Sarem Journal of Medical Research. Volume 6, Issue 4, Winter 2021: 207 - 212

Successful pregnancy in a case of placental chronic histiocytic intervillositis: A case report study

ARTICLE INFO

Article Type

Case Report

Authors

Sima Giti[1*]

[1] Sarem Gynecology and Obestetrics Infertility Research Center, Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran

Corresponding Author

Sima Giti; Sarem Women Hospital, Basij Square, Phase 3, Ekbatan Town, Tehran, Iran.
Postal code: 1396956111
Phone: +98 (021) 44670888
Fax: +98 (021) 44670432
Dr.giti@sarem.org

Article History

Received: November 26, 2021
Accepted: December 13, 2021
e Published: Novembe 09, 2022

ABSTRACT

Introduction: Chronic histiocytic intervillositis (CHI) is a placental lesion that is associated with high fetal morbidity and mortality, and definitive criteria for the diagnosis of this factor have not been established. Considering the importance of complications and high fetal mortality, the aim of this study was a successful pregnancy in a case of placental chronic histiocytic intervillositis in the form of a case report.

Case introduction: A 37-year-old pregnant woman (G3P1Ab1L1) with a body mass index (BMI) of 26.7 was referred to the perinatal clinic at Sarem Hospital in Tehran. She had normal menstrual cycles with a duration of 3 to 7 days and an interval of 28 days. The patient did not have amenorrhea, dysmenorrhea, or spotting, and her bleeding was normal. Also, the patient had thrombophilia and was hospitalized at 34 weeks due to placental histiocytosis, polyhydramnios, and Doppler condition. The left ovary had a small adhesion to the tubes and it was opened. A 15 cm cyst was observed and the fluid was referred to cytology, which fortunately was not malignant and the left ovary was restored.

Conclusion: There are still many unknowns about CHI and the current evidence is limited by a single case report. Although, the evidence for rare diseases is weaker, there are ways to overcome these problems. Furthermore, prospective studies on unselected samples, determining the full range of prognosis associated with CHI, as well as identifying a clear relationship between the disease and pregnancy outcomes, would reduce the possibility of selection or reporting bias

Keywords: Chronic Histiocytosis Intervillositis; Placenta Diseases; Pregnancy Outcome; Case Report.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-17]

[DOI: 10.52547/sjrm.6.4.2]

Copyright© 2021, ASP Ins. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License which permits Share (copy and distribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-Noncommercial terms.

بارداری موفق در یک مورد ابتلا به اینترویلوزیت هیستیوسیتی مزمن جفتی: یک مطالعه گزارش موردی

سیما گیتی*
مرکز تحقیقات زنان، زایمان و ناباروری صارم، پیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران-ایران.

چکیده

مقدمه: اینترویلوزیت هیستیوسیتی مزمن (CHI) یک ضایعه جفتی است که با عوارض و مرگ و میر بالای جنین همراه می‌باشد و معیارهای قطعی برای تشخیص این عامل ایجاد نشده است. با توجه به اهمیت موضوع مربوط به عوارض و مرگ و میر بالای جنین، هدف از این مطالعه، معرفی بارداری موفق در یک مورد ابتلا به اینترویلوزیت هیستیوسیتوز مزمن جفتی به صورت گزارش موردی بود.

معرفی مورد: خانمی باردار ۳۷ ساله (G3P1Ab1L1) با شاخص توده‌ی بدنی (BMI) ۲۶,۷ به کلینیک پری‌ناتال در بیمارستان فوق تخصصی صارم تهران مراجعه کرد. سیکل‌های قاعدگی نرمال با طول مدت ۳ تا ۷ روز و فواصل زمانی ۲۸ روز داشت. بیمار آمنوره، دیسمنوره و لکه‌بینی نداشت و مقدار خونریزی او نرمال بود. از طرفی، بیمار ترومبوفیلیا داشت که به دلیل هیستیوسیتوز جفتی، پلی هیدرآمینوس و وضعیت داپلر در ۳۴ هفتگی جهت ختم بستری گردید. در جراحی سزارین تخمدان چپ به لوله‌ها چسبندگی کمی داشت که باز شد. کیست ۱۵ سانتی‌متری مشاهده و مایع به سیتولوژی ارجاع گردید که خوشبختانه بدخیمی وجود نداشت و تخمدان چپ ترمیم گردید.

