

گزارش یک مورد پارگی رحم به علت مول مهاجم

دکتر مینو یغمائی*

تاریخ دریافت مقاله: ۸۴/۲/۲۵

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پزشکی، گروه بیماری های زنان و زایمان

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۴/۸/۱۴

چکیده

مول هیداتیدیفرم کامل از توانایی تهاجم به رحم (15% موارد) یا انتشار دوردست (4% موارد) برخوردار است. آن دسته از بیماران مبتلا به مول کامل که سطح $\beta - hCG$ بالاتر از 100000 میلی واحد بین المللی در میلی لیتر، اندازه رحم بیش از حد انتظار برای سن حاملگی و کیست های تکا لوتئینی با قطر بیش از 6 سانتی متر دارند و هم چنین بیماران مسن از این جهت پرخطر تلقی می شوند. این مورد گزارشی از پارگی رحم به علت تهاجم موضعی حاملگی مولار است.

بیمار خانم 43 ساله ای بود که با ضعف و بی حالی و درد قسمت تحتانی شکم به اورژانس زنان مراجعه کرد. در تاریخچه سابقه کورتاژ مکشی را به علت حاملگی مولار 4/5 ماه پیش از مراجعه داشت. در طی این مدت هیچ گونه خون ریزی واژینال نداشت. با توجه به وجود شکم حاد در معاینه بالینی و سونوگرافی، تحت عمل جراحی لاپاراتومی اورژانس قرار گرفت. در لاپاراتومی به علت وجود پارگی رحم در قسمت فوندوس به دلیل مول مهاجم هیستریکتومی انجام شد. بررسی های تکمیلی هیچ ناحیه متاستاتیکی را نشان نداد. لذا به دنبال جراحی شیمی درمانی تک دارویی انجام شد. سطح $\beta - hCG$ به تدریج پایین آمد و به صفر رسید. در هنگام ارسال مقاله بیمار در مرحله پیگیری ماهانه بود و

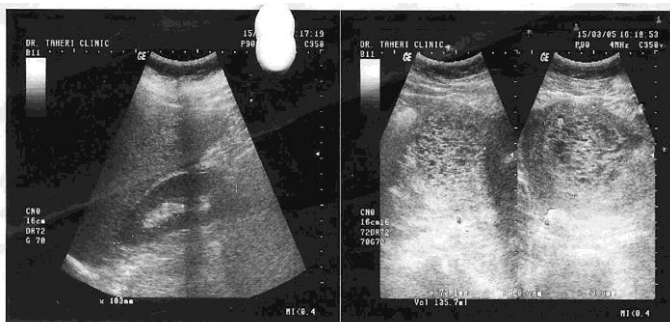
مقدمه

بیماری تروفوبلاستیک حاملگی¹ (GTD) مجموعه ای از تومورهایی است که شامل مول هیداتیدیفرم کامل، مول هیداتیدیفرم ناقص، تومور تروفوبلاستیک ناحیه جفت (PSTT)² و کوریوکارسینوما می باشد.^(1و2) شیوع GTD در نقاط مختلف دنیا متفاوت است. میزان بالای بروز حاملگی مولار در بعضی جوامع به عوامل اقتصادی، اجتماعی و تغذیه ای نسبت داده می شود.^(1و2) هم چنین خطر ابتلا به حاملگی مولار کامل با افزایش سن مادر افزایش می یابد.⁽¹⁻³⁾ مول هیداتیدیفرم کامل از توانایی تهاجم به رحم یا انتشار دوردست برخوردار است.⁽²⁾ بعد از تخلیه مول احتمال تهاجم موضعی به

