

باغچه خندان

طبابت همراه است،
هنرهای مکی قلب و اندیشه



سرشناسه	اویسی، زهرا، ۱۳۶۹-
عنوان و نام پدیدآور	بیماری‌های تروفوبلاستیک جفت، سزارین و VBAC: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵: Williams obstetrics Cunningham 2022 / ترجمه و تلخیص زهرا اویسی؛ پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴ سحر حسینی، زهرا حاج محمد حسینی
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۵.
مشخصات ظاهری	۱۷۶ ص: مصور، جدول.
شابک	شابک: ۹۷۸-۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۴۱۸-۱ ج ۱۸
مدیر تولید و برنامه ریزی	الیه شهدادی
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخش‌هایی از کتاب " Williams obstetrics, 26th. ed, 2022 " به ویراستاری اف.گری کانینگهام... [و دیگران] است.
موضوع	تومورهای تروفوبلاستی Trophoblastic tumors آبستنی و زایمان Obstetrics / پزشکی زنان Gynecology تومورهای تروفوبلاستی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها و Trophoblastic tumors -- Examinations, questions, etc آبستنی و زایمان -- آزمون‌ها Obstetrics -- Examinations پزشکی زنان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Gynecology -- Examinations, questions, etc کانینگهام، اف. گری Cunningham, F. Gary ویلیامز، جان ویت ریچ، ۱۸۶۶ - ۱۹۳۱ م. آبستنی و زایمان ۲۸۰RC ۹۹۲/۶۱۶ ۹۴۸۷۲۱۴ فیبا
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
رده بندی کنگره	
رده بندی دیویی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

کتاب بیماری‌های تروفوبلاستیک جفت، سزارین و VBAC: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد زنان و زایمان با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۴ / Williams Obstetrics Cunningham 2022 ترجمه و تلخیص: دکتر زهرا اویسی پاسخدهی به سوالات دکتر سحر حسینی، دکتر زهرا حاج محمد حسینی ناشر: انتشارات کاردیا صفحه آرا: رزیدنت یار - مهشید چگینی طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

بیماری‌های تروفوبلاستیک جفت، سزارین و VBAC

مجموعه
PRO LEVELS
OB/GYN 2026

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی

ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵

Williams Obstetrics Cunningham 2022

ترجمه و تلخیص

دکتر زهرا اویسی

رتبه برتر آزمون بورد تخصصی کشوری سال ۱۴۰۱

پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴

دکتر سحر حسینی

رتبه ۳ بورد تخصصی ۱۴۰۲

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر زهرا حاج محمد حسینی

رتبه برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک



انجمن تخصصی زنان، زایمان و نوزادشناسی ایران



سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش ناممدود و رحمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

فدایا از شاگردان درگاهت و مقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در میانه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به ممتوی بسیار غنی در مبحث زنان و زایمان گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف ممترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم



به نام خدا

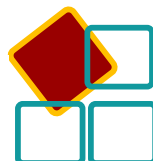
در طی سالیان گذشته همواره کتاب (بارداری و زایمان ویلیامز) یکی از ارکان ثابت آموزش متخصصین و دستیاران رشته زنان و زایمان بوده است که هر ۱۴ سال یکبار ویرایش جدیدی از این کتاب عرضه می‌شود تا نیاز متخصصین و دستیاران را برای دست یابی به آخرین تغییر و تمولات این رشته برطرف سازد. لذا بر آن شدیم تا با ترجمه و تلفیص روان و سلیس ویراست بیست و شش این کتاب قدمی کوچک در راستای این مهم برداریم. تغییرات ویراست جدید این کتاب نسبت به ویراست قبلی می‌تواند مورد توجه طراحان سوال آزمون‌های ارتقاء و مورد و فلوشیپ قرار گیرد. بنابراین در این کتاب سعی کردیم این تغییرات را با تأکید ویژه بیان کنیم. امید است همکاران بتوانند با مطالعه این کتاب بهترین نتیجه را در آزمون‌های پیش رو کسب کنند.

