

۸۸۶۲

دانشگاه تهران

دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه تخصصی از دانشگاه تهران

موضوع

انگور و کوهپوایی شیوا

بهرامتانی

استاد اجتهاد جناب آقای دکتر امیر صوفی

نگارش

دکتر حسن بهدادنیا

سال تحصیلی ۴۳ - ۱۳۴۴



۸۸۶۲

تقدیم به :

استاد معظم جناب آقای  
دکتر جهان‌شاه صالح  
که همواره دانشجویان را به  
کسب علم تشویق نموده اند .

۱ ۶۸۶۲

تقدیم به :

استاد اجمند جناب آقای دکتر

امیر موحدی که راهنمایی پایان نامه

را قبول کرده و از بذل هیچگونه کمک

ظرفی دریغ ننمودند .

تقدیم به :

استادانی که از محضر آنان کسب علم

نموده ام

## فهرست مطالب و ضدرجات

صفحه	شرح
—	مقدمه
۱	تعریف
۱	شیوع بیماری
۱	اتیولوژی بیماری
۲	آسیب شناسی
۳	علائم بالینی
۴	علائم آزمایشگاهی
۵	تشخیص افتراقی
۷	عوارض
۱۲	علائم بالینی کوویوای تلیوما
۱۳	درمان
۱۸	آمار و گزارش بیمارستان زنان
۲۷	نتیجه

۹۶۳۱۴۰۰ - ۵۸۷۱۳  
 دکتران و کورویوای تلیوما  
 ۳۴۳ - ۴۴

مقدمه  
.....

وفور انگورک در کشور ما مسئولین بهداشتی را که در رأس آنها دپارتمان ژنیکولوژی قرار گرفته بر آن داشته که تا در طت وفور و پیدایش این بیماری تحقیق کامل نمایند .

از آنجائی که مراجعه این بیماران به بیمارستان زنان فوق العاده زیاد است لذا لازم آمده که در این بیمارستان مطالعه بیشتری صورت گیرد به همین جهت بود که قرار شد یکی از دست یاران بیمارستان این کار را دنبال کنند بسیار خوشحالم که این افتخار نصیب اینجانب گردید وزیر نظر جناب آقای دکتر سوحدی با همکاری صمیمانه سایر همکاران عزیز موفق شدیم از ۴۳/۱/۶ الی ۴۴/۱/۶ بیماران را که جهت انگورک مراجعه می کردند تا حد امکان تحت نظر گرفته نتایج را که بعرض خواهد رسید بدست آوریم و اینکه امیدوارم که روز بروز قسمت های مجهول این معما را همکاران ارجمند یکی پس از دیگری حل کرده خواهند توانست هم نوع خود را از خطر این بیماری بد فرجام نجات بخشند .

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXX

xxx

( the cherien )

( Vesicular mole , Hydropic mole , Cystidegeneration of Hydatidiform mole )

تعریف : انگورگ یا مول هیداتی فورم که عوام آنرا بچه خوره مینامند از نظر لغوی به

معنای توده میباشد این بیماری نسبتاً شایع است طبق آخرین اطلاعات بنسبت  $\frac{1}{1000}$

حاطگی از امریکا گزارش شده است در سورتیکه در بیمارستان زنان این نسبت را  $\frac{1}{128/5}$

ما بدست آورده ایم .

اتیولوژی : هنوز معلوم نشده که آیا در ایجاد و پیدایش مول هیداتی فورم عیب

در نطفه است یا بعداً که فوالتی در داخل رحم پیدا میشود و با اینکه عیب از هر دو

جهت است . ولی بنظر میرسد که زمینه ساختمان بدنی و سیل والدین در پ اتوزنی ایمن

بیماری یا رلی داشته باشد از طرفی با عفونت های ویروسی در حیوانات آزمایشگاهی توانسته

اند ایجاد انگورگ بنمایند و شاید این اتیولوژی در انسان هم صدق بکند و مطالعاتی که

در بیمارستان زنان بعلت آمده اکثر این بیماران تغذیه ناص داشته بخصوص جیوه پروتئینی

روزانه آنها خیلی کم بوده است از نظر سنی بطوری که از امریکا گزارش شده بیماران اغلب کمتر

از ۲۰ سال و یا بیشتر از ۴۰ سال داشته اند ولی آماری که در بیمارستان زنان تهیه شده

با این فرق دارد .

