



بررسی مقایسه‌ای تظاهرات بالینی حاملگی مولار کامل در مقابل حاملگی مولار ناکامل در سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۹۷

انیس الدوله نانکلی: دانشیار، گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
صبا ذاکری: دانشجوی دکتری بیوشیمی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، بیمارستان امام رضا کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
داریوش پورمند: عضو هیئت علمی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
کریم زمان فر: دکتری حرفه‌ای پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران (*نویسنده مسئول) Dav.zamani@yahoo.com

چکیده

کلیدواژه‌ها

بارداری مولار،
ارائه بالینی،
مول کامل،
بیماری حاملگی تروفوبلاستیک

زمینه و هدف: حاملگی مولر به عنوان یکی از بیماریهای حاملگی بیماری تروفوبلاستیک بارداری (GTD) است که از جفت پدیدار می‌شود و عنوان یکی از گروه‌های بیماری طبقه‌بندی می‌شود. مول‌های هیdatی فرم، ۱ در هر ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰ بارداری در ایالات متحده تشخیص داده می‌شوند. به نظر می‌رسد تغییرات زیادی در توسعه مول وجود دارد و فراوانی آن در شرق آسیا از کشورهای غربی بیشتر است. مول به دو نوع کامل و ناقص تقسیم می‌شود. هدف ما مقایسه کلینیکی حاملگی کامل مولر و بارداری ناقص مولر در بیمارستان آموزشی امام رضا (ع) در سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۹۷ است.

روش کار: در طی یک دوره ده ساله ۲۸۹ بیمار که از نظر بالینی بارداری مولار داشتند به بیمارستان آموزشی امام رضا (ع) کرمانشاه مراجعه کرده بودند. نتایج این مطالعه بر اساس سونوگرافی، معاینه جسمی، گزارش پاتولوژی و آزمایش انجام شده از بیمار است. تجزیه و تحلیل با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. آزمون T، مجذور کای، آزمون ویلکاکسون. ارزش P کمتر از ۰/۰۵ از سطح معنی‌دار آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در این مطالعه، بیشتر مادران باردار مولر در گروه سنی ۲۵-۴۵ سال قرار داشتند، زیرا در این سن قدرت باروری زیاد است و پس از آن محدوده سنی ۱۵-۲۴ در رتبه دوم قرار دارد. از طرف دیگر، مول جزئی با بالاترین فراوانی در سن ۱۵-۲۴ سال بود. در مطالعه حاضر، ۱۱۴ زن باردار (۴۸/۱ درصد) Nullipar بودند و ۱۲۳ نفر (۵۱/۹ درصد) Multipar بودند. اندازه رحم در حاملگی کامل مولر بزرگ‌تر از مول جزئی بود. در این مطالعه فقط اندازه رحم از نظر آماری ارتباط معنی‌داری با حاملگی مولر داشت (P = ۰/۰۱۷) و بین سایر متغیرها در مطالعه ما و بارداری مولر رابطه معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط معنی‌دار اندازه رحم و اهمیت آن، باید در مطالعات بعدی به‌عنوان یک شاخص مهم مورد توجه قرار گیرد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

شیوه استناد به این مقاله:

Nankali A, Zakeri S, Pourmand D, Zamanfar K. Comparison of clinical presentation of complete molar pregnancy and partial molar pregnancy in Imam Reza teaching hospital 2006-2018. Razi J Med Sci. 2021;28(5):21-28.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با 3.0 CC BY-NC-SA صورت گرفته است.

Comparison of clinical presentation of complete molar pregnancy and partial molar pregnancy in Imam Reza teaching hospital 2006-2018

Anisodowleh Nankali: Associate Professor, Maternity Research Center, Department of obstetrics and gynecology Imam Reza Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

Saba Zakeri: PhD Student of Clinical Biochemistry, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

Daryoush Pourmand: Senior Lecturer of Medical Immunology, Head of Department of Laboratory Sciences, Kermanshah, Iran,

Karim Zamani: MD, Department of Medical Sciences, Clinical Research Development Unit of Imam Reza Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran (* Corresponding author) Dav.zamani@yahoo.com

