

تولد نوزاد زنده در بیمار با حاملگی دوقلویی یک قل مول و یک قل جنین سالم: گزارش موردی

چکیده

دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۲۸ ویرایش: ۱۳۹۷/۰۳/۰۴ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۲۵ آنلاین: ۱۳۹۷/۱۰/۰۵

ملیحه حسن‌زاده^{۱*}لیدا جدی^۲لیلا موسوی سرشت^۳خاطره وطن‌پور^۲^۱- گروه انکولوژی زنان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.^۲- گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.^۳- گروه انکولوژی زنان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.* نویسنده مسئول: مشهد، خیابان احمدآباد، بیمارستان قائم (عج)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، گروه انکولوژی زنان. تلفن: ۰۵۱-۳۸۰۱۲۴۷۷
E-mail: hasanzademofradm@mums.ac.ir

زمینه: شیوع بارداری دوقلویی (مول هیداتی فورم- جنین طبیعی) حدود یک مورد در ۲۲ تا ۱۰۰ هزار مورد می‌باشد. این نوع حاملگی به‌طور معمول با عوارض مامایی متعددی همراه است که نیازمند ختم زودرس بارداری می‌گردد. در این مطالعه یک مورد زایمان موفق به‌دنبال حاملگی دوقلویی مولار گزارش شد.

معرفی بیمار: زن ۳۵ ساله، G2ab1 با تشخیص بارداری مولار دوقلویی در سن ۱۱ هفتگی در دی ۱۳۹۵ به بیمارستان قائم مشهد ارجاع گردید. بیمار طی بارداری سه نوبت به‌دلیل بالا رفتن فشارخون بستری شد و بارداری در ۳۶ هفتگی، با تولد نوزاد پسر سالم خاتمه یافت. پس از گذشت یک سال از زایمان سطح β -human chorionic gonadotrophin (hCG) غیر قابل اندازه‌گیری است.

نتیجه‌گیری: در حاملگی مولار دوقلویی، در مواردی که یک جنین از نظر کاریوتیپ طبیعی و فاقد ناهنجاری باشد و علائم خطرسازی وجود نداشته باشد، ادامه بارداری توصیه شده است و نظارت دقیق طی بارداری و پس از ختم بارداری ضروری است.

کلمات کلیدی: بیماری تروفوبلاستیک، بارداری مولار، مول هیداتی فورم، بارداری دوقلویی.

مقدمه

بیماری تروفوبلاستیک بارداری گروه ناهمگونی از ضایعات است که با پرولیفراسیون غیرطبیعی تروفوبلاست‌های جفتی در نمای بافت‌شناسی همراه می‌گردد و می‌تواند خوش‌خیم و یا بدخیم باشند. از جمله بیماری‌های تروفوبلاستیک می‌توان از بارداری‌های مول هیداتی فورم نام برد.^۱

بارداری مولار دوقلویی، به معنی یک بارداری غیر معمول است که در کنار یک جنین با جفت سالم، قل دوم یک مول هیداتی فورم معمولاً از نوع مول کامل می‌باشد. بارداری دوقلویی مولار به‌ندرت دیده می‌شود به‌نحوی که در هر ۲۲ تا ۱۰۰ هزار بارداری یک مورد از آن گزارش شده است. تشخیص، به‌طور معمول در نیمه اول بارداری صورت می‌گیرد، ولی با توجه به پرعارضه بودن این نوع از بارداری

معمولاً با تخلیه بارداری مولار و به‌دنبال آن جنین زنده‌ی همراه خاتمه داده می‌شود.^۲ امروزه گزارشی از امکان حفظ و ادامه بارداری در حاملگی مولار دوقلویی در سطح جهان ارایه شده است. توجه به این نکته لازم است که چنین بیمارانی نه تنها در طول بارداری در معرض عوارض بسیار مامایی برای خود و جنین‌شان هستند، به‌دنبال زایمان نیز همچنان یک بیمار پرخطر محسوب می‌گردند و به‌علت خطر بیماری تروفوبلاستیک پایدار و نیاز به شیمی‌درمانی زودرس نیاز به پیگیری بسیار دقیق دارند.^{۳،۴}

در پژوهش کنونی با گزارش یک مورد نادر از بارداری دوقلویی مولار که تا زمان ترم ادامه یافته است، با توجه به نبود یک پروتکل درمانی قطعی در این موارد، بر امکان حفظ جنین زنده به شرط پیگیری‌های بسیار دقیق در سیر بارداری و همچنین به‌دنبال ختم آن تاکید گردیده است.

