

بررسی عوامل خطر و سیر بالینی مول هیداتیفرم در زنان باردار مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س) در شهر رشت از سال ۱۳۸۲ - ۱۳۸۶

پژوهشگران: طاهره ضیائی^۱، هما خانجانی^۲، محمد علی یزدانی^۳

(۱) مامایی، مربی و عضو هیئت علمی دانشکده علوم پزشکی گیلان

(۲) کارشناس مامایی، بیمارستان شهید بهشتی لاهیجان

(۳) کارشناس ریاضی محض، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۵/۵

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۰/۱۲

چکیده:

مقدمه: مول هیداتیفرم شاخه ای از بیماری تروفوبلاستیک حاملگی است. بیماری تروفوبلاستیک حاملگی به گروه خاصی از بیماریها با گرایش متفاوت به تهاجم سطحی و متاستاز اطلاق می گردد. این بیماری در کشورهای آسیایی و آفریقایی شیوع بیشتری دارد و اطلاعات در مورد این بیماری در ایران کم می باشد.

هدف: هدف انجام این تحقیق تعیین عوامل خطر و سیر بالینی مبتلایان به مول هیداتیفرم مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س) شهر رشت (۱۳۸۶-۱۳۸۲) می باشد.

روش کار: این پژوهش یک بررسی توصیفی گذشته نگر می باشد که در این بررسی جامعه مورد پژوهش شامل کلیه مادران باردار بود که از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ به زایشگاه الزهرا رشت مراجعه نموده و با تشخیص قطعی مول هیداتیفرم به روش سونوگرافی بستری و درمان شده بودند. این مطالعه با بررسی پرونده بیماران و استخراج اطلاعات مندرج در آنها و ثبت در پرسشنامه صورت گرفت.

نتایج: در مطالعه ی انجام شده ۷۸ بیمار مبتلا به مول مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س) شهر رشت مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سن افراد مورد مطالعه ۲۶ سال بود. (۵۲٪) از بیماران دارای حاملگی اول بودند در (۷۶/۹٪) از بیماران، بیماری در سن حاملگی کمتر یا مساوی ۱۴ هفته (سه ماهه ی اول بارداری) تشخیص داده شده بود. در این مطالعه گروه خونی o با (۴۱٪) و Rh مثبت با (۸۴/۶٪) بیشترین درصد را داشتند. (۵۶/۴٪) از جامعه ی مورد پژوهش ساکن روستاهای استان گیلان بودند. (۲/۶٪) از بیماران سابقه ابتلا به حاملگی مولی و (۱۰/۳٪) از بیماران سابقه سقط داشتند که تمامی موارد قبل از وقوع حاملگی مولی اتفاق افتاده بود. بیشتر افراد مورد پژوهش از روش های پیشگیری از بارداری استفاده نمی کردند (۳۹/۷٪). شایعترین علامت در جامعه ی مورد پژوهش، بزرگی بیش از حد رحم نسبت به سن حاملگی (۷۵٪) بود خونریزی و اژینال در (۷۴/۴٪)، کم خونی در (۱۹/۲٪)، استفراغ شدید بارداری در (۱۹/۲٪)، پر کاری تیروئید در (۱۹/۲٪) و کیست نکالوتئینی در (۱۰/۲٪) از بیماران وجود داشت. در هیچ کدام از افراد مورد پژوهش فعالیت قلب جنین و پره اکلامپسی وجود نداشت.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج حاصله توصیه می شود با سونوگرافی روتین در سه ماهه ی اول بارداری امکان تشخیص هر چه زودتر این بیماری فراهم گردد. هم چنین مرکزی جهت حمایت از بیماران مبتلا به مول هیداتیفرم ایجاد و تحقیقات آینده نگر با حجم بیشتر در این مرکز انجام گردد. باشد که این امر گامی بزرگ در جهت تشخیص و درمان زودرس این بیماری، کاهش هزینه ها و کمک به اقتصاد و اعتلای کشور باشد.

