

## گزارش یک مورد حاملگی لوله ای مولار دکتر محبوبه زنگویی<sup>۱</sup>، دکتر ملیحه زنگویی<sup>۲</sup>، مریم تولیت<sup>۳\*</sup>

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
۲. استادیار گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
۳. مربی گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۳/۲۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۵/۲۴

### خلاصه

**مقدمه:** حاملگی خارج رحمی، رویدادی است که در ۱ درصد حاملگی ها اتفاق می افتد و میزان شیوع حاملگی مولار نیز حدود ۱ تا ۲ مورد در هر ۱۰۰۰ حاملگی می باشد. همزمانی این دو اتفاق، پدیده ای بسیار نادر است. در این گزارش، ۱ مورد حاملگی نابجای مولار در لوله فالوپ معرفی می شود.

**گزارش مورد:** بیمار خانمی ۳۲ ساله، نولی پار و با سابقه ۵ سال نازایی اولیه، از ۴ سال قبل با تشخیص تخمدان پلی کیستیک تحت درمان نازایی قرار گرفته بود. وی از چند ماه قبل از مراجعه، هیچ دارویی دریافت نکرده بود. پس از ۱۵ روز تأخیر در سیکل قاعدگی با آزمایش  $BHCG=1400$  به درمانگاه مراجعه کرد و از درد هیپوگاستر مختصر و لکه بینی شکایت داشت. سونوگرافی انجام شده، رحم و ضمام را طبیعی گزارش کرد. بیمار با احتمال حاملگی نابجا، تحت نظر قرار گرفت و ۱۰ روز بعد با تأیید تشخیص حاملگی نابجا، تحت عمل لاپاراتومی و سالپنژکتومی قرار گرفت. نتیجه آسیب شناسی، مول پارشیل (مول نسبی) در لوله رحم بود. میزان  $BHCG$  در این بیمار پس از ۳۵ روز به حد طبیعی رسید و طی ۱ سال پس از عمل، در حد طبیعی باقی ماند.

**کلمات کلیدی:** تومور تروفوبلاستیک جفتی، حاملگی خارج رحمی، حاملگی لوله ای، حاملگی مولار

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مریم تولیت؛ دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران. تلفن: ۰۹۱۵۳۶۱۸۵۳۳؛ پست الکترونیک: tolyatm@yahoo.com

## مقدمه

حاملگی مولار، یک اتفاق نادر است که میزان شیوع آن حدود ۱ تا ۲ مورد در هر ۱۰۰۰ حاملگی می باشد (۱). این اختلال، با تکثیر بافت تروفوبلاستیک غیر طبیعی مشخص می شود و دو نوع کامل و ناقص می باشد (۲). حاملگی خارج رحمی، در ۱ درصد بارداری ها اتفاق می افتد و در اکثر موارد، در لوله های فالوپ می باشد (۳). همزمانی این ۲ مورد، اتفاق بسیار نادر است که تا سال ۲۰۰۴، کمتر از ۴۰ مورد گزارش شده است (۵، ۶). در این گزارش، بیمار ۳۲ ساله با سابقه نازایی اولیه به مدت ۵ سال با حاملگی مولار لوله ای معرفی می شود.

