

مول هیداتی فورم کامل در حاملگی سه قلوئی همزمان با دو جنین قابل زندگی (گزارش موردی)

دکتر رویا فرجی (M.D)^۱ - *دکتر مریم اصغرینیا (M.D)^۱ - دکتر سیده هاجر شارمی (M.D)^۱ - سیده فاطمه دلیل حیرتی (B.S)^۱

*نویسنده مسئول: رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، بیمارستان الزهرا، مرکز تحقیقات بهداشت باروری

پست الکترونیک: maryamasgharnia@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۶/۱۳ تاریخ پذیرش: ۹۰/۸/۱۷

چکیده

با توجه به استفاده روزافزون از روش‌های کمک باروری، بروز حاملگی چندقلویی همراه مول در حال افزایش است و همواره تشخیص پره ناتال این حاملگی مورد بحث بوده و تصمیم‌گیری درباره اداره بالینی این حاملگی‌ها به علت خطر بالای مرگ جنین و عوارض مادری و احتمال افزایش خطر بیماری تروفوبلاستیک بسیار پیچیده است. **گزارش موردی:** زنی ۲۸ ساله حاملگی اول به علت دردهای زایمانی به مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س) رشت مراجعه کرد که طبق سونوگرافی، رحم حاوی دو جنین زنده دختر و سن حاملگی ۳۴ هفته گزارش شده بود. بیمار سابقه هشت سال نازایی اولیه داشت و حاملگی فعلی پس از چندین دوره درمان با HMG، کلومیفن و IUI صورت گرفته بود. همچنین، سابقه، هیپوتیروئیدی به مدت ۸ سال داشت و با لووتیروکسین درمان می‌شد. بیمار به علت دردهای زایمانی پیشرونده کاندیدای سزارین شد. دو جنین زنده دختر به ظاهر سالم و بدون آنومالی متولد شدند. جفت اول طبیعی بود و به طور کامل خارج شد ولی در مجاورت جفت دوم و زیکول‌های فراوان وجود داشت. جفت‌ها برای بررسی آسیب‌شناسی فرستاده شدند که حاملگی مولار و همان‌زایوم جفتی گزارش شد. **نتیجه:** در زنان باردار متعاقب درمان‌های نازایی توجه بیشتر در مراقبت پره ناتال و بررسی این حاملگی‌ها از نظر احتمال حاملگی مولار همراه ضروری است.

کلید واژه‌ها: آبستنی چندقلویی / مول هیداتی فورم

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و یکم شماره ۸۲، صفحات: ۸۳-۸۹

مقدمه

است (۵و۶). این حاملگی‌ها بیشتر متعاقب القای تخمک‌گذاری و درمان‌های کمک باروری گزارش شده است (۷-۹). آماری از همراهی مول هیداتی فورم و جنین طبیعی در بارداری دوقلوئی در کتاب‌های مرجع زنان وجود ندارد و فقط در برخی مقاله‌ها به نادر بودن این پدیده اشاره شده و متعاقب آن حاملگی سه قلوئی با مول کامل نادرتر است که تاکنون تنها موارد انگشت‌شماری از آن گزارش شده است (۱۰-۱۳). تا پیش از سال ۱۹۷۷ هیچ موردی از همراهی مول کامل و یا نسبی با حاملگی چندقلویی گزارش نشده است. اما با استفاده روز افزون از درمان‌های القای تخمک‌گذاری از دهه ۷۰ شاهد بروز حاملگی چند قلوئی با مول هستیم. اولین مورد حاملگی چندقلویی با مول کامل و جنین در سال ۱۹۸۰ (۱۴) و تا سال ۲۰۰۳ فقط ۱۳ مورد از این نوع حاملگی گزارش شده است (۱۵-۱۷) که ۱۰ مورد (۷۷٪) آنها بدنال درمان نازایی رخ داده بود (۱۵-۱۷). در اکثر این حاملگی‌ها، جنین دختر بوده و تنها سه موردشان به جنین زنده ختم شدند (۱۸و۱۳).

بیماری تروفوبلاستیک جفت با رشد غیرطبیعی بافت‌های تروفوبلاستیک و جنین و جفت غیرطبیعی مشخص می‌شود. مول هیداتی فورم شایع‌ترین بیماری تروفوبلاستی حاملگی است. شیوع حاملگی مولار در کشورهای مختلف متفاوت است با بالاترین شیوع از اندونزی ۱۱/۵ در ۱۰۰۰ حاملگی و کمترین آن ۱ در ۱۰۰۰ از آمریکا گزارش شده است. به‌طور کلی بروز مول هیداتی فورم در آفریقا، آسیا و آمریکای مرکزی بالاترین شیوع و در ایالات متحده آمریکا، اروپا و استرالیا کمترین شیوع را دارد (۱).

