

بیماری تروفوبلاستیک حاملگی GTN

ارائه دهنده: زهره میرکازهی

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران شهر

❖ به بیماری های برگرفته از سلول های تروفوبلاستیک **Trophoblastic**

❖ مرتبط با حاملگی یا غیر مرتبط

❖ عبارتند از **GTD** یا **NGTD**

❖ نمونه **NGTD**: کوریوکارسینوم تقدمدان در دختران نوجوان که از سلول های تروفوبلاستیک جنینی موجود در تقدمدان به وجود می آید و خصوصیات مشابه **GTD** دارد ولی بسیار نادر است

❖ **GTD** از سلول های تروفوبلاستیک جفتی حاصل از لقاح سلول های جنسی به وجود می آید خواه جنین باشد یا نباشد

❖ به دلیل اینکه قابلیت تهاجم دارند به آنها نئوپلازی گفته می شود

شیوع

❖ یک مورد در ۱۵۰۰ حاملگی در آمریکا

❖ در کشورهای آسیایی از جمله اندونزی – تایوان – فیلیپین و ایران یک مورد در ۸۰ تا ۱۲۰ حاملگی

انواع

(۱) Hydatidiform mole ۸۰ در موارد

(۲) chorioadenoma (invasive mole) ۱۵-۱۰ درصد موارد

(۳) placenta site trophoblastic نادر

Choriocarcinoma (۲ تا ۵ درصد)

دو ویژگی اساسی **GTN** ها ترشح **HCG** و حساسیت بالای آنها به شیمی درمانی است
به طوری که نزدیک به ۱۰۰ درصد موارد غیر متاستاتیک **GTN** و حدود ۹۰ درصد انواع متاستاتیک
GTN به شیمی درمانی پاسخ می دهند

به جز تومور تروفوبلاستیک **GTN** ها دارای هر دو نوع سلول سن سی شیوتروفوبلاست و
سیتوتروفوبلاست هستند

Hydatidiform Mole

❖ حاملگی مولار یا بچه خوره یا انگورک

❖ مسئول ۸۰ درصد موارد GTD

❖ کلاسیک یا کامل و ناقص

❖ مول کامل حدود ۸۰ درصد و ناقص حدود ۲۰٪

❖ از نظر خصوصیات سیتوژنتیک – هیستوپاتولوژیک و رفتار بالینی کاملاً متفاوتند

❖ وجه مشخصه هر دوی آنها وجود هیپرپلازی با آتیپی سلول های تروفوبلاستیک

❖ هنوز مکانیسم دقیق GTD شناخته شده نیست

فصوصیات کامل و ناقص

فصوصیات	مول کامل	مول ناقص
کاریوتایپ	اوپلوئید 46XX/46XY	تریپلوئید 69XXY/69XXX
چنین یا بافت چنینی	وجود ندارد	وجود دارد
عروق دروایی ها	وجود ندارد	وجود دارد
ادم وایی ها	منتشر	موضعی
هیپرپلازی تروفوبلاستیک	منتشر	موضعی
درگیری جفت	تمامی	قسمتی
ریسک بدخیمی	۲۰٪	۵٪

مول کامل Complete Mole

❖ در زمینه لقاح یک یا دو اسپرم ۲۳ کروموزمی (x or y) با تخمک خالی (فاقد کروموزوم) بوجود آمده و در نتیجه جنین یا اجزای جنینی (از جمله آمنیون و عروق در ویلی ها) وجود ندارد

❖ هنوز علت مول کامل بدرستی شناخته نشده است و تنها ریسک فاکتور اصلی شناخته شده آن سن بیمار است

❖ به طوری که در سنین قبل از ۲۰ سالگی و بعد از ۳۵ سالگی شیوع آن به وضوح بیشتر است

❖ در ورد نقش تغذیه (کمبود ویتامین A و اسید فولیک و کاهش مصرف چربی حیوانی) گروه خونی زوجین و پاریتی هنوز نتایج دقیقی وجود ندارد

