

گزارش یک مورد حاملگی مول هیداتیفرم در هفته ۶ بارداری همراه با پره‌اکلامپسی

دکتر لعیبا شیرین‌زاده^۱، دکتر زهره یوسفی^{۲*}، دکتر امیرحسین جعفریان^۳،
دکتر بهروز دواچی^۴، دکتر لیلا موسوی سرشت^۵، دکتر نوشین باباپور^۵،
دکتر انیس درویش^۶

۱. فلوشیپ انکولوژی ژنیکولوژی، گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استاد گروه زنان و مامایی، فلوشیپ انکولوژی ژنیکولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دانشیار گروه رادیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. رزیدنت فلوشیپ انکولوژی ژنیکولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۶. رزیدنت گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۴/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۰۷

خلاصه

مقدمه: پره‌اکلامپسی، یکی از نشانه‌های نادر حاملگی مولار می‌باشد و بیشتر در حاملگی‌های با حجم زیادی از بافت‌های تروفوبلاست غیرطبیعی همراه است. پره‌اکلامپسی با فشارخون و پروتئینوری همراه است و در موارد کمی در بیماران با حاملگی مولار رخ می‌دهد. با توجه به اینکه در اکثر موارد حاملگی مولار در سه ماهه اول بارداری با سونوگرافی تشخیص داده می‌شود، در همه بیماران مبتلا به پره‌اکلامپسی در سه ماهه اول بارداری باید بیماری تروفوبلاست حاملگی مدنظر باشد. در این مطالعه یک مورد حاملگی مولار در هفته ۶ بارداری همراه با پره‌اکلامپسی گزارش می‌شود.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۱۵ ساله پرایمی گراوید با ۶ هفته تأخیر در عادت ماهیانه و افزایش تیتراژ β -HCG با تشخیص حاملگی مولار همراه فشارخون بالا، پروتئینوری و ادم اندام فوقانی به اورژانس زایشگاه دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۵ ارجاع گردید که طی بررسی‌ها، پره‌اکلامپسی تأیید شد. بعد از کورتاژ، مول هیداتیفرم تشخیص داده شد. تشخیص پره‌اکلامپسی در زمینه حاملگی مولار برای وی داده شد. بعد از ساکشن کورتاژ مول و تخلیه، فشارخون بیمار به حد طبیعی رسید و ادم و سایر علائم بیمار نیز به تدریج بهبود پیدا کرد.

نتیجه‌گیری: پره‌اکلامپسی یکی از علائم نادر در حاملگی مولار می‌باشد و با توجه به این‌که در اغلب موارد حاملگی مولار در سه ماهه اول بارداری با سونوگرافی تشخیص داده می‌شود، توصیه می‌شود در همه بیماران که در اوایل حاملگی دچار علائم پره‌اکلامپسی می‌شوند، تشخیص مول هیداتیفرم مدنظر باشد.

کلمات کلیدی: پره‌اکلامپسی، سه ماه اول حاملگی، مول هیداتیفرم

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر زهره یوسفی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۰۱۲۴۷۷؛ پست الکترونیک:

