

پارگی رحم به دنبال حاملگی مولار ناکامل: گزارش موردی

چکیده

لیلا پورعلی^۱، صدیقه آیتی^{۱*}فاطمه وحیدرودسری^۱، علی تقی‌زاده^۲ریحانه سادات حسینی^۱

۱- گروه زنان و مامایی، بیمارستان قائم، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲- گروه رادیوتراپی انکولوژی، بیمارستان امام رضا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

* نویسنده مسئول: مشهد، خیابان احمدآباد، بیمارستان قائم، دفتر گروه زنان
تلفن: ۰۵۱۱-۸۰۱۲۴۷۷
E-mail: ayatis@mums.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۵/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۸/۰۵

زمینه: خطر تومور تروفوبلاستیک پایدار متعاقب مول ناقص بسیار پایین‌تر از مول کامل است و اکثراً از نوع غیرمتاستاتیک می‌باشد. هدف این مطالعه گزارش یک مورد پارگی رحم به دنبال حاملگی مولار ناکامل می‌باشد.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۲۶ ساله‌ای با سابقه یک سقط و یک حاملگی مولار در سال ۱۳۹۰ به اورژانس بیمارستان قائم (عج)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد مراجعه کرده است. وی سه ماه پیش از مراجعه با تشخیص حاملگی مولار کورتاژ شد ولی هیچ‌گونه پی‌گیری جواب پاتولوژی و β -hCG نداشت. بیمار با علائم شوک هموراژیک مراجعه و تحت لاپاراتومی اورژانس قرار گرفت و با تشخیص حاملگی مولار و پارگی رحم ساکشن کورتاژ و ترمیم میومتر انجام شد. در بررسی‌های بیش‌تر بیمار تومور تروفوبلاستیک متاستاتیک به ریه داشته که با تزریق هفتگی متوتروکسات تحت درمان قرار گرفت و در حال حاضر تحت کنترل ماهیانه قرار دارد.

نتیجه‌گیری: در موارد حاملگی مولار ناکامل که احتمال متاستاز بسیار بعید است نیز آموزش دقیق و پی‌گیری‌های منظم هفتگی و سپس ماهیانه β -hCG توصیه می‌شود.

کلمات کلیدی: تومور تروفوبلاستیک، مول ناکامل، پارگی رحم.

مقدمه

متاستاتیک ناشی از کوریوکارسینوم‌ها هستند و شایع‌ترین محل متاستاز آن‌ها ریه می‌باشد.^۱

خطر نئوپلازی تروفوبلاستیک (GTN) به دنبال مول ناقص به مراتب کم‌تر از مول کامل می‌باشد. احتمال بروز GTN به دنبال مول ناقص حدود ۲-۴٪ است که به شیمی درمانی پاسخ می‌دهد.^۲ تومور تروفوبلاستیک می‌تواند منجر به پارگی میومتر و خونریزی داخل پریتون شود و یا از طریق تهاجم به عروق رحمی منجر به خونریزی واژینال گردد.^۳

خطر کوریوکارسینوم {تومور تروفوبلاستیک متاستاتیک (Metastatic trophoblastic tumor)} به دنبال مول ناقص ۰/۱٪ است.^۴ در این مقاله یک مورد پارگی رحم به دنبال حاملگی مولار ناکامل گزارش می‌شود.

اصطلاح بیماری تروفوبلاستیک حاملگی (Gestational Trophoblastic Neoplasia, GTN) به طیفی از تومورهای جفتی مرتبط با حاملگی اطلاق می‌شود که شامل موارد زیر است:

مول کامل، مول ناقص، مول مهاجم، کوریوکارسینوم، تومور تروفوبلاستیک محل جفت.^{۱،۲} مول مهاجم با رشد بیش از حد بافت تروفوبلاستیک همراه با تهاجم گسترده سلول‌های تروفوبلاستیک و ویلوزیته‌های کوریونیک به بافت عضلانی و گاهی سروز رحم و حتی پارامتر مجاور آن و واژن مشخص می‌شود و تقریباً همیشه از مول کامل یا ناقص منشا می‌گیرد.^۳ هرچند مول مهاجم می‌تواند به نواحی دوردست متاستاز دهد ولی بیش‌تر تومورهای تروفوبلاستیک