زهرا اویسی

تقدیم به

استاد شایق مرادی علدار لکه آموخت مراتبا بیا موزم

فهرست مطالب



فصل ۱۳: بیماری تروفوبلاستیک حاملگی (GTD).....	۱۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۳.....	۳۵
فصل ۳۰: زایمان سزارین و هیستریکتومی هنگام زایمان.....	۶۷
سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۰.....	۱۱۷
فصل ۳۱: زایمان سزارین قبلی.....	۱۲۹
سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۱.....	۱۴۷

بیماری تروفوبلاستیک حاملگی (GTD)

Gestational Trophoblastic Disease (GTD)

تعریف: اصطلاح GTD (بیماری تروفوبلاستیک حاملگی) برای توصیف گروهی از بیماری‌ها که با پرولیفراسیون تروفوبلاستی غیرطبیعی مشخص می‌شوند استفاده می‌شود.

مهم: تروفوبلاست HCG تولید می‌کند در نتیجه سنجش این هورمون پپتیدی در سرم برای تشخیص و درمان GTD و نظارت بر سیر آن ضرورت دارد.

انواع GTD بر اساس پاتولوژی:

(I) مول فرم هیداتی که خصوصیت آن وجود پرز است و جفت‌های شدیداً ادماتوز و نابالغ هستند. شامل موارد زیر می‌باشند:
(A) خوش‌خیم: ۱- مول هیداتی فورم کامل ۲- مول هیداتی فورم ناقص
(B) بدخیم: مول مهاجم: به این علت بدخیم است که به داخل میومتر نفوذ می‌کند و ساختار آن را تخریب می‌کند و می‌تواند متاستاز بدهد.

(II) نئوپلاسم‌های تروفوبلاستیک بدخیم غیر مولار که فاقد ویلی هستند که شامل موارد زیر هستند:
(A) کوریوکارسینوما
(B) تومور تروفوبلاستیک محل جفت (PSTT)
(C) تومور اپیتلوئید تروفوبلاستیک

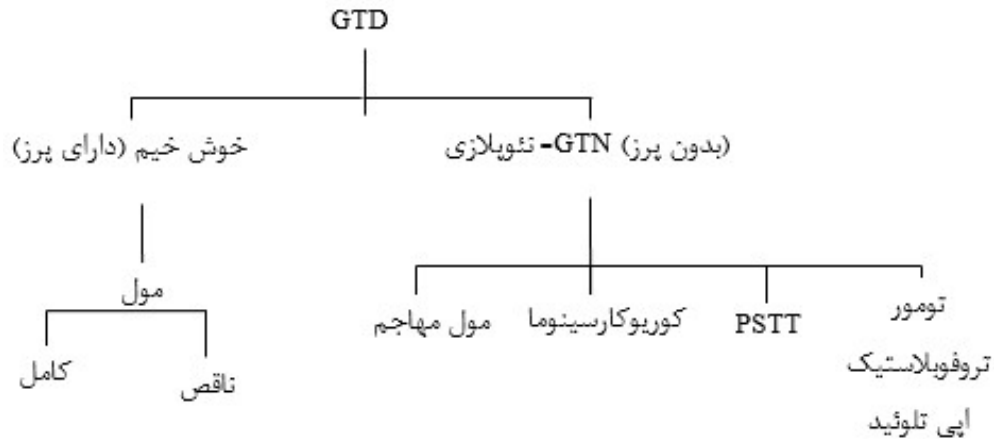
نکته: این ۳ گروه از طریق نوع تروفوبلاستی که شامل می‌شوند طبقه‌بندی می‌شوند.

