

Vaka Sunumu: Parsiyel Molar Gebelik

CASE REPORT: PARTIAL MOLAR PREGNANCY

Abdullah ÇANDAR*, Cem DANE*

* Op.Dr.,600 Yataklı Hava Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ANKARA

Özet

Amaç: Ender rastlanan 17 haftalık parsiyel molar gebelik olgusunun sunumu.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği 600 Yataklı Hava Hastanesi Etimesgut 7 ANKARA

Materyel ve Metod: 21 yaşında, 17 haftalık gebelik olarak başvuran hastada plasentanın molar değişiklik göstermesi üzerine gebelik ekstraamniotik rivanol ile sonlandırılmıştır.

Bulgular: BPD ve FL ölçümüne göre 17 haftalık parsiyel molar gebelik.

Sonuç: Nadir rastlanan bir durum olan 17 haftalık parsiyel molar gebeliğe yaklaşım değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: Parsiyel molar gebelik, Ekstraamniotik rivanol

T Klin Jinekoloj Obst 1999,9:211-214

Molar gebelik iki şekilde görülür. Komplet molde embrio veya fetüs bulunmamaktadır ve diploid karakterdedir. Parsiyel molde ise fetüs vardır ve karyotip triploididir. Parsiyel mol genellikle 69;XXX, 69;XXY veya 69;XYY karyotip şekilleri ile triploididir. Parsiyel molde genoma, bir maternal ve iki paternal yapının katıldığı gösterilmiştir. Bu olay diandrik triploidi olarak isimlendirilir, fazla haploid komponent paternal orjindir.

Geliş Tarihi: 28.10.1998

Yazışma Adresi: Dr. ABDULLAH ÇANDAR
600 Yataklı Hava Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
Etimesgut, ANKARA

T Klin J Gynecol Obst 1999, 9

Summary

Objective: Presentation of a case of molar pregnancy at the 17th week of gestation, which is rarely encountered.

Institution: Obstetrics and Gynecology Clinic, Air Force Hospital Etimesgut, Ankara

Materials and Methods: Twenty-one year old woman presented in the 17th week of her pregnancy. The placenta exhibited molar changes. Pregnancy was therefore terminated throughout extraamniotic rivanol application.

Result: Seventeen week gestation according to BPD and FL measurements and partial molar changes.

Conclusion: Current approach to 17 week partial molar pregnancy has been reviewed throughout the literature.

Key Words: Partial molar pregnancy, Extraamniotic rivanol application

T Klin J Gynecol Obst 1999, 9:211-214

Histopatolojik olarak, villusların bir kısmı normal görünümde olup, bir kısmında ise ödemli avaskularize bir stroma çevresinde hafif derecede fokal epiteliyal hiperplazi bulunmaktadır. Ayrıca embrio yada fetüs gelişimini mevcuttur. Fetüste sıklıkla kongenital anomali saptanır. En karakteristik görünüm, Norveç fiyortlarına benzeten kontürlere sahip villöz yapıların bulunduğu alanlar ile villöz stroma içindeki trofoblastik inklüzyonlardır (1).

Bizim sunduğumuz vaka 17 haftalık parsiyel molar gebeliktir. Parsiyel molar gebeliğin sıklığı değişik kaynaklara göre 1/ 800 ile 1/10.000 arasında verilmektedir (2). Bu vakada, kongenital anomali riski, gelişebilecek preeklampsi ve gestasyonel trofoblastik hastalık riski nedeniyle gebeliğin ekstra amniotik rivanol uygulaması ile sonlandırılması uygun görülmüştür.

211

Vaka Takdimi

21 yaşında olan Ş.K. 10 gündür süren vajinal kanama yakınması ile hastanemize başvurmuş. Daha önceden doğumu ve düşüğü olmayan hastanın obstetrik muayenesi ve anamnezine göre 17 haftalık gebeliği olduğu anlaşıldı. Öz ve soygeçmişinde bir özellik tarif etmeyen hastaya transabdominal ultrasonografi yapıldı. Ultrasonografide uterin kavitede tek fetus olduğu görüldü. Fetal yaşı saptamak için yapılan ölçümler sonucu, BPD'nin 39 mm ile 17 hafta 3 güne, FL'nin 28 mm ile 17 hafta 5 güne uyduğu bulundu. Fetal anatomi normal olarak değerlendirildi. Plasentanın sol yan ve posterior yerleşimli olduğu ve içerisinde orta derecede ekojenik, multipl kistik değişiklikler ve duvar kalınlığında artma olduğu saptandı. Patolojik plasental bölümün yaklaşık olarak plasentanın yansını oluşturduğu izlendi. Bu kitle, uterin duvar ve plasenta ile yakın bağlantısı ve lokalizasyonu nedeniyle parsiyel mol hidatiform lehine değerlendirildi (Şekil 1-2). Yapılan vajinal muayenede yaklaşık 5 aylık gebelik cesametinde uterus saptandı. Minimal vajinal kanaması bulunuyordu. Beta hCG düzeyi 20.000 bulundu ve çekilen akciğer grafisi normaldi.

