

İkiz Gebelikte İkiz Eşinde Komplet Mol Hidatidiform: Olgu Sunumu

TWIN GESTATION WITH A COMPLETE MOL HIDATIDIFORM AND A NORMAL FETUS: A CASE REPORT

Dr. Selim BÜYÜKKURT,^a Dr. İbrahim KALELİOĞLU,^a Dr. İlkur ÇİTİL,^a Dr. Recep HAS^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İSTANBUL

Özet

Gestasyonel trofoblastik hastalıklar komplet ve parsiyel mol hidatidiform, invazif mol, plasenta bölgesi trofoblastik tümör (placental-site trophoblastic tumor) ve koryokarsinomayı içeren geniş bir yelpazede dağılmış bir grup hastalıktır. Dizigotik ikiz gebeliklerde embriyonlardan birinde mol gebelik gelişmesi nadir bir durumdur. Bu durumun ayırıcı tanısına parsiyel mol hidatidiform girer.

Parsiyel mol hidatidiform tanısıyla kliniğimize başvuran hastada 13 haftalık ikiz gebelik ve ikiz eşinde komplet mol saptandı. Hasta gebeliğinin sonlandırılmasını seçti. Mol tahliyesinden bir ay sonra persiste gestasyonel trofoblastik hastalık gelişen hastaya tek ajanla kemoterapi yapıldı. Nüksten bir yıl sonra, hastanın hiçbir sağlık sorunu bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çoğul gebelik, ikiz eşinde komplet mol hidatidiform

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2005, 15:277-280

Abstract

Gestational trophoblastic disease is a spectrum of disease which contains the complete or partial mole hydatidiform, invasive mole, placental-site trophoblastic tumor and choriocarcinoma. A dizigotic twin pregnancy with a complete mol and a normal fetus is a rare entity. The differential diagnosis with this pathology is the partial mole hydatidiform.

We diagnosed a twin pregnancy with a complete mole hydatidiform at 13th week of gestation in a woman who was referred to our institution as partial mole hydatidiform. She decided to terminate the pregnancy. She had a persistent gestational trophoblastic disease one month later from the evacuation and she needed single agent chemotherapy. Now she has not any healthcare problem after one year from persistence.

Key Words: Multiple pregnancy, complete mole hydatidiform in the co-twin

Gestasyonel trofoblastik hastalıklar komplet mol hidatidiform (KMH), parsiyel mol hidatidiform (PMH), invazif mol, plasenta bölgesi trofoblastik tümör (placental-site trophoblastic tumor) ve koryokarsinomayı içeren geniş bir yelpazede dağılmış bir grup hastalıktır. KMH'da embriyon ve fetusa ait yapı bulunmamaktadır. PMH'da embriyon ve fetusa ait yapı vardır. Çoğu kez fetusta gelişme geriliği, konjenital anomaliler görülür ve fetus ilk üç ay içinde ölür.^{1,2}

İkiz gebelikte sağlıklı bir fetusla birlikte, mol hidatidiformun sıklığı hakkında kesin bir oran bilinmemektedir. Ancak 1/20.000-100.000 dolayında bir oran tahmin edilmektedir.³ İkiz eşinde KMH (İEKMH) olmasının ayırıcı tanısına PMH girer. Bu iki farklı durumun ayırımı ultrasonografide normal bir plasenta ile birlikte hidatidiform değişiklikler gösteren iki ayrı plasentanın görülmesi ve kromozom analiziyle mümkündür.

Bu makalede İEKMH olan bir olguyu ve bu tür gebeliklerin yönetimini gündeme getirmeyi hedefledik.

Geliş Tarihi/Received: 05.04.2005 **Kabul Tarihi/Accepted:** 01.09.2005

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Selim BÜYÜKKURT
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, İSTANBUL
selimbuyukkurt@hotmail.com

