

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
سال سی و پنجم (۱۳۸۰)، شماره ۵۲، صفحه ۸۷

تشخیص مول هیداتیفرم با سونوگرافی

دکتر نیر مهاجری^۱

خلاصه

زمینه و اهداف: مول هیداتیفرم کامل شایعترین نوع بیماری تروفوبلاستیک جنینی است که میزان شیوع آن در مناطق مختلف جغرافیایی به شدت متفاوت است و در کشور ما نیز شیوع نسبتاً زیادی دارد. هدف از این بررسی تعیین میزان شیوع حاملگی مولی در بیماران مورد مطالعه و بررسی علایم سونوگرافیک بیماری است.

روش بررسی: از مرداد ۱۳۶۴ لغایت اسفندماه ۱۳۷۶ تعداد ۱۱۳۷۰ نفر زن با حاملگی طبیعی یا پاتولوژیک در بیمارستان زنان و مامایی (الزهراء) وابسته به دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و رادیولوژی آذربایجان (کلینیک خصوصی نویسنده) با سونوگرافی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها: از مجموع بیماران مورد مطالعه تعداد ۱۰۴۱۷ نفر حاملگی طبیعی داشتند و از ۹۵۳ نفر بقیه با حالات پاتولوژیک مختلف تعداد یک صد نفر مبتلا به مول هیداتیفرم (۹۸ مورد مول کامل و دو مورد مول پارسیل) بودند.

نتیجه گیری: در این بررسی میزان شیوع مول هیداتیفرم در حدود ۸/۷ در هزار برآورد شد که به آمار صالح و همکاران (۶۵-۱۹۶۴) نزدیک بوده اما با یافته های Javey و سجادی (۷۵-۱۹۷۰) و آمار کشورهای غربی و خاور دور اختلاف قابل ملاحظه ای نشان می دهد.

کلید واژه ها: آلتراسونوگرافی، جنین، مول هیداتیفرم

مقدمه

مول هیداتیفرم شایعترین نوع بیماری تروفوبلاستیک جنینی و یکی از مسایل مهم بهداشت جهانی است (۱) که شیوع آن در مناطق مختلف جغرافیایی به شدت متفاوت است و مخصوصاً در کشورهای در حال توسعه این میزان نسبتاً زیاد است (۲-۴). زنان مبتلا در معرض خطراتی همچون تهوع، استفراغ شدید، خونریزی، افزایش فشار خون، آمبولی حاد ریوی و در موارد

یافته ها

ناداری هیپرتیروئیدیسم قرار می گیرند و در حدود ۱۶٪ از این موارد به مول مهاجم و در ۲/۵٪ به کوریوکارسینوما تبدیل می شود و برای پیشگیری از وقوع دو حالت اخیر بیماران مبتلا باید هرچه زودتر تشخیص داده شده و درمان شوند (۲). تشخیص مول هیداتیفرم در پزشکی سابقه تاریخی طولانی دارد و این بیماری بوسیله بقراط شناخته شده است (۵). قبل از

۱- استادیار گروه رادیولوژی - رادیوتراپی و پزشکی هسته ای - دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مول هیداتیفرم کلاسیک به شکل توده نسج نرمی خودنمایی می کند که فضای درونی رحم را پر کرده و در سونوگرافی به صورت اکوهای با دامنه یا درخشندگی ضعیف تا متوسط دیده می شود که در بین آنها تصاویر کیستی کوچک پر از مایع (وزیکولها) پراکنده اند و منظره ای شبیه به خوشه انگور یا طوفان برف (کولاک) به وجود می آورند (شکل ۱).

کلمه هیداتیفرم از لغت لاتینی hydatid به معنی کیسه آبدار (Watery vesicle) گرفته شده است (۵).

با توجه به پیشرفتهایی که در سالهای اخیر در زمینه تشخیص و درمان بیماری تروفوبلاستیک حاصل شده است، حاملگیهای مولی غالباً قبل از پیدایش علائم بالینی کلاسیک خاتمه داده می شوند در نتیجه سونوگرافی در این موارد ممکن است نتایج چندان مثبتی نداشته باشد (۸). در یک بررسی که توسط Lindholm و Flam انجام گرفته، دقت سونوگرافی در تشخیص مول هیداتیفرم کامل و پارسیل در مراحل اولیه حاملگی به ترتیب ۸۴٪ و ۳۰٪ بوده است (۸) اما با توجه به این که در منطقه ما اغلب بیماران بعد از پیدایش علائم بالینی به سونوگرافی معرفی می شوند لذا سونوگرافی با توجه به مناظر ویژه می تواند کمک موثری در تشخیص بنماید و دقت تشخیصی در حالات اخیر خیلی بیشتر از زمانی است که سونوگرافی در مراحل اولیه انجام گیرد.