رحم در 15 درصد^(4و5) و احتمال متاستاز در 4 درصد بیماران وجود دارد.⁽⁴⁾ آن دسته از بیماران مبتلا به مول کامل که دارای سطح $\beta - hCG$ بالاتر از 100000 میلی واحد بین المللی در میلی لیتر، اندازه رحم بیش از حد مورد انتظار برای سن حاملگی و کیست های تکا لوتئینی با قطر بیش از 6 سانتی متر هستند، بیماران با ریسک بالا تلقی شده و خطر تهاجم موضعی به رحم و متاستاز در آن ها بیشتر است.^(1و2) هم چنین بیماران مسن نیز در خطر افزایش احتمال بروز تومور تروفوبلاستیک حاملگی⁴ (GTT) هستند. یک مطالعه نشان داد که در زنان بالاتر از 40 سال احتمال

³-Beta Human chorionic gonadotropin⁴-Gestational trophoblastic tumor¹ - Gestational trophoblastic disease² - Placental site trophoblastic tumor

در قسمت تحتانی ش کم وجود داشت . در معاینه با اسپکولوم خون ریزی و ضایعه واژینال مشاهده نشد . در توشه واژینال رحم بزرگتر از حد طبیعی بود ولی معاینه دقیق آدنکس ها به علت تندرns مقدور نبود . طبق نتایج آزمایش های اورژانس، آزمون حاملگی برای بیمار تائید شد، مقدار هموگلوبین معادل 11 گرم در دسی لیتر، هماتوکریت 34 درصد، تعداد پلاکت 155000 در میلی لیتر خون، PT معادل 12 ثانیه و PTT معادل 29 ثانیه گزارش شد . گروه خونی بیمار A منفی بود . هم چنین نمونه خون جهت اندازه گیری hCG - β به آزمایشگاه فرستاده شد . نتیجه سونوگرافی اورژانس بیمار بدین شرح بود: رحم به ابعاد 67 * 126 میلی متر با طرح اکوی میومتر هموژن و ضخامت اندومتر 8 میلی متر، تخمدان راست با ابعاد طبیعی و حاوی چند فولیکول ریز، تصویر توده به ابعاد 62 ، 61 ، 70 میلی متر و حجم 135 سی سی در مجاورت فوندوس رحم رویت شد که می تواند کیست تخمدان با ه موراژی داخلی مربوط به تخمدان چپ یا حاملگی مولار ناحیه فوندوس رحم باشد (تصویر 1).



تصویر 1- سونوگرافی اورژانس بیمار

با توجه به وضعیت بیمار تصمیم به انجام لاپاراتومی اورژانس گرفته شد . پس از باز کردن شکم مشاهده شد که رحم در قسمت فوندوس

بروز GTT 37 درصد (6) و در زنان بالاتر از 50 سال 56 درصد است. (7) مول مهاجم از نظر بالینی و پاتولوژی خوش خیم است (8) و هنگامی اتفاق می افتد که ویلوزیته های جفتی به داخل میومتر نفوذ کنند . معمولا در تاریخچه، فرد سابقه تخلیه حاملگی مولار را در 4 تا 12 هفته قبل می دهد ولی خون ریزی اش ادامه دارد. (9) تشخیص بر پایه بالا ماندن دو یا تعداد بیشتر آزمایش سطح hCG - β هشت هفته بعد از تخلیه مول است. (10) این مورد گزارشی از پارگی رحم به علت مهاجم موضعی حاملگی مولار می باشد. معرفی بیمار

بیمار خانم ی 43 ساله که برای ششمین بار حامله شده بود ، با سابقه پنج بار زایمان ، بدون سابقه سقط و دارای پنج فرزند، با ضعف، بی حالی، سرگیجه و درد قسمت تحتانی شکم به اورژانس زنان بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) شهر زاهدان مراجعه کرد . در تاریخچه سابقه کورتاژ مکشی به علت حاملگی مولار که با سونوگرافی تائید شده بود را 4/5 ماه پیش از مراجعه داشت. بعد از کورتاژ هیچ گونه پیگیری از طرف بیمار انجام نشده بود و جواب پاتولوژی را نیز دریافت نکرده بود . بیمار اظهار می کرد که تا صبح روز مراجعه ب ه جز عدم قاعدگی در طول دوران بعد از کورتاژ، هیچ مشکلی نداشته و در این مدت هیچ گونه خون ریزی واژینال را نیز ذکر نمی کرد. از صبح روز مراجعه دچار سرگیجه و بی حالی شده و با تشدید علایم به بیمارستان مراجعه کرده بود.