Abstract

Background & Aims: Molar pregnancy is one of the gestational diseases of pregnancy trophoblastic disease (GTD) which is a free phenomenon and is classified as one of the disease groups. Gestational trophoblastic disease (GTD) is a term that includes a group of tumors that are characterized by abnormal proliferation of human placental gonadotropin trophoblast (hCG); Guide to Encouraging GTD, Administration, and Related Care It is essential to measure these peptide hormones in serum. Hydatid mole is diagnosed in 1 in 1,500 to 2,000 pregnancies in the United States. There seems to be a lot of change in mole development, and it is more prevalent in East Asia than in Western countries. Mole is divided into two types, complete and incomplete. A complete hydatidiform mole has abnormal chorionic villi that can be seen with the naked eye as a mass with clear vesicles. The size of the vesicles varies and often hangs in clusters of thin bases. Conversely, in incomplete mole pregnancies, hydatidiform changes are focal and less severe; Incomplete moles also contain some embryonic tissues. Although both types of moles fill the uterine cavity, their occurrence in the form of tubular pregnancy or other forms of ectopic pregnancy is rare. Over the past few decades, the clinical manifestations of mole pregnancies have changed significantly due to the earlier application of women for prenatal care as well as the widespread prevalence of ultrasound. As a result, most mole pregnancies are diagnosed more than they are enlarged and cause complications. Due to rapid diagnosis, timely evacuation, and careful post-evacuation monitoring for GTN, maternal mortality rate due to molar pregnancy has become rare. The purpose of preoperative evaluations is to identify known known complications such as preeclampsia, hyperthyroidism, anemia, decreased electrolytes due to severe vomiting, and metastatic disease. After molar pregnancy, monitoring is very important to identify subsequent neoplasms. Therefore, moles should be histologically differentiated from other cases of pregnancy failure that cause hydropic analysis of the placenta; These can mimic the hair changes that occur in a mole pregnancy. Classic molar changes may not be seen before the tenth week of pregnancy; Because the villi have not yet grown and the molar stroma may not have been edematous and without blood vessels, other techniques are used to differentiate. One technique uses a difference in ploidy to differentiate between defective (triploid) moles and diploid products. Excluding rare cases, molar pregnancies can be considered the result of chromosomally abnormal fertilizations. The chromosomal composition in a

Keywords

Molar pregnancy,
Clinical presentation,
Complete mole,
Trophoblastic gestational disease

Received: 26/04/2021

Published: 26/07/2021

complete mole is generally diploid. Chromosome composition is usually XX46, and both chromosomes are of paternal origin, a phenomenon called androgenesis. Complete moles and non-molar pregnancies with placental hydropic analysis are both diploid. The aim of clinical comparison is complete molar pregnancy and incomplete molar pregnancy in Imam Reza (AS) Teaching Hospital in Kermanshah.

Methods: During a twelve-year period, 237 patients who were clinically pregnant were referred to Imam Reza (AS) Teaching Hospital in Kermanshah in 2018-2006. Although sonography is the main method of diagnosing trophoblastic disease, all cases They are not approved at first. The term "snowstorm" is commonly used to describe this view. Ultrasound image of a complete mole contains an echogenic uterine mass that has a large number of echo-free cystic spaces, but no embryo or amniotic sac is seen. It is an embryo or at least an embryonic tissue. However, in early pregnancy, ultrasound will show the above clear appearance in only half of the cases of hydatidiform mole. The results of this study are based on ultrasound, physical examination, pathology report and examination of the patient. Analysis was performed using SPSS software version 16, T test, Chi-square, Wilcoxon test.

Results: In this study, the strongest risk factors are age and history of hydatidiform mole in previous pregnancies. Women on both sides of the reproductive age range are at greater risk. Most of molar's pregnant mothers were in the age group of 25-45 years, because at this age the fertility is high, followed by the age range of 24-24. On the other hand, partial moles had the highest frequency at the age of 15-24 years. In the present study, 114 pregnant women (48.1%) were nulliparous and 123 (51.9%) were multiparous. The size of the uterus in full pregnancy was larger than the partial mole (flesh mass). The most common clinical sign was vaginal bleeding. Uterine size in full molar pregnancy was larger than incomplete molar, which was statistically significant. Hyperemesis was higher in complete mole than incomplete mole, although this difference was not significant, but its P. Value level was close to significant and was calculated to be around 0.06. The frequency of complete moles was higher than incomplete moles. The highest frequency of blood group was related to O positive and the lowest frequency of blood group was related to AB negative. Most cases of complete molar pregnancy were 11-17 weeks in gestational age and less than 10 weeks in incomplete moles. Most pregnant mothers had multiple molar pregnancies. The majority of patients with the diagnosis of molar pregnancy were urban. In this study, only the size of the uterus was statistically significantly associated with molar pregnancy ($P = 0.017$) and no significant relationship was observed between other variables in our study and molar pregnancy.