مول کامل به‌صورت تورم ژنرالیزه پرزهای کوریونی و وجود نداشتن جنین مشخص می‌شود (۲و۳) که غالباً با خطر بالای پره‌اکلامپسی، کیست تخمدان دوطرفه و GTD پایدار همراه است و در صورت تشخیص مول کامل به علت عوارض مادری شدید، به حاملگی فوری خاتمه داده می‌شود (۴). بروز همزمان مول هیداتی فورم کامل با یک جنین زنده، واقعه نادری است و شیوع آن ۱ در ۲۲ هزار تا ۱۰۰ هزار حاملگی

هیپرتیروئیدی، روزانه ۳ عدد PTU مصرف می‌کرد. به علت درد شدید شکم در ماه چهارم بارداری لاپاراسکوپی تشخیصی انجام شد که تشخیص پیچ‌خوردگی تخمدان به علت بزرگی بیش از حد و کیستیک بودن آن داده شد و با لاپاراسکوپی پیچ‌خوردگی آن برطرف شد. در روز مراجعه در معاینه بالینی، اندازه رحم حدود ۳۴ هفته بود و دردهای رحم به مدت ۳۵ ثانیه با تکرار هر ۳۰ دقیقه بروز می‌کرد. در معاینه واژینال سرویکس دیلاتاسیون ۲ سانتی‌متری و افسمان ۲۰٪ داشت و در سونوگرافی در همان روز، دوجنین، اولی دختر با نمای سفالیک با سن ۳۲ هفته و ۱ روز و دومی دختر با نمای بریچ و سن حاملگی ۳۲ هفته و ۶ روز که جنین اول دچار تاخیر رشد داخل رحمی گزارش شده بود. هموگلوبین بیمار ۱۲gr/dl بود.

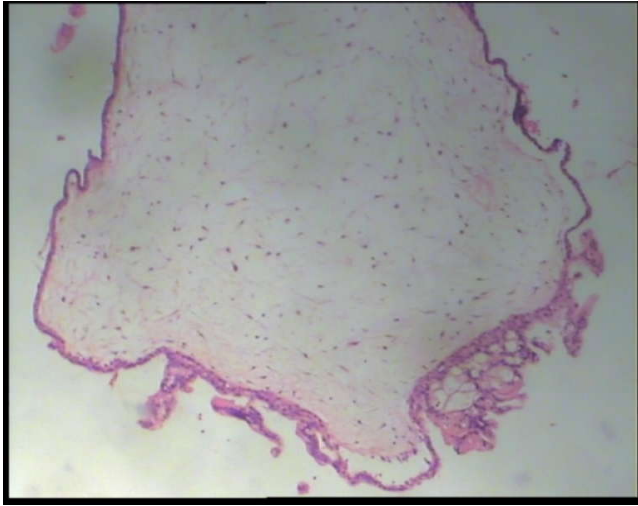
بیمار در بخش لیبر بستری و پروتکل درمانی زایمان زودرس برای وی انجام شد. دگزامتازون برای تسریع بلوغ ریه جنین و آنتی‌بیوتیک برای پیشگیری از GBS تجویز شد. پس از ۲۴ ساعت انقباض‌های رحم قطع ولی هیچ گونه پیشرفتی در سیر زایمان دیده نشد. پس از ۱۸ ساعت وی مجدداً دچار دردهای زایمانی پیشرونده و کاندیدای سزارین شد. قل اول دختر با نمای سفالیک با آپگار ۷/۸ و قل دوم هم دختر با نمای بریچ و آپگار ۶/۷ به ظاهر سالم و بدون آنومالی متولد شدند (شکل ۱). وزن جنین‌ها ۱۶۰۰ و ۱۷۰۰ گرم بود. جفت اول و دوم طبیعی بودند (دی آمینون) که به صورت کامل خارج شدند. در مجاورت این جفت‌های طبیعی، وژیکول‌های متعدد و تقریباً هم حجم جفت‌ها دیده می‌شد (به نظر حاملگی ۳ قلوبی که دو قل جنین و یک قل حاملگی مولار کامل بود) (شکل ۲، ۳ و ۴). تخمدان بزرگ‌تر از حد طبیعی و با اندازه تقریبی ۸×۱۰ سانتی‌متر قابل رویت بود (شکل ۵) جفت‌ها برای بررسی آسیب‌شناسی فرستاده شدند که جفت اول و دوم سالم و قل سوم حاملگی مولار کامل گزارش شد. (عکس ۴-۶) همچنین، دوبندناف وجود داشت که هر کدام دارای سه رگ بودند و همانژیوم جفتی نیز در یکی از جفت‌ها گزارش شد.