انواع بدخیم بیماری تروفوبلاستیک حاملگی، GTN یا نئوپلازی پابرجای تروفوبلاستیک حاملگی Persistent/ malignant gestational trophoblastic dis. نامیده می‌شوند که شامل موارد زیر می‌باشند:

- ۱- مول مهاجم
- ۲- کوریوکارسینوما
- ۳- تومور تروفوبلاستیک محل جفت
- ۴- تومور تروفوبلاستیک اپی‌تلوئید



این بدخیمی‌ها هفته یا سال‌ها بعد از هرگونه حاملگی ممکن است رخ بدهد اما غالباً به دنبال مول هیداتیدیفورم روی می‌دهند.
نکته خیلی مهم: سطح β -hCG Serum + یافته‌های بالینی جهت تشخیص و درمان این بدخیمی‌ها به کار می‌رود. و از تأیید پاتولوژی استفاده نمی‌شود به همین دلیل انواع GTN اغلب به عنوان یک گروه شناسایی و درمان می‌شوند



Hydatidiform Mole – Molar Pregnancy:

- یافته کلاسیک بافت‌شناسی حاملگی مولار:
 (۱) ادم استرومای ویلوس
 (۲) پرولیفراسیون تروفوبلاست.

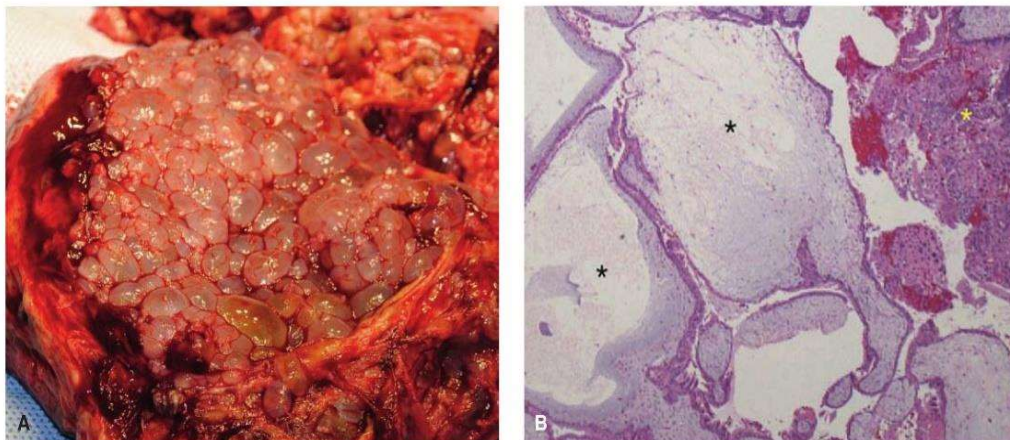


FIGURE 13-1 Complete hydatidiform mole. A. Gross specimen with characteristic vesicles of variable size. (Photograph contributed by Dr. Sasha Andrews. Reproduced with permission from Patel S, Roberts S, Rogers V, et al [eds]: Williams Obstetrics Study Guide, 25th ed. New York, NY: McGraw Hill; 2019.) B. Low-magnification photomicrograph shows generalized edema and cistern formation (black asterisks) within avascular villi. Haphazard trophoblastic hyperplasia is marked by a yellow asterisk on the right. (Reproduced with permission from Dr. Erika Fong.)



نکته مهم: GTN ها غالباً به دنبال مول هیداتیدفورم کامل رخ می‌دهند.

نکته: هر دو فرم مول معمولاً حفره رحم را پر می‌کنند ندرتاً ممکن است شکل حاملگی لوله‌ای یا فرم‌های دیگر EP نیز باشند.

Feature	Partial Mole	Complete Mole
Karyotype^a	69,XXX or 69,XXY	46,XX
Clinical presentation		
Diagnosis	Missed abortion	Molar gestation
Uterine size	Small for dates	Large for dates
Theca-lutein cysts	Rare	25–30% of cases
Initial hCG levels	< 100,000 mIU/mL	> 100,000 mIU/mL
Medical complications ^b	Rare	Uncommon
Rate of subsequent GTN	1–5% of cases	15–20% of cases
Pathology		
Embryo-fetus	Often present	Absent
Amnion, fetal erythrocytes	Often present	Absent
Villous edema	Focal	Widespread
Trophoblastic proliferation	Focal, slight to moderate	Slight to severe
Trophoblast atypia	Mild	Marked
p57 ^{KIP2} immunostaining	Positive	Negative

^aTypical karyotypes.
^bThese include anemia, hyperthyroidism, hyperemesis gravidarum, preeclampsia, and infection.
 GTN = gestational trophoblastic neoplasia; hCG = human chorionic gonadotropin.

