

გამირა ახვლედიანი, კონსტანტინე ქათამიძე, მერი დაქიშვილი

ბუტნამეკერი

შპს ავერსის კლინიკა, თბილისი, საქართველო

Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2025.01.09>

ZAMIRA AKHVLEDIANI, KONSTANTINE KATAMIDZE, MERI DAKISHVILI

HYDATIDIFORM MOLE

Ltd Aversi Clinic, Tbilisi, Georgia

SUMMARY

A hydatiform mole (also known as a molar pregnancy) is a gestational trophoblastic disease (GTD), which originates from the placenta and can metastasize. It is unique in that the tumor originates from gestational tissue rather than from maternal tissue. Hydatidiform moles (HM) are usually considered the noninvasive form of gestational trophoblastic disease. While hydatidiform moles are typically deemed benign, they are premalignant and do have the potential to become malignant and invasive. This activity describes the pathophysiology, evaluation and management of hydatidiform moles and highlights the role of the interprofessional team in the management of affected patients. Other forms of gestational trophoblastic disease include gestational choriocarcinoma (which can be extremely malignant and invasive) and placental site trophoblastic tumors.

Keywords: Hydatidiform mole, Molar pregnancy, GTD

ბუტნამეკერი იშვიათი მასა ან წანაზარდია, რომელიც ფორმირდება საშვილოსნოში ორსულობის დაწყებისას. იგი არის გესტაციური ტროფობლასტური დაავადების ნაირსახეობა. ბუტნამეკერი ჩასახვის შედეგია, რომლის დროსაც არ ხდება ემბრიონის განვითარება. ტროფობლასტური დაავადების ერთ-ერთი გამოვლინებაა ქორიონის ხალების გადაგვარება ცისტების სახით, რომელიც წარმოადგენს კეთილთვისებიან ფორმას. ბუტნამეკერის დროს ქორიონი ვერ ასრულებს თავის ფუნქციას, რის შედეგადაც ნაყოფი იღუპება ადრეულ სტადიაზე ან საერთოდ ვერ ყალიბდება.

არსებობს სრული და ნაწილობრივი ბუტნამეკერის ნაირსახეობა. ყველაზე ხშირად გვხვდება სრული ბუტნამეკერი. დაავადება ძირითადად ვითარდება 30 წლამდე ქალებში ან 40 წელს ზევით. რისკ ფაქტორებში შედიან წყვილები დიდი ასაკობრივი სხვაობით. 3000 ორსულში 1 შემთხვევა ფიქსირდება. ექოსკოპიურად აღნიშნული მასა ხშირად წააგავს ყურძენს რადგან შეიცავს ბევრ პატარა ცისტას [1,9].

ბუტნამეკერის სიმპტომები: საშვილოსნოს პათოლოგიური ზრდა, შესაძლოა იყოს ჩვეულებრივზე დიდი ან პატარა. ძლიერი გულისრევა და ღებინება. ვაგინალური სისხლდენა. პიპერთირეოზის სიმპტომები, სითბოს აუტანლობის ჩათვლით, ტაქიკარდია, მოუსვენრობა, შფოთვა, მშრალი და ტენიანი კანი, ხელების კანკალი, ან აუხსნელი, მოულოდნელი წონაში კლება.

სიმპტომები პრეეკლამფსიის მსგავსია, რომელიც გამოვლინდება პირველ ტრიმესტრში ან ადრეულ მეორე ტრიმესტრში, მათ შორის მაღალი წნევით და შეშუპებით ტერფებისა და მუხლების არეში [2].

ბუტნამეკერის გენეტიკა: პირველ რიგში ბუტნამეკერი ვითარდება კვერცხუჯრედის ქრომოსომული აბერაციების დარღვევის დროს. მეორეს მხრივ დაკავშირებულია ჩანასახის კარიოტიპში მამის ქრომოსომების სიჭარბესთან. ამის მიზეზი შესაძლოა იყოს რამოდენიმე სპერმატოზოიდის შედეგად განაყოფიერებული ერთი კვერცხუჯრედი [9].

