

# İleri Reprodüktif Yaşlarda Mol Hidatiform (Olgu Sunumu)

HYDATIFORM MOLE İN ADVANCED REPRODUCTIVE AGES (CASE REPORT)

Dr.İzzet MARAL, Dr.Uğur SÖZEN, D.Erdinç BALIK,  
Dr.Türkiz İSPARTA, Dr.Semih VELİBEŞE

SSK Tepecik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Hastanesi 3. Servis, İZMİR

## ÖZET

Mol Hidatiform en sık rastlanan gestasyonel trofoblastik hastalıktır. İnsidansı 1/1500'den 1/125'e kadar değişmektedir. Sıklığı 20 yaş altında ve 40 yaş üzerinde artmaktadır.

Kliniğimize vaginal kanama yakınması ile başvuran 50 ve 47 yaşlarındaki iki hastaya probe küretaj yapıldı. Histopatolojik sonuçları mol hidatiform olarak gelen hastalara total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi uygulandı. İlk hastamızın B-hCG titrelerinde postoperatif dönemde yükselme tespit edilmesi üzerine kemoterapiye başlandı. Bu çalışmada, ileri reprodüktif yaşlarda görülen iki mol hidatiform olgusu sunulmuş ve ayırıcı tanıları tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Gestasyonel trofoblastik hastalık,  
Mol hidatiform

T Klin Jinekoloj Obst 1992, 2:130-132

Gestasyonel trofoblastik hastalıklar mol hidatiform, invaziv mol ve koryokarsinomu içine alan geniş bir spektrum oluştururlar. Spektrumun bir ucunda mol hidatiform, diğer ucunda son derece malign koriokarsinom yer alır (1). En çok görülen

Geliş Tarihi: 15.11.1991

Kabul Tarihi: 9.1.1992

Yazışma Adresi: Dr.İzzet MARAL  
SSK Tepecik Doğumevi ve Kadın  
Hastalıkları Hastanesi 3. Servis, İZMİR

## SUMMARY

Hydatiform mole is the most common gestational trophoblastic neoplasia. Its incidence varies worldwide from 1/1500 to 1/125 deliveries. The incidence is higher in women under 20 and over 40 years of age.

Two patients with a complaint of vaginal bleeding admitted to our clinic. They were 50 and 47 years old. We performed probe curettage in these patients. As a result of pathologic examination, these cases were reported as hydatiform mole. They were treated by abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy. Following the surgery, we began the chemotherapy in the first case who was gradually increased her B-hCG titers in the postoperative period. In this study, these cases with hydatiform mole in advanced reproductive ages are presented and their differential diagnosis is discussed.

**Key Words:** Gestational trophoblastic disease,  
Hydatiform mole

Anatolian J Gynecol Obst 1992, 2:130-132

mol hidatiform koriokarsinoma dönüşebilen öncü lezyonlardan kabul edilir. Her üç durumda müşterek özellik; trofoblast hücrelerinin aşırı proliferasyonu ve invazyon eğilimi, damarları aşındırma, metastaz yapma ve çok yüksek hCG salgılayıcı gücüdür (2).

Mol hidatiforma 1/1500'den 1/125'e kadar değişik oranlarda rastlanmaktadır (1). Mol hidatiform en çok genç yaşlarda ve çocuk doğurma yeteneğinin devam ettiği geç reprodüktif peryotta rastlanırlar. Sıklık 40 yaş üzerinde artmaktadır. Gebelik

sayısı ile mol hidatiform sıklığı arasında ise ilişki bulunamamıştır (3). En önemli semptomlar gebeliğin ilk yarısında anormal vaginal kanama, %80 vadede veziküllerin düşmesi, bulantı ve kusma, son adet tarihine göre büyük uterusdur. Ayrıca 2. trimesterde preeklampsi bulguları, %10 hastada hipertiroidi bulguları tespit edilir. Bu neoplazi abortus imminens, çoğul gebelikler, hiperemezis gravidarum, myoma uteri ve hydramnios ile karışabilir.