Conclusion: The clinical manifestations of complete molar pregnancy were similar to incomplete molar and were not statistically significant. And in two study groups where complete and incomplete moles were compared. The results showed that the majority of women who had molar pregnancies lived in the city and there was no statistically significant difference. Considering the significant relationship between uterine size and its importance, it should be considered as an important indicator in future studies and is an important and helpful indicator in diagnosing complete mole pregnancy from incomplete mole.

Conflicts of interest: None

Funding: Kermanshah University of Medical Sciences

Cite this article as:

Nankali A, Zakeri S, Pourmand D, Zamanfar K. Comparison of clinical presentation of complete molar pregnancy and partial molar pregnancy in Imam Reza teaching hospital 2006-2018. Razi J Med Sci. 2021;28(5):21-28.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه

بارداری مولار یکی از بیماری‌های حاملگی تروفوبلاستیک حاملگی (GTD) است که از جفت ظهور می‌شود و به عنوان یکی از گروه‌های بیماری طبقه‌بندی می‌شود (۱-۲).

مول‌های هیdatاتی فرم یک نفر در هر ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰ بارداری در ایالات متحده تشخیص داده می‌شوند. به نظر می‌رسد تغییرات زیادی در توسعه مول وجود دارد و فرکانس آن در شرق آسیا بیشتر از کشورهای صنعتی غربی است (۳).

مول به دو نوع کامل و ناقص تقسیم می‌شود. حاملگی مولی زمانی رخ می‌دهد که ناهنجاری‌های خاصی در تخم‌های بارور وجود داشته باشد. تخم بارور شده یا به جنین تبدیل نمی‌شود (مول کامل) یا به شکلی غیرطبیعی رشد می‌کند و یا زنده نمی‌ماند (مول ناقص) در اکثر حاملگی‌های مولی، کروموزوم‌های مادر در تخم‌های بارور وجود ندارند و کروموزوم‌های پدر تکرار می‌شوند؛ بنابراین، دو نسخه از کروموزوم‌های پدر در تخم وجود دارد و هیچ کروموزومی از مادر در آن یافت نمی‌شود. در این وضعیت، هیچ جنین، کیسه جنین یا هر بافت جفت طبیعی وجود ندارد. در عوض، جفت به سمت تومور کیسه‌های خوشه‌ای جهت می‌یابد. بافت‌های جنینی در مول ناقص ممکن است گلبول قرمز دارای آنتی‌ژن D نیز با خود داشته باشند، پس از کورتاژ به زنانی که از نظر Rh، D منفی هستند ایمونوگلوبولین ضد D (روگام) تزریق می‌شود. از آنجا که ممکن است تشخیص قطعی کامل یا ناقص بودن مول تا زمان ارزیابی پاتولوژیک محصولات خارج شده ممکن نباشد، در مواردی که شک به مول کامل وجود دارد نیز روگام تزریق می‌شود (۴).

مول هیdatاتیفرم در ۱ تا ۲ مورد در هر ۱۰۰۰ حاملگی در ژاپن و چین یافت می‌شود و بیشترین فراوانی در اندونزی، هند و ترکیه با ۱۲ در ۱۰۰۰ بارداری مشاهده می‌شود. در آمریکای شمالی، اروپا و اقیانوسیه حاملگی مولی دارای تعداد دفعات ۰/۵ تا ۱ در ۱۰۰۰ بارداری است (۵). علائم بیماری معمولاً در پایان سه ماهه اول و در سه ماهه دوم ظاهر می‌شود. علائم بالینی شامل خونریزی واژن (۹۷٪) در گذشته است در حال حاضر ۸۴٪ می‌باشد، کم خونی (۵۰٪)، بزرگ شدن بیش از

حد رحم، به عنوان یکی از علائم کلاسیک مول کامل (۵۰٪)، پره اکلامپسی (۲۷٪)، آمبولی تروفوبلاستیک (۲٪) کیست‌های تکالوتئین تخمدان (۵۰٪)، تیروتوکسیکوز (۲٪) می‌باشد. بر اساس مطالعات انجام شده، سطح بالای HCG در بیماران باردار مولار ممکن است منجر به پرکاری تیروئید شود (۶ و ۷) که در ۷٪ موارد گزارش شده است. در برخی مطالعات؛ با این حال، این رقم ۵٪ گزارش شده است (۸)، پره اکلامپسی در ۲۷٪ موارد و یک مورد در ۷۴ بارداری گزارش شده است (۹).