هنگامی که تومور کوچک باشد به صورت یک توده اکوژن مشاهده می شود و میومتر اطراف آن اکوژنیسته ای کمتر از تومور نشان می دهد. این منظره اختصاص به مول هیداتیفرم در سه ماهه دوم حاملگی دارد اما در سه ماهه اول، مناظری متفاوت از آن دیده می شود، مثلاً در موارد نادری ممکن است شبیه به تخم ضایع شده (Blighted ovum) یا حتی سقط ناقص (Incomplete abortion) باشد و یا به صورت یک توده اکوژن بدون منظره وزیکولی خودنمایی کند (۸-۱۱).

معاینه با آلتراساند به عنوان امتحان اولیه و به منظور راهنمایی جهت انجام بررسیهای تهاجمی از قبیل آمنیوسنتز و تحت نظر گرفتن حاملگی اهمیت دارد (۱۱، ۸، ۱۲).

مول هیداتیفرم کامل و کلاسیک شایعترین نوع بیماری تروفوبلاستیک جنینی است. نسبت شیوع این بیماری در مناطق مختلف متفاوت است به نحوی که در کشورهای خاور دور بین یک در ۱۰۰ تا یک در ۵۰۰ مورد حاملگی دیده می شود و این نسبت در اروپا و آمریکای شمالی در حدود ۰/۷ تا ۱ در ۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰ مورد حاملگی متغیر است (۵-۲ و ۹-۱۱).

پیدایش سونوگرافی تشخیص مول هیداتیفرم یا پس از دفع وزیکولها از راه مهبل یا با تزریق ماده حاجب به داخل رحم و رادیوگرافی (Transabdominal hystero-graphy) (۶ و ۵) و یا آنژیوگرافی (۷) انجام می گرفت اما امروزه با استفاده از دستگاههای سونوگرافی با قابلیت تجزیه و تحلیل بالا و با امکانات Real-time و Gray-scale تشخیص دقیق این بیماری در مراحل اولیه آن امکان پذیر شده است.

مواد و روش تحقیق

از مرداد ۱۳۶۴ لغایت اسفندماه ۱۳۷۶ تعداد ۱۱۳۷۰ بیمار به منظور بررسی وضعیت حاملگی طبیعی و یا حالات بیماری مربوط به آن در بخش رادیولوژی بیمارستان زنان و مامایی تبریز (الزهراء) و رادیولوژی آذربایجان با آلتراساند مورد مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات بالینی و آزمایشگاهی، از برگه های معرفی و نتایج آزمایشهای انجام شده، مخصوصاً عیار β -hCG از پرونده بیماران بستری به دست آمده است. علائم بالینی در حالات بیماری شامل خونریزی واژینال، تهوع و استفراغ شدید، بزرگی اندازه رحم نسبت به تاریخ LMP یا موارد مشکوک به سقط ناقص و یا مرگ جنین بود. معاینه با استفاده از دستگاههای GE 2800، GE X200 و Combison 111S با ترانس دیوسرهای ۳/۵-۴ و ۵ مگاهرتز به عمل آمده و بیماران در سه ماهه اول و گاهی در سه ماهه دوم حاملگی با مثنائه پر و در وضعیت خوابیده به پشت مورد بررسی قرار گرفتند.

از مجموع ۱۱۳۷۰ نفر بیمار معاینه شده تعداد ۱۰۴۱۷ نفر (۹۱/۶۱٪) حاملگی طبیعی داشتند. از ۹۵۳ نفر بقیه ۶۹۷ نفر (۶/۱۳٪) مبتلا به سقط ناقص، ۱۱۶ نفر (۱/۰۲٪) میسدآبورشن یا مرگ جنین، ۹۸ نفر نیز مول هیداتیفرم کامل و دو نفر از آنان مبتلا به مول پارسیل بودند، از این تعداد ۱۷ مورد مول آتی پیک و دو مورد توأم با جنین زنده بودند. ۳۱ نفر تخم ضایع شده (Blighted ovum) و ۱۱ نفر باقیمانده مبتلا به سایر حالات بیماری حاملگی از قبیل جنینهای غیر طبیعی و سقط کامل بودند.