نتیجه گیری: هنوز موارد و نکات زیادی در مورد CHI، ناشناخته است و شواهد فعلی با گزارش یک مورد محدود می‌باشد. اگرچه در مورد بیماری‌های نادر، شواهد ضعیف‌تری وجود دارند، اما روش‌هایی برای غلبه بر این مشکلات وجود دارد. علاوه بر این، مطالعات آینده‌نگر در مورد نمونه‌های غیرانتخابی، تعیین طیف کامل پیش‌آگهی مرتبط با CHI و همچنین شناسایی رابطه واضح بین این بیماری و پیامدهای بارداری، احتمال انتخاب یا گزارش سوگیری را کاهش می‌دهد.

کلید واژه‌ها: اینترویلوزیت هیستیوسیتی مزمن ؛ بیماری‌های جفتی؛ نتیجه بارداری؛ گزارش موردی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۰۵
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۲۲

*نویسنده مسئول: سیما گیتی؛ مرکز تحقیقات زنان، زایمان و ناباروری صارم، پیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران-ایران. آدرس: تهران، شهرک اکباتان، فاز ۳، میدان بسیج، بیمارستان فوق تخصصی صارم. کد پستی: ۱۳۹۶۹۵۶۱۱۱. تلفن: ۰۲۱۴۴۶۷۰۸۸۸. فکس: ۰۲۱۴۴۶۷۰۴۳۲.

مقدمه

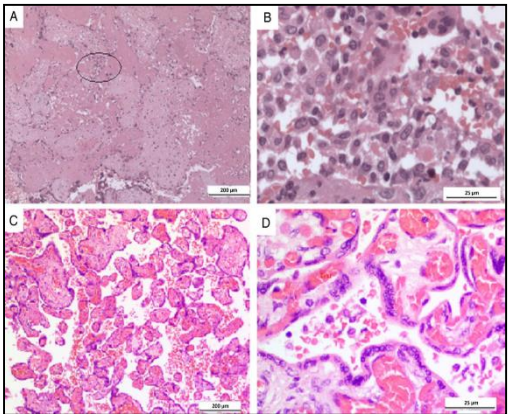
اینترویلوزیت هیستیوسیتی مزمن (CHI)[۱] که با نام‌های اینترویلوزیت مزمن[۲]، هیستیوسیتوز پریویلیوز[۳]، اینترویلوزیت مزمن گسترده[۴] یا اینترویلوزیت مزمن با علت ناشناخته[۵] نیز شناخته می‌شود، یک ضایعه جفتی است که با عوارض و مرگ و میر بالای جنین همراه است[۱،۲]. CHI برای اولین بار به عنوان یک عامل پاتولوژیک جداگانه در سال ۱۹۸۷ توصیف شد[۳] و در برخی موارد با Villitis با علت ناشناخته همپوشانی داشته باشد[۴-۶]. اگرچه، معیارهای قطعی برای تشخیص این عامل ایجاد نشده است. CHI را فقط می‌توان به دنبال بررسی پاتولوژیک جفت تشخیص داد زیرا آزمایشات خون محیطی مانند افزایش یافتن آلکالین فسفاتاز غیر اختصاصی می‌باشد. بروز CHI ممکن است با سن حاملگی متفاوت باشد. بروز سقط جنین خود به خودی سه ماهه اول با کاریوتایپ طبیعی با بروز بالاتری تا ۴,۴ درصد در مقایسه با ۰,۶ درصد در جفت سه ماهه دوم و سوم گزارش شده است[۷-۹].