yousefiz@mums.ac.ir

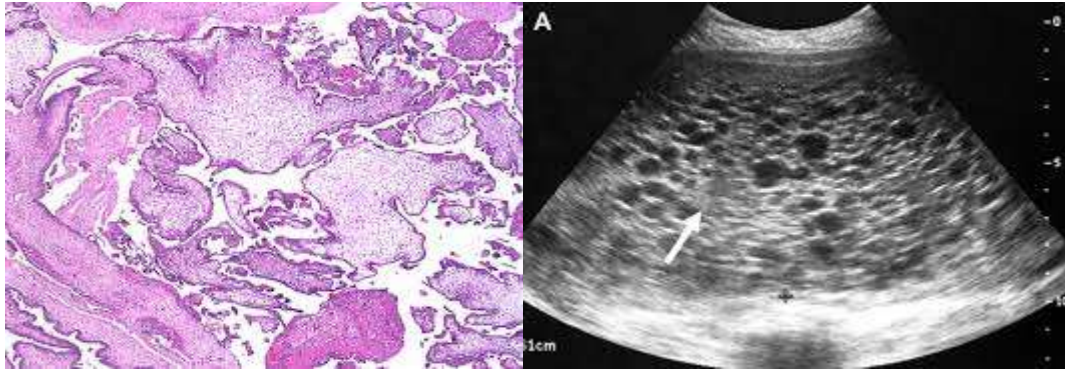
مقدمه

بیماری تروفوبلاستیک بارداری، اصطلاحی برای توصیف گروه ناهمگونی از ضایعات است که از تکثیر غیرطبیعی تروفوبلاست‌های جفتی حاصل می‌شوند. بیماران مبتلا به حاملگی مولار کامل، به‌طور روزافزون در مراحل ابتدایی‌تر حاملگی تشخیص داده می‌شوند و قبل از ایجاد علائم و نشانه‌های بالینی کلاسیک، تحت درمان قرار می‌گیرند. این امر، احتمالاً ناشی از تغییرات متعدد ایجاد شده در عملکرد بالینی و متداول شدن سونوگرافی ترانس واژینال در اوایل حاملگی است (۱). ویژگی‌های بالینی کلاسیک حاملگی مولار کامل شامل: خونریزی واژینال و بزرگی بیش از حد رحم، استفراغ شدید حاملگی، هیپرتیروئیدی و پره‌اکلامپسی می‌باشد (۲). پره‌اکلامپسی در گذشته در ۲۷٪ بیماران مبتلا به مول هیداتیفرم کامل مشاهده می‌شد، ولی در حال حاضر پره‌اکلامپسی فقط در ۱ مورد از هر ۷۴ بیمار مبتلا به مول کامل گزارش می‌شود. پره‌اکلامپسی با افزایش فشارخون، پروتئینوری و تشدید رفلکس‌ها همراه است. در حاملگی مولار پره‌اکلامپسی تقریباً به‌طور انحصاری در بیمارانی ایجاد می‌شود که دارای بزرگی بیش از حد رحم هستند. در تمام بیمارانی که در اوایل حاملگی افزایش چشمگیر تیتراژ B-HCG وجود دارد، باید حاملگی مولار مدنظر باشد (۳، ۴). تشخیص سریع علائم پره‌اکلامپسی در حاملگی مولار و درمان علائم، منجر به بهبود پیش‌آگهی بیماران خواهد شد (۵). اسپنچا و همکاران (۲۰۱۲) یک مورد حاملگی مولار در سن بارداری ۶ هفته با B-HCG بالا همراه با بزرگی رحم، سردرد و فشارخون گزارش کردند (۶). ترنر و همکار (۲۰۱۰) یک مورد حاملگی مولار همراه علائم پره‌اکلامپسی در یک خانم ۳۷ ساله گزارش کردند (۷). بریتین و همکاران (۱۹۹۵) پره‌اکلامپسی شدید را در خانم ۳۷ ساله و حاملگی ۱۷ هفته گزارش کردند (۸). به‌دلیل اینکه پره‌اکلامپسی یکی از علائم نادر در حاملگی مولار می‌باشد، در صورت علائم پره‌اکلامپسی در اوایل حاملگی، تشخیص مول هیداتیفرم مدنظر باشد. در این