• مول کامل حاوی:

- ۱- پرزهای کوریونیک ویلی غیرطبیعی که در دید ظاهری مانند یک وزیکول واضح می‌باشد.
- ۲- سایزهای متفاوت دارند
- ۳- غالباً به صورت خوشه‌ای از پدیکل‌های نازک آویزان می‌شوند.
- ۴- ظاهر کاراکتریستیک سونوگرافی: Snow Storm

• مول ناقص:

- ۱- تغییرات مول هیداتی فورم کمتر یا ناقص است
- ۲- دارای بخش‌های جنینی است.



اپیدمیولوژی و عوامل خطر

۱- نژاد به عنوان عامل خطری برای مول هیداتی فورم است به طوری که با شیوع بیشتری در آسیا، **امریکای لاتین و بومیان**

آمریکایی دیده می‌شود و شیوع ثابت $\frac{1-2}{1000}$ در آمریکا و اروپا دارد.

نکته: پرقدردترین RF: سن و سابقه‌ی قبلی مول

۲- سن خانم‌هایی که در دو سر طیف سن بارداری قرار دارند بیش‌ترین آسیب‌پذیری را دارند.

(A) ریسک در نوجوانان و خانم‌های ۴۰ - ۳۶ سال ۲ برابر است.

(B) در خانم‌های مسن‌تر از ۴۰ سال ریسک، ۱۰ برابر می‌شود.

۳- سابقه مول هیداتی فورم

نکته از ویلیامز ۲۰۱۸: در افراد با سابقه یک مورد حاملگی مولار ریسک برای حاملگی مولار بعدی برای:

- مول کامل: ۰,۹٪

- مول ناقص: ۰,۳٪

پس از دو مورد حاملگی مولار قبلی حدود ۲۰ درصد زنان برای بار سوم دچار مول می‌شوند.

پاتوژنز: مهم:

حاملگی‌های مولی از محصولات لقاح که از نظر کروموزومی غیرطبیعی هستند منشأ می‌گیرند.

(I) مول کامل:

(A) غالباً

ترکیب کروموزومی **دیپلوئید** دارد و

معمولاً 46XX هستند و ناشی از **Androgenesis** هستند یعنی هر دو **مجموعه** کروموزومی با منشأ **پدری** هستند.

• کروموزوم‌های تخمک یا غایب هستند یا غیرفعال‌اند. به طوری که تخمک با یک اسپرم لقاح یافته و سپس اسپرم

به دنبال میوز **مضاعف** شده است

(B) به صورت ناشی پترن کروموزومی به صورت 46XY یا 46XX می‌باشد که ناشی از لقاح تخمک با دو اسپرم

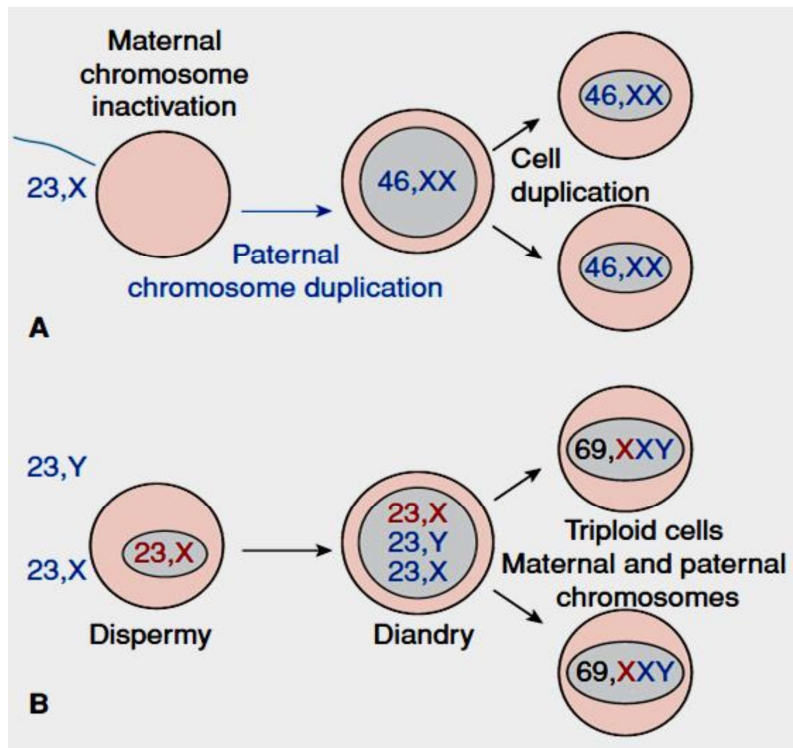
است و **Dispermy** یا **Dispermic Fertilization** نامیده می‌شود.