این عارضه معمولاً پرزهای انتهایی، جایگاه‌های تبادل مواد مغذی و گازها را که نزدیک به سطح مادر هستند، تحت تأثیر قرار می‌دهد. با این حال، اغلب در سایر نقاط نیز مشاهده می‌گردد[۱۰]. این عارضه با پیامدهای نامطلوب مامایی از جمله سقط مکرر، محدودیت رشد جنین (FGR)[۶] و اختلال در رشد، در ۳۲ درصد از حاملگی‌هایی که به ترم می رسند و مرگ داخل رحمی جنین (IUFD)[۷] با نیمی از سقط‌های رخ داده در ۱۲ هفته حاملگی همراه است[۱۱]. تشخیص قطعی متکی به تجزیه و تحلیل هیستوپاتولوژیک پس از تولد و فقدان بیومارکرها و اجماع بر روی معیارهای تشخیصی است که مانع از شناسایی دقیق قبل از تولد می‌شود[۱۲]. با این وجود، FGR، الیگوهیدرآمنیوس و داپلر شریان نافی غیر نرمال (به ویژه در حضور داپلر شریان‌های رحمی طبیعی) و نیز مورفولوژی غیرطبیعی جفت در سونوگرافی می‌تواند با CHI مرتبط باشند. شاخص‌های طبیعی داپلر شریان رحمی همراه با تظاهرات غیرطبیعی داپلر شریان نافی قویاً نشان می‌دهند که تنها علت FGR می‌تواند با مشکلات جفتی به استثنای بدشکلی جفتی[۸] مرتبط باشد. اکثر مطالعات توصیه‌هایی در مورد نحوه مدیریت حاملگی‌های بعدی ارایه کرده‌اند، اما ارزش

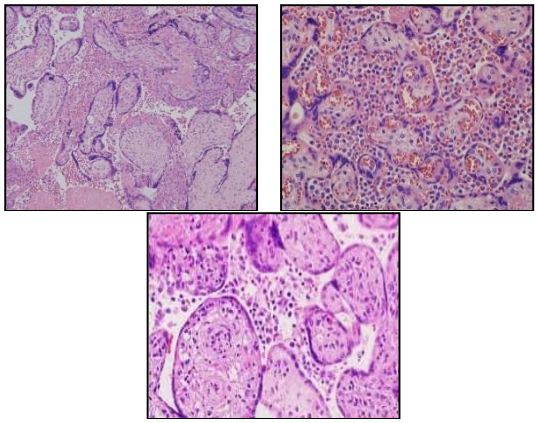
۱ Chronic Histiocytic Intervillositis (CHI)
۲ Chronic Intervillositis
۳ Perivillous Histiocytosis
۴ Massive Chronic Intervillositis (MCI)
۵ Idiopathic Chronic Intervillositis
۶ Fetal Growth Restriction
۷ Intrauterine Fetal Demise
۸ Malplacentation

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-17]
[DOI: 10.52547/sjrm.6.4.2]