کلید واژه ها: مول هیداتیفرم، عوامل خطر، سیر بالینی

مقدمه

در ژاپن و چین و بیشترین میزان ۱۲ در ۱۰۰۰ حاملگی در اندونزی، هند و ترکیه دیده می شود. میزان آن در شمال آمریکا، اروپا و اقیانوسیه در حدود ۵/۰ تا ۱ در ۱۰۰۰ حاملگی می باشد (۲). میزان شیوع بیماری تروفوبلاستیک حاملگی در اندونزی ۱۰ در ۱۰۰۰ حاملگی و در ایالات متحده ۱ در ۱۰۰۰ حاملگی می باشد (۳).

مول هیداتیفرم شاخه ای از بیماری تروفوبلاستیک حاملگی (Gestational trophoblastic disease) است. بیماری تروفوبلاستیک حاملگی به گروه خاصی از بیماریها با گرایش متفاوت به تهاجم سطحی و متاستاز اطلاق می گردد (۱).

مول هیداتیفرم با میزان ۱ تا ۲ در ۱۰۰۰ حاملگی

سال بوده و ۸۸/۹ درصد آنان دارای وضعیت اقتصادی پایین بودند در ۳۸ درصد بیماران سابقه ی سقط جنین وجود داشته است (۴). در مطالعه ای که توسط طباطبایی و همکاران در یزد انجام شد (۵۹/۹٪) در محدوده ی سنی زیر ۲۰ سال و بالای ۳۵ سال قرار داشته و (۶۰٪) بیماران ساکن روستا و (۷۳/۴٪) دارای حاملگی مول اول و دوم و (۱۳/۳٪) دارای حاملگی پنجم و بیشتر بوده اند شایعترین علامت، خونریزی واژینال به میزان (۸۶/۷٪) بود (۷). مطالعه ی دیگر توسط بصیرت و همکاران در بابل نشان داده است که بیشتر موارد (۴۷/۵٪) دارای گروه خونی A و شایعترین علامت، خونریزی واژینال (۹۵٪) بوده است (۱۰). مول هیداتیفرم از موارد اورژانس بارداری است که تشخیص به موقع سبب کاهش عوارض و کاهش احتمال GTD پایدار می گردد. میزان بروز مول هیداتیفرم در نقاط مختلف جهان تفاوت بسیاری دارد و در کشورهای آسیایی و آفریقایی به دلایل ناشناخته، بیشتر دیده می شود در کشور ما پژوهش در این زمینه اندک است و متأسفانه آمار شیوع مول هیداتیفرم در گیلان موجود نیست به دلیل اهمیت و شیوع این بیماری و هم چنین به دلیل اطلاعات و مطالعات اندک در ایران و مخصوصاً در گیلان این مطالعه به منظور تعیین عوامل خطر و سیر بالینی مول هیداتیفرم در بیمارستان آموزشی درمانی الزهرا(س) شهر رشت (۱۳۸۶-۱۳۸۲) انجام گرفت.

روش کار

این پژوهش یک بررسی توصیفی گذشته نگر می باشد که آن شامل کلیه مادران بارداری است که با تشخیص قطعی مول هیداتیفرم به روش سونوگرافی، بستری و درمان شده بودند. در این مطالعه تعداد ۷۸ پرونده به صورت سرشماری از سال ۱۳۸۲ تا سال ۱۳۸۶ مورد بررسی قرار گرفت. سپس اطلاعات لازم از پرونده این بیماران استخراج و در پرسش نامه ثبت و مورد بررسی قرار گرفت. سئوالات پرسشنامه حاوی سه قسمت می باشد قسمت اول- مشخصات

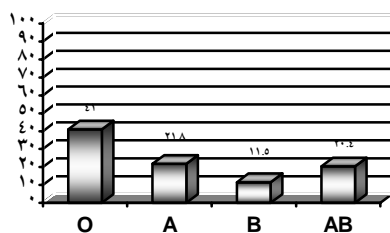
بر اساس تحقیقات انجام شده میزان شیوع بیماری تروفوبلاستیک در تهران، شیراز، مشهد و یزد به ازای هر هزار زن باردار به ترتیب، ۱/۸۵، ۳/۸۱، ۵/۴۷ و ۱/۸ مورد گزارش شده است (۴). یک مطالعه ی case control به وسیله ی La vecchia و همکاران نشان داد که زنانی که همسران آنها بالای ۴۰ سال سن دارند بیشتر به این بیماری مبتلا می گردند (۵).

