

## بورسی هول هیداپیفرم و کوریو کارسینوم در اصفهان \*

دکتر محمود صرام \* دکتر علی لطفی \* دکتر منوچهر سلیمانپور \*\*\*

رس مول و معالجه آن در جلوگیری از ضایعات مركزی این بیماری مؤثر است لذا در این زمینه نیز مطالعاتی بعمل آمده که نتایج آن بطور اختصار عرضه می‌گردد.

### روش مطالعه

از خرداد ۱۳۴۹ تا مرداد ۱۳۵۱ تعداد ۶۵ مورد بیماری تروفوبلاستیک (مول هیداپیفرم، کوریوادنومادرسترون و کوریوکارسینوم) در بیمارستانهای تربیا و امین وابسته به دانشکده پزشکی دانشگاه اصفهان بستری و تحت درمان قرار گرفته‌اند. در تمام موارد در بدبو بستری و بلا فاصله پس از تشخیص بیماری تروفوبلاستیک پرتوکل مخصوص برای هر یک از بیماران تکمیل گردیده است. بطور کلی تشخیص این بیماری با توجه به تاریخچه بیمار و علایم شناخته شده و کلاسیک آن انجام گردیده است. ولی در بعضی از موارد از آمینوگرافی در جهت تشخیص قطعی این بیماری کمک گرفته شده است. بطور استثنایی در تعدادی از بیماران وجود مول هیداپیفرم قبل از عمل کورتاژ تشخیص داده نشده بود. این بیماران بعلت خونریزی رحم و با تشخیص سقط ناقص کورتاژ شده اند و در هنگام کورتاژ مول هیداپیفرم مشاهده گردید. این موارد نیز در این مطالعه منظور شده‌اند.

معالجه بیماران مبتلا به مول در مرحله اول تخلیه کامل مول بوده است این تخلیه بصورت کورتاژ دراکشن مواد انجام شده است در مواد دیکه سن بیمار از ۴ سال بیالا بوده و بیمار دارای چندین بیچه‌زنده بوده است تخلیه ابتدائی همراه با برداشتن رحم

مقدمه: میزان شیوع بیماریهای تروفوبلاستیک کم‌شامل مول هیداپیفرم، کوریوادنومادرسترون و کوریوکارسینوم می‌باشد در مناطق جغرافیائی مختلف متفاوت است [۶-۱]. بالاترین میزان شیوع در ممالک واقع در منطقه آسیای شرقی و کمترین میزان شیوع در ممالک اروپای غربی و آمریکا گزارش شده است. [۹۰۸]

در ایران گزارش‌های منتشر درباره میزان شیوع بیماریهای تروفوبلاستیک بسیار محدود است. در سال ۱۳۴۵ دکتر صالح و همکاران میزان شیوع هول هیداپیفرم و کوریوکارسینوم را در بیمارستان زنان وزایشگاه فرج تهران مطالعه و منتشر کردند [۶] ولی تا آن‌جایی که این متخصصین اطلاع دارند تاکنون آمار دقیقی از مبتلایان باین بیماری در منطقه اصفهان انتشار نیافرته است. با توجه باینکه گزارش‌های منتشر میزان بیماریهای تروفوبلاستیک را در ایران شایع دانسته‌اند لذا تصمیم گرفته شده که آمار بیماران مبتلا به مول هیداپیفرم و کوریوکارسینوم در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه اصفهان بررسی شده و میزان شیوع این بیماری نسبت به زایمان و سقط‌های انجام گرفته در این بیمارستانها تعیین گردد. علاوه بر آن در این مطالعه سعی شده است مشخصات فردی و اجتماعی بیماران به‌منظور دست‌یابی به عوامل ایجاد کننده مول هیداپیفرم و کوریوکارسینوم تا حد ممکنه بررسی گردد. چون تشخیص نزد-

\* قسمی از این مقاومت در نخستین کنکره سالیانه پزشکی پیش‌رفهای نوین تشخیص درمان سرطان که در آبانه ۱۳۵۱ در بیمارستان امیراعلم برگزار گردید این را شده است و قسمی از هزینه این بررسی از طرف شورای پژوهشی دانشگاه اصفهان برداشت گردیده است.

\*\* از کن جمعیت شناسی دانشگاه اصفهان ۱۳۵۱ کلیه دانشگاه اصفهان ۱۳۵۱ بیمارستان تربیا دانشگاه اصفهان

وابسته بدانشگاه بستری شده‌اند. (جدول ۱). در همان مدت ۵۶ مورد بیماری تروفوپلاستیک (مولهیدا تیفرم-کوریوادنوما-دسترونس و کوریوکارسینوم) بستری شده و تحت درمان قرار گرفته‌اند.