معرفی بیمار

βhCG ۷ بوده و طی پیگیری انجام شده به مدت یک سال سطح آن غیر قابل اندازه گیری و مادر و نوزاد در سلامت کامل بودند.

بحث

بارداری دوقلویی مول هیداتی فرم همراه با جنین زنده وضعیت بالینی نادری است که به دنبال سونوگرافی در سه ماهه اول بارداری تشخیص گذاشته می شود.^۲ از عوامل خطر احتمالی برای ایجاد این وضعیت به القای تخمک گذاری با Human chorionic gonadotropin (HCG) و Human menopausal gonadotropin (HMG) در افراد مبتلا به نازایی اشاره شده است.^۵ بیمار حاضر نیز براساس سونوگرافی سن ۱۱ هفته تشخیص گذاشته شد ولی عامل خطری برای وضعیت وی در شرح حال به چشم نمی خورد.

اداره کردن بارداری دوقلویی مول هیداتی فرم در همراهی با جنین زنده مورد اختلاف نظر می باشد، اگرچه این نوع نادر از بارداری غیرمعمول در بیشتر موارد منجر به سقط و یا مرگ داخل رحمی می گردد.^{۲،۶} در دیگر افراد نیز با توجه به احتمال بالای عوارض مامایی در طول بارداری، مانند پره اکلامپسی در ۲۵٪ موارد، عوارض متابولیک مانند پرکاری تیروئید و خونریزی در مواردی که خودبه خود حاملگی خاتمه نیافته است نیز ختم بارداری برای بیمار انجام می گیرد.^{۷،۸}

از سوی دیگر مواردی از حفظ بارداری تا زمان ترم گزارش شده است.^{۹،۱۰} در چنین مواردی به شرط سلامت جنین از نظر ساختاری و کاربوتیپ، نیاز است افزون بر مراقبت های بسیار دقیق مامایی، مشاوره دقیق با بیمار از نظر وجود خطرات احتمالی عوارض مامایی برای مادر و جنین در طول بارداری، در مورد خطرات آتی بیماری تروفوبلاستیک بارداری به عنوان یک بدخیمی نیازمند شیمی درمانی و حتی گاهی پیشرونده، موارد با ایشان صحبت شود و رضایت وی دریافت گردد. در بیمار معرفی شده نیز همان طور که پیش بینی گردید با مراقبت های دقیق، بارداری تا سن ۳۷ هفته ادامه یافت و همان طور که قابل پیش بینی بود با افزایش فشارخون و پره اکلامپسی عارضه دار گردید که خوشبختانه با توجه به موقع و سزارین ایشان، افزون بر تخلیه جفت مولار، نوزاد پسر زنده و سالمی متولد گردید. چکیده ای از مطالعات مشابه در جدول ۱ آورده شده است.^{۱۰-۱۱}

بیمار زن ۳۵ ساله G2ab1 ایرانی در سن بارداری ۲۳ هفته به دلیل فشارخون بالا و بارداری مولار دوقلویی مراجعه نموده و در دی ۱۳۹۵ در بیمارستان قائم مشهد بستری شد. اولین سونوگرافی در سن ۱۱ هفته و به دنبال لکه بینی انجام شده بود که یک ساک حاملگی با واکنش دسیدوایی منظم و قوی حاوی یک جنین زنده و در حدود ۱۱ هفته و یک کانون هتروژن به ابعاد ۳۱×۴۳ mm در ناحیه راست رحم گزارش شده بود. غربالگری های تریمستر اول نرمال بوده و در سونوگرافی ۱۴ و ۱۶ هفته بارداری نیز جنین نرمال همراه مختصر افزایش سایز بافت مولار و وزیکولر گزارش شده بود.