## گزارش مورد

بیمار، خانمی ۳۲ ساله، در تاریخ مهر ماه سال ۱۳۸۸ به درمانگاه زنان بیمارستان ولیعصر بیرجند مراجعه کرده بود. این خانم، چاق و پر مو بوده و با سابقه ۵ سال نازایی اولیه و با تشخیص تخمدان پلی کیستیک، مدت زمان طولانی تحت درمان تحریک تخمک گذاری بوده است. از ۶ ماه قبل از مراجعه، مراجعه پزشکی و مصرف دارو نداشته است. بیمار با ۱۵ روز تأخیر در سیکل و آزمایش  $BHCG=1400$  با درد مختصر در قسمت تحتانی شکم و لکه بینی، مراجعه کرد. سونوگرافی انجام شده، رحم و ضمائم را طبیعی گزارش کرد. با توجه به مشکوک بودن بیمار به حاملگی خارج رحمی، بیمار تحت نظر قرار گرفت. پس از گذشت ۷ روز، مجدداً تیتراژ  $BHCG$  و سونوگرافی نامبرده تکرار شد که  $BHCG=4500$  و سونوگرافی، توده آدنکس گزارش کرد. درد لگنی بیمار بیشتر شد ولی شکم حاد جراحی نبود. در معاینه، حرکت سرویکس دردناک بود و به علت چاقی بیمار، اندازه رحم قابل لمس نبود و علائم حیاتی پایدار بود. بیمار تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت و جهت تخلیه محتویات لوله، سالپنژوستومی شد که به دلیل وجود بافت مولار، سالپنژکتومی (عمل جراحی برداشتن لوله های رحم) انجام شد. پیگیری لازم به منظور درمان و پیگیری مول بعد از عمل جراحی همراه با پیگیری از بارداری مجدد تا یک سال برای بیمار انجام شد. اندازه گیری هورمون  $BHCG$  هر ۲ هفته یک بار تا رسیدن به سطح

طبیعی و سپس اندازه گیری ماهیانه  $BHCG$  به مدت ۶ ماه و بعد اندازه گیری  $BHCG$  هر ۲ ماه یک بار تا یک سال انجام شد. میزان  $BHCG$  در این بیمار پس از ۳۵ روز به حد طبیعی رسید و طی ۱ سال پس از عمل، در حد طبیعی باقی ماند.

## بحث

مول هیداتیرم، حاصل یک لقاح غیر طبیعی می باشد و می تواند کامل یا ناقص باشد. در مول کامل، ترکیب کروموزومی 46XX حاصل لقاح یک تخمک پوچ با اسپرم هاپلوئید (۲۳ کروموزومی) و دوپلیکاسیون (دو برابر شدن سلول تخم) می باشد. مول پارشیل از باروری یک تخمک هاپلوئید (۲۳ کروموزومی) با ۲ اسپرم ایجاد می شود و ژنوم تریپلوئید (۶۹ کروموزومی) دارد.

حاملگی مولار، یک حاملگی غیر طبیعی با وجود تغییرات هیدروپیک در پرزهای جفتی همراه با تکثیر تروفوبلاست هاست (۷، ۸). سقط های هیدروپیک غیر مولار نیز از موارد شایع هستند، تشخیص افتراقی حاملگی های مولار از تغییرات هیدروپیک غیر مولی، از نظر بالینی مهم است، زیرا حاملگی های غیر مولار در معرض بیماری های تروفوبلاستیک نیستند. همزمانی حاملگی خارج رحمی با حاملگی مولار، اتفاق بسیار نادر است که تا سال ۲۰۰۴ کمتر از ۴۰ مورد گزارش شده است (۵، ۹). اولین گزارش در سال ۱۸۷۱ توسط اوتو انجام شد (۱۰). چاهان (۲۰۰۴) نیز یک مورد حاملگی مولار اکتوپیک را در سال ۲۰۰۴ گزارش کرد. در این گزارش مورد، بیمار با افزایش  $BHCG$  و درد یک چهارم تحتانی راست شکم که ۶ هفته از آخرین پرودی او گذشته بود، مراجعه کرد و با عمل لاپاراسکوپی، تحت سالپنژوتومی جهت تخلیه قرار گرفت. در پیگیری بیمار، اندازه گیری هورمون  $BHCG$  هر هفته تا سه نوبت طبیعی شدن  $BHCG$  انجام شد و پیگیری از بارداری مجدد تا ۶ ماه توسط قرص های پیگیری از بارداری خوراکی به بیمار توصیه شد (۱۱).

سن شایع گزارش شده در مطالعات انجام شده، دهه سوم و چهارم عمر با سن متوسط ۲۸ سال می باشد. عوامل مستعد کننده حاملگی خارج رحمی مولار شامل: مولتی

نابجای لوله ای به ندرت گزارش شده است و پیش آگهی آن بهتر از کوریوکارسینوم رحمی می باشد (۱۳). 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 (۱۱).