ბუშტნამქერის დიფერენციალური დიაგნოზი: ნაადრევი აბორტი ტროფობლასტურ ჰიპერპლაზიასთან ერთად, ჰიდროპიური აბორტი, ჰიპერთირეოდიზმი, ავთვისებიანი ჰიპერტენზია, პლაცენტის მეზენქიმური დისპლაზია [5].

დიაგნოსტიკა: გამოკვლევისას შესაძლოა გამოვლინდეს ნორმალური ორსულობის ნიშნები. თუმცა საშვილოსნოს ზომა შეიძლება იყოს პათოლოგიური და ასევე ბავშვის გულის ცემაც არ აღინიშნოს. ხშირ შემთხვევებში ვლინდება ვაგინალური სისხლდენაც. დიაგნოსტიკა მოიცავს: HCG (ადამიანის ქორიონალური გონადოტროპინი) ანალიზი, აბდომინალური ან ვაგინალური ექოსკოპია, მუცლის ღრუს CT ან MRI, სისხლის საერთო ანალიზი, ტესტი სისხლის შედედებაზე, თირკლმისა და ღვიძლის ფუნქციური ტესტები [7,8].

ბუშტნამქერის რადიოლოგიური თვისებები: ექოსკოპია დიაგნოსტიკის სტანდარტული მეთოდია. ექოსკოპიურად საშვილოსნოს ზომები ორსულობის ვადაზე მეტია, ორსულობის დროს, ექოგრამაზე I ტრიმესტრში საშვილოსნოში ისახება მრავლობითი წვრილ-ცისტოზური ჩანართების მქონე მასა. ულტრაბგერით მარტივად დიფერენცირდება სრული და ნაწილობრივი ბუშტნამქერი, გამოვლინდება ანემბრიონია და ქორიონის ბუსუსების გასქელება ასევე ტეკალუთენური ცისტების არსებობა საკვერცხეებში.

სრული ბუშტნამქერი: დიაგნოსტიკა შესაძლებელი ხდება ორსულობის მე-8, მე-9 კვირაზე. ექოლოგიურად ემბრიონი არ ვლინდება, არ აღინიშნება სანაყოფე სითხე, ვლინდება სქელი, კისტოზურად გადაგვარებული ქორიონი ე.წ. „თოვლის ნამქერის“ ან „ყურძნისებური“ ჩანართებით და საკვერცხეში ისახება მრავლობითი ცისტები.

ნაწილობრივი ბუშტნამქერი: ვლინდება ნაყოფის ზრდის ჩამორჩენა ვადასთან შედარებით, აღინიშნება მცირეწლიანობა, პლაცენტის ერთი ან რამოდენიმე ანომალია, II ტრიმესტრში ნაყოფის მრავლობით განვითარების ანომალია.

გულმკერდის რენტგენოგრაფია ტარდება, ბუშტნამქერის ავთვისებიანობის დასადგენად (როგორიცაა ქორიოკარცინომა), როდესაც დაინტერესებული ვართ ფილტვებში ხომ არ მეტასტაზირდა.

ბუშტნამქერის დროს, საშვილოსნოს შეფასებისვის, როგორ წესი, კომპიუტერულ ტომოგრაფიას ნაკლებად იყენებენ. MRI-მ შესაძლოა გამოავლინოს ჰეტეროგენული მასა კისტოზური ჩანართებით, რომელთა ხარჯზე გაფართოებულია საშვილოსნოს ღრუ. კვლევისას ნაყოფის ნაწილები არ აღინიშნება. MRI-ზე ასევე შესაძლოა გამოვლინდეს ორმხრივი თეკალუთენის ცისტები [4,9].

მკურნალობა: ბუშტნამქერის მოსაცილებლად საკმარისია საშვილოსნოს ყელის გაფართოება, გამოთხევდა და შიგთავსის ამოტუმბვა, ხოლო იშვიათ შემთხვევაში ხდება საჭირო საშვილოსნოს ამოკვეთა (ჰისტერექტომია) [3].