با استفاده روزافزون از روش‌های کمک باروری، بروز حاملگی چندقلویی همراه مول روبه حال افزایش است و باتوجه به این‌که برای تشخیص این حاملگی‌ها، ارزیابی دقیق بالینی و سونوگرافی دقیق جفت لازم است (۱۸) همواره تشخیص پره‌ناتال این حاملگی مورد چالش بوده و تصمیم‌گیری درباره اداره بالینی این حاملگی‌ها به علت خطر بالای مرگ جنین، جنین با ارزش و عوارض مادری همچون خونریزی واژینال، کیست‌های تخمدانی دوطرفه، زایمان پره‌ترم خودبخودی یا القایی به‌خاطر پره‌اکلامپسی، تیروتوکسیکوز و افزایش احتمال خطر بیماری تروفوبلاستیک پایدار بسیار پیچیده است (۲۷-۱۹).

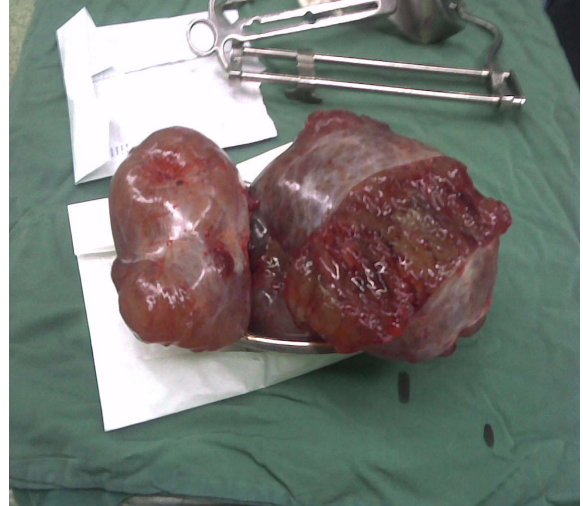
در این گزارش ما یک مورد مول کامل با دوجنین زنده را که هردو با سزارین در ۳۴ هفته متولد شدند معرفی می‌کنیم. هدف، گزارش این مورد نادر، توجه و دقت بیشتر در مراقبت پره‌ناتال زنان باردار متعاقب درمان‌های نازایی و اهمیت پی‌گیری آنها پس از ختم حاملگی به دلیل خطر بالای ایجاد کوریوکاریسینوم و موجود نبودن پروتکل درمانی مشخص در این موارد است.

معرفی بیمار:

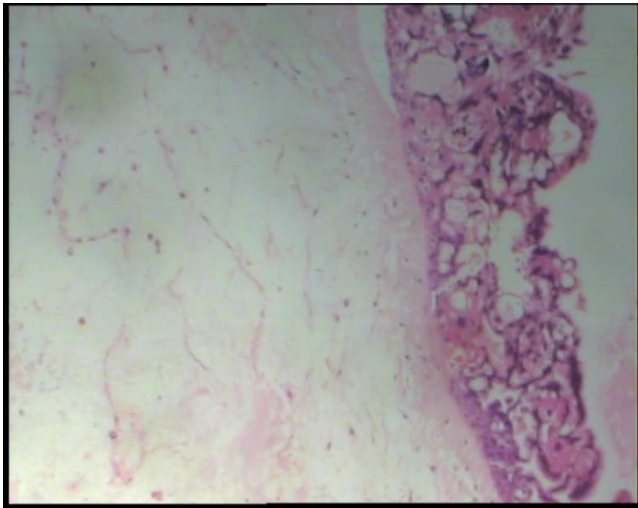
زن ۲۸ ساله نخست‌زا با دردهای زایمانی به مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س) رشت مراجعه کرد که طبق سونوگرافی، رحم حاوی دو جنین زنده دختر و سن حاملگی ۳۴ هفته بود. وی هشت سال نازایی اولیه داشت که به علت سیکل‌های اولیگواوولاسیون و تخمدان‌پلی‌کیستی چندین روزه تحت درمان با HMG، کلومیفن و IUI قرار گرفت. بیمار در سابقه پزشکی خود، هیپوتیروئیدی به مدت ۸ سال داشته و با لوتیروکسین درمان می‌شد و در ماه سوم بارداری طبق نظر متخصص داخلی براساس TSH بسیار پائین سرم، لوتیروکسین بیمار قطع و PTU تجویز شد و آخرین TSH در ماه هفتم بارداری ۲/۲ بود. سرکلاژ جهت پیشگیری از زایمان زودرس در ۱۲ هفته انجام شد ولی حاملگی مولار همزمان، در سونوگرافی تشخیص داده نشد. توسط متخصص داخلی به علت علائم تیروتوکسیکوز مکرر ویزیت و معاینه می‌شد به‌طوری‌که در مدت بارداری برای کاهش علائم