معرفی بیمار

وزیکول بود تخلیه شد و فوندوس رحم در حد امکان ترمیم شد. لوله و تخمدان راست نرمال بود. در ناحیه مزوسالپنکس چپ خونریزی فعالی وجود داشت که ترمیم شد. در حین عمل بیمار شش واحد گلیبول فرمز فشرده و دو واحد FFP دریافت کرد. بعد از انتقال به بخش و تثبیت شدن وضعیت بیمار، بررسی‌های تکمیلی جهت بیمار انجام شد.

در رادیوگرافی قفسه صدری انجام شده یک ندول در قسمت میانی ریه راست و یک ندول در قسمت فوقانی و میانی ریه چپ داشت.

CT اسکن ریه نیز انجام شد که دو ندول در مجاورت پلور در لوب فوقانی ریه راست (شکل ۱) و یک ندول در لوب تحتانی ریه راست داشت. یک ندول در لوب فوقانی و یک ندول در لوب تحتانی ریه چپ وجود داشت و در سمت راست پلورال افیوژن نیز گزارش شده بود (شکل ۲).

در CT اسکن مغز، ضایعه فضاگیر نداشت. سایر آزمایشات انجام شده جهت بیمار شامل TSH، PT، PTT، Na، K، BUW، Cr، LFT، LDH نرمال بود. جواب پاتولوژی نمونه ارسال شده مول هیداتیفرم پارشیال گزارش شد. جواب پاتولوژی توسط پاتولوژیست دیگر بازخوانی شد و همین گزارش تایید شد.

تیتراژ بتا، در روز عمل: بیش تر از ۱۰۰۰ mIU/ml

تیتراژ بتا، دو روز بعد از عمل: ۶۳۶۰۰

و تیتراژ آن یک هفته بعد ۴۰۰۰۰.

با توجه به بررسی‌های انجام شده Score بندی، نمره پنج و در

خانمی ۲۶ ساله با سابقه یک نوبت سقط و یک نوبت حاملگی مولار، ($G_2 Ab_1 mole_1$) با شکایت درد شکمی، تهوع و استفراغ و لکه‌بینی، ضعف و بی‌حالی به اورژانس بیمارستان قائم (عج) مراجعه کرده است.

در سابقه بیمار، سه ماه قبل از مراجعه با تشخیص حاملگی مولار تحت عمل کورتاژ قرار گرفته و نمونه کورتاژ جهت پاتولوژی ارسال نشده و پی‌گیری‌های بعدی بیمار نیز انجام نشده بود. در بدو مراجعه به اورژانس بیمار هوشیار ولی بی‌قرار و در معاینه، رنگ پریده و تاکی‌کارد بود. در معاینه شکم دیستانسیون واضح همراه با تندرns ژنرالیزه داشت و نبض‌های رادیال لمس نمی‌شد. علایم حیاتی به صورت زیر بود:

BP=۷۰/۴۰ mmHg RR=۵۰/min PR=۱۴۰/min

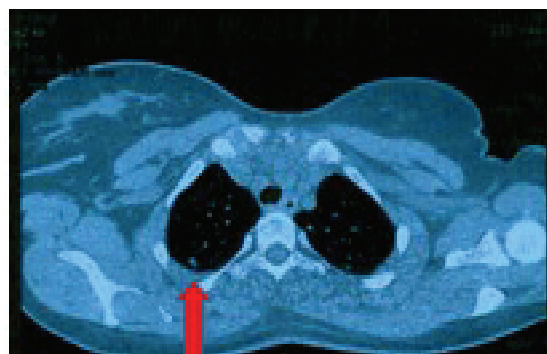
در سونوگرافی همراه بیمار که در همان روز انجام شده بود رحم بزرگ‌تر از نرمال، حاوی کانون‌های متعدد کیستی در کاویته رحم بود که مول هیداتیفرم جهت بیمار مطرح شده بود.