در بدو ورود، علایم حیاتی بیمار شامل ضربان قلب 100 با در دقیقه و فشار خون 90/50 میلی متر جیوه بوده و بیمار رنگ پریده بود. در معاینه تندرns و ریباند تندرns

بحث

این گزارش مربوط به یک مورد پارگی رحم در اثر مول مهاجم پس از حاملگی مولار بود که به صورت اورژانس تحت لاپاروتومی قرار گرفت. موارد دیگری نیز از پارگی رحم ثانویه به حاملگی مولار گزارش شده است. در ترکیه در یک بیمارستان زنان دو مورد پارگی رحم از 310 بیمار مبتلا به حاملگی مولار بین سال های 1989 تا 1994 گزارش شده است.⁽¹¹⁾ هم چنین یک مورد پارگی رحم در اثر مول مهاجم در سال 1991 در مالزی گزارش شد که تشخیص او لیه این بیمار تومور تخمدان بود. در این گزارش تاکید شده که پارگی رحم در اثر مول مهاجم مورد نادری است که تشخیص آن مشکل بوده و باید در تشخیص های اف تراقی در نظر گرفته شود.⁽¹²⁾ جالب اینجاست که در مورد بیمار ما هم اولین تشخیص، بر اساس یافته های سونوگرافی توده تخمدان بود.

در یک مطالعه دیگر نیز دو مورد مول مهاجم که در آنها تهاجم به میومتر با سونوگرافی تشخیص داده شده بود، گزارش شد. یک مورد با شیمی درمانی درمان شد و دیگری به علت پارگی رحم تحت عمل جراحی هیستریکتومی قرار گرفت.⁽¹³⁾ یک گزارش جالب دیگر نیز در مورد 27 مورد بیمار مبتلا به GTN که بین سال های 1985 تا 1996 در یک بیمارستان در چین تحت عمل جراحی قرار گرفتند می باشد. این مطالعه نشان داد که از این 27 نفر، 4 نفر به علت تورشن کیست تخمدان تحت عمل جراحی اوفورکتومی یک طرفه تخمدان، 16 نفر به علت پارگی رحم یا خونریزی شدید رحمی تحت عمل جراحی هیستریکتومی، 3 نفر به علت بالا رفتن فشار داخل جمجمه ناشی از ادم و خون ریزی تحت عمل جراحی برداشتن ضایعات متاستاتیک

پاره شده و محتویات داخل آن که وزیکول های فراوان مول بود، از محل پارگی در حال ریزش به محوطه داخل شکم بود. در تخمدان چپ نیز کیست تکالوتئینی به ابعاد 5 سانتی متر مشاهده می شد. ابتدا شکم از خون و وزیکول ها کاملاً پاک و سپس عمل جراحی هیستریکتومی انجام شد و نمونه جهت پاتولوژی ارسال گردید. بیمار با حال عمومی خوب به بخش منتقل شد. روز بعد برای بیمار رادیوگرافی قفسه سینه، سونوگرافی لگن و شکم و سی تی اسکن سر انجام شد که در هیچ کدام ضایعه ای دال بر متاستاز رویت نشد. نتیجه β - hCG نمونه قبل از عمل و دیگر آزمایش ها به این شرح بود: آلکالن فسفاتاز 147 واحد بر لیتر، AST° برابر 25 واحد بر لیتر، ALT^1 معادل 18 واحد بر لیتر، میزان بیلی روبین تام 1/2 میلی گرم بر دسی لیتر، بیلی روبین مستقیم معادل 0/2 میلی گرم بر دسی لیتر، میزان hCG - β برابر 124000 میلی واحد بر میلی لیتر. برای بیمار شیمی درمانی تک دارویی با متوتروکسات و فولینیک اسید (MTX-FA) انجام شد که بیمار در طی درمان هیچ عارضه ای نداشت و در پایان با حال عمومی خوب مرخص گردید. به بیمار در مورد پیگیری های بعدی با اندازه گیری سطح hCG - β توضیح کافی داده شد. پیگیری های بعدی بیمار دال بر سیر نزولی hCG - β بود و هشت هفته بعد از جراحی سطح آن به صفر رسید. گزارش پاتولوژی نیز تشخیص مول هیداتیدفرم مهاجم را تائید کرد. تا زمان ارسال این گزارش، بیمار در مرحله پیگیری ماهانه خود می باشد و هیچ مشکل خاصی ندارد.