جدول شماره ۱ : توزیع بیماران مبتلا به بیماری تروفوپلاستیک بر حسب تشخیص درهنگام بستری شدن با مقایسه با تعداد زایمان و سقط

تعداد سقط جنین	تعداد کل زایمان	جمع	آئین	نریا	تشخیص هنگام بستری
۱۱۱۲	۳۹۲۰	۴۶۶۶	۱۰	۴۲	مولهیدا تیفرم*
			-	۴	کوریوکارسینوم
			۱۰	۴۶	جمع
۳۸۸	۷۴۶	۱۴۹۰			تعداد کل زایمان
					تعداد سقط جنین

\* بعده از تخلیه مول از این تعداد بعد از ۷ نفر بیماری کوریوادنوما-دسترونس و در ۳ نفر بیماری کوریوکارسینوم تشخیص داده شده و علاجات لازم انجام گرفته است.

بنابراین نسبت بیماری تروفوپلاستیک به زایمان ۱/۲ درصد و نسبت به سقط جنین ۲/۷۵ درصد بوده است.

خصوصیات فردی و اجتماعی مبتلایان به بیماری تروفوپلاستیک در جداول ۳ و ۶ مشاهده می‌گردد، همانطوریکه در جدول ۲ دیده

جدول ۲ : توزیع بیماران بر حسب گروه سنی و تعداد حاملگی قبلی

تعداد بیماران	تعداد حاملگی قبلی	تعداد بیماران	تعداد بیماران	گروه سنی
۱۰	۱	۱۸	۱۸	۱۹-۱۵
۵	۲	۶	۶	۲۴-۲۰
۷	۳	۷	۷	۲۹-۲۵
۴	۴	۵	۵	۳۴-۳۰
۲	۵	۷	۷	۳۹-۳۵
۲	۶	۶	۶	۴۴-۴۰
۴	۷	۷	۷	۴۶-۵۲
۲۰	به بالا			
۲	گزارش نشده			

بصورت هیسترکتومی کامل بوده است. در بیمارانیکه تخلیه خود بخود مول بصورت کامل یا ناقص در خارج از بیمارستان شروع شده است پس از بستری شدن بیمارجهت تکمیل تخلیه کامل کورتاژ شده است. چهارموداز بیماران درهنگام بستری شدن مبتلا به کوریو-کارسینوم بوده‌اند. این بیماران قبل از مول هیدا تیفرم بوده و در خارج از بیمارستان تخلیه شده‌اند ولی بعداً مبتلا به عروض دیگری از قبیل خونریزی شده و به بیمارستانهای دانشکده مراجعت کرده‌اند.

پس از تخلیه ابتدائی بیماران در بیمارستان بصورت بستری نگهداری شده و تحت مرأقبت قرار گرفته‌اند. در این بیماران درصورتیکه هریک از حالات ذیل مشاهده شده یا وجود داشته است درمانهای اضافی و تکمیلی برای آنان انجام گرفته است:

- ۱ - در کورتاژ اول تخلیه بصورت کامل انجام نگردیده است.
- ۲ - آزمایش آیمونولوژیک ادرار جهت تشخیص حاملگی (گراوایندکس) پس از مدت دو هفته هنوز مثبت باقی مانده است.

۳ - در آزمایش آسیب‌شناسی مول تخلیه شده آثارهای جمی (کوریوادنومادرسترون) دیده شده است.

درمان تکمیلی شامل کورتاژ مجدد و هیسترکتومی توtal بوده است. درصورتیکه در آزمایش آسیب‌شناسی کورتاژ مجدد و یا هیسترکتومی آثارهای جمی بدخیم توعور مشاهده می‌شود بیمار با شیمی درمانی درمان می‌گردد.

اندیکاسیونهای دیگر شیمی درمانی پس از درمان تکمیلی وجود سایه‌های مشکوک در کلیشهای متعدد رادیوگرافی قفسه‌سینه در ریتین و همچنین باقی‌ماندن تیتر از بالای هورمون کوریوپلیک پس از یک ماه بوده است.

بیماران پس از مرخص شدن بطور منظم در درمانگاه‌ها ربوط پیگیری شده‌اند. سعی شده است که بیمارانیکه جهت پیگیری هرجامه نکرده‌اند توسط نامه و یاتصال با نزدیکان به مراجعه به درمانگاه مول جهت پیگیری تشویق گردد.

