

Preeklampsi ile komplike olmuş ikiz eşi komplet mol hidatidiform: Olgu sunumu

Feyza Nur İncesu Çintesan¹, Ersin Çintesan², Ayşe Yavuz³

¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Konya

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya

³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, Konya

Özet

Amaç: Molar gebelik, plasentadan köken alan ve lokal olarak uterusu istila etme ve metastaz yapma potansiyeline sahip gestasyonel trofoblastik hastalık olarak sınıflandırılan hastalık grubunun bir parçasıdır. Molar gebelik ile birlikte ikiz eşi fetüsün bulunma olasılığı oldukça nadirdir. Ayrıca molar gebelikte hipertiroidi, preeklampsi gibi durumlar da daha erken haftalarda ve daha sık görülebilmektedir. Bu olgumuzda preeklampsi ve plasenta dekolman gelişen 18 hafta ex fetüsün eşlik ettiği komplet molar gebelik olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Yirmi beş yaşında, multigravida, son adet tarihine göre 18 hafta intrauterin fetüs tanısı konuldu. Laboratuvar tetkikleri ve klinik bulguları sonucuna göre ikiz eşi molar gebelik, preeklampsi ve plasental dekolman tanısı konuldu. Hastaya magnezyum sülfat tedavisi başlanarak doğum indüksiyonu yapıldı ve gebelik sonlandırıldı. Alınan piyesin histopatolojik incelemesinde ikiz eşi komplet mol olarak rapor edildi. Hastanın takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: İkiz eşi molar gebelikler erken başlangıçlı preeklampsi, tirotoksikoz ve gestasyonel trofoblastik neoplazi gibi tıbbi komplikasyonlar yönüyle dikkat edilmesi gereken gebeliklerdir.

Anahtar sözcükler: İkiz gebelik, komplet mol, preeklampsi.

Abstract: Complete hydatidiform mole in a twin complicated with preeclampsia: a case report

Objective: Molar pregnancy is the part of a disease group classified as gestational trophoblastic disease which originates from the placenta and has the potential to invade uterus locally and to develop metastasis. The chance for the presence of twin fetus together with molar pregnancy is very rare. Also, the conditions such as hyperthyroidism and preeclampsia could be seen in earlier weeks and more frequently during molar pregnancy. In our case, we aimed to present the case of a complete molar pregnancy which developed preeclampsia and ablatio placentae and accompanied by 18-week-old dead fetus.

Case: Twenty-five years old and multigravida case was established with the diagnosis of 18-week-old intrauterine fetus. According to the laboratory examinations and clinical findings, the diagnoses of molar pregnancy, preeclampsia and ablatio placentae were established for one of the twins. Magnesium sulfate treatment was initiated for labor induction and the pregnancy was terminated. The twin was reported as complete mole by the histopathological examination of the specimen. No complication developed in the follow-ups of the patient.

Conclusion: The pregnancies with molar twin are the cases which should be paid attention in terms of medical complications such as preeclampsia, thyrotoxicosis and gestational trophoblastic neoplasia.

Keywords: Complete mole, preeclampsia, twin pregnancy.

Giriş

Molar gebelik (mol hidatidiform veya mol), plasentadan köken alan ve lokal olarak uterusu istila etme ve metastaz yapma potansiyeline sahip gestasyonel trofoblastik hastalık olarak sınıflandırılan hastalık grubunun bir parçasıdır. Molar gebelikler genelde benign karakterli olma-

larına rağmen malignite potansiyeli taşımalarından dolayı premalign bir hastalık olarak kabul edilirler. Komplet ve parsiyel olmak üzere iki alt gruba ayrılırlar ve bu iki grup makroskobik ve mikroskobik görünümüne, karyotip ve malignite potansiyellerine göre farklılık göstermektedirler.^[1] Molar gebelik insidansı literatürde bölge-

Yazışma adresi: Dr. Ersin Çintesan, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya. e-posta: ersincintesan@gmail.com

Geliş tarihi: 12 Ekim 2017; **Kabul tarihi:** 05 Aralık 2017

Bu yazının atfı künyesi: İncesu Çintesan FN, Çintesan E, Yavuz A. Complete hydatidiform mole in a twin complicated with preeclampsia: a case report. Perinatal Journal 2017;25(3):145–148.