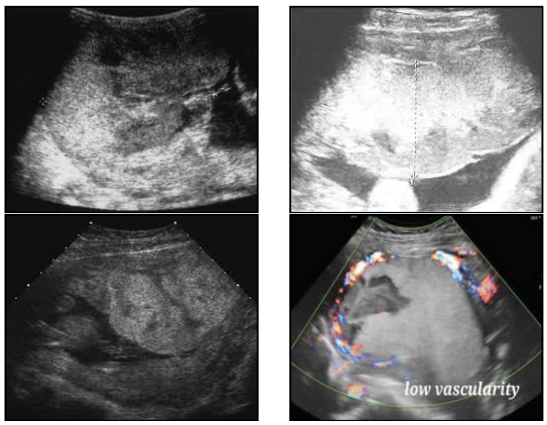
تشخیصی CHI در بارداری فعلی و مدیریت FGR در دستورالعمل‌ها شرح داده نشده است. بنابراین، احتمال اینکه تشخیص قبل از تولد CHI می‌تواند موثر باشد، نادیده گرفته می‌شود. گزینه‌های درمانی، مراقبت بهینه بارداری و برنامه ریزی برای خاتمه بارداری، نتایج بارداری را بهبود خواهد بخشد[۱۳]. گزارش‌های موردی که تاکنون منتشر شده است، میزان عود بالا در حاملگی‌های بعدی را نشان می‌دهند که بین ۶۷ تا ۱۰۰ درصد متغیر است و میزان بالای مرگ‌ومیر پری‌ناتال و محدودیت رشد وجود دارد. در یک مطالعه، تنها ۱۸ درصد از بارداری‌ها به هفته ۳۷ بارداری رسیدند[۱۴، ۱۵]. تشخیص CHI به تجزیه و تحلیل هیستوپاتولوژیک پس از تولد محدود می‌شود. این بر اساس حضور هیستوسیت‌های گسترده مادری (ماکروفاژها) در فضای بین پرز است[۱۶] (شکل ۱). اگرچه هیچ اتفاق نظری در مورد معیارهای تشخیصی وجود ندارد، یک امتیاز CHI بر اساس رابطه بین وسعت ضایعات بافتی و شدت پیامد بالینی منتشر شده است که نشان دهنده ارتباط بین نمرات بالا و پیامدهای بدتر بارداری می‌باشد[۶، ۱۵]. با توجه به اهمیت موضوع مربوط به عوارض و مرگ و میر بالای جنین، هدف از این مطالعه، بارداری موفق به دنبال درمان اینترویلوزیت مزمن هیستیوسیتوز جفتی بود.



شکل ۱: هیستوپاتولوژی جفت A): نمای دور با قدرت تفکیک پایین جهت نشان دادن جفت حاملگی پنجم با هیستیوسیت‌های پراکنده (در دایره ترسیم شده) و رسوب فراوان فیبرین؛ B) نمای با قدرت تفکیک بالاتر برای نمایش جفت حاملگی پنجم با تعداد هیستوسیت؛ C) بدون فیبرین بین پرز و تعداد کمی هیستوسیت پراکنده در جفت حاملگی ششم درمان شده؛ D) وجود داشتن چند تکه هیستوسیت بین پرز در جفت حاملگی ششم درمان شده[۹].



شکل ۲: نمای هیستوپاتولوژی جفت



شکل ۳: سونوگرافی وضعیت و داپلر

معرفی مورد

خانمی ۳۷ ساله در هفته ۳۴ام بارداری در تاریخ تیرماه ۱۳۹۹ (G3P1Ab1L1) با شاخص توده بدنی[۹] ۲۶,۷ به کلینیک تخصصی پری‌ناتال بیمارستان صارم (تهران، ایران) مراجعه کرد. گروه خونی بیمار O+ بود و مدت ۳ سال از ازدواج بیمار می‌گذشت. از مشخصات دیگر بیمار این بود که رابطه فامیلی با شوهر و سابقه ناباروری نداشت. زایمان قبلی این بیمار با روش سزارین انجام شده بود. بیمار فقط یکبار ازدواج کرده و دارای یک فرزند دختر از شوهر خود بود که با وزن ۲۵۰۰ گرم و در ۳۴ هفتگی به دنیا آمده بود. در بارداری قبلی دچار فشار خون شده بود که به مدت یک ماه بعد از زایمان به وضعیت نرمال برگشته بود. از سوابق جراحی می‌توان به برداشتن کیست تخمدان با لاپاروسکوپی (سابقه جراحی زن) اشاره کرد. حساسیت به گوجه فرنگی، هایپوتیروئید و مصرف لووتیروکسین هم از سوابق پزشکی بیمار بودند. مقاربت[۱۰] این فرد نرمال بود و از قرص‌های ضد بارداری[۱۱] استفاده نمی‌کرد. معاینه پستان نرمال و سن منارک ۱۳ سال بود. سیکل‌های قاعدگی نرمال با طول مدت ۳ تا ۷ روز و فواصل زمانی ۲۸ روز داشت. بیمار آمنوره، دیسمنوره و لکه بینی[۱۲] نداشت و مقدار خونریزی او نرمال بود. همچنین، بیمار ترومبوفیلیا داشت که به دلیل هیستیوسیتوز جفتی، پلی هیدرآمینوس و وضعیت داپلر در ۳۴