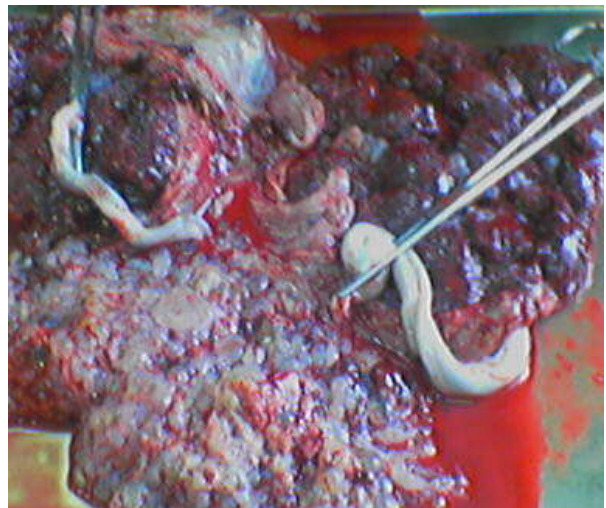
شکل ۴: عکس پاتولوژی جفت مولار



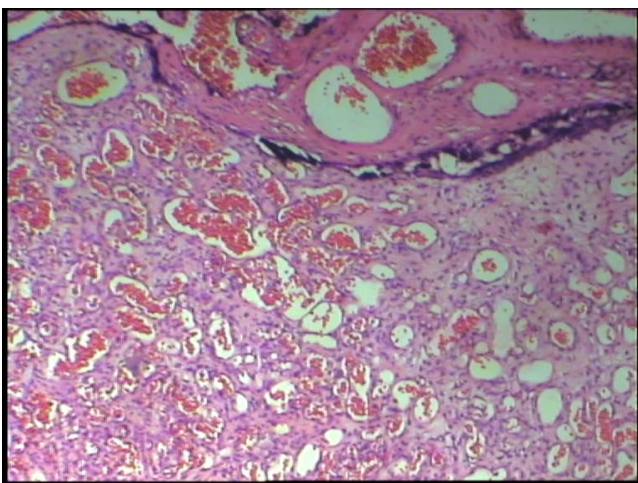
شکل ۱: جفت‌های غیرطبیعی



شکل ۵: عکس پاتولوژی جفت مولار



شکل ۲: جفت مولار به همراه جفت طبیعی



شکل ۶: عکس پاتولوژی جفت مولار



شکل ۳: جفت مولار

HCG بیمار پس از جراحی ۱۰۰/۰۰۰ بود. برای اطمینان از رد تومور تروفوبلاستیک حاملگی و حاملگی مولار پابرجا HCG-β به فاصله هر هفته چک شد تا به حد طبیعی رسید. سپس، ماهانه تا ۶ ماه و بعد هر دو ماه تا یک سال کنترل شد. در گزارش آسیب شناسی هیچ شواهدی از بدخیمی وجود نداشت. در پی گیری های بعدی با انجام رادیوگرافی قفسه سینه و بررسی های آزمایشگاهی یافته های دال بر تکثیر تروفوبلاست ها در رحم و متاستاز در قسمت های دیگر بدن در طی یک سال پس از سزارین دیده نشد.