از ۱۰۰ نفر بیمار مبتلا به مول هیداتیفرم، ۵۱ نفر در گروه سنی ۲۵ - ۱۶، ۲۷ نفر در گروه سنی ۳۵ - ۲۶ و ۲۲ نفر در گروه سنی ۴۵ - ۳۶ سال قرار داشتند.

بحث

باید توجه داشت که پس از تخلیه مول از رحم در حدود ۲ تا ۱۲ هفته و به طور متوسط ۶ تا ۸ هفته ممکن است طول بکشد تا این کیستها از بین بروند و به همین جهت وجود آنها به تنهایی دلیل باقی ماندن و یا عود بیماری نیست. این کیستها علاوه بر مول هیداتیفرم در کوریوکارسینوما، حاملگیهای چندقلویی مخصوصاً هنگامی که حاملگی با هورمون درمانی ایجاد شده باشد، دیابت و اریتروبلاستوزیس فتالیس نیز ممکن است دیده شود (۱۰).

توام بودن مول هیداتیفرم و جنین (شکل ۲) در نوشته های پزشکی نسبتاً زیاد گزارش شده است (۷-۶ و ۱۷-۱۲). نسبت شیوع مول هیداتیفرم با جنین زنده یک در ده هزار تا یک در صد هزار حاملگی متغیر می باشد (۱۴،۶). در بیشتر موارد قسمتی از جفت تبدیل به مول می شود و بقیه آن قادر است جنین را نگهدارد اما در برخی از حالات تمام جفت به صورت مول درمی آید (مول کامل) و در بعضی از موارد نادر یک جفت دوقلو و جنین به طور مستقل از مول رشد می کنند. مواردی گزارش شده که در آنها جنین تا مرحله ترم رشد کرده (۱ و ۱۴) و تشخیص مول توام با جنین حتی گاهی بعد از زایمان انجام گرفته است (۱).

بررسیهایی که توسط صالح و همکاران در سالهای ۶۵-۱۹۶۴ به عمل آمده میزان شیوع آن را در ایران در حدود ۷/۸ در هزار ذکر کرده است اما به موجب آمار Javery و سجادی (۷۵-۱۹۷۰) این میزان ۳/۲ در هزار می باشد (۹).

در بررسی حاضر میزان شیوع مول هیداتیفرم در حدود ۸/۷ در هزار و نزدیک به آمار صالح و همکاران است. اما نسبت به آمار کشورهای غربی و خاور دور اختلاف قابل توجهی دارد. یکی از شایعترین عوارضی که ممکن است در بیماری تروفوبلاستیک دیده شود خونریزی در داخل توده و یا در بافتهای مجاور آن است. اکوژنیسیته خونریزی داخل توده بسته به این که معاینه در چه زمانی انجام گیرد و همچنین نسبت به میزان هموگلوبین بیمار به ویژه زمان خونریزی متفاوت است. بدین ترتیب که تا ۲۴ الی ۴۸ ساعت اولیه اکوژن و در ۷۲ ساعت اکوکمپلکس و بعد از آن معمولاً به صورت مناطق فاقد اکو و اغلب به شکل هلالی دیده می شود.

یکی دیگر از علایمی که به طور شایعی با مول هیداتیفرم مشاهده می شود وجود کیستهای لوتئینی است که در حدود ۲۰ تا ۵۰ درصد موارد در افراد مبتلا به بیماری تروفوبلاستیک دیده می شود و در حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد موارد دوطرفی هستند. این کیستها معمولاً به صورت توده های چند حجره ای بدون اکو و با دیواره های ظریف مشاهده می شوند اما کیست منفرد نیز ممکن است دیده شود.

شکل ۱، مول هیداتیفرم کلاسیک با منظره طوفان برف

شکل ۲، مول پارسیل توام با جنین زنده

احتمالی در کبد و کنترل بیمار در روزهای بعد از درمان اولیه نیز مفید است. (۱۴،۹ و ۱۸).

برای بررسی متاستازهای احتمالی در ریه ها، رادیوگرافی ضرورت دارد و عده ای از محققین علاوه بر رادیوگرافی ساده از ریه، توموگرافی و یا بهتر از آن توموگرافی کامپیوتری از ریه ها، مغز و کبد را نیز توصیه می کنند (۱۰ و ۱۴).