در سن ۱۶ هفته بارداری آمینوسنتز انجام شده که کاربوتیپ (۶×y) و نرمال بود. در آنومالی اسکن انجام شده در هفته ۱۸ بارداری نیز جنین پسر نرمال گزارش گردیده بود.

بیمار طی بارداری سه نوبت به دلیل بالا رفتن فشارخون بستری شده که گردآوری ادرار ۲۴ ساعته در آخرین نوبت که در سن ۳۴ هفته انجام شده بود ۴۰۰ mg بود و در تمام این مدت تست های آزمایشگاهی پره اکلامپسی نرمال بودند. در سونوگرافی های انجام شده در سنین ۲۶، ۳۲ و ۳۴ هفته بارداری جنین پسر نرمال با وزن مناسب و بافت مولار بدون افزایش سایز گزارش شده بود.

در نهایت بیمار در سن ۳۶ هفته بارداری به دنبال علائم ادراری و کشت ادرار مینی بر کلبسیلا بستری شده و پس از درمان بارداری در سن ۳۷ هفته به روش سزارین ختم داده شد و نوزاد پسر با آپگار ۱۰-۹ و وزن ۳۴۷۵ g و میزان مایع آمینوتیک نرمال اما مکنونیال متولد شد. در کورنه راست رحم حاملگی مولار نکروزه وجود داشت که خارج شده و جهت پاتولوژی ارسال شد. بیمار پس از سزارین دچار افزایش فشارخون شده و تحت سولفات تراپی قرار گرفت و پس از چهار روز با حال عمومی خوب مرخص گردید.

تیتراژ β-human chorionic gonadotrophin (βhCG) بیمار طی بارداری: ۶۲۱۸۶ در ۱۶ هفته و ۴۲۴۰۵ در ۲۶ هفته، ۳۱۹۵۴ در ۲۸ هفته و ۳۹۴۸۰ در ۳۰ هفته بود. بقیه پیگیری ها به دلیل عدم همکاری مادر انجام نشده بود. پس از زایمان در بررسی بافت شناسی، جفت مولار تایید شده و دسیدوانکروتیک و هموراژیک با آثاری از ویلوزیته های جفتی هیدروویک نکروزه مشاهده گردیده بود. یک هفته پس از سزارین تیتراژ

جدول ۱: گزارش موارد حاملگی مولار دوقلویی

نویسندگان	سال انتشار	مجله	عنوان
Rohilla و همکاران ^{۱۰}	۲۰۱۵	European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology	خانم پرایمی‌گراوید با تشخیص حاملگی مولار دوقلویی در سن بارداری ۱۹ هفته، بدون تشخیص پیشین که با علائم خونریزی مراجعه نموده و دچار از دست دادن زودرس جنین می‌گردد و تا یک سال بعد مشکلی نداشته است.
Lee و همکاران ^{۱۱}	۲۰۱۰	Journal of Ultrasound in Medicine	شش بیمار با حاملگی مولار دوقلویی بیش از ۱۴ هفته را معرفی نموده است که تنها یک مورد زایمان زنده موفق داشته است و سایرین با عوارض مامایی و متاستاز ریه ختم زودرس داده شدند و حتی دو نفر کاندید درمان با متوترکسات گردیدند.
Wang و همکاران ^{۱۲}	۲۰۱۵	Oncology Letter	خانم ۲۲ ساله با سن بارداری ۱۶ هفته و حاملگی مولار دوقلویی، که باوجود دادن رضایت به ختم بارداری و عدم قبول مسئولیت عوارض، دچار تهاجم رحم و ریه و کاندید شیمی درمان گردید.
Peng و همکاران ^{۱۳}	۲۰۱۴	Iranian Journal of Public Health	با معرفی چهار مورد حاملگی مولار دوقلویی به‌دنبال استفاده از داروهای تحریک تخمک‌گذاری، هر چهار بیمار با خونریزی بیش از ۲۴ هفتهگی دچار از دست رفتن بارداری و دو بیمار نیازمند شیمی‌درمانی گردیدند.
Rodhouane و همکاران ^{۱۴}	۲۰۱۵	Asian Pacific Journal of Reproduction	خانم ۳۳ ساله مولتی‌پار، با تشخیص حاملگی مولار دوقلویی در سن ۳۶ هفته، برای بیمار زایمان طبیعی با نوزاد سالم دختر انجام شد و پس از آن نیازی به شیمی‌درمانی گزارش نگردیده است.
Kihara و همکاران ^{۱۵}	۲۰۱۲	The Journal of Reproductive Medicine	از میان ۱۵ بیمار با حاملگی مولار دوقلویی که روش انتظاری را پذیرفتند، شش نفر دچار پره‌اکلامپسی در تریمستر دوم شدند و همگی نوزاد خود را از دست دادند. ولی بیمارانی که دچار عارضه مامایی نشدند توانستند نوزاد زنده سالمی به‌دنيا آورند. تنها دو نفر از بیماران فشارخونی در پیگیری‌شان نیازمند شیمی‌درمانی گردیدند.