بحث

حاملگی سه قلوبی شامل مول هیداتی فورم کامل و دو جنین زنده سالم نادر است. (۲۸-۳۲) بسیاری از تظاهر بالینی مول هیداتی فورم در صورت همراهی با حاملگی چند قلوبی تشدید می شود که بیشتر در اواخر سه ماهه اول و طی سه ماهه دوم بروز می کند. که در بسیاری موارد با خونروی واژینال مراجعه می کنند. (۱۰، ۱۴، ۳۳ و ۳۴) البته با بکارگیری سونوگرافی در هفته های اول حاملگی و ارائه خدمات پرهناتال به زنان باردار بسیاری از آنها پیش از بروز خونروی در حدود هفته ۱۱ حاملگی از حاملگی چندقلوبی با جفت غیرطبیعی مطلع می شوند (۲۱ و ۳۷-۳۵) و در موارد کمی تشخیص حاملگی مولار به تاخیر افتاده و زنان با علائم زایمان زودرس مراجعه کرده و تشخیص داده می شوند (۳۸). که مورد اخیر در بیمار ما صدق می کند. بیمار ما با علائم تهدید به سقط و نارسایی سرویکس در ۱۲ هفتگی تحت سرکلاژ قرار گرفت. ولی در دو سونوگرافی اوایل حاملگی، گزارشی از جفت غیرطبیعی نداشت و سرانجام با علائم زایمان زودرس در ۳۴ هفته مراجعه کرد.

بیمار مورد بررسی، سابقه دوره های اولیگو اوولاسیون و تخمدان پلی کیستیک و هشت سال نازایی داشت و درمان های مختلف نازایی دریافت می کرد که در نهایت متعاقب چند دوره درمان با HMG و HCG و با IUI باردار شده بود. در اکثر مطالعات، بروز حاملگی چندقلوبی همراه با حاملگی مولار را بدنبال استفاده از روش های کمک باروری از جمله تجویز کلومیفن سترات به همراه IUI (۳۷) و HCG و HMG

بدنبال نازایی ثانویه (۱۵، ۲۱ و ۳۸) و کلومیفن سترات به تنهایی (۳۴)، IVF-ET (۲)، IVF و intracytoplasmic sperm (۳۶) گزارش کرده اند و در موارد اندکی حاملگی چندقلوبی همراه مولار بدون درمان نازایی نیز رخ داده بود (۳۵) البته در مطالعه ای توسط Bovicelli و همکاران در سال ۲۰۰۴، نشان داده شد که شیوع حاملگی دوقلوبی با یک مول هیداتی فورم کامل بدنبال IVF نسبت به جامعه عمومی بیشتر نیست (۴۰) که البته در این مورد منظور حاملگی دوقلوبی تنها بوده است.

در زنان با حاملگی مولار همراه با جنین زنده خطر بروز کیست تکالوتینی، هیپرتیروئیدی، پره اکلامپسی، هیپرامزیس، آمبولی تروفوبلاست، خونریزی واژینال و زایمان زودرس (۴۱) افزایش می یابد که در صورت بروز هر کدام از این عوارض به حاملگی خاتمه داده می شود (۱۴)

بیمار ما در ماه چهارم بارداری با درد شدید شکم مراجعه کرد و در لاپاراسکوپی تشخیصی، تورشن تخمدان به علت بزرگی بیش از حد و کیستی بودن آن مشاهده شد که این ضایعه در طی همان لاپاراسکوپی برطرف شد. همچنین، بیمار دچار علائم شدید هیپرتیروئیدی شد که با حاملگی دوقلوبی و HCG بالا قابل توجیه است لذا پی گیری دیگری صورت نگرفت و تنها با کنترل TSH و دارو کنترل می شد.

در مورد همراهی حاملگی مولار با جنین زنده طبیعی درمان مشخصی توصیه نشده و دشواری در اداره این بیماران پس از تشخیص، ادامه حاملگی یا خاتمه دادن به آن پس از تثبیت وضع بیمار است که هنوز نامشخص بوده و یافته های اندکی برای راهنمایی بالینی وجود دارد بویژه در این زنان که بیشتر بدنبال روش های کمک باروری حامله شده و Golden baby بوده و جنین برای آنها اهمیت زیادی دارد (۳۹). در بیمار ما در ۳۴ هفتگی با علائم زایمان زودرس مراجعه کرده بود و دو جنین سالم با سزارین دنیا آورد.

یکی از نگرانی های عمده بدنبال حاملگی مولار، خطر تبدیل آن به تومور تروفوبلاستی پایدار حاملگی (GTD) و احتمال تبدیل آن به تومور تروفوبلاستی پایدار است که در نوع کامل ۳۰-۱۰٪ و در نوع ناقص ۵٪ می باشد (۴۲) در این بیمار نیز اقدام لازم برای پی گیری GTD و همچنین پیشگیری از بارداری تا یکسال برای بیمار انجام شد. اندازه گیری βHCG

و موجود نبودن پروتکل درمانی مشخص توجه ویژه‌ای شود. در ضمن با توجه به بروز نکردن مشکل در مادر و جنین‌ها، به متمرکز شدن این نوع حاملگی‌ها می‌تواند دریچه‌ای امیدوارانه در تشخیص‌های اولیه بارداری یا رضایت‌ندادن به ختم حاملگی با توجه به ارزش بودن جنین.