❖ در برخی مطالعات ریسک بروز مجدد مول بعد از یکبار ابتلا به مول حدود ۱ تا ۲٪ گزارش شده است

علائم و نشانه ها

❖ قبل از هفته ۲۰ حاملگی علامت دار شده و عمدتاً به دلیل بافت غیر طبیعی جفت و قاذیر بالای HCG

❖ **فونریزی واژینال:** اولین و شایعترین (بیشتر از ۹۵٪) علامت مول کامل فونریزی واژینال (متناوب و شدید) است که در حالت تیپیک قبل از هفته ۱۶ و با خروج ویلی های دانه انگوری شکل (۸۰٪ موارد و پاتوگنومونیک) همراه است

در حدود نیمی از موارد آنمی نیز وجود دارد

علائم و نشانه ها

❖ **رحم بزرگتر از حد طبیعی:** در نیمی از موارد بزرگتر و نرم و در ۲۵٪ موارد برابر و در ۲۵٪ موارد کوچکتر از سن حاملگی

❖ در اکثر موارد رابطه مستقیمی میان اندازه رحم با حجم بافت مولار و مقدار HCG خون وجود دارد

❖ **استفراغ و خیم حاملگی (Hyperemesis gravidarum):** ۲۰ تا ۳۰٪ موارد—نیازمند تجویز داروهای ضد استفراغ و هیدراتاسیون وریدی

علائم و نشانه ها

❖ **رحم بزرگتر از حد طبیعی:** بین ۱۰ تا ۳۰٪ بیماران دچار پره اکلامپسی می شوند و در صورت بروز آن قبل از هفته ۳۴ حاملگی بایستی به فکر حاملگی مولار بود. تشنج اکلامپتیک نادر است

❖ **هیپرتیروئیدی:** در حدود ۵٪ بیماران دچار هیپرتیروئیدی می شوند که در صورت عدم کنترل ممکن است در موقع القا بیهوشی یا تخلیه رحم به طوفان تیروئیدی منجر شود

❖ **نارسایی تنفسی:** در حدود ۲٪ موارد بافت تروفوبلاستیک به گردش خون وارد شده و در نتیجه موجب نارسایی تنفسی می شود که خوشبختانه با حمایت قلبی ریوی ظرف ۴۸ تا ۷۲ ساعت بهبود می یابد

علائم و نشانه ها

- ❖ **انعقاد منتشر داخل عروقی (DIC):** در موارد نادر ممکن است در اثر ورود مواد ترومبوپلاستین بافت مولار به داخل گردش خون DIC بروز کند
- ❖ **عدم وجود جنین:** در مول کامل
- ❖ **توده آدنکسی:** به دلیل تحریک بیش از حد تقمدان در ۲۰ تا ۴۰٪ موارد ۸ سانت یا بزرگتر که به دلیل تشکیل کیست های تکا- لوئینی است

علائم و نشانه ها

❖ تا دو دهه قبل معمولاً در سه ماهه دوم تشخیص داده می شد اما امروزه با استفاده از سونوگرافی و HCG بیماری معمولاً در سه ماهه اول تشخیص داده شده و به همین دلیل شیوع علائم کمتر است. به طوری که شیوع خونریزی واژینال ۱۵٪ است فراغ و خیم ۸٪ - کم فونی ۵٪ و پره اکلامپسی ۱٪ بوده و سایر تظاهرات نادر هستند

تشخیص

❖ سونوگرافی

❖ برای بررسی سایر تشخیص افتراقی ها و نیز پیگیری های پاسخ به درمان B-HCG نیز اندازه گیری می شود

❖ وجه مشخصه سونوگرافی موال کامل وجود الگوی طوفان برفی است

❖ همچنین در رادیوگرافی رحم (آمنیوگرافی) نمای پاتوگنومونیک آن به صورت نمای کندوی زنبور عسل