یک مطالعه در انگلستان نشان داد که مول مجدد بعد از یک بار حاملگی مولی، ۱ مورد در ۷۶ حاملگی و بعد از دو بار مول حاملگی مولی، ۱ مورد در ۶/۵ حاملگی می باشد. میزان مول هیداتیفرم در دو گروه سنی بالای ۳۵ سال و زیر ۲۰ سال افزایش پیدا می کند (۶). در مطالعه ای که توسط زهرا بصیرت و همکاران در شهر یزد انجام گرفت سقط ارتباطی با میزان بروز مول نداشت اما گروهی از محققان نشان دادند که با افزایش سقط میزان بروز مول افزایش می یابد (۷). براساس مطالعات، مول هیداتیفرم در (۵۰٪) موارد به دنبال مول و در (۲۵٪) موارد به دنبال حاملگی ترم و در بقیه ی موارد در تعقیب سقط و حاملگی خارج رحمی اتفاق می افتد (۸). علائم بیماری اغلب در اواخر ۳ ماهه ی اول و در طی ۳ ماهه ی دوم بروز می کند. علائم بالینی بیماری عبارتند از خونریزی واژینال (۹۷٪ در گذشته ولی امروزه ۸۴٪) کم خونی (۵۰٪) بزرگی بیش از حد رحم که از علائم کلاسیک مول کامل است (۵۰٪) فقدان فعالیت قلب جنین، پره اکلامپسی (۲۷٪) استفراغ شدید بارداری (۲۵٪)، آمبولیزاسیون تروفوبلاستیک (۲٪) کیست های تکالوتینی تخمدان (۵۰٪) تیروتوکسیکوز (۲٪) (۷). براساس مطالعات انجام شده بالا بودن سطح HCG در بیماران دارای حاملگی مولار می تواند منجر به هیپرتریوئیدیسم گردد (۹). در مطالعه ای که توسط فرهادی فر و همکاران در بیمارستان بعثت سنجند انجام گردید ۹۶/۳ درصد بیماران مبتلا به مول هیداتیفرم بودند میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۲۷

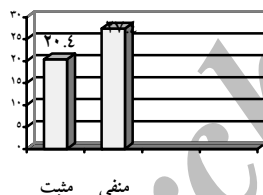
یافته های مربوط به سیر بالینی به قرار زیر است: شایعترین علامت در جامعه ی مورد پژوهش، بزرگی بیش از حد رحم نسبت به سن حاملگی (۷۵٪) بود. خونریزی واژینال در ۷۴/۴ درصد، کم خونی در ۱۹/۲ درصد، استفراغ شدید بارداری در ۱۹/۲ درصد، پرکاری تیروئید در ۱۹/۲ درصد و کیست تکالوتئینی در ۱۰/۲ درصد از بیماران مشاهده گردید در هیچ کدام از افراد مورد پژوهش فعالیت قلب جنین و پره اکلامپسی وجود نداشت. هم چنین توزیع واحدهای مورد پژوهش به مول بر حسب گروه خونی و RH و هم چنین علائم بالینی در نمودارهای شماره ۱ تا ۳ آورده شده است.

نمودار شماره (۱): توزیع مبتلایان به مول هیداتیفرم بر حسب گروه

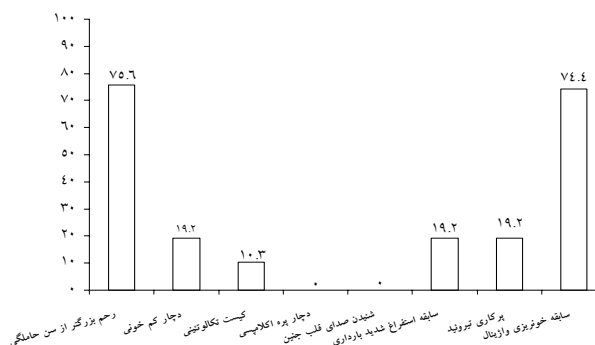
خونی



نمودار شماره (۲): توزیع مبتلایان به مول هیداتیفرم بر حسب RH



نمودار شماره (۳): توزیع علائم بالینی همراه با مول هیداتیفرم



دموگرافیک بیماران، قسمت دوم- مربوط به عوامل خطر در بیماران و قسمت سوم- مربوط به سیر بالینی در بیماران می باشد.

