

گزارش یک مورد حاملگی دو قلویی دی زیگوت شامل یک مول ناقص و یک جنین زنده

میترا افتخار یزدی^۱، وحیده مقدم حسینی^۲، نسرین هاشمیان نژاد^۳

^۱ استادیار زنان و مامایی، عضو هیات علمی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
^۲ کارشناسی ارشد مامایی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
^۳ استادیار نوزادان، عضو هیات علمی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

نشانی نویسنده مسؤل: سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی، وحیده مقدم حسینی
E-mail: moghaddamvahideh@gmail.com

وصول: ۹۳/۹/۱۲، اصلاح: ۹۳/۱۰/۱۰، پذیرش: ۹۳/۱۲/۶

چکیده

حاملگی دو قلویی همراه با مول هیداتیفورم از مشکلات مامایی نادر می باشد. با این حال تشخیص صحیح آن بی نهایت مهم و حیاتی است. زیرا، در صورت عدم تشخیص به موقع می تواند منجر به عوارض جدی گردد. علاوه بر این، تصمیم گیری در مورد ختم یا ادامه بارداری در این شرایط هنوز مورد بحث است. مطالعه حاضر به ارائه یک مورد حاملگی دوقلویی شامل یکمول ناقص و یک جنین زنده می پردازد که در نهایت منجر به تولد یک نوزاد زنده گردید.

مقدمه

همراه با جنین زنده نیز از این میزان کم تر است (۱) در هر ۱۰۰۰۰۰ حاملگی). (۳ و ۴)
حاملگی چند قلوی مولار به سه نوع تقسیم بندی می شود: مول کامل (دیپلوئید با منشا پدری) که در این نوع یک جنین دیپلوئید طبیعی وجود دارد. مول ناقص (تریپلوئید با منشا مادری و یا پدری) همراه با یک جنین دیپلوئید طبیعی و مول ناقص همراه با یک جنین تریپلوئید غیرطبیعی. دو نوع اول در حقیقت حاملگی دو قلویی دی زیگوت هستند که در آنها جنین شانس زنده ماندن دارد. در حالی که نوع سوم یک حاملگی مونوزیگوت است که احتمال مرگ جنین در سه ماهه اول به دلیل داشتن ناهنجاری های عمده زیاد است. (۵)

مول هیداتیفورم به صورت یک حاملگی غیر طبیعی همراه با درجات متفاوتی از تکثیر غیرطبیعی تروفوبلاست ها، سیتوتروفوبلاست و سن سیشیوترو- فوبلاست، و تورم پرزهای کوریونی تعریف می شود؛ که می تواند همراه با یک جنین زنده غیرطبیعی یا عدم وجود جنین باشد. در برخی مطالعات انجام شده در آمریکای شمالی، استرالیا، نیوزلند و اروپا میزان شیوع مول هیداتیفورم را بین ۰/۵۷ تا ۱/۱ در هر ۱۰۰۰ حاملگی گزارش کردند. در حالی که تحقیقات دیگر در جنوب آسیا و ژاپن میزان شیوع را ۲ در هر ۱۰۰۰ حاملگی برآورد کرده اند. (۱، ۲) به علاوه، شیوع حاملگی مولار

انجام شده یک جنین زنده با ضربان قلب و فعالیت طبیعی با سن حاملگی ۱۸ هفته و ۴ روز همراه با یک جفت آنتریور که از یک قسمت طبیعی با ضخامت ۲۸ و یک قسمت مول ناقص با ضخامت ۳۷ میلی متر تشکیل شده بود، مشاهده شده بود. همچنین، هیدرونفروز خفیف در کلیه های جنین و هیپاتومگالی نیز دیده شده بود (تصویر ۱ و ۲). در سونوگرافی بعدی که ۲ هفته بعد انجام شد بافت هتروژن در پلاستا با ضخامت ۴۸ میلی متر و قطر ۱۲۰ میلی متر همراه با تغییرات کیستیک فراوان مشاهده گردید که تشخیص مول کامل در یک حاملگی دوقلویی داده شد (تصویر ۳). سپس، بیمار جهت تعیین کاریوتایپ توصیه به انجام آمیوسنتز گردیده بود. به خاطر احتمال وجود برخی خطرات مانند پره اکلامپسی و خونریزی پیشنهاد ختم بارداری به زوجین داده شده بود که علی رغم موافقت آنها به دلیل این که سن بارداری بیشتر از ۱۸ هفته بود با عدم موافقت پزشکی قانونی مواجه شد. بنابراین، بیمار مجبور به ادامه بارداری گردید. جهت به حداقل رساندن عوارض، فاصله بین ویزیت های بیمار نصف شده و در تمام ویزیت ها علاوه بر مراقبت های روتین و لازم، آموزش جهت آشنایی با شرایط و علائم خطر به وی داده می شد. آخرین سونوگرافی انجام شده در سن ۲۶ هفته و ۴ روز یک جنین زنده به همراه یک جفت قدامی که از دو قسمت طبیعی و مول ناقص تشکیل شده بود را نشان داد.