(honeycomb pattern) است ولی معمولاً نیازی به انجام آن نیست

تشخیص

❖ در حاملگی طبیعی مقدار **B-HCG** سرم در حوالی هفته ۱۲ تا ۱۴ حاملگی به حداکثر رسید و به ندرت به بیش **100/000mlu/ml** می رسد

❖ از آنجایی که در حاملگی چند قلوئی و نیز حالات **hyperplacental** مقدار **hcg** نیز ممکن است بیش از این مقدار شود لذا **HCG** دقت چندانی در تشخیص مول ندارد و از آن جهت بررسی تشخیص افتراقی و پیگیری درمان استفاده می شود

تشخیص

❖ پس از تشخیص مولک بایستی بررسی های زیر قبل از درمان انجام شود:

❖ CBC – شمارش پلاکت – PTT – PT

❖ NA – K – BUN – کراتینین سرم

❖ BG – کراس میچ

❖ TSH – T3RU – T4

❖ SGOT – SGOP – ALP

❖ ECG – C-X RAY

درمان

❖ پس از تشخیص مول انجام آزمایشات تکمیلی و کنترل و اصلاح عوارض از جمله اختلالات آب و الکترولیت ها- هیپرتیروئیدی و ...

❖ در اولین فرصت ممکن اقدام به تقلیه محتویات رحم و پیگیری درمان

❖ کورتاژ ساکشن و در صورت عدم تمایل به باروری هیستریکتومی

کورتاژ ساکشن

❖ در صورت تمایل به بارداری

❖ در موارد با سن حاملگی بیشتر از ۱۶ هفته تقلیه رحم از طریق لاپاروتومی

❖ در مورد استفاده از اکسی توسین ۱۰ تا ۲۰ واحد به منظور کاهش خونریزی اختلاف نظر وجود دارد

❖ برفی قبل از شروع ساکشن و برفی بعد از شروع ساکشن

❖ با توجه به افزایش ریسک آمبولی سلول های تروفوبلاستیک بهتر است انفوزیون اکسی توسین پس از شروع ساکشن

❖ در مورد کورت کشیدن پس از ساکشن رحم اختلاف نظر وجود دارد و اکثرا با آن موافق نیستند

درمان

❖ هیستروکتومی در بیمارانی که تمایلی به بچه دار شدن ندارند و در موقع عمل در صورت وجود کیست های لوتئال بزرگتر از ۶ سانت آسپیره شود

❖ شیمی درمانی پروفیلاکتیک: یک دوره کوتاه شیمی درمانی تک دارویی (آکٲینوما یسین و یا متوترکسات) در زمان تخلیه رحم باعث کاهش عوارض بدخیمی تهاجم یا متاستاز می شود و توصیه می شود در بیمارانی که امکان پیگیری دقیق و منظم وجود ندارد بکار برده شود

❖ پیگیری درمان: ریسک بدخیمی در مول کامل متعاقب ساکشن کورتاژ حدود ۲۰٪ و در پی هیستریکتومی حدود ۱۴٪

❖ در تمامی بیماران صرفنظر از روش درمان بایستی بیمار تا حصول کامل از علاج قطعی تحت نظر و پیگیری قرار گیرد

❖ عوارض بدخیمی تقریبا در ۶ ماه اول پس از درمان رخ می دهد

❖ معاینه فیزیکی ۲ تا ۴ هفته بعد و سپس هر ماه

❖ در صورت عدم کوچک شدن رحم بایستی بررسی های کامل از نظر تداوم GTN به عمل آید

❖ رادیوگرافی قفسه سینه ۸-۱۴ هفته بعد و در ۷۵٪ موارد ریه اولین محل متاستاز است

❖ کنترل B-HCG: در صورتی که درمان موفقیت آمیز باشد مقدار B-HCG ظرف حداکثر ۹ هفته به حد طبیعی باز می گردد