[۹] (BMI) Body Mass Index
[۱۰] Intercourse
[۱۱] Contraceptive Pills
[۱۲] Spotting

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-17]
[DOI: 10.52547/sjrm.6.4.2]

هفتگی جهت ختم بارداری، بستری گردید (شکل ۲ و ۳). این بارداری برنامه‌ریزی نشده و در غربالگری NIPT طبیعی بود. تخمدان چپ بزرگتر و تومور مارکرها نرمال گزارش شدند. بیمار به دلیل کاهش حجم مایع از اواسط حاملگی، سه مرحله IVIG دریافت کرد. دیابت ملیتوس بارداری[۱۳] مثبت بود که با انسولین کنترل شد. این فرد در اواسط حاملگی به کووید-۱۹ نیز مبتلا گردیده بود.

سزارین پس از پرپ و درپ[۱۴] تحت بی‌حسی نخاعی ابتدا پوست با برش فان‌اشتایل[۱۵] باز شد. سپس، لایه‌های شکم به ترتیب آناتومیک باز شدند و پریتوئن روی رحم باز و به پایین رانده شد. رحم با برش عرضی روی سگمان تحتانی بریده شد. مایع فراوان و نوزاد ترم سفالیم با آپکار ۱۰/۹ متولد گردید. جفت (به صورت صیقلی و صاف) و پرده ها خارج شدند. با دو گاز کوراژ انجام شد و سپس رحم در دو لایه با نخ ویکریل صفر ترمیم گردید. در تخمدان چپ، کیست ۱۴ تا ۱۷ سانتی متر مشاهده شد. تخمدان چپ به لوله ها چسبندگی کمی داشت که باز شد. کیست ۱۵ سانتی متری مشاهده و مایع به سیتولوژی ارجاع گردید که بدخیمی وجود نداشت و تخمدان چپ ترمیم گردید.