در بخش اورژانس بیمار تحت سونوگرافی پرتابل قرار گرفت و با توجه به مایع آزاد فراوان در شکم و نیز با توجه به علایم بالینی لاپاراتومی اورژانس انجام شد.

حدود سه لیتر خون، دو لیتر لخته همراه با مقدار زیادی وزیکول از داخل شکم ساکشن شد. میومتر رحم در ناحیه فوندوس کاملاً باز شده بود. هم‌زمان ساکشن کورتاژ انجام شده محتویات رحم که پر از



شکل ۲: ندول در لوب تحتانی ریه چپ و پلورال افیوژن در همی‌توراکس راست



شکل ۱: ندول در مجاورت پلور لوب فوقانی ریه راست

گزارش شده است.^۹ تاکنون موردی از پارگی رحم به دنبال مول پارشیال گزارش نشده است که این مسئله در نوع خود قابل توجه است. در سال ۲۰۰۶ Wolfberg متوجه شد که سطح β -hCG بعد از تخلیه حاملگی مولار با افزایش ریسک بیماری تروفوبلاستیک پایدار مرتبط است به خصوص اگر طی ۸-۳ هفته بعد از تخلیه رحم سطح β -hCG بیش تر از ۲۰۰ باشد ریسک بیماری پایدار به ۳۵٪ می رسد.^{۱۰} از آنجایی که هیچ گونه معاینه بالینی یا بافت شناسی مشخص وجود ندارد که احتمال بروز GTN به دنبال حاملگی مولار را پیش بینی کند.^{۱۱} لذا پی گیری دقیق بیماران بعد از تخلیه حاملگی مولار بسیار مهم است که آن هم از طریق کنترل هفتگی و بعد از سه نوبت صفر بودن β -hCG سپس کنترل ماهیانه تیتراژ آن به مدت شش ماه انجام می شود^{۱۲} و با این کار می توان در صورت ثابت ماندن یا افزایش β -hCG به تشخیص تومور تروفوبلاستیک بارداری دست یافت و از عوارض وخیم و تهدید کننده حیات آن پیشگیری کرد. هم چنان که در مورد بیمار مذکور هیچ گونه پی گیری بعد از تخلیه اولیه رحم صورت نگرفته بود و بیمار با حال عمومی بد و شوک و در نهایت پارگی رحم مراجعه کرده بود.

Stage III با ریسک پایین قرار گرفت و کاندید درمان با متوتروکسات (40mg/m^2) به طور هفتگی شد. بعد از دریافت متوتروکسات داخل عضلانی هفتگی به مدت شش هفته، تست β -hCG بیمار منفی شد. در پی گیری ماهانه به مدت شش ماه β -hCG $< 10\text{mIU/ml}$ بود.

بحث

نمونه های گزارش شده در مورد پارگی رحم به دنبال انواع حاملگی مولار بسیار کم است.

در سال ۱۹۹۲، نمونه ای از پارگی رحم به دنبال کوریوکارسینوم توسط Atala گزارش شد که بیمار به دلیل خون ریزی پایدار بعد از سقط، تحت کورتاژ قرار گرفت و بعد از کورتاژ با تشخیص هموپریتوئن لاپاراتومی شد. در حین لاپاراتومی پارگی رحم ناشی از بیماری تروفوبلاستیک با گسترش به لیگامان پهن مشاهده شد که بلافاصله بیمار هیستریکتومی شد و سپس تحت کموتراپی قرار گرفت و بعد از پنج ماه فوت کرد.^۸ مورد دیگری از پارگی خودبه خود رحم به دلیل کارسینوم به دنبال حاملگی زنده در سال ۲۰۰۹ توسط Liberis

