

گزارش مورد

گزارش یک مورد از همراهی مول هیداتیدیفرم با جنین در حاملگی دو قلو

چکیده

وقوع حاملگی دو قلو که یک قل آن را مول هیداتیدیفرم و قل دیگر آن را جنین و جفت سالم تشکیل دهد، نادر و با شیوع ۱ در ۱۰۰۰۰۰-۲۲۰۰۰ می باشد. مشخصه این بیماری وجود تظاهرات بالینی مول هیداتیدیفرم همراه جنین سالم در کیسه آمینیوتیک مجزا از حاملگی مولار است. در این گزارش خانمی با حاملگی اول معرفی می گردد که با خونریزی واژینال و تهوع و استفراغ شدید به کلینیک زنان مراجعه کرد و پس از معاینه بالینی و سونوگرافی تشخیص حاملگی دو قلو همراه با مول هیداتیدیفرم داده شد. اقدامات درمانی مناسب برای بیمار انجام شد و پس از ختم خودبخودی حاملگی تخلیه رحم و پیگیری های لازم به دلیل خطر بالای ایجاد تومور تروفوبلاستیک بارداری صورت گرفت.

کلید واژه ها: مول هیداتیدیفرم - حاملگی دو قلو - تومور تروفوبلاستیک بارداری

دکتر سپیده بخشنده نصرت

استادیار گروه زنان دانشگاه علوم پزشکی گرگان

دکتر رامین آذرهوش

استادیار گروه آسیب شناسی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

نویسنده مسئول: دکتر سپیده بخشنده نصرت

پست الکترونیکی: sepideh_bn63@yahoo.com

نشانی: گرگان، مرکز آموزشی - درمانی دزیانی

تلفن: ۲۲۲۴۸۵۹ و نمابر: ۰۱۷۱-۲۲۲۰۰۵۰

وصول مقاله: ۸۳/۵/۱۸

اصلاح نهایی: ۸۴/۴/۵

پذیرش مقاله: ۸۴/۵/۴

مقدمه

بیماری تروفوبلاستیک جفت با رشد غیرطبیعی بافت های تروفوبلاستیک و جنین - جفت غیرطبیعی مشخص می باشد (۱). شیوع حاملگی مولار در نقاط مختلف دنیا متفاوت می باشد. کمترین شیوع آن در ایالات متحده آمریکا ۱ در ۱۵۰۰ حاملگی و بیشترین آن در کشورهای آسیایی مثل تایوان به میزان ۱ در ۱۲۵ حاملگی گزارش شده است (۲).

شیوع دوقلویی که یک قل آن را مول هیداتیدیفرم و قل دیگر آن را جنین و جفت سالم تشکیل دهد، نادر و ۱ در ۱۰۰۰۰-۲۲۰۰۰ حاملگی می باشد (۳و۴). آماری از همراهی مول هیداتیدیفرم و جنین طبیعی در بارداری دوقلو در کتب مرجع زنان موجود نمی باشد و در بعضی مقالات فقط به نادر بودن آن اشاره شده است. در حاملگی هایی که کمول هیداتیدیفرم به همراه جنین زنده وجود دارد سه مکانیسم مختلف محتمل است:

یک مول کامل با یک جنین طبیعی دیپلوئید

یک میول ناقص با یک جنین طبیعی دیپلوئید

یک مول ناقص با یک جنین غیرطبیعی تریپلوئید

دو مکانیسم اول یک حاملگی دوقلوی دی زیگوت است و در جنین شانس زنده ماندن وجود دارد و در مورد سوم یک حاملگی منوزیگوت است و جنین تریپلوئید اکثراً در سه ماه اول فوت می کند (۵). موردی که گزارش می شود در نتیجه مکانیسم دوم می باشد که یک مول هیداتیدیفرم ناقص با یک حاملگی طبیعی وجود داشته است. بیمار ما در هفته ۱۴ حاملگی مراجعه نمود که تشخیص و جفت طبیعی با مول هیداتیدیفرم ناقص در دو کیسه آمینیوتیک مجزا داده شد. هدف از این مقاله گزارش این مورد نادر و اهمیت پیگیری

بیماران مبتلا به این وضعیت پس از ختم حاملگی به دلیل خطر بالای ایجاد کموریوکاریسینوم و موجود نبودن پروتکل درمانی مشخص در این موارد می باشد.

معرفی بیمار

بیمار زنی ۱۸ ساله با حاملگی اول در هفته چهاردهم حاملگی به دلیل خونریزی واژینال و تهوع استفراغ شدید به کلینیک زنان مراجعه نمود. در معاینه کلینیکی اندازه رحم حدود ۲۴ هفته حاملگی و خونریزی واژینال در حد لک بینی بود و بیمار تاریخ آخرین قاعدگی خود را دقیقاً به خاطر داشت. در معاینه واژینال سرویکس بسته و علائمی از دفع محتویات حاملگی مشاهده نشد.

در سونوگرافی انجام شده یک جنین طبیعی ۱۴ هفته با کیسه آمینیوتیک مجزا در فوندوس رحم و یک کیسه آمینیوتیک دیگر همراه با تغییرات مولار در قسمت تحتانی رحم همراه با کیست های تکالوئیتینی بزرگ دوطرفه گزارش شد (تصویر ۱).



تصویر ۱: جنین طبیعی با کیسه آمینیوتیک

به علاوه یک کیسه آمینیوتیک دیگر با تغییرات مولی