### آسیب شناسی :

الف - ماکروسکی : تمام محوطه داخلی رحم پر از حبابهای شبیه دانه انگور است که اندازه آنها گاهی کوچک گاهی بسیار درشت ( بزرگتر از ۲ سانتیمتر ) میباشد این حبابها همگی به يك شاخه بافت همبندی شکنده آویزان هستند و معمولاً جنین در همان مراحل اولیه از بین میرود ( بسبب سوء تغذیه ) هر قدر پیدایش دژنه رسانس بهر تر اتفاق بیافتد احتمال باقی ماندن آثاری از جنین بیشتر است و چنانکه در ماههای آخر يك قسمت از جفت تبدیل به انگور شود شکل جنین محفوظ حتی ممکن است زنده بدنیا بیاید ( جزو بیماران سال گذشته در بیمارستان زنان فقط يك مورد جنین چهار ماهه توأم با جفت از سالم از یکطرف و مقداری جفت دژنه رسانس پیدا کرده از طرف دیگر مشاهده شد ) از طرف دیگر اگر دژنه رسانس دو قطوهای **Bivitellin** باشد و فقط یکی از جفت ها سالم باقی خواهد ماند و اگر در دو قطوهای **Monovitellin** باشد هر دو جفت و جنین از بین خواهد رفت .

ب - میکروسکی : در زیر میکروسکوپ در ویل لوزیته های جفت سه زائده اصلی دیده میشود .  
 ۱ - اندازه ویل لوزیته هر خلاف جفت سالم که تقریباً مساوی هستند با یکدیگر متفاوت است .  
 ۲ - بافت همبندی عروقی که در مرکز ویل لوزیته وجود دارد بهر از خیز میگردد و ساختمان آن بکلی بهم میخورد به هیچ وجه مقطع رنگ و بافت همبندی مشخصی در مرکز ویل لوزیته دیده نمیشود .



۳- ضایعه سوم عبارتست از پرولیفراسیون سلول های تروفوبلاستیک این افزایش سلولی به داخل و یا خارج ویل لوزیته است که از نوع سلولهای لانگرهانس و چه از نوع نوع سلولهای سن سیسیال .

برای توجیه مکانیسم ایجاد خمز چنین میگویند بهر طتی که سیرکولاسیون به داخل بدن جنین از کار میفتد و یا نا منظم گردد استازی در رگهای جفتی ایجاد میگردد و این استاز باعث ارتشاح خمز در داخل ویل لوزیته میشود و ضایعه دژنه را تیمی بوجود میگرد .

علائم بالینی :

۱- در پیش از  $\frac{1}{4}$  موارد علاقم فرگد حاطگی از قبیل هپارتیوس و استفراغ شدید تر از حاطگی معمولی است .

۲- خونریزی رحمی معمولاً از هفته ۶ تا ۸ شروع میشود معمولاً در شب بیشتر است ابتدا ترشح خونی کم رنگ است و بعد کم کم خونی و زیاد میشود و مکانیسم ایجاد این خون ریزی بدین قرار است . که در اثر ورود جوانه ویل لوزیته به طبقه عطفه و مخاط رحم عروق پاره شده تولید خونریزی های جویی و معقد با خون ریزی های طولی منماید .

۳- اندازه رحم : اندازه رحم نسبت به مدتی که از باروری گذشته بیشتر است ولی گاهی دیده شده که رحم کوچکتر است در این صورت باید دانست که احتباس اندک و رگ در کار است .

۴- ۷ . ۳ : سگمانت انفریور بر نرم و نازک است و در  $\frac{1}{2}$  موارد کیفهای لوتئینیک

دوطرفی بدست میخورند ( این کیستها ها از سلول های تك داخلی تحت اثر اووون A.P.L

که از انگورگ ترشح میشود لوتلیزه شده بوجود میآید ولی بالوتعال حس نمیشود .

۵ - شنیدن صداهای قلب ؛ صدای قلب شنیده نمیشود پارتمول ها بدست نمیخورند و تکانهای بجه نیز محسوس نیست .

۶ - علائم دیگرز ؛ پیدایش خیز در تمام قسمت های بدن مخصوصاً پاها بالا رفتن فشار خون و پدیدار شدن آلبومین بسیار شایع است .  
علائم آزمایشگاهی :

۱ - آزمایش ادرار ؛ ممکن است ؛ آلبومینوری داشته باشند .

۲ - آزمایش خون ؛ هماتوکریت ، هموگلوبین و تعداد سلولهای قرمز بحالت هموراوی و عفونت کم میشود و بالا رفتن سدیم پیمانئاسیون و گلبول های سفید و پیدایش گلبولهای نارس بحالت انکسیون میباشد .