©2017 Perinatal Tıp Vakfı

Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü:
www.perinataljournal.com/20170253007
doi:10.2399/prn.17.0253007
Karekod (Quick Response) Code:



deomed®

ler arasında farklılıklar göstermektedir; Kuzey Amerika ve Avrupa'da 66–121/100.000 iken, Latin Amerika, Asya ve Orta Doğu'da ise 23–1299/100.000 oranında görülmektedir.^[2] Birleşik Krallık'ta komplet mol oranı 1000 gebelikte bir iken, parsiyel mol oranı 1000 gebelikte üç olarak bildirilmiştir.^[3] Komplet molar gebelik ile birlikte ikiz eşi fetüsün bulunma olasılığı oldukça nadirdir ve insidansı 1/10.000 ile 1/100.000 arasında değişmektedir.^[4] Ayrıca komplet molar gebelikte hipertiroidi, preeklampsi gibi komplikasyonlar da daha erken haftalarda ve daha sık görülebilmektedir.^[3] Bu olgumuzda, preeklampsi ile komplike olmuş, 18 hafta ex fetüsün eşlik ettiği komplet molar gebelik hastasının sunulması amaçlanmıştır.

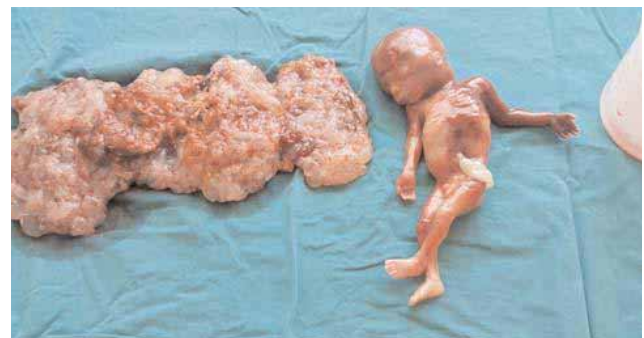
Olgu Sunumu

Yirmi beş yaşında, multigravida, son adet tarihine göre 18 hafta gebeliği olan hasta yüksek tansiyon (180/120 mmHg) ve vajinal kanama şikâyeti ile başvur-



Şekil 1. Plasentanın ultrasonografik görüntüsü.

du. Hastanın tıbbi öyküsünden daha önce düzenli bir antenatal takibinin yapılmadığı, gebeliği boyunca bir kez antenatal takibin yapıldığı ve hiç ultrasonografik değerlendirme yapılmadığı öğrenildi. Fetal ultrasonografisinde fetal kalp atımları olmayan 18 hafta gebelikte uyumlu bir adet fetüs ile plasenta içerisinde multikistik heterojen görünüm ve plasenta içerisinde yaklaşık 12 cm ebatında şüpheli dekolle alan gözlemlendi (Şekil 1). Başvuru esnasında hastanın bilinci açıktı, baş ağrısı, görmede bulanıklık ve şiddetli epigastrik ağrısı yoktu. Pelvik muayenede 3 cm servikal dilatasyon, aktif vaginal kanama ve serviksten dışarı protrüze olmuş fetal yapılar izlendi. Laboratuvar incelemesinde; hemoglobinin (Hb) 9.37 g/d, β -hCG 185.210 mIU/mL, dipstikte +2 proteinüri ve diğer parametreler normal olarak izlendi. Kan grubu A-Rh pozitif olan hastaya 2 adet eritrosit süspansiyonu hazırlandı. Hastada ön tanı olarak komplet molar gebeliğin eşlik ettiği ikiz gebelik veya parsiyel molar gebeliğin komplike ettiği preeklampsi ve plasenta dekolmanı düşünüldü. Hastaya antihipertansif olarak alfa metildopa 250 mg 3x1 başlandı. Eklampsi profilaksisi amacıyla 6 g magnezyum sülfat 15–20 dakika içerisinde yükleme doz verildikten sonra saatte 1.5 g idame doz başlandı. Hastaya abort yapması için düşük doz intravenöz oksitosin (izotonik solüsyon içerisinde 10 mU/mL oksitosin) başlandı ve hasta kısa sürede ex erkek fetüs abort etti. Abort sonrası kanamaları devam eden ve plasentası tam olarak ayrılmayan hastaya genel anestezi altında ultrasonografi eşliğinde vakum küretaj yapılarak endometriyal kavite tamamen boşaltıldı. İşlem sonrası incelenen plasentada %30 dekolle alan, çok sayıda vakuol gözlemlendi (Şekil 2). Postoperatif Hb seviyesinin 6.4 g/dl olması üzerine 2 adet eritrosit süspansiyonu ile transfüzyon yapıldı. Postoperatif klinik takipleri stabil seyreden hasta 4 gün sonra taburcu edildi.