ქირურგიული ჩარევის შემდგომ, ბუშტნამქერის სრულყოფილად მოცილების შესაფასებლად, სისხლში ისაზღვრება ადამიანის ქორიონალური გონადოტროპინის დონე. თუ სრულყოფილადაა მოცილებული, ჰორმონის დონე, ნორმალურ მაჩვენებელს, ჩვეულებრივ 10 კვირის განმავლობაში უბრუნდება და შემდგომშიც ნორმაში რჩება. იმ შემთხვევაში თუ ჰორმონის დონე ნორმალურ მაჩვენებელს არ დაუბრუნდა, ტარდება თავის ტვინის, გულმკერდის, მუცლის და მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია, რათა განისაზღვროს ხომ არ განვითარდა ან გავრცელდა ქორიოკარცინომა. ბუშტნამქერს ქიმიოთერაპია არ ესაჭიროება, თუმცა დაავადება თუ გახანგრძლივდა, ასეთ შემთხვევებში ქიმიოთერაპიის ჩართვა აუცილებელი ხდება. ჩვეულებრივ საკმარისია მხოლოდ ერთი მედიკამენტი (მეტოტრექსატი ან დექტინომიცინი), თუმცა ზოგჯერ ორივე საშუალება ან სხვა ქიმიოთერაპიული საშუალებების კომბინაციაა საჭირო.

ქალს, რომელსაც ბუბტნამქერის გამო მკურნალობა აქვს ჩატარებული, ურჩევნ არ დაორსულდეს 1 წლის განმავლობაში. ხშირად რეკომენდებულია ორალური კონტრაცეპტივები, თუმცა კონტრაცეფციის სხვა მეთოდის გამოყენებაც შესაძლებელია [9].

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Mittal S, Menon S. Interstitial pregnancy mimicking an invasive hydatidiform mole. Am J Obstet Gynecol. 2019 May;220(5):501.
2. Sarmadi S, Izadi-Mood N, Sanii S, Motevalli D. Inter-observer variability in the histologic criteria of diagnosis of hydatidiform moles. Malays J Pathol. 2019 Apr;41(1):15-24.
3. Ning F, Hou H, Morse AN, Lash GE. Understanding and management of gestational trophoblastic disease. F1000Res. 2019;8
4. <https://radiopaedia.org/articles/complete-hydatidiform-mole?lang=us>
5. <https://medlineplus.gov/ency/article/000909.htm>
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
7. Henn MC, Lall MD. Complications of pregnancy. In: Walls RM, ed. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2023: ch 173.
8. Nica A, Bouchard-Fortier G, Covens A. Gestational trophoblastic disease: hydatidiform mole, nonmetastatic and metastatic gestational trophoblastic tumor: diagnosis and management. In: Gershenson DM, Lentz GM, Valea FA, Lobo RA, eds. Comprehensive Gynecology. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2022: ch 34.
9. <https://altravita-ivf.ru/blog/puzyrnyj-zanos.html>

ზამირა ახვლედიანი, კონსტანტინე ქათამიძე, მერი დაქიშვილი

ბუბტნამქერი

შპს ავერსის კლინიკა, თბილისი, საქართველო

რეზიუმე

ბუბტნამქერი გესტაციური ტროფობლასტური დაავადებაა, რომელიც წარმოიქმნება პლაცენტიდან და აქვს მეტასტაზირების უნარი. ის უნიკალურია იმიტომ, რომ სიმსივნე წარმოიქმნება გესტაციური ქსოვილიდან და არა დედის ქსოვილისაგან. ბუბტნამქერი ჩვეულებრივ განიხილება გესტაციური ტროფობლასტური დაავადების არაინვაზიურ ფორმად. მიუხედავად იმისა, რომ ბუბტნამქერი, როგორც წესი, კეთილთვისებიანი დაავადებაა, იგი ამავედროულად ავთვისებიანობისკენ არის მიდრეკილი და აქვს პოტენციალი გახდეს როგორც ავთვისებიანი, ასევე ინვაზიური. ეს ყოველივე აღწერს ბუბტნამქერების პათოფიზიოლოგიას, შეფასებას, ბუბტნამქერის მართვის მენეჯმენტს და ხაზს უსვამს პროფესიონალთა ჯგუფის როლს დაავადებული პაციენტების მართვაში. გესტაციური ტროფობლასტური დაავადების სხვა ფორმები მოიცავს გესტაციურ ქორიოკარცინომას (რომელიც შეიძლება იყოს უკიდურესად ავთვისებიანი და ინვაზიური) და პლაცენტის ტროფობლასტურ სიმსივნეებს.

