بیماری تروفوبلاستیک بارداری

تقسیم بندی بیماری تروفوبلاستیک بارداری (GTD)

- مول های هیداتیفورم (با حضور پرزها)
- نئوپلاسم های بدخیم غیر مولی (فاقد پرز)

انواع مول هیداتیفورم:

خوش خیم : مول هیداتیفورم کامل و مول هیداتیفورم ناقص

بدخیم: مول مهاجم

نئوپلازی تروفوبلاستیک بارداری (GTN)

اشکال بدخیم بیماری تروفوبلاستیک بارداری

انواع:

- مول مهاجم
- کوریوکارسینوم
- تومور تروفوبلاستیک جایگاه جفت
- تومور تروفوبلاستیک اپی تلیوئید

مول هیداتیفورم

- ویژگی بافت شناختی مول هیداتیفورم:

  پرولیفراسیون تروفوبلاست

  پرزهای دارای ادم استرومایی

- انواع:

  مول کامل

  مول ناقص

معیار تقسیم بندی انواع مول

تغییرات هیستولوژیک

تفاوت های کاریوتایپی

حضور یا فقدان عناصر رویانی

عوامل خطر

نژاد آسیایی، امریکای لاتین و بومیان امریکا

دو انتهای طیف سنین باروری

سابقه مول هیداتیفورم

پرقدرت ترین عوامل خطر: سن و سابقه قبلی مول هیداتیفورم

مول کامل

حاوی پرزهای کوریونی غیر طبیعی به صورت توده ای از وزیکول های شفاف و خوشه ای

اکثرا ترکیب کروموزومی دیپلوئید دارند.

معمولا کاریوتایپ 46XX

ناشی از اندروژنز می باشد، یعنی هر دو مجموعه کروموزومی از پدر منشا می گیرد.

رویان–جنین وجود ندارد.

مول ناقص

تغییرات هیداتیفورمی به صورت کانونی و کمتر پیشرفته هستند.

ترکیب کروموزومی تریپلوئید

69XXX، 69XXY و با شیوع کمتر 69XYY

رویان– جنین اغلب وجود دارد.

علائم بالینی

- آمنوره
- تقریبا در تمام موارد خونریزی رحمی دیده می شود که در موارد خونریزی زیاد با کم خونی فقرآهن همراه است.
- تهوع و استفراغ شدید
- رشد رحم سریعتر از حد مورد انتظار
- عدم تشخیص حرکت قلب جنین در موارد مول کامل
- کیست های متعدد تکالوتئین که در مول کامل شایع تر است.
- افزایش میزان سرمی تیروکسین آزاد (fT4) و کاهش میزان هورمون محرک تیروئید (TSH). تیروتوکسکوز آشکار بالینی شایع نیست.

تشخیص

افزایش میزان سرمی βhCG در حد فراتر از میزان مورد انتظار برای سن بارداری

مول کامل در سونوگرافی به صورت توده رحمی اکوژن با تعدا زیادی فضای کیستیک در غیاب جنین دیده می شود. (نمای کولاک برف)

شایع ترین اشتباه های موارد تشخیصی مول در سونوگرافی:

سقط ناقص، سقط فراموش شده، بارداری چند قلویی، لیومیوم رحمی همراه با دژنرسانس کیستیک

درمان

درمان ارجح : تخلیه مول با کورتاژ ساکشنی

سنجش میزان ابتدایی βhCG

سنجش ۴۸ ساعت پس از تخلیه

سنجش βhCG هر ۱ الی ۲ هفته یکبار تا کاهش پیشرونده و در نهایت غیر قابل سنجش شدن

سنجش βhCG ماهانه به مدت ۶ ماه تا پس از غیر قابل سنجش شدن

میانگین زمان از بین رفتن بیوشیمیایی در مول ناقص ۶ هفته و در مول کامل ۷ هفته است.

روش قابل اعتماد پیشگیری از بارداری در طول مدت پیگیری βhCG به بیماران توصیه می شود (DMPA و ایمپلنت پروژستینی). بعد از ۶ ماه پایش بارداری مجاز شمرده می شود.

تا زمانی که βhCG به حد غیر قابل سنجش نرسیده است، از وسایل داخل رحمی (IUD) استفاده نمی شود، زیرا در صورت وجود مول مهاجم خطر سوراخ شدن رحم وجود دارد.