Copyright © 2005 by Türkiye Klinikleri

Olgu Sunumu

Otuz bir yaşında, gravida 2, partus 1, bilinen hiçbir sağlık sorunu olmayan hasta ilk kez onuncu gebelik haftasında doktor kontrolüne gitmiş ve son

adet tarihi ile uyumlu on haftalık tekil gebelik tanısı almış. Onbeş gün sonra başlayan kanama nedeniyle abortus imminens tanısı almış. Kanamasının sürmesi üzerine yeniden değerlendirilen hastaya PMH tanısı konarak, kliniğimize sevk edildi. Yapılan abdominal ultrasonografide 13 haftalık dikoryonik diamniotik ikiz gebelik ve İEKMH tanısı kondu (Resim 1). İkinci fetusun kardiyak aktivitesi izlendi ve 11-14 hafta taraması yapıldı. Buna göre trizomi 21 için risk 1/109, trizomi 13 ve 18 için risk 1/210 olarak bulundu. Aileye hastalık ve prognoz hakkında bilgi verilip, karyotip analizi önerildi. Ancak aile gebeliği sonlandırmaya karar verdiğinden, karyotip analizini kabul etmedi.

İşlem öncesi β -hCG 211.000 mIU/mL olarak ölçüldü. Tiroid fonksiyon testlerinde hipertiroidi saptanınca, propiltiourasil 150 mg/gün ve propranolol 100 mg/gün ile antitiroid tedavi başlandı. Dört saat arayla 200 μ g mizoprostol vajinal tablet ile indüksiyona geçildi. İki gün süren indüksiyon sonrası hasta düşük yaptı ve ardından kürtaj yapıldı. Bu sırada gelişen şiddetli kanama nedeniyle 2 ünite eritrosit süspansiyonu ile transfüzyon yapıldı. İşlem sonrası β -hCG 93.072 mIU/mL'ye düştü. Düşükten iki gün sonra hasta, oral kontraseptif ve demir tedavisi ile taburcu edildi. Patoloji incelemesi sonucunda fetusta omfalosel saptandı ve ona ait plasenta normal



Resim 1. Normal plasenta (kalın beyaz ok) ve fetus (ince beyaz ok). KMH içeren plasenta (siyah ok).

olarak değerlendirildi. Diğer plasentanın patoloji incelemesi sonucunda ise KMH tanısı kondu.

Bir ay sonra şiddetli kanama yakınması ile hasta acil servisimize başvurdu. Yapılan vajinal ultrasonografide endometrium düzensiz, heterojen ekolu ve kalınlığı 38 mm'deydi. β -hCG değeri 19.750 mIU/mL olarak ölçüldü. Hastaya yeniden endometrium kürtajı yapıldı. Ertesi gün β -hCG değeri 8.477 mIU/mL'ye düştü. Patoloji incelemesi sonucu mol hidatiform tanısı kondu ve hastaya 5 gün, metotreksat 0,4 mg/kg dozu ile intravenöz olarak uygulandı.

Hastanın β -hCG değerleri kemoterapiden sonra düşmeye devam etti ve bir yıl boyunca normal seyretti. Hastanın şu anda hiçbir sağlık sorunu bulunmamaktadır.

Bu olgu sunumunu hazırlamadan önce hastaya gerekli bilgilendirme yapıp, aydınlatılmış onam formunu imzalamıştır.

Tartışma

Dizigotik ikiz gebelikler 1/90, monozigotik ikiz gebelikler 1/250 sıklıkta görülürler. Çoğul gebelik oranları son 20 yılda ileri derecede artmıştır. Birleşik Devletler'e ait verilere baktığımızda 1989-97 yılları arasında ikiz gebeliğin %52, üçüz gebeliğin %142, dördüz gebeliğin %123 arttığını görmekteyiz. Çoğul gebeliklerdeki bu artışın 1/3'ü ileri yaşlardaki gebelik oranlarının artmış olmasına, 2/3'ü yardımcı üreme tekniklerindeki ilerleme ve yaygınlaşmaya bağlıdır.⁴ Çoğul gebeliklerin artması, doğum hekimlerinin çoğul gebeliklerin komplikasyonlarıyla daha fazla karşılaşacağı anlamına da gelmektedir. Bu komplikasyonlardan biri de İEKMH'dir. İEKMH olduğunda gebeliğin nasıl yönetileceği; fetusta yapısal veya kromozomal anomali varlığı, annede pGTH, kanama, hipertiroidi, preeklampsi gibi komplikasyonların gelişme olasılığı nedeniyle çok yönlü düşünülmesi gereken bir konudur.