در صورت تشخیص این بیماری، کورتاژ ساکشن و تخلیه رحم بلافاصله انجام می‌شود. پس از کورتاژ، سطح HCG-β خون در هفته اندازه‌گیری می‌شود. در فردی که HCG-β کاهش یافته است، پیگیری و اندازه‌گیری سطح هورمون باید حداقل ۶ ماه ادامه یابد. حتی اگر سطح سرمی B-HCG ثابت باشد یا تومور تشخیص داده شود.

هدف از این تحقیق، مقدمه ارائه و مقایسه کلینیکی از بارداری کامل مولار و حاملگی جزئی مولار است.

روش کار

مطالعه توصیفی - مقطعی و از نوع بررسی موارد می‌باشد. این طرح در دانشگاه علوم پزشکی با شماره کد ۹۲۲۵۲ ثبت شده است.

ملاحظات اخلاقی: از اطلاعات موجود در پرونده بیماران استفاده شد، نام بیماران محرمانه باقی ماند و هزینه مالی بر آن‌ها تحمیل نشد.

جامعه و نمونه پژوهش: پس از کسب مجوز و تصویب در شورای پژوهشی با هماهنگی بایگانی بیمارستان امام رضا (ع) تمامی پرونده‌های زنان مراجعه‌کننده با تشخیص حاملگی مول هیdatاتیفرم در طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۷ جدا شده و بررسی گردید. اطلاعات دموگرافیک و شرح حال از وضعیت بیماری از طریق فرم جمع‌آوری داده‌ها که توسط مجری طراحی شده است بدست آمد.

در مورد موارد حاملگی مولار با مراجعه به مراکز بالینی بارداری مولار، که در طول ۱۲ سال (سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۷) در بخش زنان و زایمان در بیمارستان آموزشی دانشگاه امام رضا (ع) مورد بررسی قرار گرفته

بالینی حاملگی مولار را نشان دادند. تجزیه و تحلیل با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۲۰ انجام شد. آزمون T مجذور کای، آزمون ویلکسون، ارزش p کمتر از ۰/۰۵ از سطح معنی دار آماری، معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۳۷ زن باردار مبتلا به حاملگی که از نظر پزشکی و جراحی مشارکت داشتند، مورد مطالعه قرار گرفتند.

۱۸۱ مورد (۰/۷۶/۴) از مادران دارای حاملگی مول کامل و ۵۶ مورد (۰/۲۶/۶) مول ناقص بودند. در این مطالعه، بیشترین حاملگی مولار در گروه‌های سنی ۲۵ تا ۴۵ سال قرار داشتند، زیرا سنین اصلی قدرت باروری محسوب می‌شود و پس از آن محدوده سنی ۱۵-۲۴ در رده دوم قرار دارد. بیش از نیمی از زنان باردار مولار کامل در هفته‌های ۱۱ تا ۱۷ بارداری بودند؛ اما در حاملگی مول ناقص، میزان ابتلا در سنین زیر ۱۰ هفته با سنین ۱۷-۱۱ هفته یکسان بود. اطلاعات دموگرافیک جامعه مورد مطالعه در جدول ۱ آورده شده است.

به‌طور کلی، در مطالعه حاضر، ۱۱۴ زن باردار (۰/۴۸/۱) نولی پار و ۱۲۳ مورد (۰/۵۱/۹) مولتی پار بودند. از ۲۳۷ بیمار مبتلا به حاملگی مولار، ۱۶۳ نفر در شهر زندگی

شده بود، انجام شد (واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان امام رضا (ع)).

۳۸ پرونده با تشخیص آسیب‌شناسی نهایی شامل محصولات حاملگی، سقط جنین و ... گزارش گردید و با توجه به مطابقت با نتایج سونوگرافی و پاتولوژی، این موارد حذف شدند و در نهایت از ۲۷۵ پرونده مورد بررسی با تشخیص اولیه، ۲۳۷ پرونده با تشخیص نهایی بارداری مولر مورد تأیید و مطالعه قرار گرفتند. در این مطالعه سن مادر، گراویتی، پاریتی، محل اقامت، تاریخچه مول هیدراتیت فرم، خونریزی، پره اکلامپسی، آمبولی تروفوبلاستیک بر اساس رجیستری تاریخ پزشکی، نوع مول هیدراتیت، سن حاملگی، کیست تکالوتئین با توجه به یافته‌های سونوگرافی، سطح β HCG اولیه (InitialHblevel)، پرکاری تیروئید، نوع گروه خونی بر اساس آزمایش خون گرفته شده برای بیمار، خونریزی واژینال، اندازه رحم از طریق معاینه فیزیکی و سونوگرافی که در پرونده پزشکی ثبت شده است و نتایج پاتولوژیک از طریق گزارش پاتولوژی مورد بررسی قرار گرفت.