Bu çalışmada, kliniğimizde tespit ettiğimiz iki ileri reproduktif yaşlarda gelişmiş mol hidatiform olgusu takdim edilmiş ve bu yaşlarda ayırıcı tanının öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

## OLGU SUNUMU

### Olgu 1

G. A., 50 yaşında, prot No: 18255/90, para: 6, abortus: 4 olan hasta kliniğimize vaginal kanama yakınması ile başvurdu. İki aylık amenoreden sonra 22 gündür kanama yakınması olan hastanın jinekolojik muayenesinde, vulva, vajen normal, spekulumda ek-sutero kanama mevcut, uterus 2 aylık cesamette, yumuşak ve mobil, adneksler normal olarak değerlendirildi. 24.10.1990'da yapılan probe küretajın sonucu mol hidatiform olarak geldi. Rutin tetkikleri normal olan hastadan B-hCG için kan alındı. Akciğer grafisinde özellik olmamasına rağmen toraks tomografisi yaptırıldı, tomografide sol akciğer alt lob 6. segmentte, dorsalde plevraya bitişik olarak 1 cm'lik nodüller bir lezyon tespit edildi. Sağda 8. segmentte 3 mm çapta şüpheli bir opasite mevcuttu. Bu lezyonlar metastazı düşündürdü.

Preoperatif B-hCG sonucu 1936 mIU/ml olarak gelen hastaya total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapıldı. Materyelin histopatolojik sonucu 1. Kronik servisit, epidermoid metaplazi 2. Postküratif endometrium, adenomyozis 3. Korpus luteum, follikül kisti olarak geldi. Postoperatif dönemi komplikasyonsuz geçen hastanın postoperatif dönemde alınan B-hCG değerlerinin; sırasıyla 466.4-644.9-714.1 ve 875 mIU/ml olarak seyretmesi ve akciğer bulguları nedeniyle hasta onkoloji konseyine takdim edildi. Konseyde hastaya kemoterapi yapılmasına karar verildi. Metotreksat ve aktinomisin D tedavisi uygulanan hastanın B-hCG'si 3.kür kemoterapi sonunda "0" oldu. Toplam 6 kür kemoterapi uygulanan hasta halen kontrolümüzdedir.

### Olgu 2

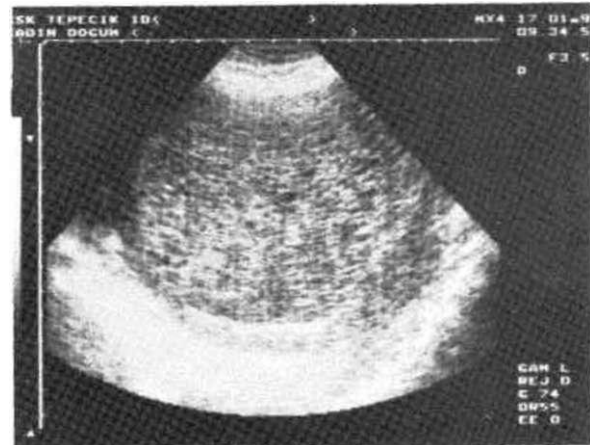
M.Ö., 47 yaşında, prot no: 19754, para: 5, abortus: 2 olan hasta 3 aydır kanama şikayetiyle başvurduğu polikliniğimizden myoma uteri ön tanısı ile servisimize yatırıldı. Son adetini 31.8.1990'da gören hastanın vulva, uterus 20 haftalık gebelik cesametine, yumuşak idi Pregnestigon (+) olan hastanın ultrasonografisinde; kavitede yaklaşık 92x95x132 mm boyutlarda solid kitle, az miktarda kistik dejenerasyon içermekte olduğu tespit edildi (Şekil 1). Hastaya probe küretaj uygulandı. Bunun histopatolojik sonucu mol hidatiform olarak geldi. Akciğer grafisi normal olan hasta 22.1.1991'de operasyona alındı, total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapılan hastanın histopatolojik sonucu: 1) Mol hidatiform, 2) Mikroglandüler endoservikal hiperplazi, 3) uterusda gebeliğe bağlı değişiklikler, 4) Korpus luteum olarak geldi.