بحث

تشخیص CHI به تجزیه و تحلیل هیستوپاتولوژیک پس از تولد محدود می‌شود. این بر اساس حضور هیستوسیت‌های گسترده مادری (ماکروفاژها) در فضای بین پرزها است[۱۶]. اگرچه هیچ اتفاق نظری در مورد معیارهای تشخیصی وجود ندارد، اما یک سیستم امتیازدهی CHI بر اساس رابطه بین وسعت ضایعات بافت‌شناسی و شدت پیامد بالینی منتشر شده است که نشان‌دهنده ارتباط بین نمرات بالا و پیامدهای بدتر بارداری می‌باشد. هدف از این مطالعه، گزارش بارداری موفق به دنبال درمان اینترویلوزیت مزمن هیستیوسیتوز جفتی بود[۶]. Vardi و همکاران در سال ۲۰۱۷ در یک مطالعه گزارش موردی به بررسی بارداری موفق به دنبال درمان اینترویلوزیت هیستیوسیتی مزمن پرداختند. اهمیت موضوع اینگونه بیان شد که CHI یک ضایعه نادر جفت است که با پیامدهای نامطلوب مامایی و میزان عود بالا همراه است. آنها یک مورد از شش حاملگی متوالی را در یک زن گزارش کردند که در آن CHI پس از مرگ داخل رحمی در حاملگی پنجم، پس از از دست رفتن در چهار بارداری قبلی تشخیص داده شد [۹]. حاملگی موفق ششم با ترکیبی از داروهای سرکوب کننده‌ی سیستم ایمنی و ضد ترومبوتیک درمان شده بود. در حالی که نشان داده شده، هپارین با وزن مولکولی پایین (LMWH)[۱۶] و آسپرین باعث بهبود نتیجه بارداری در سقط مکرر بارداری می شوند، شواهد محدودی از بهبود نتیجه در CHI وجود داشت. پیشنهاد شد که CHI ممکن است ناشی از یک فرآیند ایمونولوژیک مادر باشد و مطالعات محدودی از استفاده از کورتیکواستروئیدها به دلیل این احتمال، البته بدون شواهد قانع کننده از اثربخشی وجود دارد. این محققان نیز یک کورتیکواستروئید را در ترکیب با هپارین با وزن مولکولی پایین و آسپرین امتحان کردند. آنها در کل نتیجه گرفتند که تجزیه و تحلیل هیستوپاتولوژیک مقایسه‌ای جفت، از اثربخشی پس از درمان این نوع مداخله پشتیبانی می‌کند[۹]. نتایج این مطالعه به دلیل بررسی تغییرات هیستوپاتولوژیک و نیز در نظر گرفتن LMWH با یافته‌های مطالعه ما هم‌خوانی نداشت. اما، این محققان دریافتند که در مورد معاینه هیستوپاتولوژیک، آگاهی و اطلاعات در میان پاتولوژیست‌های گزارش‌دهنده مهم است تا CHI پس از اولین بارداری از دست‌رفته تشخیص داده شود و امکان مداخله مؤثر بالقوه در بارداری بعدی فراهم گردد. از نقاط ضعف این مطالعه می‌توان به این نکته اشاره کرد که در این مورد قبل از IUFD، یک جنین با رشد محدود که منجر به تشخیص و مداخله و نتیجه موفقیت‌آمیز بعدی شود، در بارداری ها از قلم افتاد[۹]. موارد موردی آینده نگر چند مرکزی اخیر از بارداری بعدی در ۲۴ نفر بیمار مبتلا به CHI قبلی منتشر شده است. این پژوهش‌ها علاوه بر توصیف پیامدهای بارداری، یافته‌های ایمونولوژیک و بیماری‌های مرتبط در زنان مبتلا به این عارضه و عوامل مرتبط با از دست دادن بارداری، به رژیم درمانی های مختلف برای بهبود نتایج نیز توجه کردند. مقایسه‌ی رژیم درمانی های مختلف، از جمله آسپرین، LMWH، پردنیزون و هیدروکسی کلروکین، نتوانست موثرترین درمان را در بهبود نرخ تولد زنده، تعیین کند. با این وجود، این مطالعات افزایش تعداد تولدهای زنده را از ۳۲ درصد به ۶۷ درصد در حاملگی‌های تحت درمان گزارش کردند، البته با وجود استراتژی‌های مختلف درمانی، خطر زایمان زودرس ۳۰ درصد ادامه داشت[۱۷]. در سال ۲۰۲۰، مطالعه‌ای توسط Homatter و همکارانش با این عنوان به صورت سوالی مطرح شد که آیا اینترویلوزیت هیستیوسیتی مزمن یک بیماری شدید جفت است؟ هدف از این تحقیق، ارزیابی خطر اضافی پیامدهای نامطلوب مامایی مرتبط با کشف CHI پس از تولد بود. این مطالعه تک مرکزی گذشته‌نگر از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۶ انجام شد. بیماران پس از تجزیه و تحلیل پاتولوژی جفت، تشخیص CHI داشتند[۱۸]. دو نوع کنترل برای هر مورد تعریف شد: گروه کنترل کم خطر شامل زنانی بودند که بلافاصله قبل از ابتلا به هر نوع بیماری در آن بیمارستان زایمان کردند و گروه کنترل پرخطر زنانی بودند که بررسی میکروسکوپی جفت برای آن ها انجام گردید. این پژوهشگران، تعداد ۱۱۱ مورد CHI را در طول دوره مطالعه خود مشاهده کردند. در مقایسه با ۱۱۱ مورد گروه کنترل کم خطر، موارد به طور قابل توجهی فرکانس بالاتری از سقط‌های دیررس (۵,۴ درصد در مقابل صفر درصد، P<۰,۰۳)، نوزادان کوچک برای سن حاملگی (SGA)[۱۷] کمتر از صدک سوم[۱۸] و مرگ‌های داخل رحمی و/یا زنده مانی کمتر نوزادان تا ترخیص داشتند[۱۸]. همه این عوامل نیز در مقایسه با زنان در معرض خطر به طور قابل توجه و معنی‌داری متفاوت بود. در نهایت، این مطالعه مشخص کرد که حتی در مقایسه با حاملگی‌های پرخطر، CHI یک بیماری شدید جفتی است که با افزایش قابل توجهی از سقط‌های دیررس، SGA شدید و مرگ در رحم همراه می‌باشد. این