عوامل خطر نئوپلازی تروفوبلاستیک بارداری (GTN)

- عواقب بدخیم در مول کامل (۱۵ تا ۲۰%) بیشتر از مول ناقص (۱ تا ۵ %) است.
- سن بالای بیمار
- میزان βhCG بیشتر از ۱۰۰۰۰۰ میلی یونیت در میلی لیتر
- اندازه رحم بزرگ به نسبت سن بارداری
- کیست های تکالوتئین با اندازه بیش از ۶ سانتی متر
- کاهش آهسته میزان βhCG

نئوپلازی تروفوبلاستیک بارداری (GTN)

نیمی از این تومورها بعد از مول هیداتیفورم

یک چهارم بعد از سقط یا حاملگی لوله ای

یک چهارم بعد از حاملگی ترم یا پره ترم

معیارهای تشخیصی نئوپلازی تروفوبلاستیک حاملگی

۱. میزان سرمی βhCG ثابت (±۱۰٪) طی ۴ بار اندازه گیری در یک دوره ۳ هفته ای یا بیشتر

۲. افزایش سطح βhCG سرم بیش از ۱۰٪ طی ۳ بار اندازه گیری در یک دوره ۲ هفته ای یا بیشتر

۳. قابل اندازه گیری بودن سطح سرمی βhCG به مدت ۶ ماه یا بیشتر

۴. معیارهای بافت شناسی کوریوکارسینوما

علائم بالینی GTN

علی رغم تفاوت هیستولوژیک این ۴ نوع تومور، صرفا با توجه به افزایش پایدار میزان βhCG سرم تشخیص داده می شود.

شایع ترین علامت: خونریزی نامنظم و پسرفت کمتر از حد طبیعی رحم

سوراخ شدن میومتر در اثر رشد تروفوبلاست و در نتیجه خونریزی صفاقی

وجود خونریزی پایدار نامعمول بعد از هر نوع بارداری، سنجش βhCG سرمی انجام می شود و در صورت بالا بودن، کورتاژ تشخیصی مد نظر قرار گیرد.

مرحله بندی آنتومیک GTN بر اساس FIGO

مرحله یک: بیماری محدود به رحم

مرحله دو: به خارج رحم گسترش یافته اما محدود به ساختمان های تناسلی (آدنکس، واژن و رباط پهن)

مرحله سه: به ریه ها گسترش یافته (با یا بدون درگیری شناخته شده دستگاه تناسلی)

مرحله چهار: تمام مناطق متستاتیک دیگر

مول مهاجم

تقریبا همه موارد مول مهاجم از مول های کامل یا ناقص منشا می گیرند.

نفوذ به عمق میومتر وجود دارد و به صورت موضعی حالت تهاجمی دارد.

با احتمال کمتری متاستاز می دهد.

کوریوکارسینوم بارداری

شایع ترین نوع نئوپلاسم های تروفوبلاستیک هستند که بعد از حاملگی ترم یا سقط ایجاد می شود و فقط یک سوم موارد پس از بارداری مولی ایجاد می شود.

رشد سریعی دارد و به میومتر و عروق خونی تهاجم می کند.

با بیشترین شیوع به ریه ها و واژن متاستاز می دهد.

به طور شایع با کیست های تکالوتئینی همراه هستند.

تومور تروفوبلاستیک جایگاه جفت

منشا: تروفوبلاست حد واسط در ناحیه لانه گزینی

شناسایی نسبت بالای βhCG آزاد برای این تومور جنبه تشخیصی دارد.

در برابر شیمی درمانی مقاوم هستند و برای درمان هیسترکتومی ترجیح داده می شود.

تومور تروفوبلاستیک اپی تلیوئید

منشا: تروفوبلاست حد واسط نوع کوریونی

محل اصلی درگیری رحم می باشد.

یافته های تیپیک: خونریزی و مقادیر کم hCG

در برابر شیمی درمانی مقاومت نسبی دارد و درمان اصلی هیسترکتومی است.

زنان دارای سابقه مول هیداتیفورم معمولا با اختلال در باروری مواجه نمی شوند و باروری و پیامدهای بارداری پس از درمان نئوپلازی تروفوبلاستیک بارداری معمولا طبیعی است.

به دلیل اینکه اکثر عودها در زنانی که شیمی درمانی موفق به دنبال GTN داشته اند در بازه زمانی یک ساله رخ می دهد، توصیه می شود بارداری یک سال به تاخیر انداخته شود.

به دنبال درمان مول یا GTN، در بارداری بعدی جفت یا محصولات بارداری برای بررسی پاتولوژی ارسال می گردد و همچنین میزان βhCG سرم ، ۶ هفته پس از زایمان اندازه گیری میشود.