(II) مول ناقص:

• معمولاً کاریوتیپ تریپلوئید 69xxx، 69xxy و ندرتاً 69xyy دارند.



- این‌ها معمولاً حاصل لقاح یک تخمک با دو اسپرم هاپلوئید (Dispermy) هستند. تخمک بارور حاصل تریپلوئید است و در آن دو مجموعه کروموزومی با منشأ پدری هستند این‌گونه مشارکت پدری diandry نامیده می‌شود.
- ندرتاً ممکن است یک تخمک هاپلوئید با یک اسپرم دیپلوئید (46xy) لقاح یابد.
- زیگوت‌های تریپلوئید ممکن است منجر به تکامل جنین شوند ولی سرانجام شرایط کشنده‌ای دارد و جنین‌هایی که به سن‌های بالاتر می‌رسند دچار Severe IUGR، آنومالی‌های متعدد مادرزادی و یا هر دو می‌شوند.



Twin Pregnancy Comprised of a normal Fetus & Coexistent Complete mole

نکته مهم و در چندین دوره تست بوده:

ندرتاً در حاملگی‌های دوقلوئی، یک جنین با کروموزوم نرمال با یک حاملگی مولار کامل دیپلوئید وجود دارد. تمایز این موارد از یک حاملگی مولار ناقص همراه با یک جنین غیرطبیعی حائز اهمیت است و آمنیوسنتز و تعیین کاربوتیپ جهت تأیید تشخیص لازم است. سایر تشخیص‌های بالقوه: دیسپلازی مزانشیمی جفت، هماتوم زیر کوریونی، کوریوآنژیوم هستند (۲۰۲۰).

به علت عوارض احتمالی اکثر خانم‌ها در صورتی که تشخیص زود مطرح شده باشد، تصمیم به خاتمه بارداری می‌گیرند.



• در مواردی که حاملگی ادامه می‌یابد، میزان بقای جنین سالم متغیر می‌باشد و بستگی به عوارضی که از جزء مولار نشأت می‌گیرد دارد. چندین مشکل مرتبط با این بارداری رخ می‌دهد. تیروتوکسیکوز شایع است.
نگران‌کننده‌ترین عوارض پره‌اکلامپسی و خونریزی هستند که معمولاً زایمان پره‌ترم را الزامی می‌سازد.

* در صورت عدم تمایل به ختم حاملگی در خانم با تشخیص حاملگی دوقلو (مولار + نرمال)، کدام یک از عوارض زیر تفاوتی ندارد؟ (مشهد ۹۸)

- | | |
|---------------|------------------|
| (الف) پره‌ترم | (ب) پره‌اکلامپسی |
| (ج) خونریزی | (د) GTN |

پاسخ: د

نکته: میزان بقای جنین طبیعی متغیر است و به عوارضی که از بخش مولی حاملگی ناشی می‌شوند، بستگی دارد.

یکی از نگرانی‌های مطرح در زنانی که به حاملگی خود ادامه می‌دهند خطر احتمالی GTN بعدی است با این وجود اغلب مطالعات تفاوت معناداری را بین زنانی که به حاملگی ادامه می‌دهند و یا به حاملگی خاتمه می‌دهند نشان نمی‌دهند.