بیماری تروفوبلاستیک پایدار پس از زایمان در حدود ۳۵٪ موارد این گونه بارداری‌ها گزارش شده است لیکن عدم ختم بارداری در سنین پایین‌تر منجر به افزایش خطر بیماری تروفوبلاستیک نمی‌گردد.^{۱۵،۱۶} در بیمار معرفی شده نیز با توجه به خطر پیش‌بینی شده بیماری تروفوبلاستیک پیگیری بیمار با تست β hCG سرمی به‌طور منظم انجام گرفت که هم اکنون پس از گذشت یک سال عارضه‌ای دیده نشده است.

با وجود پر خطر بودن چنین بارداری‌هایی برای مادر، بر اساس مطالعات موجود و در دسترس به‌نظر می‌رسد که در حضور یک بارداری با ثبات و سلامت جنین زنده اجازه دادن به ادامه‌ی بارداری منطقی باشد و این بیماران باید به‌صورت جامع درباره‌ی خطرات ادامه‌ی این بارداری مورد مشاوره قرار گیرند و بارداری جهت داشتن بالاترین نتیجه موفقیت‌آمیز به‌دقت تحت پایش و نظارت قرار گیرد.

References

1. Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al, editors. Williams Obstetrics. 24th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2014.
2. Steller MA, Genest DR, Bernstein MR, Lage JM, Goldstein DP, Berkowitz RS. Clinical features of multiple conception with partial or complete molar pregnancy and coexisting fetuses. *J Reprod Med* 1994;39(3):147-54.
3. Berek JS, editor. Berek and Novak's Gynecology. 15th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2012.
4. Singh M, Shaloot N, Emovon E. Twin pregnancy with complete hydatidiform mole and co-existent viable fetus. *J Obstet Gynaecol* 2011;31(8):767-8.
5. Fatima P, Hossain MM, Ishrat S, Rahman D, Hossain HB. Outcome of triplet pregnancy with hydatidiform mole and coexisting twin live fetus following ICSI. *Mymensingh Med J* 2014;23(3):590-4.
6. Fishman DA, Padilla LA, Keh P, Cohen L, Frederiksen M, Lurain JR. Management of twin pregnancies consisting of a complete hydatidiform mole and normal fetus. *Obstet Gynecol* 1998;91(4):546-50.
7. Wee L, Jauniaux E. Prenatal diagnosis and management of twin pregnancies complicated by a co-existing molar pregnancy. *Prenat Diagn* 2005;25(9):772-6.
8. Vimercati A, de Gennaro AC, Cobuzzi I, Grasso S, Abruzzese M, Fascilla FD, et al. Two cases of complete hydatidiform mole and coexistent live fetus. *J Prenat Med* 2013;7(1):1-4.
9. Rai L, Shripad H, Guruvare S, Prashanth A, Mundkur A. Twin pregnancy with hydatidiform mole and co-existent live fetus: lessons learnt. *Malays J Med Sci* 2014;21(6):61-4.
10. Rohilla M, Singh P, Kaur J, Jain V, Gupta N, Prasad GR. Individualistic approach to the management of complete hydatidiform mole with coexisting live fetus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015;191:39-42.
11. Lee SW, Kim MY, Chung JH, Yang JH, Lee YH, Chun YK. Clinical findings of multiple pregnancy with a complete hydatidiform mole and coexisting fetus. *J Ultrasound Med* 2010;29(2):271-80.
12. Wang Y, Qian H, Wang J. Medical termination of a partial hydatidiform mole and coexisting fetus during the second trimester: A case report. *Oncol Lett* 2015;10(6):3625-28.
13. Peng M, Li L, Zheng J, Ding Y, Yu L, Huang J. Termination of twin pregnancies with hydatidiform moles: a case series of four patients. *Iran J Public Health* 2014;43(7):1000-6.
14. Radhouane A, Imen BA, Khaled N. Twin pregnancy with both complete hydatidiform mole and coexistent alive fetus: Case report. *Asian Pac J Reprod* 2015;4(4):331-3.
15. Kihara M, Usui H, Tanaka H, Inoue H, Matsui H, Shozu M. Complicating preeclampsia as a predictor of poor survival of the fetus in complete hydatidiform mole coexistent with twin fetus. *J Reprod Med* 2012;57(7-8):325-8.