مطالعه یک مورد حاملگی مولار در هفته ۶ بارداری همراه با پره‌اکلامپسی گزارش می‌شود.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۱۵ ساله، حاملگی اول، با شکایت سردرد و درد اپی‌گاستر و سونوگرافی مبنی بر حاملگی مولار با سن حاملگی ۶ هفته به اورژانس زایشگاه دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۵ مراجعه کرد. در بررسی‌های اولیه، ادم دور چشم و فشارخون بالا نیز به علائم بیمار اضافه شد. بیمار هیچ سابقه‌ای از افزایش فشارخون را ذکر نکرد. در معاینه اندازه رحم، در حد ۱۲ هفته بود. در گزارش سونوگرافی، ابعاد رحم بزرگ‌تر از حد طبیعی، توده حجیم هتروژن در حفره رحم به اقطار $145 \times 68 \times 103$ میلی‌متر رؤیت گردید که نمای سونوگرافیک آن منطبق با حاملگی مولار بود (شکل ۱). در سابقه بیمار افزایش فشارخون از ۳ روز قبل از مراجعه در حد $150-130$ میلی‌متر جیوه، تهوع و استفراغ از یک هفته قبل از مراجعه و ادم اطراف چشم و تنگی نفس را از روز قبل ذکر می‌کرد. جهت کنترل فشارخون بیمار از هیدرالازین وریدی در بدو مراجعه استفاده شد. در آزمایشات ارسالی تیتراژ B-HCG 671950 میلی‌واحد/ میلی‌لیتر و پروتئینوری ۴ مثبت گزارش شد. بررسی کامل جهت ارزیابی متاستاز شامل سونوگرافی کامل شکم، عکس ریه و تست‌های کبدی و کلیوی انجام شد. به علت $Hb=8/4$ و $HCT=26/4$ ، بیمار دو واحد P.C دریافت و سپس ساکشن کورتاژ انجام شد. به تدریج فشارخون بیمار در حد $120-110$ کاهش یافت و تیتراژ B-HCG 48 ساعت بعد از کورتاژ به 68424 رسید و پروتئین ادرار ۲۴ ساعته بیمار $3/31$ گرم گزارش شد. سایر علائم بیمار نیز بعد از کورتاژ بهبود یافت. پاسخ آسیب‌شناسی بیمار نیز مبنی بر حاملگی مولار بود (شکل ۲). سرانجام بیمار با توصیه به انجام تیتراژ B-HCG هفتگی و کنترل فشارخون ترخیص شد. این گزارش مورد با کسب اجازه و موافقت بیمار انجام شده است.



شکل ۱- نمای بوران برف در سونوگرافی که بیانگر حاملگی مولار است.

شکل ۲- مقطعی از ویلوزیته‌های جفتی همراه با پرولیفراسیون تروفوبلاستیک با محور همبندی دارای سیسترن و بدون رگ نمایان است.

بحث

طوفان تیروئیدی^۱ نیز بروز یافت (۱۱). با توجه به اینکه در سال‌های اخیر در اکثر موارد، حاملگی مولار در سه ماهه اول بارداری با سونوگرافی تشخیص داده می‌شود، لذا احتمال تأخیر تشخیصی در رابطه با بیماری تروفوبلاستیک کمتر شده است، ولی مسئله مهم این است که اگر خانمی در اوایل بارداری مراجعه کند، اولاً باید بررسی‌های آزمایشگاهی استاندارد حاملگی در مراجعه اول درخواست شود، ثانیاً چون انجام سونوگرافی منوط به بررسی‌های غربالگری هفته ۱۱-۱۳ حاملگی است، همه مشکلات بیمار را نباید طبیعی قلمداد کرد و به علائم بالینی و شکایت‌های بیمار دقت بیشتری نمود.

در مطالعه حاضر یک مورد حاملگی مولار همراه با علائم پره‌اکلامپسی (فشارخون بالا و سردرد و پروتئینوری) گزارش شد که بیمار تحت ساکشن - کورتاژ مول قرار گرفت و علائم بیمار بهبود پیدا کرد.

از نقاط ضعف این مورد، عدم شروع سولفات‌تراپی در بیمار با توجه به علائم فشارخون بالا و سردرد و درد اپی‌گاستر جهت پیشگیری از تشنج اکلامپسی بود. از نقاط قوت این مورد، کاربردی بودن این گزارش در افزایش دقت و تشخیص بالینی سریع علائم پره‌اکلامپسی در حاملگی مولار و پیشگیری از تشنجات اکلامپسی و کاهش مورتالیتی و موربیدیتی می‌باشد.