❖ برای این منظور بایستی B-HCG سرم ابتدا هر هفته اندازه گیری شود تا اینکه در سه نوبت مقدار متوالی آن طبیعی باشد

❖ پس از آن آزمایش بایستی هر ماه تا ۶ و یا تا ۱۲ ماه تکرار شود

❖ در صورت ثابت باقی ماندن یا افزایش B-HCG بایستی بررسی های کامل از نظر وجود تداوم بیماری بعمل آید

❖ هر چند بایستی به فکر حاملگی نیز بود

❖ برای اجتناب از تداخل حاملگی در تفسیر مقادیر HCG بایستی بیمار تا یک سال حامله نشود

❖ برای این منظور OCP و یا روش های سدی گزینه مناسبی هستند

❖ استفاده از IUD توصیه نمی شود

مول ناقص

❖ در حدود ۲۰٪ حاملگی های مولار از نوع ناقص هستند که در ۹۰٪ موارد در زمینه لقاح دو اسپرم با یک تخمک

❖ تریپلوئیدی به صورت 69XXY در ۲۰٪ موارد و در 69XXX در ۲۲٪ موارد

❖ جنین یا اجزای جنینی وجود دارد ولی همیشه غیر طبیعی است و به ندرت قادر به ادامه حیات است

❖ علت: ناشناخته

❖ ریسک بدخیمی ۵٪ و در مول کامل ۲۰٪

❖ در مول ناقص ویلی ها به جای اینکه ادماتو باشند کوچک و آتروفیک هستند

مول ناقص

❖ مول ناقص معمولاً ۱۴ هفته دیرتر از مول کامل و اکثراً با تابلوی سقط فراموش شده یا ناقص بروز می کند

❖ اندازه رحم کوچکتر از سن حاملگی بوده و در کمتر از ۳۰٪ موارد بزرگتر از سن حاملگی است

❖ پره اکلامپسی نادر بوده و کیست تکا، استفراغ وفیم حاملگی و هیپرتیروئیدیب دیده نمی شود

تشخیص مول ناقص

❖ سونوگرافی از دقت خوبی برخوردار بوده و با وجود جنین یا اجزای جنینی و نواحی موضعی کیستیک درون جفت و افزایش قطر عرضی ساک حاملگی مشخص می شود

❖ اگر چه در مول ناقص نیز مقدار **HCG** افزایش می یابد ولی فقط در کمتر از ۵٪ موارد به بیش از ۱۰۰/۰۰۰ mlu/ml می رسد

❖ درمان مول ناقص مشابه مول کامل

مول مهاجم

❖ انسیدانس واقعی مول مهاجم یا مغرب مشخص نیست

❖ در ۱۰ تا ۲۰٪ حاملگی مولار

❖ **تظاهرات:** با وجود تروفوبلاست ها ویلی های کوریونیک هیدروپیک ادماتو در داخل میومتر یا

فضای دورتر مشخص می شود- **hcg** ثابت یا بالا- عدم کوچک شدن رحم- تداوم خونریزی

واژینال و شواهد متاستاز به صورت خونریزی داخل صفاقی و گرفتاری ریه اما ناشایع

مول مهاجم

❖ افتراق مول مهاجم از کوریوکارسینوم بررسی پاتولوژیک ضایعات

❖ در کوریوکارسینوم: عدم وجود ویلی کوریونیک و وجود سلول های آناپلاستیک در کوریوکارسینوم

❖ برغورد همانند سایر موارد بدخیم GTD

❖ تشخیص افتراقی با پلاستنتا اکرتا

❖ بدخیمی در مول مهاجم: ۵٪

درمان

❖ شیمی درمانی تک دارویی با متوترکسات یا آکتینومایسین

❖ در صورت پروگنوز بد شیمی درمانی سه دارویی: متوترکسات – اکتینومایسین و کلرامبوسیل