نتایج

در مطالعه ی انجام شده ۷۸ بیمار مبتلا به مول مراجعه کننده به بیمارستان آموزشی درمانی الزهرا(س) شهر رشت مورد بررسی قرار گرفت. یافته های مربوط به هدف اول طرح به قرار زیر است: بیشترین سن جامعه ی مورد پژوهش ۴۶ سال و کمترین سن، ۱۵ سال می باشد میانگین سن افراد مورد مطالعه ۲۶ سال است (جدول شماره ۱).

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی و درصد مبتلایان به مول

هیداتیفرم به تفکیک گروههای سنی

فراوانی	متغیر	تعداد	درصد
سن	بیشتر از ۳۵ سال	۱۹	۲۴/۴
	بیشتر از ۲۵ تا ۳۵ سال	۱۸	۲۳/۱
	بیشتر از ۳۰ تا ۳۵ سال	۲۴	۳۰/۸
	سی و یک تا ۳۵	۸	۱۰/۳
	سی و شش تا ۴۰	۶	۷/۷
	چهل و یک و بیشتر	۳	۳/۸
	جمع	۷۸	۱۰۰

(۵۲٪) از بیماران دارای حاملگی اول بودند و در (۷۶/۹٪) از بیماران، بیماری در سن حاملگی کمتر یا مساوی ۱۴ هفته (سه ماهه ی اول بارداری) تشخیص داده شده بود (جدول شماره ۲).

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی و درصد مبتلایان به مول

هیداتیفرم بر حسب تعداد حاملگی

فراوانی	متغیر	تعداد	درصد
تعداد حاملگی	حاملگی اول	۴۱	۵۲/۶
	حاملگی دو و سوم	۳۱	۳۹/۷
	حاملگی چهارم و بالاتر	۵	۶/۴
	داده از دست رفته	۱	۱/۳

(۵۶/۴٪) از جامعه ی مورد پژوهش ساکن روستاهای استان گیلان بودند. ۲/۶ درصد از بیماران سابقه ابتلا به حاملگی مولی و ۱۰/۳ درصد از بیماران سابقه سقط داشتند که تمامی موارد قبل از وقوع حاملگی مولی اتفاق افتاده بود. بیشتر افراد مورد پژوهش از روش های پیشگیری از بارداری استفاده نمی کردند (۳۹/۷٪).

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه با بررسی پرونده ۷۸ بیمار مبتلا به مول هیداتیفرم، نشان داده شد میانگین سن افراد مبتلا به این بیماری ۲۶ سال می باشد که با پژوهشی که توسط فرهادی فر و همکاران انجام گرفته شباهت دارد (۴). در این مطالعه بیشتر افراد در گروه سنی ۳۰-۲۶ سال قرار داشتند در حالی که در مطالعه ی Serbire و همکاران میزان بروز مول در بین زنان ۱۵ سال و کمتر و زنان بالای ۴۵ سال بیشتر است (۱۱). البته باید توجه داشت بالا بودن تعداد افراد مبتلا به مول در سنین ۳۰-۲۶ سال می تواند متأثر از این باشد که این افراد نسبت به سنین بالاتر حاملگی های بیشتری را تجربه می کنند (۵۲٪) از بیماران دارای حاملگی اول بوده و در (۷۶/۹٪) از بیماران، بیماری در سن حاملگی کمتر یا مساوی ۱۴ هفته (سه ماهه ی اول بارداری) تشخیص داده شده بود. در (۲/۶٪) از افراد سابقه ی ابتلا به حاملگی مولی وجود داشت که با مطالعه ی طباطبایی و همکاران مطابقت دارد (۷) در این مطالعه، (۴۱٪) افراد دارای گروه خونی O بودند. در پژوهشی که توسط بصیرت و همکاران انجام گرفت گروه خونی B از ریسک فاکتورهای ابتلا به حاملگی مولار بوده است (۱۰). (۸۴/۶٪) از افراد مورد پژوهش دارای Rh مثبت بوده اند در حالی که در مطالعه ی رجبی و همکاران رابطه ی معنی دار آماری بین Rh و ابتلا به این بیماری وجود ندارد (۸). در این مطالعه بین خونریزی واژینال و گروه خونی رابطه معنی دار آماری وجود داشت ($P < 0/04$) که در این راستا باید تحقیقات آینده نگر بیشتری صورت گیرد (۳۹/۷٪) از افراد از روش های پیشگیری از بارداری استفاده نمی کردند بنابراین شانس بارداری در این زنان بیشتر بوده و ریسک حاملگی مولی نیز زیاد می گردد. (۵۶/۴٪) از بیماران ساکن روستا بوده اند که با پژوهش طباطبایی و همکاران مطابقت دارد (۷). شایعترین علامت بیماران مبتلا به مول هیداتیفرم در این پژوهش رحم بزرگتر از سن حاملگی (۷۵٪) بوده که در اکثر مطالعات بعد از