۳ - معمولاً ما موقعی به انگورگ یا مول بد خیم و کریو این ترپلوما حدس میزنیم که مقدار

F.S.H. بیش از ۵۰۰۰۰ واحد موش در يك لیتر ادرار و مقدار  $10^{-11}$  نیز بالاتر از

۲۰۰۰۰ واحد موش در يك لیتر ادرار باشد . در صورتیکه میدانیم در حاطکی معمولی

موقعی که مقدار A.P.L. ۳۰۰۰ واحد باشد تست حاطکی مثبت خواهد بود .

۴ - مقدار  $17 \text{ Ketosteroid}$  دو برابر مقدار يك زن حاطه است . در صورتیکه

پرگنانهول در حدود مقداری که در يك زن حاطه معمولی دیده میشود .

۵ - در بعضی موارد هورمون تیروئید که از طریق P.B.I. اندازه گیری میشود يك حالت

تیمو توکسیکوز نشان میدهد در صورتیکه از نظر بالینی هیچ علائمی دیده نمیشود و طلت آن هنوز معلوم نشده است .

۶ - در واژینال اسمیت غلبه با سلول های سپر فیشیل میباشد و تقریباً ۵۰٪ سلول ها اسیدوفیل و بیگلوزه میباشد .

۷ - تشخیص قطعی با مطالعه نسوجی است که به هر شکلی از بیمار دفع میشود ( از نظر آسیب شناسی ) .

#### علائم رادیولوژی :

بعد از ماه سوم در خون بیمار ماده حاجب وارد کنیم و بدین ترتیب هیستروگرافی بعمل آوریم محتویات رحم را بشکل لانه زنبوری خواهیم دید و با رادیوگرافی ساده نیز مطلقاً از بیماری را مشاهده خواهیم کرد ( در صورتیکه وجود داشته باشد ) .

#### تشخیص افتراقی :

۱ - هیدرامنیوس : که در آن اندازه جسم رحم بزرگتر از مدت حاملگی است صدای قلب جنین ممکن است شنیده نشود و معمولاً دست و پای بچه را نیز نمیتوان باسانی حس نمود و پرتو نگاری شکم بعلت وجود آب زیاد ممکن است تصویر جنین را نشان ندهد اما باید بخاطر داشت که در مبتلایان هیدرامنیوس قوام رحم نرمی مخصوص انگورگ را ندارد و برعکس بسیار تحت فشار میباشد .

۲ - آبستنی دو قلب : بزرگی خارج از اندازه رحم و واضح نبودن صدای قلب جنین در این

قسم حاملگی جلب توجه میکند مخصوصاً اینکه اغلب اوقات با ازدیاد مایع آمنیوتیک توأم است اما بهر حال اندام های يك جنین را میتوان براحتی لمس نمود و این غنود وسیله تشخیص خوبی است ناگفته نماند که در آپستنی دوظوگاهی امتحان بونو ممکن است به نسبت يك دهم حتی يك صدم جواب مثبت دهد و این نکته را نباید از نظر دور داشت .

۳ - جدا شدن جفت در داخل رحم در اواسط حاملگی : در جریان تهدید سقط از چهار ماه به بالا گاهی مقدار زیادی خون لخته شده در پشت جفت و داخل محوطه رحم جمع و محتبس میگردد در این صورت حجم رحم نسبت به سن جنین بزرگ تر است و این خود با انگورک قابل اشتباه است . ( از این بیماران ما در بیمارستان داشتیم تحت ۹۳ )  
مخصوصاً اینکه در عکس برداری از شکم و لگن ممکن است سایه استخوان بندی جنین بطور وضوح مشاهده نگردد در این گونه موارد اندازه گیری پرولان تنها وسیله تشخیص است .  
۴ - فیبروم و حاملگی : در این مورد نیز خونریزی های نامرتب در حین بارداری و بزرگی زیاد از حد رحم ممکن است تشخیص انگورک را مطرح نماید . البته نامرتب بودن حدود و دوام رحم وسیله تشخیصی خوبی است .

۵ - کیسته های دوطرفی تخمدان : ممکن است این کیست ها با کیست های لوتئینی اشتباه شوند ولی اندازه گیری A.P.L این موضوع را روشن خواهد کرد .

## عوارض :

الف - عوارض خوش خیم : ۱ خونریزی مخصوص در مول های پیشرفته قبل و بعد از تخلیه رحم که آنهم خواه خود بخود باشد یا بوسیله اسباب این کار انجام گیرد زیرا بعلت دیستاسیون رحم رفته های عضلانی بزحمت به اکسی توسین جواب میدهند .