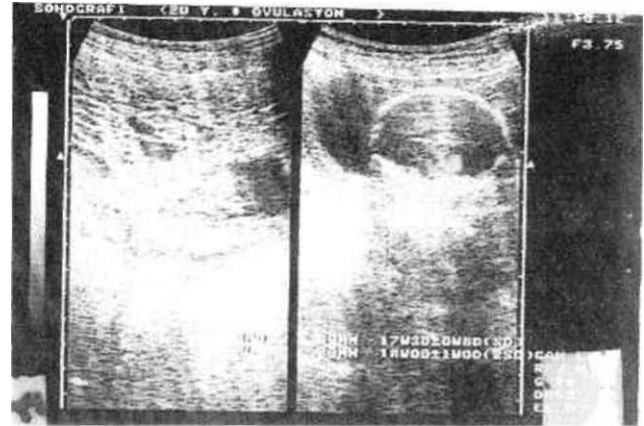
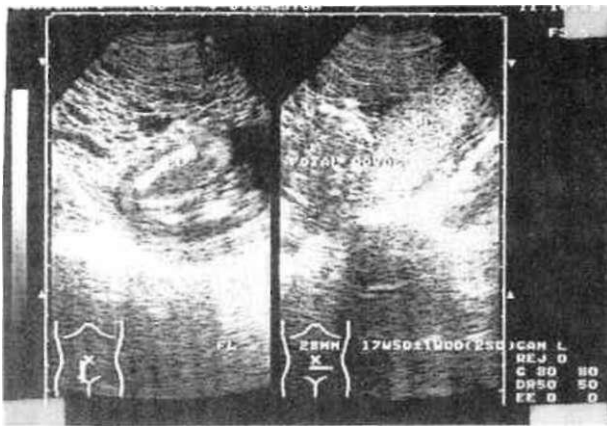
Gelişebilecek preeklampsi ve persistan gestasyonel trofoblastik hastalık riski nedeniyle doğumun indüklenmesine karar verildi. Oksitosin infüzyonuna yanıt alınamaması nedeniyle ekstra amniotik rivanol uygulamasına geçildi. Parsiyel molar plasentanın çıkmasını takiben fetus doğurtuldu. Revizyon küretaj uygulanan hastaya 3 gün sonra profilaktik olarak Methotrexate başlandı. Dozu 1

mg/kg/IM gınaşırı 40 mg olarak verildi. Aradaki günlerde Folinik asit 1 mg / kg uygulandı. Tahliye materyalinde dış görünümü normal olan maserc kız fetus görüldü. Makroskopik olarak görünen herhangi bir anomali olmadığı için otopsi yapılması düşünülmeydi. Plasentanın maternal yüzünde yer yer üzüm salkımı görünümünde kistik yapılar bulunuyordu. Histopatolojisinde parsiyel mol hidatiform saptandı. Tedavinin sonlanmasından sonra beta-hCG nin 580 mlu/ml olduğu görüldü. Daha sonra haftalık olarak yapılan takiplerde, 4 ay sonra 0,1 mlu/ml olduğu görüldü. Hastaya 1 yıl süre ile doğum kontrol hapı önerildi. Fakat hasta yaklaşık 10 ay sonra adet gecikmesi ile geldi. Yapılan obstetrik muayenesinde yaklaşık 2 aylık gebeliği olduğu anlaşıldı. Daha sonra bu gebeliği sorunsuz olarak sürdürdü ve canlı bir kız bebeği oldu.

Tartışma

Parsiyel molar gebeliğin dört önemli komplikasyonu vardır. Bunlar antepartum kanama, erken başlayan preeklampsi, persistan gestasyonel trofoblastik hastalığa dönüşüm ve triploididen dolayı kongenital anomali riskidir.