بالاخره در سالهای اخیر MRI برای بررسی مول به کار برده شده که علاوه بر تشخیص مول کلاسیک می تواند مول مهاجم و متاستازهای آن را نشان دهد (۱۴).

با توجه به این که مول پارسیل توام با جنین زنده مانند مول کامل و کلاسیک بالقوه خطرناک بوده و ممکن است استحاله بدخیمی نیز داشته باشد و جنین همراه با آن معمولاً ناهنجاریهای کروموزومی دارد و علایم پره اکلامپسی و خونریزی، حیات مادر را تهدید می کنند لذا تشخیص زودرس آن و اتخاذ تدابیر درمانی به موقع و سریع از اهمیت خاصی برخوردار است (۱، ۴ و ۱۱) و در این زمینه سونوگرافی می تواند نقش ارزنده ای ایفا کند. چون علاوه بر تشخیص مول هیداتیفرم برای بررسی متاستازهای

References:

1. Grimes DA. Epidemiology of gestational trophoblastic disease. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 150: 309- 318.
2. Atrash HK, Hogue CJR and Grenius DA. Epidemiology of hydatidiform mole during early gestation. *AM J Obstet Gynecol* 1984; 154: 906.
3. Bagshave KD, Lower SD. Commentary unmasking moles. *British J Obstetrics & Gynaecology* 1982; 89: 255- 256.
4. Spirit BA, and Gordan LP. Placenta and Cervix, Trophoblastic Disease. In: McMahan JP and Goldberg BB, eds. *Diagnostic Ultrasound. A Logical Approach*. Philadelphia Lippincott-Raven, 1998; P: 181-189.
5. Kase NG, Wingold AB, Greshinson DM. *Principles and Practice of Clinical Gynecology*. 2nd ed, London; Churchill Livingstone 1975; P: 835-855.
6. Jones WB, and Lausten NH; Hydatidiform Mole with Coexisting Fetus. *Am J Obstet Gynecol*: 1975; 122(3): 267-272.
7. Ballas S, Peyser MR, and Toaff R. Diagnosis of hydatidiform mole with and without coexisting fetus by nonstored image echography. *Obstetrics and Gynecology* 1977; 50(2): 182-185.
8. Lindholm H and Flam F. The diagnosis of molar pregnancy by sonography and gross morphology. *Acta Obstet Gynecol* 1999; 78(1): 6-9. (Medline)
9. Callen PW. *Ultrasonography*. In: *Obstetrics and Gynecology*. Philadelphia. W. B. Saunders, 1994; P: 615- 623.
10. Berman ML and Disica PJ. Pelvic malignancies, gestational trophoblastic neoplasia, and nonpelvic malignancies. In: Creasy RK, and Resnik R, eds: *Maternal. Fetal Medicine, Principles and Practice*. 2nd ed.. Philadelphia, W.B. Saunders, 1989; P: 1132-38.
11. Fleisher AC, James AE, Ressuse DA and Millis JB. Sonographic patterns in trophoblastic disease. *radiology* 1978; 126: 215-220.
12. Hassani SN. *Ultrasound*. In: *Gynecology and Obstetrics*, Philadelphia. Springer- Verlag, 1978; P 127-130.
13. Naumoff P, Szulman AE, Welusteim B, Mager J and Surti U. Ultrasonography of partial hydatidiform mole with coexisting fetus. *Radiology* 1981; 140: 467-470.
14. Vejerslev LO. Clinical management and diagnostic possibilities in hydatidiform mole with coexisting fetus. *Obstetrical and Gynecologic Survey* 1991;46(9):577-586.
15. Berkowitz RS, Gramer DW, Bernateiw MR, Cassely S, Driscoll SG and Goldsteiw DP. Risk factors for complete molar pregnancy from a case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 1016-1020.
16. Jacobes PA, Hunt PA Mastmora J, Welson C, and Syuluan AE. Complete and partial hydatidiform mole in Hawaii: cytogenetics, morphology and epidemiology, *British J Obstetrics and Gynaecology* 1982; 89: 258-266.
17. Smith EB, Szulman AE, Hinshaw W, Tyrey L, Surti U and Hammand CB. Human chorionic gonadotropin levels in complete and partial hydatidiform moles and in nonmolar abortus. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 149: 129-132.
18. Wong LG, Choo YC and Ma HK. Hepatic disease. *Obstetrics and Gynecology* 1986; 67(1): 107-110.