آنالیز آماری: ارزیابی و گروه‌بندی ما به دو کلاس مولارهای کامل و جزئی بر اساس بررسی ۲۳۷ مورد انجام می‌شود. جامعه آماری شامل زنانی بود که از نظر

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک بیماران

نوع بارداری مولار	فراوانی	سطح هموگلوبین (g/dL)	سن (سال)	گراویتی	سن حاملگی (هفته)	سایز رحم	سطح اولیه هورمون BHCG (mIU/ml)
بارداری مول کامل	۱۸۱	۱۱/۹۷۵	۲۸/۵۴	۲/۵۰	۱۱/۲۵	۱۴/۰۴	۵۲۵۶۵/۱۰
بارداری مول ناقص	۵۶	۱۲/۱۸۰	۲۵/۹۸	۲/۲۳	۱۰/۷۵	۱۳/۰۷	۶۰۱۹۹/۲۳

جدول ۲- متغیرهای مورد بررسی در زنان با بارداری کامل مولار و حاملگی جزئی مولار

متغیرها	بارداری مول ناقص	بارداری مول کامل	p
کیست تکالوتئینی	۲ (۰/۳/۶)	۶ (۰/۳/۳)	۰/۰۰۱
استفراغ شدید حاملگی	۶ (۰/۱۰/۷)	۴۰ (۰/۲۲/۱)	۰/۰۶۰
آنمی ($Hb < 12$)	۴ (۰/۷/۱)	۱۸ (۰/۹/۹)	۰/۵۲۸
خونریزی واژینال	۳۱ (۰/۵۵/۴۵)	۱۱۴ (۰/۶۳/۰)	۰/۳۰۶
پره اکلامپسی	۲ (۰/۳/۶)	۶ (۰/۳/۳)	۰/۰۰۱
هیپر تیروئیدی ساب کلینیکال	۱۴ (۰/۲۵/۵)	۶۲ (۰/۳۴/۳)	۰/۱۹۵
جمع	۵۶ (۰/۱۰۰/۰)	۱۸۱ (۰/۱۰۰/۰)	

می‌کنند و ۷۴ نفر در مناطق روستایی زندگی می‌کنند و همچنین سابقه بارداری مولار قبلی در این ۲۳۷ بیمار به این صورت بود که ۱۸ بیمار سابقه درمان قبلی را داشتند و بعلاوه در این ۲۳۷ مورد، اکثریت گروه خونی مثبت دارند. برخی از متغیرهای مورد بررسی در مطالعه جمعیت در جدول ۲ آورده شده است.

هیچ‌یک از متغیرها از نظر آماری معنی‌دار نبودند. بر اساس آزمایش ویلکاکسون، فقط اندازه رحم با حاملگی مول معنی‌دار بود ($P=0/017$)، به این معنی که اندازه رحم در مول کامل بیش از مول ناقص است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه ۲۳۷ مورد حاملگی مولار ارزیابی شدند. حاملگی مولار کامل در ۱۸۱ مادر دیده شد (با متوسط سن $28/54 \pm 8/7$ سال) و ۵۶ مورد مول ناقص (با متوسط سنی $25/98 \pm 8/2$ سال). سائیز رحم در حاملگی مولار کامل به‌صورت معناداری بیشتر از بارداری مولار ناقص بود (۱۰). در این مطالعه گذشته نگر حداقل حجم پرونده‌های لازم طی سال‌های ۱۳۹۷-۱۳۸۵ در کل ۲۳۷ پرونده با تشخیص اولیه و نهایی حاملگی مولار مورد بررسی قرار گرفت. در مطالعه ما ۱۸۱ مادر با حاملگی مولار کامل و در گروه مول ناقص ۵۶ مورد بودند. در مطالعه و کیلی و همکاران در کاشان در طی مدت مطالعه ۸۵ مورد مول هیداتیفورم شامل ۶۷ مورد مول کامل و ۱۸ مورد مول ناقص دیده شد (۱۱). در مطالعه Oun در مصر در فاصله زمانی ژانویه ۲۰۰۹ تا دسامبر ۲۰۱۳ صد و پنجاه مادر باردار با حاملگی مولار مشخص شد که شیوع حاملگی مولار ۶/۶ به‌ازای ۱۰۰۰ زایمان بود (۱۲). در مطالعه Fatima و همکاران در سال ۲۰۱۱ در پاکستان ۱۶۶۲۵ بیمار بررسی شدند که از این تعداد ۸۵ مورد با تشخیص مول هیداتیفورم بستری بودند.