Şekil 2. Placenta ve fetüsün makroskopik görüntüsü.

Patolojik inceleme sonucu 18 hafta ile uyumlu ex fetüs ve komplet mol hidatiform olarak bildirildi (**Şekil 3**). Takiplerinde akciğer grafisinde herhangi lezyon gözlenmedi ve β -hCG değerleri tamamen normal referans aralığına düştü.

Tartışma

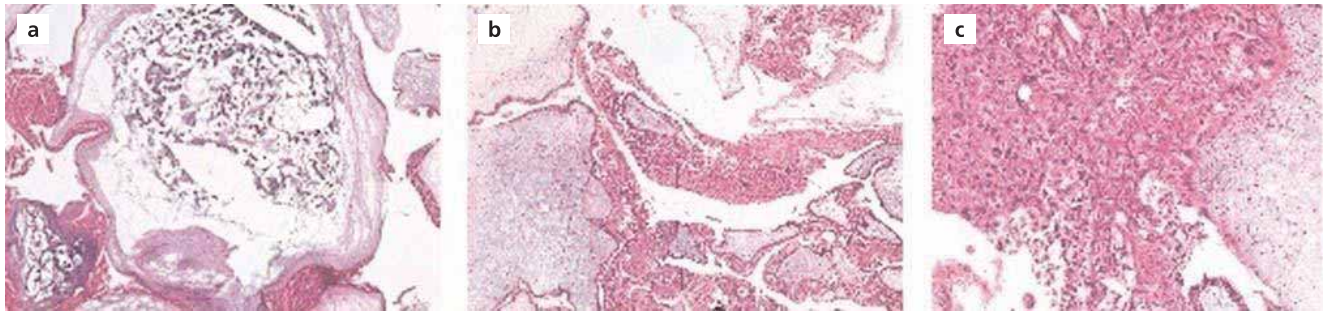
Komplet mol ve canlı fetüsün birlikte bulunması literatürde 1/10.000 ile 1/100.000 arasında bildirilmektedir.^[4] Molar gebelik ve fetüsün birlikte görüldüğü durumlarda üç olasılık söz konusudur: (1) Birinci fetüsün normal ve ikinci fetüsün komplet molar gebelik olması, (2) Parsiyel molar gebelikte triploidik fetüsün olması ve (3) Parsiyel molar gebeliğe normal fetüsün eşlik etmesi.^[4] Ovulasyon indüksiyonu sonucu ileri yaşta gebe kalmak bu durum için bir risk sebebidir.^[5] Molar gebeliğin eşlik ettiği çoğul gebeliklerin tanısı ultrasonografi yardımı ile konabilir ancak kesin tanı için amniyosentez, kordosentez gibi invaziv genetik incelemeler gereklidir. Böyle hastalara oluşabilecek riskler hakkında detaylı bilgi vermek gerekmektedir. Bu riskler; preeklampsi, hemoraji, tirotoksikoz gibi komplikasyonların ikinci trimesterde görülmesi, preterm doğum ve/veya gestasyonel trofoblastik neoplazi (GTN) gelişme riski şeklinde sayılabilir.^[6] Olgumuzun bulunduğu merkezde genetik laboratuvar bulunmaması ve klinik aciliyeti sebebi ile abort esnasında taze materyalden genetik çalışma yapılamamıştır. Sonrasında parafin bloklardan yapılan genetik inceleme ise başarısız olmuştur.