[۱۳] Gestational Diabetes Mellitus
[۱۴] Prep & Drep
[۱۵] Pfannenstiel
[۱۶] Low Molecular Weight Heparin (LMWH)
[۱۷] Small for Gestational Age
[۱۸] 3rd Centile

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-17]
[DOI: 10.52547/sjrm.6.4.2]

مطالعه دارای محدودیت‌هایی به دلیل سوگیری انتخاب به طور همزمان در بین موارد و کنترل‌ها بود. برای گروه مورد، معاینات جفتی که وجود CHI را نشان می‌داد تقریباً همیشه به دلیل شروع عوارض زایمان انجام گردید. از یک طرف، این سوگیری نشانه قطعی بودن تخمین بیش از حد از خطرات مرتبط با CHI شد و از سوی دیگر، در زنان در معرض خطر بالا یکسان، که مشخص کننده پیش آگهی شدید برای این عارضه بود[۱۸].

نتیجه گیری

هدف از این مطالعه، بارداری موفق به دنبال درمان اینترویلوزیت مزمن هیستیوسیتوز جفتی بود. هنوز موارد و نکات زیادی در مورد CHI ناشناخته است و شواهد فعلی با گزارش یک مورد محدود می باشد. اگرچه در مورد بیماری های نادر، شواهد ضعیف تری وجود دارند، اما روش هایی برای غلبه بر این مشکلات وجود دارد. علاوه بر این، مطالعات آینده‌نگر در مورد نمونه‌های غیرانتخابی، تعیین طیف کامل پیش‌آگهی مرتبط با CHI و همچنین شناسایی رابطه واضح بین این بیماری و پیامدهای بارداری، احتمال انتخاب یا گزارش سوگیری را کاهش می‌دهد. سؤالات بالینی مهمی باقی می مانند، از جمله اینکه چه عواملی عود بیماری را پیش بینی می کنند و رابطه بین شدت یافته های هیستوپاتولوژیک و پیامدهای بارداری، چگونه است. لذا؛ برای کمک به ارزیابی و مدیریت بیماران با سابقه CHI، نیاز به بررسی ها و مطالعات بیشتری دارند. CHI نیاز به نظارت دقیق تری دارد، یا اینکه آیا این مورد فقط در صورتی است که بیماری تعریف شده قبلی در جفت منتشر شده باشد یا حاملگی نتیجه ضعیفی داشته باشد. همچنین، نیاز مهمی برای شناسایی عوامل خطر برای ایجاد CHI وجود دارد، تا مشخص شود کدام زنان احتمالاً پاسخ ایمنی نامناسبی به جنین خود، قبل از تولد یا احتمالاً حتی قبل از بارداری نشان می دهند. برای انجام این کار، مطالعات آینده برای توصیف طیف کامل تظاهرات بالینی CHI و همچنین نشانگرهای زیستی پیش آگهی بالقوه مورد نیاز هستند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاران محترم در بیمارستان فوق تخصصی صارم و همچنین آکادمی علوم صارم تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

تاییدیه اخلاقی

هویت بیمار کاملاً محرمانه بوده و این پژوهش با دریافت رضایت نامه کتبی از بیمار انجام گرفته است.