در مطالعه توصیفی-تحلیلی رضاوند و همکاران بر روی ۲۰۰ بیمار مول هیداتیفورم (گروه مورد) و ۴۰۰ زن مراجعه‌کننده جهت زایمان (گروه شاهد) در بیمارستان معتضدی کرمانشاه انجام شد: فراوانی مول هیداتیفورم ۳/۱ در ۱۰۰۰ تولد زنده و فراوانی مول کامل ۲/۰۷ در ۱۰۰۰ زنده بود (۱۷).

سن زنان در مطالعه Oun در محدوده ۱۸ تا ۴۸ ساله

با متوسط سنی $26/8 \pm 6/8$ سال بود. اکثر زنان با تشخیص حاملگی مولار سنی در محدوده ۳۵-۱۸ سال داشتند که بر اساس آزمون کای - دو ارتباط معنی‌داری بین سن و حاملگی مولار مشاهده نشد. متوسط سن بارداری در زمان تشخیص $14/4 \pm 5/4$ هفته بارداری گزارش شد و ۹۲٪ از زنان باردار قبل از هفته ۱۳ حاملگی مولار برایشان تشخیص داده شده بود و تنها در ۸٪ موارد تشخیص حاملگی مولار برای اولین بار در حفاصل هفته‌های ۲۰-۱۳ حاملگی داده شده بود (۱۲). در مطالعه ما ۱۸۱ مادر با حاملگی مولار کامل بودند که متوسط سن آن‌ها $28/54 \pm 8/7$ سال و میانه ۲۷ سال داشتند. محدوده سنی مادران ۵۴-۱۵ سال را شامل می‌شد. در گروه مول ناقص که ۵۶ مورد بودند متوسط سن مادران $25/98 \pm 7/2$ سال داشتند که میانه آن‌ها ۲۵ سال بود که جوان‌تر از گروه مول کامل بودند. محدوده سنی مادران مطالعه ۴۹-۱۵ سال بود که در کل جوان‌تر بودند. نتایج مطالعه ما همسو با مطالعه قبلی بود و از لحاظ آماری معنادار نبود. در مطالعه Nirmala و همکاران اکثریت زنان (۹۵/۱ درصد) خونریزی واژینال داشتند (۱۸). در مطالعه Fatima شایع‌ترین تظاهر بالینی این افراد خونریزی واژینال (۹۴/۲ درصد) بود (۱۳). در مطالعه Haiderkhan و همکاران ۶۰٪ از بیماران آمنوره و یا خونریزی نامنظم رحمی داشتند (۲۰). در مطالعه ضیایی خونریزی واژینال در (۷۴/۴ درصد) موارد دیده شد (۱۹). در مطالعه و کیلی شکایت اولیه در ۸۲/۸ درصد بیماران خونریزی واژینال بود (۱۱).

در مطالعه ما خونریزی واژینال به علت بارداری مولار کامل یا ناقص در ۶۱/۲ درصد موارد دیده شد و از لحاظ آماری تفاوت‌ها معنادار نبود.

کیست‌های تکا لوتینی که در بارداری‌های همراه با سطح بالای βhCG که با تحریک بیش از حد تخمدان همراهی دارد در مطالعه Oun در ۱۰٪ موارد دیده شد اما در هیچ‌یک از بیماران نیاز به جراحی اورژانسی دیده نشد (۱۲). در مطالعه ضیایی کیست تکالوتینی در (۱۰/۲ درصد) از بیماران وجود داشت (۱۹). در مطالعه حاضر نیز در ۸ مورد معادل ۴/۳ درصد کیست‌های تکا دیده شد.

اندازه بیش از حد نرمال رحمی از ویژگی‌های حاملگی

دلایلی هستند که به نقش hCG در تحریک تیروئید در بارداری مولار دلالت می‌کنند (۲۲). در مطالعه ما نیز در کل نزدیک به یک سوم موارد ۳۲/۱ درصد هیپرتیروئیدی ساب کلینیکال مشاهده شد که از لحاظ آماری معنادار نبود.