#### نتایج:

در مطالعات اپیدمیولوژیکی بیماری تروفوپلاستیک میزان شیوع دریک جامعه نسبت بستری شدگان مبتلا بیون بیماری به بستری شدگان جهت زایمان یا سقط معیار معنی محسوب می‌شود و در گزارش‌های متعدد این معیار جهت مقایسه عرضه گردیده است. ما نیز سعی کرده‌ایم که این نسبت را در نزد بیماران خود مطالعه نمائیم با اینکه بایستی اذعان کرد که این نسبت بعلل مختلف از نقطه نظر آمار کاملاً دقیق نمی‌باشد. در مدت مطالعه جمماً ۴۶۶۶ نفر جهت زایمان و ۱۴۹۰ نفر جهت سقط در بیمارستانهای

## شماره چهارم و پنجم

جدول شماره ۵ - علائم بالینی بیماران در هنگام مراجعت

علائم بالینی - بیماران	علائم بالینی - تعداد بیماران
بزرگ شده ۱۷۵	نداشته ۳۶
بزرگ شدن بزرگ شدن تخدانها ۳۹۵	تھوع و استفراغ: متوسط ۱۶
گزارش نشده ۱۰۰	شدید ۶
عنقی ۴۶	کم ۴۲
رادیوگرافی مشکوک ۶	خونریزی: متوسط ۵
قصه سینه مثبت ۴	شدید ۹
داشته ۷	کوچکتر ۷
سابقه دفع مول: نداشته ۴۹	اندازه رحم: هماندازه ۱۶
	بزرگتر ۳۳

جدول ۳ : توزیع بیماران بر حسب مشخصات اجتماعی

تعداد بیماران	محل زندگی بیماران	تعداد بیماران	درآمد ماها	تعداد بیماران	مقدار آشیانه
۳۲	شهر نشین	۴	۴۰۰۰	۴	۲۰۰
۲۴	ده نشین	۲۷	۳۹۹۹ تا ۲۰۰۰	۲۹	۲۰۰ تا ۷۰
		۱۵	کمتر از ۲۰۰۰	۲۳	کمتر از ۷۰
		۱۰	گزارش نشده		

تخلیه شده اند و بعداً با علائم کوریوکاسینوم به بیمارستان مراجعت کردند. ۴۰ مورد رادیوگرافی های مثبت مربوط باین بیماران است. در ۷۷ مورد از ۵۶ مورد یا ۱۲/۵ درصد بیماران اظهار داشته اند که در سابق یک یا چندبار مولهیداتیفرم دفع کرده اند. این موضوع از نقطه نظر اتیولوژیکی حائز اهمیت است و در مطالعات کلاسیک دیگر نیز گزارش شده است. اندازه رحم در ۰/۰۴۱ از موارد هم اندازه یا کوچکتر از سن حاملگی بوده است. بمنظور تشخیص مول آمینوگرافی در ۱۲ مورد انجام گرفته است در هر ۱۲ مورد منظره لایه ذنبوری مشاهده شده وجود مولهیداتیفرم قبل از عمل بطور صحیح تشخیص داده شده است. گزارش کامل این روش تشخیص در مقاله جداگانه عرضه خواهد شد. عماق‌طوریکه در بالا گفته شد درمان بیماران شامل دو مرحله بوده است. مرحله اول عبارت از تخلیه مولهیداتیفرم بوده و مرحله دوم که بنام درمان تکمیلی نامیده شده است معالجات مختلف تکمیلی در بیمارانی بوده است که در مرحله اول بطور کامل درمان نشان می دهد. جدول شماره ۶ توزیع بیماران را بر حسب نوع درمان نشان می دهد. بطوریکه مشاهده می گردد از هیسترو-کتومی بعنوان معالجه قطعی استفاده نسبتاً زیادی شده است. علت این کار این بوده است که بسیاری از بیماران تعداد کافی بچه داشته اند و بعمل عشكوک مانند بالا با قیماندن سطح هورمون هیسترونیک شده اند. شیمی درمانی با متوتر کسات بوده که بصورت قرص و

ایران نیز صحیح بدانیم و با بیماری تروفوبلاستیک نسبت بیماری تروفوبلاستیک در آراء درمورد بیمارانیکه با مول، شده اند و حدو دیگر آنها بعداً دچار زیادتر و حدو دیگر مورد معاشرت از نسبتی است که توسعه گزارش شده است.

با توجه به آمارهای قومی است من اکثر مخصوصی در هر تروفوبلاستیک تأسیس گردد بمحض تشخیص ویامشکوکش مر بوشه را باین من اکثر راه

## m mole in Israel

## the Near East ,

## oblastic Disease

id Barton C. J.,  
w Eng. J. Med.

c gonadotrophin  
3, 1966.

## oblastic Disease

d Kardana, A .  
0 , 461 1973 .  
Brit. Commonw.