⁵ - Aspartate Transaminase⁶ - Alanine transaminase

مغز، 2 نفر به علت پارگی توده های متاستاتیک ژژنوم تحت عمل partial jejunectomy و 2 نفر باقی مانده به علت خون ریزی های تهدید کننده حیات از تومورهای متاستاتیک واژن تحت عمل جراحی قرار گرفتند. این مطالعه بر اهمیت مداخلات جراحی به عنوان عاملی مهم در بیماران مبتلا به بیماری تروفوبلاستیک در وضعیت اورژانس (مانند خون ریزی های تهدید کننده حیات) تاکید می کند.⁽¹⁴⁾

در این بیمار با توجه به سن وی و عدم تمایل او به حفظ باروری شاید بعد از تشخیص بارداری مولار هیستریکتومی شکمی (و نه کورتاژ مکشی) بهترین درمان بود.⁽¹⁵⁾ زیرا هر چند با این کار از متاستاز جلوگیری نمی شد ولی خطر تهاجم موضعی از بین می رفت.⁽²⁾ بهر حال باید در صورت هر اقدام درمانی (چه کورتاژ و چه هیستریکتومی) در مورد آگاهی بیمار از عواقب بیماری اش (احتمال بروز تومورهای تروفوبلاستیک) و اهمیت پیگیری آن از طریق اندازه گیری سطح β - hCG به صورت دوره ای اطمینان حاصل شود.

نکته دوم این که به نظر می رسد در این فرد با توجه به سنش که در خطر بالای ایجاد GTT بوده بهتر بود که در زمان تخلیه مول با

کورتاژ مکشی، شیمی درمانی پیشگیرانه نیز انجام می شده است. هر چند استفاده از شیمی درمانی پیشگیرانه در زمان تخلیه مول مورد اختلاف نظر است،⁽¹⁾ ولی یک مطالعه نشان داده که شیمی درمانی پیشگیرانه نه تنها سبب جلوگیری از متاستاز می شود، بلکه سبب کاهش وقوع عوارض تهاجم موضعی رحم هم می شود.⁽¹⁶⁾ مطالعه دیگری نیز نشان داد که شیمی درمانی پیشگیرانه در بیماران با مول کامل سبب کاهش واضح تومور مقاوم در بیماران با ریسک بالا (47% در مقابل 14%) می شود. پس پیشگیری به خصوص در بیماران با مول کامل که در ریسک بالا هستند توصیه می شود، خصوصاً در کسانی که در آنها پیگیری هورمونی دقت کافی ندارد.⁽¹⁾

نکته سوم عدم وجود هیچ گونه خون ریزی بین کورتاژ مکشی و مراجعه مجدد به بیمارستان (4/5 ماه) می باشد. معمولاً یکی از علایم بیماران با مول مهاجم خون ریزی نامرتب رحمی می باشد^(9و1) که این مریض فاقد آن بوده است.