Parsiyel molar gebelik için geçerli risk faktörlerini tanımlamak için yapılan vaka-kontrollü çalışmada; düzensiz menstrual siklus, daha önceki canlı doğumları arasında tek erkek bebek olması, 4 yıldan fazla süreyle doğum kontrol hapı kullanması bulunmuştur. Komplet molar gebeliğin etyolojisinde belirtilen diet faktörlerinin (protein, yağ, vitamin A) parsiyel molar gebelik için geçerli olmadığı görülmüştür. Sonuç olarak maternal re-



Şekil 1-2. Parsiyel Molar plasenta - BPD ve FL ölçümüne göre 17 haftalık gebelik

prodüktif anamnezin diet faktörlerinden önemli olduğu belirtilmiştir (3).

Soto-Wright tarafından yapılan çalışmada molar gebeliğin en sık rastlanan semptomları arasında vajinal kanama %84, anemi %5, beklenenden büyük uterus, preeklampsi ve hiperemesis %28 olarak bulunmuştur (4). Hastaların %10'unda klinik belirtiler başlamadan ultrasonografi ile tanı konmuştur.

Gebeliğinin 18. haftasında tanı konan parsiyel molar gebelik, 22. haftada aniden fazla miktarda kanamaya başlaması üzerine doğurtulmak zorunda kalınmıştır (5). Yayımlanan bir çalışmada parsiyel molar gebeliğin 24.haftasında kontrolsüz kanama nedeniyle sezaryen yapılan hastada daha sonra preeklampsi gelişmiştir (6).

Parsiyel molar gebelik ağır preeklampsi ile birlikte olabilir. Triploidi ile erken başlayan preeklampsi arasında ilişki olduğu yapılan pek çok çalışmadan anlaşılmaktadır. Plasentada görülen hidropik değişikliklerin preeklampsi patogenezinde rol oynadığı düşünülmektedir (7).

Brittain tarafından bildirilen parsiyel molar gebelik vakasında; 37 yaşında 17 haftalık gebeliği olan hastada klinik preeklampsi ve hipertiroidi saptanmış ve ultrasonografisinde gelişme geriliği, hipoekoik barsaklar, kalınlaşmış kistik plasenta, bilateral multikistik adneksiyel kitle ve oligohidramnios bulunmuştur (8). Hastada yaygın damar içi pıhtılaşma belirtilerinin saptanması üzerine doğum indüklenmiştir. Doğan bebekte batında belirgin distansiyon ve sindaktili saptanmıştır.

Parsiyel molde neoplastik dönüşüm olasılığı komplet mole göre düşüktür. Değişik yayınlarda bu oran %0-17 arasında verilmektedir (9). Zalel tarafından yapılan bir çalışmada 66 parsiyel mol boşaltılması sonrasında %2.9 oranında persistan gestasyonel trofoblastik hastalık saptanmıştır (10). Narayan tarafından yapılan bir çalışmada ardışık dört parsiyel molar gebelik sonrası normal gebeliğe ulaşılmıştır (11). Klomifen sitrat ile ovulasyon indüksiyonu yapılan bir başka vakada normal intrauterin gebelik olmaksızın ardışık 3 molar gebelik görülmüştür (12).

Goto tarafından Japonya'da yapılan bir çalışmada parsiyel molar gebelik sonrası invaziv mol gelişim oranı %2.87 iken komplet mol sonrası bu

oran %12.34 bulunmuştur (13). Parsiyel molar gebelik sonrası hastaların hiçbirinde koriokarsinom saptanmamıştır.

Parsiyel mol sonrası persistan gestasyonel trofoblastik hastalık hemen veya tedaviden sonra gelişebilir. DNA içeriği diploid veya triploid olsun akciğerler ilk metastaz yeridir. Bu nedenle parsiyel mol boşaltımını takiben acil akciğer filmi ve düzenli beta hCG bakılmalıdır.

Yapılan bir çalışmada 587 ilk trimester abortusu incelenmiş ve bunların %31'inde trizomi, %29.5'inde triploidi, %24.9'unda monosomi-X bulunmuştur. Molar değişiklik makroskopik olarak 20 triploidide saptanmıştır. Triploidi ile birlikte olan molar değişiklikler ilk trimesterde, ikinci ve üçüncü trimesterlerden daha az görülmektedir (14).

Parsiyel molar plasenta ve normal fetüs birlikte bulunabilir. Bu gibi durumlarda plasental mozaikizm düşünülmelidir. Ama genellikle triploidi saptanan parsiyel molar gebelikte rastlanan kongenital anomaliler arasında meningomyelose, omfalosel, yetersiz intestinal rotasyon ve ventriküler dilatasyon görülmüştür. Bunun dışında fetüste abdominal duvar veya açık nöral tüp defekti saptandığında olası parsiyel mol nedeniyle karyotip yapılmalıdır. Jauniaux ve Nicolaidis tarafından Beckwith-Widemann sendromu saptanan hastada parsiyel mol görülmüştür (15).