بیمار در سن ۳۲-۳۰ هفته به دلیل پارگی زودرس

چندین ریسک فاکتور برای ایجاد حاملگی مولار کامل شناخته شده است. از بین آنها داشتن سابقه قبلی حاملگی مولار و سن مادر در حین بارداری بیشترین اهمیت را دارد، به طوری که قرار داشتن در دو سر طیف سن بارداری احتمال خطر را افزایش می دهد. گزارش شده که در حاملگی کم تر از ۲۱ سال و بیشتر از ۳۵ سال در مقایسه با حاملگی در سنین ۲۱ تا ۳۵ سال، احتمال رخ دادن حاملگی مولار کامل ۱/۹ برابر بیشتر است (۶-۷).

افتراق بین سه نوع حاملگی مولار بسیار مهم و ضروری است. در همین راستا، سونوگرافی جهت تشخیص اولیه و سپس بررسی سیتوژنتیک برای تشخیص کروموزومی استفاده می گردد.

در این مطالعه، به ارائه یک مورد حاملگی دو قلویی دی زیگوت شامل با یک مول ناقص و یک جنین زنده که در نهایت منجر به تولد یک نوزاد زنده همراه با ناهنجاری شد، پرداخته می شود.

گزارش مورد

بیمار خانم ۱۸ ساله پرایمی پار بود که به دلیل پارگی زودرس پرده ها در سن حاملگی ۳۲ هفته و ۴ روز به کلینیک بیمارستان مبینی شهرستان سبزوار در سال ۹۲ مراجعه کرده بود. بیمار سابقه هیچ گونه بیماری خاص، جراحی، نازایی، اعتیاد به مواد مخدر یا مصرف دخانیات را نداشت. اما، سابقه حاملگی دوقلویی در خانواده خودش و همسرش را ذکر می کرد. در اولین سونوگرافی



کلیه راست به قطر ۱۳ میلی متر و هیدرونفروز گرید I در کلیه چپ دیده شد. نوزاد جهت مشاوره جراحی اطفال به مرکز مجهزتر در مشهد اعزام شد. در آن مرکز به علت غیراورژانسی بودن وضعیت نوزاد، جراحی به بعد از وزن گیری به بیشتر از دو کیلوگرم موکول شده و نوزاد مرخص شد. وضعیت نوزاد پس از ترخیص خوب بوده و وزن گیری نیز داشته است. ولی در سن ۳۳ روزگی به علت شیرنخوردن و بی قراری از ۲-۳ روز قبل با حال عمومی بد و دیسترس تنفسی در بیمارستان واسعی سبزوار بستری گردید و در نهایت پس از حدود ۱۲ تا ۲۴ ساعت با تشخیص سپسیس باکتریال (کشت خونی مثبت استاف کوآگولاز منفی) فوت کرد.

در اندازه گیری های سریال، غلظت سرمی β -hCG طی ۴۰ روز به حد صفر رسید. بیمار در ۶ ماه اول بعد از تولد ابتدا هر دو هفته یک بار و سپس ماهانه ویزیت گردید و خوشبختانه هیچ گونه علائمی از توسعه بیماری مقاوم تروفوبلاستیک بارداری مشاهده نگردید. اکنون بیمار با فاصله ۶ ماه از زایمان اول با سن ۳۵ هفته و یک جنین و جفت طبیعی مجدد باردار می باشد.