References

1. Berkowitz RS, Goldstein DP. Gestational trophoblastic disease. In: Berek JS, Hillard PJA, Adashi EY. Novak's Gynecology. 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. PP. 1353-60.
2. Berkowitz RS, Goldstein DP. Gestational trophoblastic disease. In: Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL, Dunaif A. Kistner's Gynecology & Women's Health. 7th ed. St. Louis: Mosby; 1999. PP. 218-23.
3. Parrazzini F, La Vecchia C, Pampallona S. Parental age and risk of complete and partial hydatidiform mole. Br J of Gynecol 1986; 93: 582-5.

4. Berkowitz RS, Goldstein DP. Presentation and management of molar pregnancy. In: Hancock BW, Newlans ES, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. London: Champan and Hall; 1997.PP.137.
5. Berkowitz RS, Goldstein DP. Pathogenesis of gestational trophoblastic neoplasm. Pathobiol Annul 1981; 11: 391-5.
6. Wsh T. The influence of the primary treatment of the hydatidiform mole on its subsequent course. J of Gynecol 1985; 73: 547.
7. Tsukamoto N, Iwasaka T, Kashimura Y. Gestational trophoblastic disease in women age 50 or more. Gynecol Oncol 1990; 36: 360-8.
8. Lurain JR, Brewer JI. Invasive mole. Semin Oncol 1982; 9: 177-81.
9. Hyun Kwon HA. Compute tomography and magnetic resonance imaging of pathologic conditions of pregnancy. In: Anderson JC. Gynecologic imaging. London: Churchill Livingstone; 1999. PP. 451.
10. Morrow CP, Kletzky OA, isaia PJ. Clinical and laboratory correlates of molar pregnancy and trophoblastic disease. Am J Obstet Gynecol 1997; 128: 428-33.
11. Mungan T, Kusuc E, Abakoglu T, et al. Hyatidiform mole: clinical analysis of 310 patients. Int J Gynaecole Obstet 1996, 52: 223-6.
12. Chandran R, Tham KY, Rose I. Perforating invasive mole masquerading as an ovarian tumor- case report. M J Malaysia 1991; 46: 252-8.
13. Garza e la Garza R, Livas Rodrigues S, Plonea Gonzalez C. Chorioadenoma destruens: presentation of 2 cases. Ginecol Obstet Mex 1989; 57: 139-41.
14. Xiang Y, Yang X, Zhang L, Song H. Evaluation of emergency surgery in gestational trophoblastic tumors. Zhonogguo Bao 1997; 19: 369-72.
15. Frederiksen MC. Obstetrics and Gynecology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. PP. 204-5.
16. Goldstein DP, Berkowitz RS. Prophylactic chemotherapy of complete molar pregnancy. Semin Oncol 1995; 22: 157-60.

Uterine perforation due to invasive mole: a case report

Yaghmaei M., MD*

Complete hydatidiform moles are known to have a potential for uterine invasion (15%) or distant spread (4%). Factors that predispose to post molar tumor are β -hCG level >100000 mIU/mL, uterine size greater than expected for gestational age, and theca lutein cysts > 6 cm diameter and complete moles in older women. This is a case report about uterine perforation due to invasive molar pregnancy.

The patient was a 43 years old woman who was admitted to emergency department due to faint and lower abdominal pain. She had a history of suction curettage because of molar pregnancy 4.5 months ago. Since that time she has not had any vaginal bleeding. Because of acute abdomen and also sonographic report, emergency laparotomy was done. The uterine fundus was perforated due to invasive mole so abdominal hysterectomy was performed. Further evaluation didn't show occult metastatic disease and the patient was treated with single agent chemotherapy. The β -hCG level gradually declined and became zero. Now the patient is following and she has no problem.

KEY WORDS: *Gestational trophoblastic disease, Invasive mole, Uterine perforation, Hysterectomy*

*Obstetric and Gynecology Dept, Faculty of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences and health services, Zahedan, Iran.