Birth of a live fetus in twin pregnancy with hydatidiform mole and Co-existent a live fetus: case report

Malihe Hasanzadeh M.D.^{1*}

Lida Jedde M.D.²

Leila Mousavi Seresht M.D.³

Khatereh Vatanpoor M.D.²

1- Department of Gynecology Oncology, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

2- Department of Obstetrics and Gynecology, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

3- Department of Gynecology Oncology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Received: 18 May 2018 Revised: 25 May 2018 Accepted: 16 Dec. 2018 Available online: 26 Dec. 2018

Background: Twin pregnancy consist a healthy fetus, and hydatidium molar pregnancy is unusual and very rare. Its incidence is in about 1,22,000 to 1,100,000 of all pregnancies. This type of pregnancy is commonly associated with several obstetric complications requiring early termination of pregnancy. Managing a twin mole pregnancy with normal and live fetuses is controversial, although this unusual type of abnormalities in most cases leads to abortion or intrauterine fetal death. In other hand, due to the high probability of obstetric complications during pregnancy, such as preeclampsia in 25% of cases, metabolic complications such as hyperthyroidism and vaginal bleeding pregnancy is terminated. Survival of the normal coexisting fetus is variable and depends on whether the diagnosis is made, and if so, whether problems from the molar component. Present study reported a case of coexisting mole and live fetus twin pregnancy with successful outcome.

Case presentation: A 35 years old woman, G2ab1 which was diagnosed to have twin pregnancy with mole and coexisting live fetus in 11 weeks of gestational age was referred to obstetric department of Ghaem Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Iran in January 2017. Close follow-up and obstetric surveillance had performed for her and at the last her pregnancy was terminated in gestational age of 36 weeks; a healthy male infant. The β -human chorionic gonadotrophin (β hCG) levels still is undetectable after one year.

Conclusion: Twin pregnancy with one normal fetus and a co-existing molar pregnancy could be continued under close surveillance if the live fetus has normal karyotypes and no structural anomaly and decreasing level of serum β hCG level during the time. Close monitoring necessary even after termination due to increasing risk of persistence trophoblastic disease after termination, what was performed in this case also.

Keywords: gestational trophoblastic disease, molar pregnancy, mole hydatidiform, twin pregnancy.

* Corresponding author: Department of Gynecology Oncology, Mashhad University of Medical Sciences, Ghaem Hospital, Ahmadabad St., Mashhad, Iran.
Tel: +98 51 38012477
E-mail: hasanzademofradm@mums.ac.ir