Molar gebeliklerin GTN'ye dönüşme potansiyelleri vardır. Komplet molar gebeliklerin GTN'ye dönüşme riski parsiyel molar gebeliklerden daha yüksektir. Komplet molar gebeliklerden sonra GTN gelişme riski %15–20 iken; parsiyel mollerden sonra ise bu oran

%1–5'tir.^[7,8] Olgumuz taburcu olduktan sonraki akciğer grafisi ve seri β -hCG takipleri ile izlenmiş ve malignite gözlenmemiştir.

Komplet molar gebelik tanısı önceden ikinci trimesterde konurken ilerleyen zamanlarda β -hCG ölçümü sensitivitesindeki gelişmeler ve ultrasonografinin yaygınlaşması neticesinde ilk trimesterde bile tanı konması mümkün hale gelmiştir. İlk trimesterde tanı konulan hastalarda molar gebeliğe bağlı preeklampsi, hiperemesis gravidarum ve GTN daha seyrek görülmektedir.^[9–11] Komplet molar gebelikte; gebelik haftasına göre büyük ve yumuşak uterus, vajinal kanama, erken gelişen preeklampsi (20. haftadan önce), hiperemesis gravidarum, teka lutein kisti ve hipertiroidizm görülmektedir. Ayrıca komplet molar gebelik hastalarının bir kısmında malign gestasyonel trofoblast hastalıklarına geçiş de gözlenmektedir. Bu semptomların ortaya çıkmasının çoğunlukla sebebi komplet molde aşırı miktarda salgılanan β -hCG salgısıdır.^[12] Olgumuzda komplet mole bağlı 18 haftada preeklampsi, plasenta dekolmanı ve ikiz eşi ölümü gözlenmiştir. Plasenta dekolmanının olasılıkla preeklampsiye sekonder geliştiği düşünülmüştür.

Molar gebelikler bazen ikiz gebeliklerde de görülebilmektedir. İkiz gebeliklerde komplet veya parsiyel mol ve ona eşlik eden canlı fetüs görülebilmektedir ancak bu durum oldukça nadirdir.^[4] Ovulasyon indüksiyonu sonucu ileri yaşta gebe kalmak bu durum için bir risk sebebidir.^[5] Molar gebeliğin eşlik ettiği çoğul gebeliklerin tanısı ultrasonografi yardımı ile konabilir ancak kesin tanı için amniyosentez, kordosentez gibi invaziv genetik incelemeler gereklidir. Böyle hastalara oluşabilecek riskler hakkında detaylı bilgi vermek gerekmektedir. Bu riskler; preeklampsi, hemoraji, tirotoksikoz gibi



Şekil 3. Histopatolojik görüntüler. (a) Villustaki yaygın stromal ödem (HE x25). (b) Büyümüş villus yüzeyinden çevresel olarak trofoblast yayılımı (HE x25). (c) Komplet mol trofoblastında sitolojik atipi ve fokal nekroz (HE x50).