Placental site trophoblastic tumor

❖ PSTT موارد نادر نئوپلازی تروفوبلاستیک

❖ منشأ بستر جفت

❖ حاوی سلول های تروفوبلاست حد واسط و تا اندازه ای سیتوتروفوبلاست و به ندرت سلول های سن

سیشیوتروفوبلاست در آن دیده می شود

❖ مقدار HCG کمتر از 1000 mIU/ml

❖ تداوم خونریزی رحمی و افزایش نسبی hcg

Choriocarcinoma

❖ شیوع: ۱ به ۱۴۰/۰۰۰ حاملگی در آمریکا تا ۱ به ۱۲۰ حاملگی در برفی از کشورهای آسیایی

❖ متعاقب هر حاملگی رخ داده

❖ به دنبال حاملگی مولار ۵۰٪ - حاملگی طبیعی ۲۵٪ - سقط ۲۵٪

تظاهرات اصلی

❖ فونریزی از نواحی متاستاتیک

❖ راه متاستاز عروق فونی و ریه ها ۸٪ - واژن ۳٪ - لگن ۲٪ - کبد ۱٪ - مغز ۱٪

❖ متاستاز ریوی: درد قفسه سینه - سرفه - هموپتزی - دیس پنه - حملات شبه آسم - نارسایی تنفسی و ضایعات رادیوگرافیک بدون علامت

❖ متاستاز به واژن: حملات فونریزی و دیس شارژ

❖ کبد: درد و حساسیت اپی گاستر یا RUQ پارگی و فونریزی داخل صفاقی

❖ مغز: همراه با درگیری ریه و واژن و به صورت CVP

مرحله بندی و پیش آگهی سرطان جفت

Stage I ❖

محدود به کورپوس رحم

StageII ❖

متاستاز به لگن

StageIII ❖

متاستاز به ریه

StageIV ❖

سایر نواحی خارج لگن

دلیل WHO سیستم درجه بندی پیش آگهی (جدول ۲-۲۳). در $PISS \geq 4$ پیش آگهی خوب، یا ۵ تا ۷ متوسط و در براساسی مطالعات دکتر Bagshaw پیشنهاد نمود (جدول ۲-۲۳). در $PISS \geq 4$ پیش آگهی خوب، یا ۵ تا ۷ متوسط و در مقادیر ≤ 8 بد خواهد بود.

جدول ۲-۲۳: سیستم درجه بندی پیش آگهی متوپلازیهای بدخیم ترو فویلاستیک

نمره				فاکتور پروگنوستیک
۴	۳	۲	۱	
—	—	$29 <$	$29 \geq$	سن
—	حاملگی ترم	سقط یا نابجا	مولار	نوع حاملگی
$12 <$	۱۲ تا ۷	۶ تا ۴	$4 >$	فاصله زمانی حاملگی و شروع شیمی درمانی (ماه)
$1.5 <$	۱۰۰۰۰-۱۰۰۰۰۰	۱۰۰۰۰-۱۰۰۰۰۰	$100 >$	سطح hCG (mIU/ml)
—	AB یا B	A/O یا O/A	—	گروه خونی زوجین (مرد/زن)
—	$5 <$	۵ تا ۳	$3 >$	اندازه بزرگترین قطر تومور (cm)
مفر	GI (کبد)	طحال، کلیه	—	محل متاستاز
$8 <$	۸ تا ۴	۳ تا ۱	—	تعداد متاستازها
≤ 2 دارد	تکدار، ویسی	—	—	شیمی درمانی قبلی

نمره کل ≥ 2 = low risk نمره کل ۵ تا ۷ = intermediate risk و نمره کل ≤ 8 = high risk

مرحله بندی و پیش آگهی سرطان جفت

❖ تمامی بیماران در مرحله اول پیش آگهی خوب است در مرحله چهارم پیش آگهی بد است

❖ پیش آگهی بد در صورت: ۱- سطح **Hcg** خون قبل از درمان بیشتر از 1000 mIU/mL ۲- طول مدت وجود علائم
بیماری بیش از ۱۲ ماه ۳- وجود متاستاز مغزی یا کبدی ۴- سابقه عدم پاسخ به شیمی درمانی و ۵- بروز بیماری در پی
حاملگی ترم