* خانمی ۳۷ ساله گراوید ۱ با بارداری ۱۲ هفته طبق LMP با سونوگرافی مبنی بر حاملگی دوقلو دی کوریون با یک جنین به ظاهر ساده و قل دیگر مول هیداتیفرم مراجعه کرده است. اقدام مناسب کدام است؟ (کرمانشاه ۹۷)

- | | |
|-----------------|------------------------------|
| (الف) آمنیوسنتز | (ب) نمونه‌برداری پرزهای جفتی |
| (ج) سقط جنین | (د) Cell free DNA test |

پاسخ: الف

در صورت ادامه بارداری دوقلو با یک جنین نرمال و یک قل مولار، در مقایسه با حاملگی مولار منفرد، خطر کدام یک از عوارض زیر تغییر نمی‌کند؟ (مشهد ۹۴)

- | | |
|--------------------|-------------------|
| (الف) پره‌اکلامپسی | (ب) دیابت بارداری |
| (ج) خونریزی | (د) زایمان زودرس |

پاسخ: ب

Clinical Findings

- معمولاً بیمار قبل از کشف بیماری ۱-۲ ماه آمنوره را تجربه می‌کند.
- در حال حاضر اغلب حاملگی‌های مولار زمانی تشخیص داده می‌شوند که کوچک هستند و هنوز عارضه‌ای ایجاد نکرده‌اند. با پیشرفت حاملگی، علائم در مول کامل نسبت به مول ناقص شدت بیشتری پیدا می‌کنند شامل:

- خونریزی واژینال (حاملگی‌های مولار درمان نشده همیشه منجر به خونریزی واژینال متغیر از لکه‌بینی تا خونریزی شدید می‌شوند).

- آنمی فقر آهن (در مول‌های پیشرفته به همراه خونریزی مخفی ممکن است آنمی فقر آهن متوسط ظاهر شود).
- هایپیرایمیسی
- خانم‌ها اغلب دچار رشد رحمی می‌شوند که بیشتر از مورد انتظار است و رحم قوام نرم دارد و حرکت تیپیک قلب جنین رؤیت نمی‌شود.
- تخمدان‌ها شامل کیست‌های تکالوتئین می‌شوند که در مول کامل شایع‌تر هستند.

نکته: علت این کیست‌ها تحریک تخمدان به دنبال مقادیر بیش از حد hCG است.

نکته مهم: از آنجایی که این کیست‌ها خودبه‌خود پس از تخلیه رحم پس رفت می‌کنند، درمان انتظاری توصیه می‌شود.

• عوارض کیست‌های بزرگ:

- ۱- تورشن
- ۲- انفارکتوس
- ۳- خونریزی

نکته مهم: نباید اقدام به اووفورکتومی کرد مگر اینکه بعد از دتورت کردن همچنان انفارکتوس وسیع پابرجا باشد.

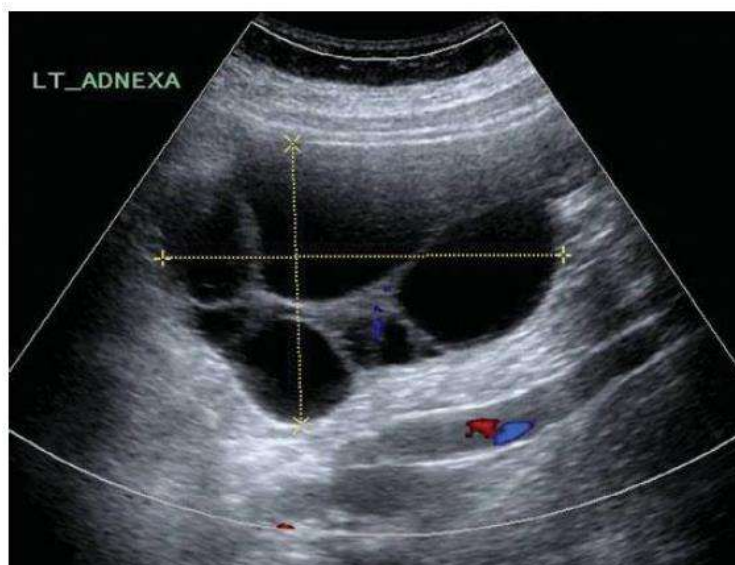


FIGURE 13-3 Sonographic image of an ovary with theca-lutein cysts in a woman with a hydatidiform mole.