Commonw 71 ,

تعداد بیماران	حاول عدد حاملگی به هفته
۷	۸-۴
۲۱	۱۲-۹
۱۰	۱۶-۱۳
۷	۲۰-۱۷
۱	۲۰ و بالا

در جدول ۵ علائم بالینی بیماران در هنگام بستری شدن طبقه بندی شده است بطور کلی نتایج حامله هم آهنگ با اطلاعات کلاسیک نسبت به علائم بیماری تروفوبلاستیک میباشد. قابل توجه است که در ۱۰ نفر از بیماران علائم رادیولوژیکی مثبت یا مشکوک در رادیوگرافی قفسه سینه مشاهده شده است. چهارمودارازین ده نفر قبلاً مبتلا به مولهیداتیفرم بوده و در خارج از بیمارستان

Speroff در سال ۱۹۶۶ در موارد شدید هیستروکتومی و برداشتن لولهای دوطرف را پیشنهاد نمود.

Reid نیز در سال ۱۹۶۷ نظریه فوق را تأیید کرد، این نظریه یخصوص در عورت سقطهای جنائی طرفداران زیاد پیدا کرد ولی عده‌ای از دانشمندان معتقدند که در مواردی که حال عمومی بیمار خیلی خراب باشد انجام عمل باعث خاتمه حالت بیمار می‌گردد و نیز در زنان جوان انجام هیستروکتومی شان حاملگیهای بعدی و نیز قاعده‌گی را از بین می‌برد. بنابراین در این موارد باید تمام جواب امر را در تنظر گرفت و جز در موادی که مطمن به باقی ماندن جفت در رحم باشند، باشد از هر گونه دستکاری رحمی خودداری کنیم [۱].

۷ - کورتیکوئیدها بعنوان جلوگیری از بیماری سریک یخصوصاً در بیمارانیکه سرم اسپری گرفته‌اند مفید می‌باشد تجویز کورتیکوئیدها ۵ روز پس از تزریق سرم به مقدار ۳۰ میلی گرم پر دنیز و نیز از راه لوله معده بمدت ۸ روز [۷].

۸ - گذاشتن لوله نازوگاستریک با گاستروستومی و همچنین گذاشتن سندمانه و اندازه گیری، منظم ادرار [۱۰].

۹ - تعیین مرتبه موگلوبین، فرمول شمارش اوره خون، الکترولیتها، تستهای ادراری و فونوکسیون کبدی و وزن تعیین منظم کمازهای خون بخصوص  $pCO_2$

۱۰ - مراقبهای پرستاری.

## References

- 1- Adadevoh, J. Obst gynec. 77: 1019. 1970.
- 2- Adams, E B and Holloway - R, Lancet 2: 1176- 1966
- 3- Davis, C H and Carter Gynecology, Obst. Hagerestown, Maryland W. F. prior. Co, INC Chap: 17, Vol. 2 Page 130 - 1964
- 4- Femi- Pearse. D, Brit, Med, J. 2: 862 - 1966
- 5- Goodman, L, S. and Gilman. A. the Pharmacological, Basis of Therapeutics . 132 and 177, 4th edition, New, York. McMillan, Co, 1971
- 6- Greenhill, J.P. Obstetrics. 635 13th edition W. B, Saunders. Co Philadelphia, 1965
- 7- Mollaret, P. Vic- Dupont- Cartier. F. Margairaz. A. Monsellier, J. F. Pocidalo, J. J et Grobglas. Pres medicale. 73: 2153-1965
- 8- Mollaret, P. Vic-Dupont. Cartier. F. Margairaz. A. Monsallier, J. F. Pocidalo, J. J et Grobglas. Prenesse. medicale. 40: 2247-1965
- 9- Williams, J. W and Eastman, N. J and Hellman. L. M. Obstetrics. 975, 14th Edition Appleton century crofts educational Division Meredith. Co New York 1971
- 10- Wylie. W. D and Churchill, Davidson H.C. Practice of anaesthesia· Pages : 630 and 486 - 3th edition. Lloyd, Luke, LTD London 1972

## جدول شماره ۶-توز

درمانهای اوایله و تعداد

تخلیبه خودبخودهر آه باک

تخلیبه باپی توسین همرا با آآ

هیستروتومی

هیستروکتومی

بمیزان ۲۰ میلیگرام  
روزانه در صورت عدم  
است.

عوارض شیمی در  
گاستر و آنتریت، عوار  
است. یک مورد مرگ  
شد. این مورد دختر ج  
ما با عوارض شیمی درمان  
بوده است.

عوارض دیگر:  
رحم با تومور (موله)  
ترموبولیت در یک مو  
در سه مورد مشاهده شده  
بوده است که با تشخیص  
از معالجه قوت کرده ا  
درمانی بوده است.

جدول شماره ۷-

نمان می دهد:

جدول شماره ۷-۱

گزارش آسیب شناسی

موله هیداتیiform سا  
کوریوادنومادرست  
کوریوکارسینوم  
نسوچ کورتاژ صور  
داده شده

همانطور یکه م

کوریوکارسینوم و جوا