بحث

تشخیص صحیح و افتراق بین انواع مختلف مول هیداتیفورم از اهمیت حیاتی برخوردار است. زیرا در موارد مول هیداتیفورم همراه با حاملگی دو قلوئی، احتمال ایجاد عوارض مادری از قبیل پره اکلامپسی و تومور مقاوم تروفوبلاستیک بارداری نسبت به موارد حاملگی مولار کامل با یک جنین بسیار بیشتر است. در یک مطالعه ملی انجام شده در ژاپن، به طور کلی در ۳۰/۶٪ بیمارانی که حاملگی مولار دوقلویی داشتند بیماری تومور مقاوم تروفوبلاستیک تشخیص داده شد که این میزان به ۵۰٪ در بین بیماران با حاملگی مولار کامل دوقلویی افزایش یافت. (۸)

در مورد بیمار ما، اگرچه در ابتدا دو تشخیص متفاوت در

پرده ها در زایشگاه بیمارستان شهیدان مبینی شهر سبزوار بستری گردید و تحت القای با ۲۵ میلی گرم قرص واژینال میزوپروستول قرار گرفت. مرحله اول زایمان تقریباً ۸ ساعت و مرحله دوم ۵۰ دقیقه به طول انجامید. جهت کاهش درد و استرس بیمار از آمپول هیوسین و پرومتازین استفاده گردید. در نهایت، یک نوزاد دختر با وزن ۱۴۲۰ گرم و با آپگار دقیقه اول ۷ و دقیقه پنجم ۸ بدون دیسترس تنفسی با روش زایمان طبیعی متولد شد. بعد از تولد، یک جفت سالم و به دنبال آن وزیکول های متعدد مولار خارج شدند. در معاینه فیزیکی نوزاد، اتساع شکم و سوفل سیستولیک در سمع قلب و تغییر رنگ قرمز در قسمتی از پوست شکم داشت.

بعد از زایمان، نمونه های وزیکولی جهت بررسی هیستوپاتولوژی فرستاده شد که مول ناقص گزارش گردید.

در ارتباط با نوزاد، در سونوگرافی به عمل آمده در ۱۲ ساعت بعد از تولد، یک ساختمان کیستیک بین کبد و



سیستم های خدمات بهداشتی و درمانی افزایش یافته است. عوارض جنینی از قبیل سقط، مرگ داخل رحمی و زایمان پیش از موعد گزارش شده است. شانس زنده ماندن جنین بین ۲۹ تا ۳۸٪ برآورد شده و هیچ گونه آنومالی هنوز گزارش نگردیده است. (۱۱،۱۷)

در مورد این بیمار، یک نوزاد زنده پره ترم همراه با برخی ناهنجاری ها مانند توده کیستیک در کلیه راست و هیدرونفروز گردید یک در کلیه چپ متولد گردید. در این راستا، هیچ گونه مدارکی جهت تأیید وجود ارتباط بین این ناهنجاری ها و مول ناقص یافت نگردید.

نتیجه گیری

در نهایت، توصیه می گردد که در موارد حاملگی دوقلویی مولار همراه با جنین زنده در صورت وجود مراقبت های کافی و مؤثر در بارداری و حین تولد می توان اجازه ادامه بارداری را داد. همچنین بخش مراقبت های ویژه نوزادان نقش مهمی در ارائه ی مراقبت های کافی به این نوزادان جهت افزایش شانس زنده ماندن آنها را دارا می باشند.

سونوگرافی وجود داشت: ۱- حاملگی مولار ناقص ۲- حاملگی دوقلویی همراه با مول کامل؛ ولی، نتایج به دست آمده از بررسی های سیتوژنتیک (یک جنین طبیعی با کاربوتایپ 46xx) و همچنین هیستوپاتولوژی (مول ناقص) وجود یک حاملگی دوقلویی با مول ناقص را تأیید کرد. در بیشتر موارد زمانی که تشخیص در اوایل بارداری قطعی می شود ختم بارداری مدّ نظر قرار می گیرد. هرچند که این مسأله مورد بحث می باشد و توافق همگانی بر روی آن وجود ندارد. در مورد بیمار حاضر، با وجود این که زوجین موافق ختم بارداری بودند؛ اما به دلیل بیشتر بودن سن بارداری از ۱۸ هفته کمیسیون نظام پزشکی با ختم بارداری موافقت نکرد و بارداری ادامه یافت. در این رابطه، برخی مطالعات بر روی ختم بارداری بعد از تشخیص حاملگی مولار دوقلویی به دلیل افزایش احتمال بیماری مقاوم تروفوبلاستیک بارداری و عوارض مادری تأکید می کنند. (۹-۱۲) در حالی که مطالعات دیگر بیان می کنند که در غیاب ناهنجاری جنینی و یا پره اکلامپسی، صرف نظر از بیماری تروفوبلاستیک بارداری، حاملگی می تواند ادامه یابد. (۱۳-۱۶)