• اثرات تیروتروپین مانند hCG اغلب منجر به افزایش سطح FT4 و کاهش سطح TSH می‌شود ولی تیروتوکسیکوز بالینی معمول نیست اما خونریزی یا سپسیس ناشی از محصولات انفارکته ممکن است از آن تقلید کنند. موردی از “Thyroid storm” نیز ذکر شده است.

نکته مهم: سطح T4 آزاد سرم به سرعت بعد از تخلیه رحم، NL می‌شود.

نکته مهم: مواردی از اکلامپسی و پره‌اکلامپسی شدید با حاملگی‌های مولار بزرگ شایع هستند اما امروز به علت تشخیص و تخلیه سریع ندرتاً روی می‌دهند. استثناً در این موارد حاملگی دوقلویی است که یک قل آن مول کامل است به طوری که در صورت ادامه حاملگی، پره‌اکلامپسی شدید معمولاً منجر به ختم پره‌ترم می‌شود.

تشخیص

اغلب خانم‌ها به طور اولیه آمنوره هستند که به دنبال آن خونریزی نامنظم پیدا می‌کنند که همیشه منجر به انجام سونو و تست حاملگی می‌شود. گاهی اوقات خانم دفع خودبه‌خودی بافت مولار را تجربه می‌کند.

Serum β -hCG (I)

• در مول کامل: میزان β -hCG سرم بالاتر از میزانی است که برای GA انتظار می‌رود به طوری که در مول‌های پیشرفته، مقادیر میلیونی نامعمول نیستند.

نکته و مهم از ویلیامز ۲۰۱۸: Hook effect

مقادیر بالای hCG منجر به منفی کاذب تست ادراری می‌شود در این روند که اثر قلاب نامیده می‌شود میزان بالای β -hCG منجر به اشباع بیش از حد آنتی‌بادی‌های هدف می‌شود و نتیجه پایین کاذب به وجود می‌آورد. در این موارد، تشخیص سطح سرمی β -hCG با یا بدون رقیق کردن نمونه، نتیجه نهایی را مشخص می‌کند.

• در مول ناقص، سطوح β -hCG ممکن است به طور قابل ملاحظه افزایش پیدا کند اما معمولاً هم چنان در Range نرمال مناسب GA است.

(II) سونوگرافی

علی‌رغم اینکه تصویربرداری اصل تشخیص بیماری تروفوبلاستیک است اما همه مول‌ها به طور اولیه با سونو اثبات نمی‌شوند.

• مول کامل: رحم با توده اکوژنیک به همراه ضایعات متعدد Cystic بدون اکو که فاقد جنین و یا ساک آمنیونی هستند ←
نمای Snow Storm

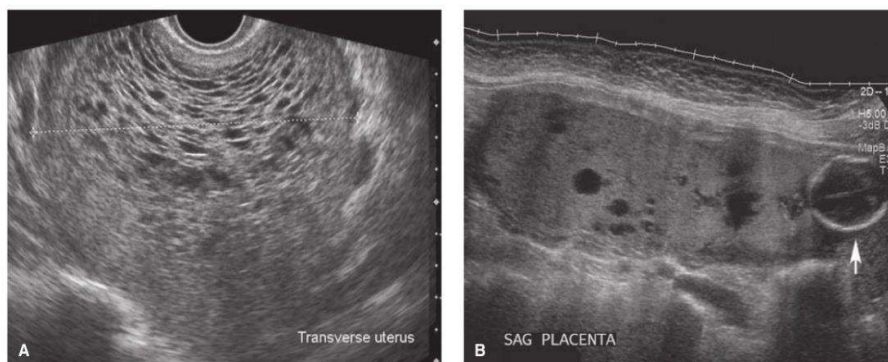


FIGURE 13-4 Sonograms of hydatidiform moles. **A.** Transverse view of a uterus with a complete hydatidiform mole. The characteristic “snowstorm” appearance reflects an echogenic uterine mass, marked by calipers, that has numerous anechoic cystic spaces. Notably, a fetus or amniotic sac is absent. **B.** In this sagittal image of a partial hydatidiform mole, the fetal head (arrow) lies adjacent to an enlarged, multicystic placenta