هر هفته تا رسیدن آن به میزان طبیعی و سپس ماهانه به مدت شش ماه، سپس، هر دو ماه یکبار تا دوسال انجام شد که علامتی دال بر تکثیر تروفوبلاستی در بیمار بدست نیامد. با توجه به نادر بودن این موارد لازم است که توجه بیشتری به مراقبت پره‌ناتال زنان باردار متعاقب درمان‌های نازایی بشود. همچنین، در پی‌گیری به دلیل خطر بالای ایجاد کوریوکاریسینوم

منابع

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, et al. Williams Obstetrics. 12th Edition. New York: McGraw-HILL, Medical Publishing Division, 2005: 389-406.
2. Berkowitz RS, Goldstein DP. Management of Molar Pregnancy and Gestational Trophoblastic Tumors. in: Gynecologic Oncology, Knapp RC, Berkowitz RS (Eds). 2nd ed. New York; McGraw-Hill, 1992.
3. Silverberg SG, Kurman RJ. Tumors of the Uterine Corpus and Gestational Trophoblastic Disease. Washington DC; Armed Forces Institute of Pathology, 1992: 236-245.
4. Ling Wee, Eric Jauniaux. Prenatal Diagnosis and Management of Twin Pregnancies complicated by A Co-Existing Molar Pregnancy. Prenat Diagn 2005; 25: 772-776.
5. Jones WB, Lauersen NH: Hydatidiform Mole with A Coexistent Fetus. Am J Obstet Gynecol 1975; 122: 267-272.
6. Vaisbuch E, Ben-Arie A, Dgani R, Perlman S, Sokolovsky N, Hagay Z. Twin Pregnancy Consisting of A Complete Hydatidiform Mole and Co-Existent Fetus: Report of Two Cases And Review of Literature. Gynecol Oncol 2005; 98: 19-23.
7. Massardier J, Golfier F, Journet D, et al. Twin Pregnancy With Complete Hydatidiform Mole and Coexistent Fetus: Obstetrical and Oncological Outcomes in A Series of 14 Cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2009; 143: 84-87.
8. Piura B, Rabinovich A, HersHKovitz R, Maor E, Mazor M. Twin Pregnancy with A Complete Hydatidiform Mole and Surviving Co-Existent Fetus. Arch Gynecol Obstet 2008; 278: 377-382.
9. Wee L, Jauniaux E. Prenatal Diagnosis and Management of Twin Pregnancies Complicated by A Co-Existing Molar Pregnancy. Prenat Diagn 2005; 25: 772-776.
10. Kwon HE, Park EJ, Kim SH, Chae HD, Won HS, Kim CH, Kang BM. A Case of Twin Pregnancy with Complete Hydatidiform Mole and Coexisting Fetus Following IVF-ET. J Assist Reprod Genet 2002; 19: 144-8.
11. Amr MF, Fisher RA, Foskett MA, Paradinas FJ. Triplet Pregnancy with Hydatidiform Mole. Int J Gynecol Cancer 2000; 10: 76-81.
12. Rajesh U, Cohn MR, Foskett MA, Fisher RA, El Zaki D. Triplet Pregnancy With A Coexisting Complete Hydatidiform Mole Of Monospermic Origin In A Spontaneous Conception. BJOG 2000; 107: 1439-42.
13. Malhotra N, Deka D, Takkar D, Kochar S, Goel S, Sharma MC. Hydatidiform Mole With Coexisting Live Fetus In Dichorionic Twin Gestation. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001; 94: 301-3.
14. Sauerbrei EE, Salem S, Fayle B. Coexistent Hydatidiform Mole and Live Fetus in The Second Trimester: An Ultrasound Study. Radiology 1980; 135(2): 415-7.
15. Ohmichi M, Tasaka K, Suehara N, Miyake A, Tanizawa O. Hydatidiform Mole in A Triplet Pregnancy Following Gonadotropin Therapy. Acta Obstet Gynecol Scand 1986; 65: 523-524.
16. Van De Geijn EJ, Yedema CA, Hemrika DJ, Schutte MF, Ten Velden JJ. Hydatidiform Mole with Coexisting Twin Pregnancy After Gamete Intra-Fallopian Transfer. Hum Reprod 1992; 7: 568-572.
17. Chao AS, Tsai TC, Soong YK. Clinical Management of A Quadruplet Pregnancy Combining A Triplet Pregnancy with A Classical Hydatidiform Mole. Case Report and Review of Literature. Prenat Diagn 1999; 19: 1073-1076.
18. Kwon HE, Park EJ, Kim SH, Chae HD, Won HS, Kim CH, et al. A Case of Twin Pregnancy with Complete Hydatidiform Mole and Coexisting Fetus Following IVF-ET. Journal of Assisted Reproduction and Genetics 2002; 19(2): 144-8.
19. Wu TC, Shen SH, Chang SP, Chang CY, Guo WY. Magnetic Resonance Experience Of A Twin Pregnancy With A Normal Fetus and Hydatidiform Mole. J Comput Assist Tomogr 2005; 29(3): 415-7.
20. Ko PC, Peng HH, Soong YK, Chang SD. Triplet Pregnancy Complicated With One Hydatidiform Mole And Preeclampsia In A 46, XY Female With Gonadal Dysgenesis. Taiwan J Obstet Gynecol 2007; 46(3): 276-80.