Çalışmalardan birinde 17 parsiyel molar gebeliğin yedisinde triploidi, yedisinde diploid/tetraploid mozaikizm ve iki tetraploid saptanmıştır. Prenatal sitogenetik tarama amacıyla yapılan 1263 koryonik villus örneklemede sadece iki tetraploidi ve bir tane diploid/tetraploid saptanmıştır. Bu örnekten anlaşıldığı gibi triploidi kadar olmasa bile tetraploidi parsiyel molar gebelikte sık rastlanmaktadır (16).

Jauniaux tarafından yapılan bir başka çalışmada 10 yıllık sürede 70 triploidi vakası gözden geçirilmiştir (17). Asimetrik intrauterin gelişme geriliği % 71.4 oranında bulunmuştur. Bunların hepsinde parsiyel mol görülmüştür. Antenatal olarak saptanan fetal anomali oranı %92.9 dur. En sık rastlanan anomaliler %52.3 el anomalileri, %36.9 bilateral serebral ventrikülomegali, %33.8 kalp anomalileri, %26.2 mikrognatidir. En sık rastlanan anomali kombinasyonu el malformasyonları ve ventrikülomegalidir.

Parsiyel molar gebelik saptanan her vaka tahliye edilmeli midir? sorusunun cevabı henüz günümüzde tam çözülememiştir. Genellikle 20. haftadan sonra tanı konan durumlarda gebelik çok yakından takip edilebilir. Ancak o zaman antepartum vajinal kanama veya erken başlayabilecek preeklampsi yönünden hasta yakından izlenmelidir.

Biz de kendi vakamızda olabilecek komplikasyonlar nedeniyle gebeliğin sonlandırılmasını uygun bulduk.

KAYNAKLAR

1. Szulman AE. Trophoblastic disease: Clinical pathology of hydatidiform moles. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1988; 15:443-9.
2. Akpadza K, Napo-Koura G, Baeta S, Hodonou AK. Coexistence of partial hydatidiform mole and a viable twin pregnancy. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1995;90(3): 164-5.
3. Berkowitz RS, Bernstein MR, Harlow BL, Rice LW, Lage JM. Case control study of risk factors for partial molar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173:788-94.
4. Soto-Wright V; Bernstein M; Goldstein DR The changing clinical presentation of complete molar pregnancy. *Obstet Gynecol* 1995; 86(59):775-9.
5. Beinder E, Voigt HJ, Jager W, Wildt L. Partial hydatidiform mole in a cytogenetically normal fetus. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1995;55(6):351-3.
6. Urbanski TK, Higgins PG, Murray ML, Joffe G. Hydatid mol with a coexisting pregnancy. *J Perinatal* 1996; 16(6):478-80.
7. Cox SM, Klein VR. Partial molar pregnancy associated with severe preeclampsia prior to twenty weeks gestation. *J Perinatal* 1993; 13(2):103-6.
8. Brittain PC, Bayliss P. Partial molar pregnancy presenting with severe preeclampsia prior to twenty weeks gestation. *Mil Med* 1995; 160(1):42-4.
9. Özalp S. *Gestasyonel Trofoblastik Hastalıklar*. 1997 (s. 128-129) Eskişehir.
10. Zalel Y, Dgani R. Gestational trophoblastic disease following the evacuation of partial hydatidiform mole: a review of 66 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997 71(1):67-71.
11. Narayan H; Mansour P; McDougall WW. Recurrent consecutive partial molar pregnancy. *Gynecol Oncol* 1992;46(1): 122-7.
12. Başbuğ M, Aygen E, Tayyar M. Recurrent molar pregnancy after ovulation induction and repeat ovulation induction. A case report. *J Reprod Med* 1997 42(9):600-2.
13. Goto S, Yamada A, Ishizuka T. Development of postmolar trophoblastic disease after partial molar pregnancy. *Gynecol Oncol* 1993; 48(2): 165-70.
14. Slattery MA, Khong TY, Dawkins RR. Eclampsia in association with partial molar pregnancy and congenital abnormalities. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169 (69) : 1625-7.
15. Jauniaux E, Nicolaides KH. Early ultrasound diagnosis and follow-up molar pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997; 9(1):17-21.
16. Toth A, Arato G, Szepesi J. Tetraploidy in human placenta. A dilemma in molar and non-molar pregnancies. *Gynecol Obstet Invest* 1992; 33(3): 153-6.
17. Jauniaux E, Brown R, Rodeck C. Prenatal diagnosis of triploidy during the second trimester of pregnancy. *Obstet Gynecol* 1996; 88(6):983-9.