Preoperatif B-hCG'si >200.000 mIU/ml olan hastanın postoperatif B-hCG'si progressif bir düşme göstererek 12 haftada sıfırlandı. Onkoloji konseyinde görüşülen hastanın klinik olarak ve B-hCG değerleri ile izlenmesine karar verildi.

## TARTIŞMA

Mol hidatiform erken reproduktif yaşlarda abortus imminens ile, ileri reproduktif yaşlarda ise daha çok myoma uteri ile karışabilen bir gestasyonel trofoblastik neoplazidir. İleri yaşlarda özellikle 40 yaş üzerinde ortaya çıktığında klimakterik menstrual düzensizliği olan kadınlarda ayırıcı tanıda güçlük olabileceği bildirilmiştir (4).

İleri reproduktif yaşlarda görülen mol hidatiformun klasik semptomları: amenore, yumuşak ute-



Şekil 1. 2. olgunun ultrasonografik görünümü.

## B

ms ve ultasonografide kar yağdı manzarası ile intrauterin vakuollerdir (3). Ultrasonografi ayırıcı tanıda kullanılan en önemli araçtır. İleri reproduktif yaşlarda mol hidatiform tespit edilen hastalarda mutlaka akciğer grafisi ve/veya tomografisi çektirilmelidir. İleri yaşlarda mol hidatiformun %3-5 oranında malign gestasyonel trofoblastik hastalığa dönüşebileceği bildirilmektedir (3). Tsukamoto ise aynı oranı %56 olarak rapor etmiştir (5). Bu yüksek oranlar nedeniyle ileri reproduktif yaşlarda mol hidatiformun erken tanı ve tedavisi önem taşımaktadır (4).

Reproduktif yaşlarda geçirilmiş gebeliklerden sonra veya menopozdan yıllar sonra bile uterus içerisinde plasenta parçalan ve koryon villuslan görülebildiği bildirilmektedir (2). Bu nedenle; hastada yıllar sonra malign gestasyonel trofoblastik hastalık gelişebileceği düşünülerek, özellikle ilk trimester düşüklerinden sonra mutlaka yeterli bir dilatasyon ve küretaj yapılması gereklidir. 2. trimester düşüklerinden sonra vş normal doğumu takiben plasentanın dikkatle kontrol edilerek uterus içindeki plasental ketitedon olasılığı ekarte edilmelidir. 40 yaşından sonra görülen mol hidatiform olgularında histerektomi yapılması tavsiye edilmektedir (4). Tsukamoto 50 yaşından sonra tespit edilen mol hidatiform olgularında histerektomi ile iyi sonuçlar aldığını bildirmiştir (5). Bizde her iki olgumuza histerektomi yap-

tık. İlk olgumuzda cerrahiden sonra B-hCG değerlerinde yükselme meydana geldi ve bu olgu malign gestasyonel trofoblastik hastalık kabul edilerek kemoterapiye başlandı.

Sonuç olarak; periklimakterik veya klimakterik yaşlarda vaginal kanama semptomu ile gelen hastada etyolojiyi araştırmadan gestagen tedavisine başlamak hatadır. 40 yaş üzerinde mol hidatiform sıklığının arttığı düşünülerek ya probe küretaj yapılarak kanamanın orijini araştırılmalı ya da ultrasonografi ile karyagdı manzarası ve intrauterin vakuoller görülerek tanıya gidilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. O'Quinn AG, Barnard DE. Gestational Trophoblastic Diseases Benson RC, Pernoll ML (eds) in Current Obstetric Gynecologic Diagnosis Treatment. Appleton Lange, Norwalk 1991; 891.
2. Brachertz M. Zur Genetik Blasenmolen Geburts.u. Frauenheilk1983;43;461.
3. Klug W, Mayer K. DieBlasenmole der alteren Frau; ein differentialdiagnostische Problem-Kasuistik Geburts.u.Fraunheilk 1986; 46:912.
4. Jequier AM, Winterton WR. Diagnostic problems of trophoblastic disease. Am J Obstet Gynecol 1972; 114:679-84.
5. Tsukamoto N, Iwasaka Y et al. Hydatiform mole. Gynecol Oncol 1985;20:53-61.