komplikasyonların ikinci trimesterde görülmesi, pre-term doğum ve/veya GTN gelişme riski şeklinde sayılabilir.^[6] Molar gebeliğin eşlik ettiği ikiz gebelik ile ilgili en geniş seri İngiltere’de Charing Cross and Weston Park Gestational Trophoblastic Disease Centers tarafından yayınlanmıştır.^[13] Bu çalışmada 1998–2011 yıllarında 90 tane ikiz ve komplet molar gebelik hastasından gebelik devam kararı alan 51 hasta gözlenmiştir. Bu hastaların 29 (%57) tanesi ortalama gebelik yaşı 34 hafta olan canlı bebek doğurmuştur ve 90 hastanın 24 (%26.7) tanesinde GTN gelişmiştir.^[13] Olgumuz baş vurduğunda fetal kalp atımları olmaması ve vajinal kanama nedeniyle indüksiyonla hemen doğurtulmuştur. Olgumuzda gebeliğin erken haftalarında preeklampsi gelişmiştir. Hastanın abort materyalinden plasenta görüntüsünden ilk başta molar gebelik düşünülmüş ancak ikiz gebeliğin eşlik ettiği komplet mol ile plasenta gelişimi bozulmuş parsiyel mol ayrımı yapılamamış ve kesin tanı patoloji raporu ile anlaşılabilmektedir.

Sonuç

İkiz eşi molar gebelikler erken başlangıçlı preeklampsi, tirotoksikoz ve GTN gibi tıbbi komplikasyonlar yönüyle dikkat edilmesi gereken gebeliklerdir. Molar gebelik tanısında USG etkin bir şekilde kullanılsa da ilk trimesterde molar dejenerasyonun her zaman tespit edilemeyeceği göz önünde bulundurulmalıdır. Fetal ultrasonografide plasenta değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Ayrıca erken başlangıçlı preeklampsi, tirotoksikoz, vajinal kanama ve ex fetüs olgularında komplet mol ve eşlik eden ikiz-eş gebelik de ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Çıkar Çakışması: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Vassilakos P, Riotton G, Kajii T. Hydatidiform mole: two entities. A morphologic and cytogenetic study with some clinical consideration. *Am J Obstet Gynecol* 1977;127:167–70.
2. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, Smith J, La Vecchia C. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. *Lancet Oncol* 2003;4:670–8.
3. Newlands ES, Paradinas FJ, Fisher RA. Recent advances in gestational trophoblastic disease. *Hematol Oncol Clin North Am* 1999;13:225–44, x.
4. Ruffolo LEH. Hydatidiform mole and a seven-month fetus: report of a case. *Obstet Gynecol* 1956;8:296–8.
5. Shazly SA, Ali MK, Abdel Badee AY, Alsokkary AB, Khodary MM, Mostafa NA. Twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting fetus following ovulation induction with a non-prescribed clomiphene citrate regimen: a case report. *J Med Case Rep* 2012;6:95.
6. Vejerslev LO. Clinical management and diagnostic possibilities in hydatidiform mole with coexistent fetus. *Obstet Gynecol Surv* 1991;46:577–88.
7. Berkowitz RS, Goldstein DP. Current advances in the management of gestational trophoblastic disease. *Gynecol Oncol* 2013; 128:3–5.
8. Berkowitz RS, Goldstein DP. Chorionic tumors. *N Engl J Med* 1996;335:1740–8.
9. Sebire NJ. The diagnosis of gestational trophoblastic disease in early pregnancy: implications for screening, counseling and management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005;25:421–4.
10. Hou JL, Wan XR, Xiang Y, Qi QW, Yang XY. Changes of clinical features in hydatidiform mole: analysis of 113 cases. *J Reprod Med* 2008;53:629–33.
11. Soto-Wright V, Bernstein M, Goldstein DP, Berkowitz RS. The changing clinical presentation of complete molar pregnancy. *Obstet Gynecol* 1995;86:775–9.
12. Schlaerth JB, Morrow CP, Montz FJ, d'Ablaing G. Initial management of hydatidiform mole. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158:1299–306.
13. Niemann I, Fisher R, Sebire N, Wells M, Short D, Tidy J, et al. Update on UK outcomes for women with twin pregnancies comprising a complete hydatidiform mole (CHM) and normal co-twin. *ISSTD World Congress XVII, Chicago, 2013. p. 57.*