۲ - انفکسیون : که يك مسئله مهمی است زیرا هیچ مانعی بین واژن و دهانه رحم و خود رحم وجود ندارد .

۳ - پرفوراسیون : که آنهم ممکن است خود بخود بعلت نازک شدن جدار رحم و یا سوراخ کردن انگورک بعلت پیشرفت بد خیم پیش بیاید .

ب - عوارض بد خیم : عوارض بد خیم عبارتست از کریوایی تلیوما -

*Chorioepithelioma* برای اولین بار در ۱۸۹۶ مارشانند

کلمه کریوایی تلیوما را برای تومورهای بد خیم سلولهای تروفوبلاستیایکبار برد این تومورها فوق العاده بد خیم و کشنده ایند این نام برای تومورهای مختلف زیر بکار برده میشود .  
که اغلب با هم اشتباه میشوند .

1- Syncytial endometritis or chorioepithelioma atypic.

2- Chorioepithelioma insitu.

3- Choriadenoma destruens or Malignant hydatiform mole.

Chorio carcinoma.

۴ - کوریو کارسینوما :

که هر يك جداگانه شرح داده خواهد شد .

( ۱ ) - اندومتريت سن سيمپال - در اين حالت سلولهای تروفوبلاست بطور فوق العاده

یعنی بیشتر از حالت طبیعی در قسمت میومتر زیر جفت انفیلتراسیون پیدا کرده بعلاوه -

سلولهای بزرگ ژانت از نوع سن سیمپو تروفوبلاست دیده میشود ، این بیماری نه عفونی

و نه توموری است بلکه انزارژاسیون سلولهای تروفوبلاستیک میباشد در این حالت کانونهای

تکروز و خونریزی و علائم بد خیمی دیده نمیشود .

( ۲ ) - کوریو ایی تلیوما این سیتو : در این حالت کانونهای کوچک نفوبلاستیک در داخل

دسید و لال دیده میشود ولی در قسمت میومتر انوازیون دیده نمیشود این بیماران بعد

از کورتاژ بهبودی پیدا میکنند .

( ۳ ) - کوریو آدنوما دستروفلیمین : که بنام مول هیداتی فهم بد خیم نامیده میشود معمولاً

این حالت بعد از خارج شدن انگورک خوش خیم پیدا میشود و علائم بالینی آن بعد از ۴

تا ۱۲ هفته از هنگام خالی شدن مول بوجود میآید و خونریزی بیمارانه تکرار میگردد در این

حالت انوازیون میومتر دیده میشود .

از نقطه نظر ماکروسکپی در میومتر کانونهای متعدد خونریزی باندازه های متفاوت دیده

میشود بطور متوسط ۵ تا ۱۵ میلیمتر میباشد و کانون ها ممکن است سخت بوده و در قطع

لخته خون از آنها خارج گردد و به جای آنها حفره خالی دیده میشود .

از نقطه نظر میکروسکوپی : ساختمانهای جفتی در قسمت عضلانی و سروز دیده میشود و حتی گاهی ممکن است سروز را پاره کرده در داخل شکم ایجاد سندرم اهدومینال بنماید . گاهی ساختمانهای ویلوزیته خراب شده در داخل ورید دیده میشوند تا ستاز این ضایعه در لگن خاصره ، در ریه و نخاع شوکی نیز دیده میشود . معالجه این بیماران عمل جراحی است و رحم را باید بیرون آورد .

(۴) - کوریوکارسیون : اینتولوژی : کوریوکارسیونها ممکن است در دنباله حاملگی بوجود آید و در این باره میگویند این بیماری در  $\frac{1}{4}$  موارد در تعقیب انکورک و در  $\frac{1}{4}$  چهارم موارد در دنباله سقط جنین و در  $\frac{1}{4}$  چهارم موارد در دنباله حاملگی به پایان رسیده باشد و زایمان انجام یافته باشد پیدا میشود . در هر صورت فاصله بین حاملگی و سرطان ممکن است از چند روز تا چند سال باشد در این تومور سلولهای تروفوبلاستیک یعنی سلولهای لانگرهانس و سن سیتوم هر دو با هم سرطانی میشوند و این نوع را بنام -

Gestational میگویند .

نوعی دیگر بنام Non gestational است که در حقیقت این تومور نوعی تراتوم است

که العانهای تروفوبلاستیک در تومور بیشتر از همه عناصر تراتومی وجود داشته و بقیه سازمانهای تومور را تحت الشعاع قرار میدهد این تومور در نزد زنان و مردان دیده میشود و در هر