در مطالعه وکیلی گروه خون ۳۹/۵ درصد بیماران از نوع O بود (۱۱). در مطالعه Haiderkhan و همکاران بیشترین گروه خونی (۳۶٪) در حاملگی مولار B مثبت بود (۲۰) در حالی که در مطالعه ضیایی گروه خونی O با (۴۱٪) و Rh مثبت با (۸۴/۶ درصد) بیشترین درصد را داشتند (۱۹). در مطالعه Oun در کل ۱۴۴ بیمار (۹۶٪) RH مثبت و تنها ۴٪ RH خونی منفی گزارش شد. گروه خونی O در ۳۸٪ موارد، گروه A در ۴۰٪ حاملگی‌های مولار همراه بود (۱۲). در مطالعه ما اکثریت افراد مطالعه که حاملگی مولار داشتند گروه خونی O مثبت داشتند که مشابه مطالعه وکیلی و همکاران بود (۱۱) و اکثریت افراد RH مثبت داشتند که همسو با مطالعه Oun گزارش شد (۱۲).

تظاهرات بالینی حاملگی مولار کامل در اکثر شاخص‌های مورد بررسی مشابه با مول ناقص بود و از نظر آماری تفاوت معناداری نداشت. استفراغ شدید حاملگی در مول کامل بیشتر از مول ناقص وجود داشت که این می‌تواند وجه تمایز افتراقی در ارزیابی‌های کلینیکی حاملگی مولار باشد. سایز رحم در حاملگی مولار کامل به صورت معناداری بیشتر از بارداری مولار ناقص بود.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل پایان‌نامه دوره دکترای حرفه‌ای پزشکی آقای کریم زمان فر مصوب دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با شماره ثبت ۹۲۲۵۲ می‌باشد؛ که منبع مالی آن معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بوده است. بدین وسیله از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان امام رضا (ع) در تصویب طرح، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Cunningham FG. Williams Obstetrics 24th edition McGraw-Hill Education. Medical; 2014.

مولار است. در مطالعه Oun سایز رحمی کوچک برای سن حاملگی، متناسب با سن حاملگی و بزرگ‌تر از سن به ترتیب در ۱۴٪، ۲۲ و ۶۴٪ بارداری‌های مولار دیده شد (۱۲).

در مطالعه Nirmala و همکاران در ۱۸ مورد (۱۷/۶ درصد) سایز رحم بزرگ‌تر از سن بارداری بود. در کل ۴۸ مورد (۴۷/۱ درصد) نمای سونوگرافیکی طوفان برف مشاهده شد (۱۸). در ۴۷/۴ درصد زنان باردار مطالعه Bahasadri سایز رحم مطابق با سن حاملگی بود (۱۶). در مطالعه ما شایع‌ترین علامت در جامعه‌ی مورد پژوهش، بزرگی بیش از حد رحم نسبت به سن حاملگی (۷۵٪) بود. در مطالعه وکیلی ۹/۳ درصد بیماران هنگام مراجعه، میزان هموگلوبین کمتر از ۱۰ گرم در دسی لیتر بود (۱۱). در مطالعه Bahasadri آنمی در ۱۳/۹ درصد موارد (۱۶)، در مطالعه ضیایی کم خونی در (۱۹/۲ درصد) و در مطالعه Oun که آنمی به معنای سطح هموگلوبین کمتر از ۱۱ گرم در دسی لیتر تعریف شده بود در ۲۴٪ بیماران در زمان تشخیص حاملگی وجود داشت (۱۲). در مطالعه حاضر در بررسی ابتدای بارداری تنها ۹/۳ درصد افراد کم خونی داشتند.

استفراغ شدید بارداری در (۱۹/۲ درصد) زنان مطالعه ضیایی (۱۹)، در مطالعه Bahasadri هیپرامزیس در ۳۰٪ (۱۶)، هیپرامزیس در ۸٪ بارداری‌های مولار مطالعه Oun بدست آمد (۱۲). در این پژوهش نیز مشابه مطالعه ضیایی در ۱۹/۴ درصد موارد استفراغ شدید حاملگی مشاهده شد.

اکثریت مطالعه حاضر پره اکلامپسی نداشتند (۹۶/۶ درصد) در مطالعه Bahasadri پره اکلامپسی در ۲/۲ درصد (۱۶)، بر خلاف سایر مطالعات در تحقیق ضیایی در هیچ کدام از افراد مورد پژوهش فعالیت قلب جنین و پره اکلامپسی وجود نداشت (۱۹).