21. Bruchim D, Kidron A, Amiel M, Altaras M D, Fejgin. Complete Hydatidiform Mole and A Coexistent Viable Fetus: Report of Two Cases and Review of the Literature. *Gynecologic Oncology* 2000; 77: 197-202.
22. Sebire NJ, Fokkett M, Paradinas FJ, Et Al. Outcome of Twin Pregnancies with Complete Hydatidiform Mole and Healthy Co-Twin. *Lancet* 2002; 359:2165- 2166.
23. Matsui H, Sekiya S, Hando T, Et Al. Hydatidiform Mole Coexistent With A Twin Live Fetus: A National Collaborative Study In Japan. *Hum Reprod* 2000; 15: 608-611.
24. Montes-De-Oca-Valero F, Macara L, Shaker A. Twin Pregnancy with A Complete Hydatidiform Mole and Co-Existing Fetus Following in-Vitro Fertilization. *Hum Reprod* 1999; 14: 2905- 2907.
25. Hsieh CC, Hsieh TT, Hsueh C, et al. Delivery of A Severely Anaemic Fetus after Partial Molar Pregnancy: Clinical and Ultrasonographic Findings. *Hum Reprod* 1999; 14: 1122-1126.
26. Makrydimas G, Sibire NJ, Thornton SE, et al. Complete Hydatidiform Mole and Normal Live Birth: A Novel Case of Confined Placental Mosaicism. *Hum Reprod* 2002; 17: 2459-2463.
27. Bristow RE, Shumway JB, Khouzami AN, Witter FR. Complete Hydatidiform Mole and Surviving Coexistent Twin. *Obstet Gynecol Surv* 1996;51:705-9.
28. Ko PC, Peng HH, Soong YK, Chang SD. Triplet Pregnancy Complicated With One Hydatidiform Mole And Preeclampsia In A 46,XY Female With Gonadal Dysgenesis. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2007; 46: 276-280.
29. Takagi K, Unno N, Hyodo HE Et Al. Complete Hydatidiform Mole In A Triplet Pregnancy Coexisting Two Viable Fetuses: Case Report And Review Of The Literature. *J Obstet Gynaecol Res* 2003; 29: 330-338.
30. Higashino M, Harada N, Hataya I, Nishimura N, Kato M, Niikawa N. Trizygotic Pregnancy Consisting Of Two Fetuses And A Complete Hydatidiform Mole With Dispermic Androgenesis. *Am J Med Genet* 1999; 82: 67-69.
31. Gray-Henry DM, Ravindranath NT, Adeghe JH. Triplet Pregnancy With Complete Hydatidiform Mole Coexisting With Two Fetuses. *J Obstet Gynaecol* 1999; 19: 80-81.
32. Azuma C, Saji F, Takemura M Et Al. Triplet Pregnancy Involving Complete Hydatidiform Mole And Two Fetuses: Genetic Analysis By Deoxyribonucleic Acid Fingerprint. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 664-667.
33. Ogura T, Katoh H, Satoh S, Tsukimori K, Hirakawa T, Wake N, Nakano H. Complete Mole Coexistent with A Twin Fetus. *J Obstet Gynaecol Res* 2006; 32(6):593-601.
34. Vaisbuch E, Ben-Arie A, Dgani R, Perlman S, Sokolovsky N, Hagay Z. Twin Pregnancy Consisting of A Complete Hydatidiform Mole and Co-Existent Fetus: Report of Two Cases and Review of Literature. *Gynecol Oncol* 2005; 98(1):19-23.
35. Koyama S, Tomimatsu T, Sawada K, Kanagawa T, Isobe A, Kinugasa Y, et al. A Case of Complete Hydatidiform Mole with Coexistent Fetus: Conclusive Diagnosis of Androgenesis of the Molar Placenta by Variation of Paternal Acrocentric Short Arms. *Am J Perinatol* 2010; 27(2):143-9.
36. Kim CH, Kim YH, Kim JW, Kim KM, Cho MK, Kim SM, et al. Triplet Pregnancy with Partial Hydatidiform Mole Coexisting with Two Fetuses: A Case Report. *J Obstet Gynaecol Res* 2008; 34(4): 641-4.
37. Steller MA, Genest DR, Bernstein MR, Lage JM, Goldstein DP, Berkowitz RS. Clinical Features of Multiple Conception with Partial or Complete Molar Pregnancy and Coexisting Fetuses. *J Reprod Med* 1994; 39(3):147-54.
38. Takagi K, Unno N, Hyodo HE, Hyodo H, Kashima H, Kubota Net Al. Complete Hydatidiform Mole in A Triplet Pregnancy Coexisting Two Viable Fetuses: Case Report and Review of The Literature. *J Obstet Gynaecol Res* 2003; 29(5): 330-338.
39. Chao AS, Tsai TC, Soong YK. Clinical Management of A Quadruplet Pregnancy Combining A Triplet Pregnancy with A Classical Hydatidiform Mole: Case Report and Review of Literature. *Prenat Diagn* 1999; 19(11):1073-6.
40. Bovicelli L, Ghi T, Pili G, Et Al. Prenatal Diagnosis Of A Complete Mole Coexisting With A Dichorionic Twin Pregnancy: Case Report. *Hum Reprod* 2004; 19: 1231- 4.
41. Ozarpaci C, Yalti S, Gürbüz B, Ceylan S, Cakar Y. Complete Hydatidiform Mole With Coexistent Live Fetus In Dichorionic Twin Gestation. *Arch Gynecol Obstet* 2005; 271: 270-273.
42. Thomas EJ, Pryce WI, Maltby EL, Duncan SL. The Prospective Management Of A Coexistent Hydatidiform Mole And Fetus. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1987; 27(4):343-5.