### نتیجه گیری

حاملگی مولار، در حاملگی نابجا نیز اتفاق می افتد و می تواند منجر به تشخیص اشتباه و ایجاد عوارض در بیمار شود. بنابراین تشخیص این موارد از اهمیت ویژه ای برخوردار است و پس از تشخیص و درمان، باید اقدامات لازم به منظور پیگیری همراه با پیشگیری از بارداری مجدد تا یک سال برای بیمار انجام شود.

پاریتی، بیماری های التهابی لگن، مصرف قرص های خوراکی پیشگیری از بارداری، سطح اجتماعی- اقتصادی پایین، سابقه مول قبلی و سن بالا یا پایین مادر می باشد. این عوامل خطر در بیمار ما وجود نداشت. تشخیص افتراقی بین مول کامل و ناقص و سقط هیدروپیک ممکن است به راحتی امکان پذیر نباشد و معمولاً با روش فلوسیتومتری DNA انجام می شود (۱۲). البته با این روش، امکان افتراق مول کامل و تغییرات هیدروپیک غیر مولی وجود ندارد و می توان از اندازه گیری سطح BHCG کمک گرفت. از آنجایی که افزایش سطح BHCG در حاملگی مولار لوله ای به اندازه حاملگی مولار رحمی اتفاق نمی افتد، لذا ممکن است تفاوت واضحی بین سطح BHCG در حاملگی نابجای لوله ای و حاملگی مولار لوله ای وجود نداشته باشد (۹). کارسینوم سلول های جفتی در حاملگی های

### منابع

- Schorge JO, Goldstein DP, Bernstein MR, Berkowitz RS. Recent advances in gestational trophoblastic disease. *J Reprod Med* 2000 Sep;45(9):692-700.
- Benirschke K, Kanfmann P. Pathology of the human placenta. 4<sup>th</sup> ed. New York:Springer;2000.
- Cunningham FG, Grant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. 21<sup>st</sup> ed. New York:McGraw-Hill;2001:883-910.
- Stovall TG. Early pregnancy loss and ectopic pregnancy. In: Berek JS. Novak's gynecology. 13<sup>th</sup> ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2002:507-42.
- Abike F, Temizkan O, Payasli A, Avsar F, Karahan N, Baspinar S. Postmenopausal complete hydatidiform mole: a case report. *Maturitas* 2008 Jan 20;59(1):95-8.
- Gillespie AM, Lidury EA, Tidy JA, Hancock BW. The clinical presentation, treatment, and outcome of patients diagnosed with possible ectopic molar gestation. *Int J Gynecol Cancer*. 2004 Mar-Apr;14(2):366-9.
- Jacobs PA, Szulman AE, Funkhouser J, Matsuura JS, Wilson CC. Human triploidy: relationship between parental origin of the additional haploid complement and development of partial hydatidiform mole. *Ann Hum Genet* 1982 Jul;46(Pt 3):223-31.
- Depypere HT, Dhont M, Verschraegen-Spae MR, Coppens M. Tubal hydatidiform mole. *Am J Obstet Gynecol* 1993 Jul;169(1):209-10.
- Burton JL, Lidbury EA, Gillespie AM, Tidy JA, Smith O, Lawry J, et al. Over-diagnosis of hydatidiform mole in early tubal ectopic pregnancy. *Histopathology* 2001 May;38(5):409-17.
- Otto H. Concerning tubal pregnancy with special consideration of a case of tubal hydatidiform mole [Thesis]. Virginia Beach:Grunwald;1871.
- Chauhan S, Diamond MP, Johns DA. A case of molar ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 2004 Apr;81(4):1140-1.
- Qian JH, Ye DF, Xie X. [Clinical analysis of 13 cases of gestational trophoblastic tumor misdiagnosed as ectopic pregnancy] [Article in Chinese]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2005 Feb;40(2):91-4.
- Adli AG. Hydatidiform mole in the fallopian tube. *Int Surg* 1976 Feb;61(2): 84-5.