تلاش‌های فراوانی برای بررسی رابطه میان غلظت hCG سرم و عملکرد تیروئیدی در بیماران با تومورهای تروفوبلاستیک انجام شده است، زیرا هر دو مورد مذکور، در این بیماری افزایش می‌یابند (۲۱). در مطالعه ضیایی پرکاری تیروئید در (۱۹/۲ درصد) دیده شد. در مطالعه صلواتیان و همکاران همبستگی واضحی میان سطح سرمی β hCG و T4 تام سرمی و FT4I همچنین میان β hCG و T3 تام سرمی بدست آمد که همگی

2. Berkowitz RS, Goldstein DP. Current advances in the management of gestational trophoblastic disease. *GynecolOncol*. 2013;128:3.
3. Schorge JO, Goldstein DP, Bernstein MR, Berkowitz RS. Recent advances in gestational trophoblastic disease. *J Reprod Fertil*. 2000;45(9):692-700.
4. Berkowitz RS, Goldstein DP. Molar pregnancy. *N Eng J Med*. 2009;360(16):1639-45.
5. James S. Epidemiology of gestational trophoblastic diseases, Best practice & Research. *Clin Obstetr Gynecol*. 2004;18(1):A2-A9.
6. Azeli A, Bayraktaroglu T, Topuz S. Hyperthyroidism in molar pregnancy. *Transfus Apheresis Sci*. 2007;36(1):87-89.
7. Sanchez JC, Sanchez JE. Pathological case of the month. Hyperthyroidism with a hydatidiform mole. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998;152:827-828.
8. Chiniwala NU, Woolf PD, Bruno CP, Kaur S, Spector H, Yacono K. Thyroid storm caused by a partial hydatidiform mole. *Thyroid*. 2008;18(4):479-81.
9. Berek JS, Emil N. Berek and Novak's Gynecology: Lippincott Williams & Wilkins A Wolters Kluwer Business; 2012.
10. Yousefi Z, Homaei Shandiz F, Nejati Sharafeddin Z. Determining the Frequency of Resistance Molar Pregnancy in Pragnancy Trophoblastic Diseases. *J Gynecol Obstetr Infert Iran*. 2010;6(2):26-31
11. Vakili Z, Mousavi S, Mesdaghinia E, Rasti S, Achak F. Determining the frequency of Hydatidiform Mole referred to the pathology laboratories in Kashan. *KAUMS J (FEYZ)*. 2003;6(4):64-69.
12. Oun AER. Clinical analysis of molar pregnancy in egyptian population. *Asian Acad Manag J*. 2014;12(4).
13. Fatima M, Kasi PM, Baloch SN, Kassi M, Marri SM, Kassi M. Incidence, management, and outcome of molar pregnancies at a tertiary care hospital in Quetta, Pakistan. *ISRN Obstet Gynecol*. 2011;2011.
14. Khan JH, Ferdous J, Alam S. Clinical Presentation and Management of Hydatidiform Mole in a Peripheral Tertiary Hospital. *Bangladesh J ObstetrGynaecol*. 2013;25(2):59-64.
15. Joneborg U, Marions L. Current clinical features of complete and partial hydatidiform mole in Sweden. *J Reprod Med*. 2013;59(1-2):51-5.
16. Bahasadri S, Kashanian M. Clinical presentation of molar pregnancy at a teaching hospital in Iran, 1996-2006. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011 Nov;115(2):194-5.
17. Rezavand N, Seyedzadeh SA. Study the Frequency of Hydatidiform Molar Pregnancy and some of the Risk Factors Associated with it. *Sci J Hamadan Univ Med Sci Health Serv*. 2009;16(series 53):27-32.
18. Nirmala CK, Nor Azlin MI, Harry SR, Lim PS, Shafiee MN, NurAzurah AG, et al. Outcome of molar pregnancies in Malaysia: a tertiary centre experience. *J Obstet Gynaecol*. 2013 Feb;33(2):191-3.
19. Ziaei T, Khanjani H, Yazdani MA. Study the Risk Factors and Clinical History of Hydatitiform Molar Pregnancy in Pregnant Women who Turned to Alzahra Medical and Education Center in Rasht City from 2003 to 2007. *Comprehens Nurs Midwif*. 2010;20(63):27-32
20. Shigeno BU, Nagataki S. Thyroid function in molarpregnancy. *J Clin Endocrinol Metab* 1977;44:254.
21. Carayon P. Interaction of human chorionic gonadotropinand luteinizing hormone with thyroid membranes.*Endocrinol*. 1980;106:1907.
22. Salavatian F, Aminian B, Omrani G. Correlation between β hCG level and thyroid function tests in molar pregnancy. *Iran J Endocrinol Metab*. 2000;2(2):87-91.