Complete Hydatidiform Mole in Triple Pregnancy with Coexistent two live Fetuses (A Case Report)

Faraji R.(M.D)¹ - *Asgharnia M.(M.D)¹ - Sharami S. H.(M.D)¹ - Dalil Heirati S.F. (B.S)¹

*Corresponding Address: Reproductive Health Research center, Alzahra Hospital, Guilan university of Medical Sciences, Rasht, IRAN

Email: maryamasgharnia@yahoo.com

Received: 14/Sep/2011 Accepted: 8/Nov/2011

Abstract

Introduction: With the widespread use of ovulation induction regimen multiple pregnancy may occur more often and, thus, attention has been drawn to the increased possibility of multiple pregnancy with one or two normal fetuses and placenta and the other appearing as a complete or partial mole following a variety of different methods of assisted reproduction. Management of this condition is extremely challenging, especially when the pregnancy is highly desired and there is a significant risk of severe complications.

Case report: A 28-year-old female, gravida1-para0 who presented with 8 years of primary infertility (as a result of ovulatory dysfunction) was referred to Alzahra Educational Center at 34 weeks of gestation with the ultrasound diagnosis of a twin pregnancy (the fetuses were female). The current pregnancy had been conceived during the 2-3 cycle of superovulation with clomiphene-HMG and IUI. She had a history of hypothyroidism for 8 years and was controlled with levothyroxin. At 34 weeks of gestation due to active uterine contractions that made further conservative management impossible, the pregnancy was terminated by cesarean section.

Two female fetuses both without malformations were delivered. Following delivery of fetuses, one placenta had normal appearance and was completely removed. The second one, molar tissues containing numerous vesicles, were delivered and microscopic examination confirmed the diagnosis of hydatidiform mole and placental hemangioma.

Conclusion: In pregnant women following infertility treatment, close surveillance is certainly needed to evaluate the probability of coexistence of molar pregnancy.

Key words: Hydatidiform Mole/ Pregnancy Multiple

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 82, Pages: 83-89