References

- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-Hill; 2010. p. 257.
- Yousefi Z, Homaei Shandiz F, Nejati Sharafodin Z. Determining of prevalence of persistent mole in patients with Gestational Trophoblastic Neoplasia. *Iranian J Obstet Gynecol Infertility* 2003;2:26-31.
- Sebire NJ, Foskett M, Fisher RA, Lindsay I, Seckl MJ. Persistent gestational trophoblastic disease is rarely, if ever, derived from non-molar first-trimester miscarriage. *Med Hypotheses* 2005; 64(4):689-93.
- Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, Kastan MB, McKenna WG, editors. Abeloff's Clinical Oncology. 4th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2008. p. 1862.
- Berkowitz RS, Goldstein DP. Current management of gestational trophoblastic diseases. *Gynecol Oncol* 2009;112(3):654-62.
- Berek JS, editor. Berek and Novak's Gynecology. 15th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2012. p. 1467.
- Seckl MJ, Fisher RA, Salerno G, Rees H, Paradinas FJ, Foskett M, et al. Choriocarcinoma and partial hydatidiform moles. *Lancet* 2000;356(9223):36-9.
- Atala C, Riedemann R, Biotti M, Ramirez F, Paublo M. Invasive mole with uterine rupture. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1992;57(5):356-8.
- Liberis V, Bouchlariotou S, Ammari A, Psillaki A, Ntavidou M, Sivridis E, et al. Acute abdomen as initial presentation of gestational choriocarcinoma. *Arch Gynecol Obstet* 2009;280(5):859-62.
- Growdon WB, Wolfberg AJ, Feltmate CM, Goldstein DP, Genest DR, Chinchilla ME, et al. Postevacuation hCG levels and risk of gestational trophoblastic neoplasia among women with partial molar pregnancies. *J Reprod Med* 2006;51(11):871-4.
- Rice LW, Berkowitz RS, Lage JM, Goldstein DP, Bernstein MR. Persistent gestational trophoblastic tumor after partial hydatidiform mole. *Gynecol Oncol* 1990;36(3):358-62.
- Committee on Practice Bulletins-Gynecology, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease. *Obstet Gynecol* 2004;103(6):1365-77.

Uterine rupture following incomplete molar pregnancy: a case report

Leila Pourali M.D.¹
Sedigheh Ayati M.D.^{1*}
Fatemeh Vahidroodsari M.D.¹
Ali Taghizadeh M.D.²
Reyhane Sadat Hosseini M.D.¹

1- Department of Obstetrics and Gynecology, Ghaem Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

2- Department of Radiation Oncology, Imamreza Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Abstract

Received: August 04, 2012 Accepted: October 26, 2012

Background: In molar pregnancy, when hydatidiform changes are local and some embryonic components are observed, the term of partial mole is used. The risk of persistent trophoblastic tumor after partial mole is much lower than complete mole. In this persistent cases almost all are non metastatic. The aim of this study is to report a case of uterine rupture following incomplete molar pregnancy.

Case presentation: The patient was a 26 year old woman with obstetric history of an abortion and one molar pregnancy and no child. She was referred to emergency unit in Ghaem University Hospital, Mashhad, Iran in May 2011. She had an evacuation curettage following molar pregnancy three months before and without any follow up visit. The patient was referred to emergency unit with hemorrhagic shock. She immediately underwent laparotomy. The uterine fundal rupture was repaired and evacuation curettage performed. In post operative evaluation, she had a nine millimeter metastatic nodule in base of right Lung. As a patient in low risk stage III, she received weekly intramuscular methotrexate (40mg/m²) for six courses. In follow up visit β -hCG titer was negative (<10miu/ml) at 5th week.

Conclusion: In cases of incomplete molar pregnancy risk of metastasis is very low. Serial β -hCG titer is the most accurate method for detection of persistent gestational trophoblastic disease (GTN). In neglected cases like this case preservation of ruptured uterus in GTN is possible.

Keywords: Partial hydatidiform mole, trophoblastic tumor, uterine rupture.

* Corresponding author: Qaem Hospital, Ahmadabad St., Mashhad, Iran.
Tel: +98- 511- 8012477
E-mail: Ayatis@mums.ac.ir