خونریزی واژینال شایعترین علامت می باشد خونریزی واژینال در (۷۴/۴٪) افراد وجود داشت که در برخی از مطالعات با شیوع کمتر (۱۰) و در برخی از مطالعات با شیوع بیشتر بوده است (۷) آنمی در (۱۹/۲٪) از بیماران وجود داشت که در برخی از مطالعات شیوع بیشتری را به خود اختصاص داده است (۳) فشار خون مبتلایان در حد نرمال بوده که با مطالعه ای که توسط بصیرت و همکاران صورت گرفته مطابقت دارد (۱۰) در (۱۹/۲٪) بیماران، استفراغ شدید بارداری وجود داشت که با مطالعه ی Bugti و همکاران مشابهت دارد (۳) پرکاری تیروئید در (۱۹/۲٪) و کیست تکالوتینی در (۱۰/۲٪) از بیماران وجود داشت در پژوهشی که توسط بصیرت و همکاران در بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل انجام شد پرکاری تیروئید در (۲/۵٪) موارد دیده شد و هیچ مورد از کیست تکالوتینی مشاهده نشد با توجه به درصد افراد مبتلا به پرکاری تیروئید، لازمست تدابیر لازم در زمینه ی این مشکل قبل از تخلیه ی حاملگی مولی انجام گردد.

با توجه به نتایج حاصله می توان اذعان داشت که این بیماری در گروه سنی ۳۰-۲۶ سال و در مناطق روستایی شایعتر است و شایعترین علامت بزرگی بیش از حد رحم نسبت به سن حاملگی می باشد. تشخیص بر اساس یافته های بالینی، سونوگرافی و پاتولوژی است لذا توصیه می شود با سونوگرافی روتین در سه ماهه ی اول بارداری، امکان تشخیص هر چه زودتر این بیماری ایجاد گردد هم چنین مرکزی جهت حمایت از بیماران مبتلا به مول هیداتیفرم فراهم شود و تحقیقات آینده نگر با حجم بیشتر در این مرکز انجام گردد. باشد که گامی بزرگ در جهت تشخیص و درمان زودرس این بیماری، کاهش هزینه ها و کمک به اقتصاد و اعتلای کشور باشد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه ی پرسنل واحد بایگانی و مدارک پزشکی بیمارستان الزهرا (س) شهر رشت و

همچنین کمیته ی تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گیلان تشکر و قدردانی به عمل می آید.

منابع:

- 1- T. Y. Ng, Ic wong diagnosis and management of gestational trophoblasticneoplasia ,Best practice& research. clinical obstetrics & Gynecology, Nov2003, 17(6): 893-903.
- 2- James S, Epidemiology of gestational trophoblastic diseases, Best practice & Research. Clinical obstetrics & Gynecology, February (2004), 18(1): A2 – A9.
- 3-Bugti Q, Baloch N, Baloch M, gestational trophoblastic diseases in Quetta, Pakistan J. Med. Res, 2005,44(2): 92-95.
- ۴- فرهادی فر ف، ناصری ک، زند وکیلی ف، بررسی اپیدمیولوژیک بیماریهای تروفوبلاستیک حاملگی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان بعثت سنندج، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بهار ۱۳۸۲ شماره ۱ صفحه ۳۲.
- 5-Altier A, Franceschi s, Ferlay j, Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic disease, the lancet oncology,nov 2003, 4(11): 670-678.
- 6- Altman AD, BentleyB, MurrayS, et al, Maternal age related rates of gestationatrophoblastic disease, obstet gynecol, 2008, 112(2pt1): 224-50.
- ۷- طباطبایی و علاقه بند م، بررسی اپیدمیولوژیک میتلایان به مول هیداتیدفورم کامل در بیمارستان های آموزشی شهر یزد، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، پاییز ۱۳۸۰. شماره سوم صفحه ۳۳ – ۲۹.
- ۸- رجبی پ. آرام ش. سهیلی پور ز و همکاران. بررسی ارتباط بین بیماریهای تروفوبلاستیک حاملگی با ازدواج فامیلی و گروه خونی در دو بیمارستان الزهرا(س) و شهید بهشتی اصفهان. اسرار مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار. تابستان ۱۳۸۲. شماره ۲. صفحه ۲۳-۲۹.
- 9-Azeli A, Bayraktaroglu T, Topuz S, et al, Hyperthyroidism in molar pregnancy, Transfusion and Apheresis science, February2007, 36 (1): 87-89.
- ۱۰- بصیرت ز ، حاجی احمدی م، آقایی بغداد آبادی ج، مول هیداتیدفورم، علائم کلینیکی و عوارض(بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل ۷۹ – ۱۳۷۵)، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، بهار ۱۳۸۲ شماره ۲ صفحه ۴۳-۴۶
- 11- Gary Cunningham. F, Leveno k, bloom s, Williams obstetrics, twenty second edition, in the united states of American: the Mc Graw -Hill companies, 2005.

Survey risk factors in pregnant women who suffer from hydatidiform mole and its clinical course in Alzahra hospital in Rasht from 2003-2007

By: Tahere Ziaie¹, Homa Khanjani², Mohammad Ali Yazdani³

Abstract:

Introduction: Hydatidiform mole is one of the branches of trophoblastic diseases in pregnancy. Trophoblastic diseases in pregnancy is referred to special group of diseases with different invasive and metastasis types. In attention to the importance of this disease and its high incidence in Asian and African countries and scant information in Iran, especially in Guilan, this study aims to determine the risk factors and clinical course in pregnant women who suffer from hydatidiform mole in Alzahra hospital in Rasht from 2003-2007.

Methods: This is a retrospective descriptive study and its sample consists of all pregnant mothers who referred to Alzahra hospital in Rasht from 2003-2007 and were diagnosed with hydatidiform mole with sonography and were hospitalized and treated. The data were collected through patient records.

Results: In this study 78 pregnant mothers with hydatidiform mole were surveyed who referred to Alzahra hospital. The mean age of women studied was 26 years. Fifty-two percent were primigravida. In (%76.9) of samples, disease was diagnosed in gestational age less or equal to 14 weeks (first trimester of pregnancy). In this study blood group O+ (%14) with positive Rh (%84) had the most frequency. Majority (%56.4) resided in villages in Guilan province. (%2.6) of mothers had the history of H.M. %10.3 of mothers had abortion that happened before molar pregnancy. Most mothers (%39.7) didn't use contraception. The most prevalent sign was uterus size bigger than gestational age (%75). Vaginal bleeding(%74.4), anemia(%99.2), hyperemesis gravidarum (%19.2) thyrotoxicosis(%19.2) teclutein cyst(%10.2) were seen in study samples. Fetal heart activity or preeclampsia was not seen in any of the pregnant women.

Conclusion: According to obtained results routine sonography in first trimester is recommended for early diagnosis and also a support center for these mothers to be established and further prospective studies to be conducted which can help early detection, decrease expenses and help the economy.

Key words: Hydatidiform mole, Risk factors, Clinical process

1. MSc in midwifery, Faculty member of Guilan University of Medical Sciences

2. BSc in midwifery, Shahid Bahashti hospital(Lahijan)

3. BSc in Pure Mathematics, Guilan University of Medical Sciences