تعارض منافع

در این مطالعه تعارض منافع وجود نداشت.

منابع مالی

موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

1. Boyd TK and Redline RW, Chronic histiocytic intervillositis: a placental lesion associated with recurrent reproductive loss. Human pathology, 2000. 31(11): p. 1389-1396.
2. Doss BJ, et al., Massive chronic intervillositis associated with recurrent abortions. Human pathology, 1995. 26(11): p. 1245-1251.
3. Labarrere C and Mullen E, Fibrinoid and trophoblastic necrosis with massive chronic intervillositis: an extreme variant of villitis of unknown etiology. American journal of reproductive immunology and microbiology, 1987. 15(3): p. 85-91.
4. Rota C, et al., Perinatal prognosis of pregnancies complicated by placental chronic intervillitis. Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction, 2006. 35(7): p. 711-719.
5. Nowak C, et al., Perinatal prognosis of pregnancies complicated by placental chronic villitis or intervillositis of unknown etiology and combined lesions: about a series of 178 cases. Placenta, 2016. 44: p. 104-108.
6. Parant O, et al., Chronic intervillositis of unknown etiology (CIUE): relation between placental lesions and perinatal outcome. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2009. 143(1): p. 9-13.
7. Marchaudon V, et al., Chronic histiocytic intervillositis of unknown etiology: clinical features in a consecutive series of 69 cases. Placenta, 2011. 32(2): p. 140-145.
8. Redline RW, Zaragoza M, and Hassold T, Prevalence of developmental and inflammatory lesions in nonmolar first-trimester spontaneous abortions. Human pathology, 1999. 30(1): p. 93-100.
9. Vardi L, Paterson H, and Hung NA, Successful pregnancy following treatment of recurrent chronic histiocytic intervillositis. Case Reports, 2017. 2017: p. bcr2016217886.
10. Khong TY, et al., Pathology of the placenta: a practical guide. 2019: Springer.
11. Bos M, et al., Towards standardized criteria for diagnosing chronic intervillositis of unknown etiology: a systematic review. Placenta, 2018. 61: p. 80-88.
12. Koby L, et al., Chronic histiocytic intervillositis–clinical, biochemical and radiological findings: an observational study. Placenta, 2018. 64: p. 1-6.
13. Hantoushzadeh S, et al., The Missing Role of Prenatal Diagnosis of Chronic Histiocytic Intervillositis in the Management of Growth Restricted Fetuses. Frontiers in Medicine, 2021. 8.
14. Contro E, DeSouza R, and Bhide A, Chronic intervillositis of the placenta: a systematic review. Placenta, 2010. 31(12): p. 1106-1110.
15. Traeder J, et al., Pathological characteristics of a series of rare chronic histiocytic intervillositis of the placenta. Placenta, 2010. 31(12): p. 1116-1119.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-17]

[DOI: 10.52547/sjrm.6.4.2]

16. Boog G, et al., Combining corticosteroid and aspirin for the prevention of recurrent villitis or intervillositis of unknown etiology. Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction, 2006. 35(4): p. 396.
17. Mekinian A, et al., Chronic histiocytic intervillositis: outcome, associated diseases and treatment in a multicenter prospective study. Autoimmunity, 2015. 48(1): p. 40-45.
18. Homatter C, et al., Is chronic histiocytic intervillositis a severe placental disease? A case-control study. Placenta, 2020. 91: p. 31-36.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-17]

[DOI: 10.52547/sjrm.6.4.2]