در حقیقت رویکرد ختم بارداری اخیراً تغییر کرده است و تمایل به نگهداری و ادامه آن در نتیجه ارتقای

References

- Palmer JR. Advances in the epidemiology of gestational trophoblastic disease. J Reprod Med. 1994;39(3):155-62.
- Atrash HK, Hogue CJR, Grimes DA. Epidemiology of hydatidiform mole during early gestation. Am J ObstetGynecol. 1986;154(4):906-9.
- Moini A, Riazi K. Molar pregnancy with a coexisting fetus progressing to a viable infant. Int J Gynaecol Obstet. 2003;82(1):63-4.
- Sebire NJ, Foskett M, Paradinas FJ, Fisher RA, Francis RJ, Short D, et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin. Lancet. 2002;359(9324):2165-6.
- Piura B, Rabinovich A, Hershkovitz R, Maor E, Mazor M. Twin pregnancy with a complete hydatidiform mole and surviving co-existent fetus. Arch GynecolObstet. 2008, 278(4):377-82.
- Sebire NJ, Fisher RA, Foskett M, Rees H, Seckl MJ, Newlands ES. Risk of recurrent hydatidiform mole and subsequent pregnancy outcome following complete or partial hydatidiform molar pregnancy. BJOG. 2003; 110(1): 22-6.
- Parazzini F, LaVecchia C, Pampallona S. Parental age and risk of complete and partial hydatidiform mole. Br J ObstetGynecol. 1986;93(6):582-5.
- Matsui H, Sekiya S, Hando T, Wake N, Tomoda Y. Hydatidiform mole coexistent with a twin live fetus: a national collaborative study in Japan. Hum Reprod. 2000; 15 (3):608-11.
- Jones WB, Lausen NH. Hydatidiform mole with coexistent fetus. Am J Obstet Gynecol. 1975; 122: 267-72.

10. Block MF, Merrill JA. Hydatidiform mole with coexistent fetus. *Obstet Gynecol.* 1982; 60: 129-34.
11. 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.
12. Massardier J, Golfier F, Journet D, Frappart L, Zalaquett M, Schott AM, et al. Twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexistent fetus: obstetrical and oncological outcomes in a series of 14 cases. *Eur J ObstetGynecolReprod Biol.* 2009;143(2):84-7.
13. Vejerslev LO. Clinical management and diagnostic possibilities in hydatidiform mole with coexistent fetus. *Obstet Gynecol Surv.* 1991;46(9):577-88.
14. Garbin OI, Favre R, Weber P, Arbogast E, Gasser B. How to deal with a rare entity: the coexistence of a complete mole and a healthy egg in twin pregnancy? *Fetal. Diagn Ther.* 1995; 10(5): 337-42.
15. Bristow RE, Shumway JB, Khouzami AN, Witter FR. Complete hydatidiform mole and surviving coexistent twin. *Obstet Gynecol Surv.* 1996; 51(12): 705-9.
16. Niemann I, Sunde L, Petersen LK. Evaluation of the risk of persistent trophoblastic disease after twin pregnancy with diploidhydatidiform mole and coexisting normal fetus. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(1):45 e1-5.
17. Sebire NJ, Foskett M, Paradinas FJ, Fisher RA, Francis RJ, Short D, et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin. *Lancet.* 2002;359(9324):2165-6.

Case Report of a Dizygotic Twin Pregnancy Including a Partial Mole and a Coexistent Live Fetus

Mitra Eftekhari Yazdi,

Gyneecologist, Assisstant Professor, Faculty of Medicine, Sabzevar University of medical sciences, Sabzevar, Iran.

Vahideh Moghaddam Hosseini,

Midwifery MSc, Insructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Nasrin Hashemiannejad,

Neonatalogist, Assisstant Professor, Faculty of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Received:03/12/2014, Revised:31/12/2014, Accepted:25/02/2015

Corresponding author:

Vahideh Moghaddam Hosseini,
Sabzevar University of Medical
Sciences, Sabzevar,Iran .

E-mail:

moghaddamvahideh@gmail.com

Abstract

The incidence of molar pregnancy and a live fetus is extremely low; however, since it can lead to some sever complications in pregnancy, its correct diagnosis is really vital. Moreover, making decision about termination or continuation of pregnancy is yet controversial. This study presents a dizygotic twin pregnancy with a partial mole and a coexistent fetus which resulted a live neonate with some abnormalities