در مطالعه حاضر یک مورد حاملگی مولار ۶ هفته همراه با علائم پره‌اکلامپسی که بعد از درمان تخلیه محتویات حاملگی علائم بیمار بهبود پیدا کرد، گزارش شد. در مطالعه حازرا و همکاران (۲۰۰۳) یک مورد خانم ۲۲ ساله، حاملگی اول، با تشخیص مول ناقص در هفته ۱۸ بارداری با بروز فشارخون بالا و علائم سندرم HELLP شامل پلاکت در حد ۵۰۰۰ و افزایش آنزیم‌های کبدی و همولیز گزارش شد که بعد از ختم بارداری، تمام علائم بیمار به تدریج بهبود یافت (۹). در مطالعه ویلیام توماس و همکاران (۲۰۱۲) خانم ۴۱ ساله و حاملگی سوم گزارش شد که با تورم دست و صورت و فشارخون ۲۱۰/۱۱۰ میلی‌متر جیوه با سن بارداری ۱۷ هفته و سونوگرافی‌های نرمال در هفته ۸، ۱۲ و ۱۶ بارداری بدون سابقه فشارخون بالا مراجعه کرد که پس از بستری به دلیل عدم کنترل فشارخون با درمان‌های رایج و بروز علائم پره‌اکلامپسی شدید، ختم بارداری صورت گرفت. گزارش آسیب‌شناسی، حاملگی مول ناقص را تأیید کرد. محققین مدنظر داشتن حاملگی مولار را در جریان حاملگی‌هایی که علائم پره‌اکلامپسی به صورت زودرس بروز می‌یابند را عنوان کردند (۱۰). ویه و همکاران (۲۰۱۶) در کره جنوبی نیز یک مورد حاملگی مول ناقص در سه ماهه اول بارداری با بروز علائم پره‌اکلامپسی شدید و هیپرتیروئیدی را گزارش کردند که حین درمان،

¹Thyroid storm

نتیجه‌گیری

در اوایل حاملگی بیماران با حاملگی مولار، سبب پیشگیری از تشنجات اکلامپسی و کاهش مورتالیته و عوارض می‌شود.

با توجه به اینکه پره‌اکلامپسی یکی از علائم نادر حاملگی مولار است، در تمام بیمارانی که در اوایل حاملگی دچار پره‌اکلامپسی می‌شوند، باید تشخیص مول هیداتیدفرم مدنظر قرار گیرد و تشخیص بالینی سریع پره‌اکلامپسی

منابع

1. Banerjee D, Barsode SD, Basu P. Management of gestational trophoblastic diseases-an update. *Rev Recent Clin Trials* 2015; 10(4):255-62.
2. Mamouni N, Boumhaoued S, Erraghay S, Boubou M, Bouchikhi C, Banani A. Clinical and radiological features of gestational trophoblastic tumors. *Pan Afr Med J* 2017; 28:228.
3. Albayrak M, Ozdemir I, Demiraran Y, Dikici S. Atypical preeclampsia and eclampsia: report of four cases and review of the literature. *Turk Ger Gynecol Assoc* 2010; 11(2):115-7.
4. Snyder S. Major changes in diagnosis and management of preeclampsia. *J Midwifery Womens Health* 2014; 59(6):596-605.
5. Kang A, Struben H. Pre-eclampsia screening in first and second trimester. *Ther Umsch* 2008; 65(11):663-6.
6. Schena FP, Thomas W, Griffiths M, Nelson-Piercy C, Sinnamon K. Pre-eclampsia before 20-week gestation: diagnosis, investigation and management. *Clin Kidney J* 2012; 5(6):597-9.
7. Turner JA. Diagnosis and management of pre-eclampsia: an update. *Int J Womens Health* 2010; 2:327.
8. Brittain PC, Bayliss P. Partial hydatidiform molar pregnancy presenting with severe preeclampsia prior to twenty weeks gestation: a case report and review of the literature. *Mil Med* 1995; 160(1):42-4.
9. Hazra S, Waugh J, Bosio P. 'Pure' pre-eclampsia before 20 weeks of gestation: a unique entity. *BJOG* 2003; 110(11):1034-5.
10. Thomas W, Griffiths M, Nelson-Piercy C, Sinnamon K. Pre-eclampsia before 20-week gestation: diagnosis, investigation and management. *Nephrol Dialys Transplantat Plus* 2012; 5(6):597-9.
11. Wie JH, Kwon JY, Ko HS, Lee Y, Shin JC, Park IY. Thyroid storm and early-onset proteinuric hypertension caused by a partial molar pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2016; 36(3):351-2.