❖ تدابیر درمانی: بررسی با سی تی مغز - ریه و لگن

❖ به جز **pstt** همه **GTD** ها حساس به شیمی درمانی بوده در موارد کم خطر و غیر متاستاتیک درمان با شیمی درمانی تک
دارویی و بقیه چند دارویی

❖ رادیوگرافی جهت پیشگیری از خونریزی مغزی ناشی از متاستاز

❖ در بیماران با متاستاز بهتر است پس از رمیسیون اولیه ۲ دوره شیمی درمانی اضافی انجام شود

گزینه صحیح را مشخص کنید؟

الف- بیماری های ترومبلاستیک مرتبط با پروسه حاملگی و یا غیرمرتبط با آن باشد

ب- نمونه معروف **NGTD** کوریوکارسینوم تفران در دختران نوجوان است که از سلول های ترومبلاستیک جنینی موجود در تفران به وجود می آید و خصوصیات پاتولوژیک مشابه **GTD** دارد ولی بسیار نادر است

ج- به دلیلی بیماری ترومبلاستیک قابلیت تهاجم دارد به آنها نئوپلازی نیز گفته می شود

د- همه موارد

جواب: د

گزینه غلط را مشخص کنید؟

الف- ویژگی اساسی **GTN** ها ترشح **hCG** است

ب- به شیمی درمانی به راحتی پاسخ نمیدهند

ج- مول هیدراتیدی خرم به حاملگی مولار یا بچه خوره یا انگورک گفته می شود

د- مول کامل حدود ۱۰ درصد و مول ناقص حدود ۲۰ درصد حاملگی مولار را تشکیل می دهد

گزینه ب

-----در زمینه لقاح یک یا دو اسپرم ۲۳ کروموزومی **x** یا **y** با تفمک خالی فاقد کروموزوم به وجود آمده و در نتیجه جنین یا اجزا جنینی از جمله آمنیون و عروق در ویلی ها وجود ندارد.

الف. مول کامل

ب. مول ناقص

ج. سن سی شیوتر و خوبلاست

د. هیپکدام

گزینه الف

علت مول کامل کدام است؟

الف ▪ سن

ب ▪ تغذیه

ج ▪ گروه خونی زوجین

د ▪ پاریتی بالا

گزینه الف

اولین و شایع ترین علامت مول کامل-----است که در حالت تیپیک قبل از هفته ۱۶ رخ می دهد▪

الف▪ خونریزی متناوب و شدید

ب▪ رحم بزرگتر از حد

ج▪ استفراغ و فیم حاملگی

د. مسمومیت حاملگی

گزینه الف

گزینه صحیح را مشخص کنید؟

الف- در حاملگی مولار در حد نیمی از موارد رهم بزرگتر از سن حاملگی و نرم است

ب- در ۲۵ درصد موارد کوچکتر از سن حاملگی است

ج- در اکثر موارد رابطه مستقیمی میان اندازه رهم با حجم بافت مولار و مقدار **HCG** خون وجود دارد

د- همه موارد

گزیده >

گزینه صحیح را مشخص کنید؟

الف- در حاملگی مولار حدود ۵۰ درصد بیماران دچار هیپر تیروئیدی می شوند که در صورت عدم کنترل ممکن است در موقع القا بیهوشی یا تخلیه رحم به طوفان تیروئیدی منجر شود-

ب- در موارد نادر ممکن است در اثر ورود مواد ترومبوپلاستین باعث مولار به داخل گردش خون ، **DIC** بروز کند-

ج- در مول کامل جنین وجود ندارد و لذا ضربان قلب جنین شنیده نخواهد شد-

د- همه موارد

گزیده >

وجه مشفیه سونوگرافیک مول وجود-----است.