• مول ناقص: جفت مولتی کیستیک و ضخیم به همراه یک جنین یا بافت‌های جنینی.
 جنین‌های مبتلا معمولاً در ۳ ماه اول جان خود را از دست می‌دهند. در جنین‌هایی که تا مراحل بیشتری پیشرفت می‌کنند، اغلب محدودیت رشد، اولیگوهایدرآمنیوس، ناهنجاری‌های اندام یا CNS دیده می‌شود.
نکته: اوایل حاملگی، این نماهای کاراکتریستیک مول در کمتر از ۵۰٪ مول‌های هیداتاتی فورم دیده می‌شود. در مراحل ابتدایی‌تر حاملگی، مول کامل ممکن است به صورت توده هیپراکوی پولیپ ماندنی دیده شود که فاقد کیست‌های داخلی است و مایعی بدون آکو آن را احاطه کرده است.

نکته مهم: شایع‌ترین Misdiagnose: سقط ناقص (Incomplete or Missed abortion)

• DDX های نادر حاملگی مولار:

۱- حاملگی چند قلبی

۲- لیومیوم با Cystic degeneration

*تشخیص پاتولوژیک

• در حاملگی‌های قبل از ۱۰ هفته، تغییرات کلاسیک مول ممکن است به علت اینکه ویلی‌ها بزرگ نشده‌اند و استرومای مولار هنوز ادماتوز و آواسکولار نیست، آشکار نشده باشد. در موارد فوق روش‌های دیگری جهت تشخیص وجود دارد:

نکته مهم و همیشه سؤال:

۱- تشخیص Ploidy:

• تریپلوئید ← مول ناقص



• دیپلوئید:

← مول کامل

← حاملگی‌های غیر مولار با دژنراسیون هیدروپیک جفت

۲- برای P57 KIP₂ پروتئین هسته‌ای

• مول کامل: فقدان P57 KIP₂ (دیپلوئید)

• مول ناقص: وجود P57 KIP₂ و تریپلوئید

حاملگی‌های غیر مولار با تغییرات هیدروپیک: وجود P57 KIP₂ و دیپلوئید

P57 KIP₂: پروتئینی هسته‌ای است که ژن آن از طرف پدر ایمپرینت (خاموش) و از طرف مادر بارز می‌شود. بدین معنی که محصول ژنی فقط در بافت‌های حاوی الل مادری تولید می‌شود.

در نتیجه با این روش می‌توان بین ژنوم دی‌آندریک دیپلوئید (مول کامل)، ژنوم دی‌آندریک - مونوگاینیک تریپلوئید (مول ناقص) و دیپلوئیدی دو والدی (سقط غیرمولی) افتراق قائل شد (۲۰۲۱).

* خانم ۳۷ ساله G3P1L1M0L1 به دلیل Missed Abortion تحت کورتاژ قرار می‌گیرد. در بررسی پاتولوژی تغییرات هیدرولیک جفتی مشاهده می‌شود ولی تشخیص دقیق مقدور نیست. در بررسی‌های تکمیلی دیپلوئیدی بافت و P57Kip₂ مثبت گزارش می‌شود. تشخیص قطعی چیست؟ (زنان ۹۷)

الف) Product of conceptus (ب) partial mole

ج) complete mole (د) chorio carcinoma

پاسخ: الف

* در گزارش پاتولوژی بیماری که به دلیل missed abortion تحت کورتاژ قرار گرفته است تغییرات هیدروپیک دیده شده، diploid / P⁵⁷-Positive است. کدام تشخیص جهت بیمار مطرح است؟ (اهواز ۹۷)

الف) Complete Mole

ب) Partial Mole

ج) Abortion with Hydropic degeneration

د) Twin Molar Pregnancy