱۲). نتایج این مطالعه نیز با اندکی تفاوت در میزان حاملگی های مجدد مولار با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه دیگر متسوی و همکاران (۲۰۰۱) که به بررسی ۱۰۵۲ زن با سابقه ابتلاء به حاملگی مولار در ژاپن پرداخت، خطر ابتلاء به حاملگی مولار کامل ۱/۳٪ و حاملگی مولار ناقص ۱/۵٪ بود که حدوداً ۵ برابر بیشتر از عموم جامعه بود. با این وجود، اکثر زنان با سابقه ابتلاء به حاملگی مولار می توانستند بارداری نرمالی را در بارداری بعدی خود تجربه کنند (۱۳). برکوویتز و همکاران (۱۹۹۴) در بررسی بیماران مرکز بیماری های تروفوبلاستیک نیوانگلند مشاهده کردند که خطر ابتلاء به حاملگی مولار مجدد در زنان با سابقه حاملگی مولار، حدود ۱٪ می باشد و حدود ۹۹٪ آنان می توانند بارداری نرمالی را در آینده تجربه کنند (۱۴). در مطالعه دیگری از این نویسنده که بر روی بیماران همان مرکز انجام گرفت، مشخص شد که حدود ۶۵٪ از زنان با سابقه حاملگی مولار ناقص، می توانند در بارداری بعدی، نوزادی زنده به دنیا بیاورند. همچنین احتمال ابتلاء به حاملگی مولار مجدد در این زنان، ۱٪

## تشکر و قدردانی

را در انجام این مطالعه به خصوص در امر گردآوری داده ها یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

این مطالعه حاصل پایان نامه دوره دکترای عمومی دکتر ساره بصیری می باشد، بدینوسیله از کلیه افرادی که ما

## منابع

1. Berkowitz RS, Goldstein DP. Gestational trophoblastic disease. In: Berek JS. Berek & Novak's gynecology. 15<sup>th</sup>ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2012:1428-57.
2. 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. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia:Saunders;2011:68-70
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics. 23<sup>rd</sup> ed. New York:McGraw -Hill;2010:1104-25.
4. Rezavand N, Kamravamanesh M, Safdari Z, Ghosi.F. Study on hydatidiform mole frequency and some of its relevant factors. Int. J Acad Res 2011 Mar;3(2):834.
5. Parazzini F, La Vecchia C, Pampallona S. Parental age and risk of complete and partial hydatidiform mole. Br J Obstet Gynecol 1986 Jun;93(6):582-5.
6. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, Smith J, La Vecchia C. Epidemiology and etiology of gestational trophoblastic diseases. Lancet Oncol 2003 Nov;4(11):670-8.
7. Berkowitz RS, Im SS, Bernstein MR, Goldstein DP. Gestational trophoblastic disease. Subsequent pregnancy outcome, including repeat molar pregnancy. J Reprod Med. 1998 Jan; 43(1):81-6
8. Uberti EM, Fajardo Mdo C, Ferreira SV, Pereira MV, Seger RC, Moreira MA, et al. Reproductive outcome after discharge of patients with high-risk hydatidiform mole with or without use of one bolus dose of actinomycin D, as prophylactic chemotherapy, during the uterine evacuation of molar pregnancy. Gynecol Oncol 2009 Dec;115(3):476-81.
9. Matsui H, Iitsuka Y, Suzuka K, Yamazawa K, Seki K, Sekiya S. Outcome of subsequent pregnancy after treatment for persistent gestational trophoblastic tumour. Hum Reprod 2002 Feb;17(2):469-72.
10. Garrett LA, Garner EI, Feltmate CM, Goldstein DP, Berkowitz RS. Subsequent pregnancy outcomes in patients with molar pregnancy and persistent gestational trophoblastic neoplasia. J Reprod Med 2008 Jul;53(7):481-6.
11. Garner EI, Lipson E, Bernstein MR, Goldstein DP, Berkowitz RS. Subsequent pregnancy experience in patients with molar pregnancy and gestational trophoblastic tumor. J Reprod Med 2002 May;47(5):380-6. Review.
12. 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 Jan; 110(1):22-6.
13. Matsui H, Iitsuka Y, Suzuka K, Seki K, Sekiya S. Subsequent pregnancy outcome in patients with spontaneous resolution of HCG after evacuation of hydatidiform mole: comparison between complete and partial mole. Hum Reprod 2001 Jun;16(6):1274-7.
14. Berkowitz RS, Bernstein MR, Laborde O, Goldstein DP. Subsequent pregnancy experience in patients with gestational trophoblastic disease. New England Trophoblastic Disease Center 1965-1992. J Reprod Med 1994 Mar;39(3):228-32.
15. Berkowitz RS, Bernstein MR, Harlow BL, Rice LW, Goldstein DP, Cramer DWI. Case-control study of risk factors for partial molar pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1995 Sep;173(3 Pt 1):788-94.
16. Yapar EG, Ayhan A, Ergeneli MH. Pregnancy outcome after hydatidiform mole, initial and recurrent. J Reprod Med 1994 Apr;39(4):297-9.
17. Kim JH, Park DC, Bae SN, Namkoong SE, Kim SJ. Subsequent reproductive experience after treatment for gestational trophoblastic disease. Gynecol Oncol 1998 Oct;71(1):108-12.
18. Goldstein DP, Berkowitz RS, Bernstein MR. Management of molar pregnancy. J Reprod Med 1981 Apr;26(4):208-12.