الف. الگوی نمای طوفان برف

ب. وجود بنین

ج. عدم وجود بنین

د. هماتوم پشت جفت

گزینه الف

کدام یک از موارد زیر از نشانه های حاملگی مولار نیست؟

الف- هیپرتیروئیدی

ب- هیپوتیروئیدی

ج- نارسایی تنفسی

د- توده آدنکسی

گزینه ب

در رادیوگرافی رهم یا آمنیوگرافی نمای پاتوگونیومیک مولار-----است ▪

الف ▪ طوفان برف

ب ▪ کند کندوی زنبور عسل

ج ▪ وجود جنین

د ▪ عدم وجود سن سی شیوتروفوبلاست

گزینه ب

مقدار **hCG** در مول کامل به چه میزان میرسد؟

الف. بیش از ۴۰ هزار

ب. ۱۰ هزار

ج. بیش از هزار

د. کمتر از ۴۰ هزار

گزینه الف

مورد استفاده از **hCG** در حاملگی مولار چیست؟

الف- تشخیص بارداری

ب- تشخیص اختراقی

ج- پیگیری درمان

د- ب و ج

گزیده >

آزمایشات مورد نیاز در حاملگی مولار کدام است؟

الف - **cbc.** شمارش پلاکت - **PT.PTT**

ب - **Na.k.BUN..** کراتینین

ج - **TSH.SGOT.SGPT.ALP**

د - همه موارد

گزیده >

اولین اقدام بعد از تشخیص حاملگی مولار عبارتند از:

الف- تخلیه محتویات رحم و پیگیری درمان

ب- انجام آزمایشات تکمیلی

ج- اصلاح عوارض بیماری

د- همه موارد

گزیده >

روش انتقابی برای تفلیه مفتویات رهم در فاملگی مولار،*****است.

الف. ساکشن کور تاژ

ب. هیسترکتومی

ج. شیمی درمانی پروفیلاکتیک

د. عمل جراحی

گزینه الف

درهین عمل جراحی اگر کیست های لوتئال بزرگتر از ۶ سانتی متری مشاهده شد چه اقدامی انجام شود؟

الف- نیازی به اقدامی خاصی نیست

ب- آسپیره شوند

ج- پیگیری با سونوگرافی انجام شود

د- دارو درمانی انجام شود

گزینه ب

گزینه غلط را مشخص کنید؟

الف عوارض بدفیمی همیشه در ۶ ماه اول پس از درمان رخ می دهد

ب. در صورت عدم کوچک شدن رهم بایستی بررسی های کامل از نظر تداوم **GTN** بعمل آید

ج. آخرین ممل درگیری در متاستاز ریه است

د. ریسک بدفیمی در مول کامل متعاقب ساکشن کورتاژ حدود ۲۰ درصد و در پی هسیتراکتومی حدود ۴ درصد است

گزینه ج

روش مناسب جلوگیری از بارداری بعد از حاملگی مولار کدام است؟

الف- روش سدی

ب- ocp

ج- iud

د- الف و ب

گزینه د

در حدود مالکگی مولار از نوع ناقص یا نسبی است.

الف. ۵۰ درصد

ب. ۴۰ درصد

ج. ۲۰ درصد

د. ۵ درصد

گزینه ج

شایع ترین محل متاستاز کوریوکارسینوم عبارتند از

الف- واژن

ب- ریه

ج- روده

د- کبد

گزینه ب

در بیماران با متاستاز بهتر استپس از رمیسیون اولیه-----نیز انجام شود

الف- سی تی اسکن

ب- رادیوگرافی

ج- کورتاژ ساکشن

د- دو دوره شیمی درمانی اضافی

گزینه د

همیشه به خاطر بسپاریم که همراهی خدا مثل نفس کشیدن
است آرام و بی صدا و همیشگی