İEKMH olan gebeliklerin sonuçlarını değerlendiren, son yıllarda yayınlanmış iki büyük çalışma vardır: Matsui H ve ark. 72 hastaya ait sonuçları; Sebire NJ ve ark 77 hastaya ait sonuçları bildirmişleridir.^{5,6} Tablo 1'de bu çalışmaların sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 1. Matsui H ve Sebire NJ'nin çalışmalarındaki gebelik sonuçları.

	Toplam olgu sayısı	İlk üç ayda sonlandırma*	İkinci üç ayda sonlandırma*	24. haftadan sonrasına giden gebelikler
Matsui H	72	24	31	17 (ortalama gebelik haftası 34,8±3,5. 29-40 arası) 1 ölü doğum, 16 sağlıklı
Sebire NJ	77	19	30	28 (ortalama gebelik haftası 35. 25-41 arası) 7 ölü doğum, 1 yenidoğan ölümü (doğumda gebelik haftası 25), 20 sağlıklı

*: Ailenin isteği, anneye ait komplikasyonlar ya da fetus ölümü nedeniyle

İlk çalışmada 27 hastaya karyotip analizi yapmışlardır ve yirmibeşi normal olarak sonuçlanmıştır. İki olgudan birinde trizomi, diğerinde ise triploidi bulunmuştur. Bu iki olguda da gebelik sonlandırılmıştır. Fakat yazarlar triploidi buldukları olgunun neden KMH kabul edildiği hakkında yorum yapmamışlardır.⁵

Tablo 2'de Sebire NJ'nin çalışmasındaki pGTH olgularının gebelik sonlandırma haftasına göre dağılımı belirtilmiştir. Gebeliği geç sonlandırılan gruptaki dört hastaya çoklu ajan ile kemo-terapi gerekmiş olsa bile ortalama 12 yıllık takip sonunda pGTH'a bağlı anne ölümü saptanmamıştır. Bir hastada ise gebelik preeklampsi nedeniyle sonlandırılmıştır. Sebire NJ'nin çalışması, fetusun karyotip analizinin normal olması, ultrasonografi ile saptanan bir anomalinin olmaması ve ailenin de gebeliği istemesi halinde %40 başarı oranı ile gebeliğin devamına izin verilebileceğini bildirmektedir. Ayrıca gebeliğin sonlandırılmasını seçenler ile gebeliğin devamını seçenler arasında pGTH gelişimi açısından da fark olmadığını belirtmektedir.⁶

Tablo 2. Sebire NJ'nin çalışmasında pGTH gelişen hastaların gebeliğin sonlandırıldığı haftaya göre dağılımı.

İlk 14 haftada sonlandırma	14. haftadan sonra sonlandırma	P
3/19 (% 16)	12/58 (% 21)	p=0,54, OR:1,4; 95% CI 0,3-8,6

Konu International Society for the Study of Trophoblastic Diseases tarafından da Aralık 1999'da bir forumla tartışmaya açılmıştır. Goldstein ve Berkowitz şiddetli kanama, hipertiroidi, preeklampsi gibi acil bir durum yoksa, fetusun karyotip analizi ve anomaliler açısından taramasının yapılmasını önermişlerdir. Bu testler normal sonuçlanmışsa gebeliğin devamına izin verilebileceğini; ancak şiddetli kanama, preeklampsi, pGTH gibi risklerin varlığı açıklanarak gebeliğin geleceği hakkındaki kararın bu bilgiler ışığında verilmesi gerektiği belirtmişlerdir. Gebeliğin devamına karar verilmişse gelecekteki olası metastazın değerlendirilebilmesi için temel akciğer grafisi çekilmelidir. Gebelik sonlandırılmışsa β -hCG düzeyleri metastaz açısından takibe alınmalıdır. Yazarlar doğum şekli için de normal doğumun önerilebileceğini belirtmişlerdir. Lurain JR, İEKMH olan gebeliklerden PMH'un ayrılması için karyotip analizinin kullanılmasını önermektedir. Yazar düşük gerçekleşirse ya da gebeliğin sonlandırılmasına karar verilirse şiddetli kanamaya karşı hazırlıklar yapıldıktan sonra kürtaj yapılması gerektiğine dikkat çekmektedir.⁷

Günümüzde infertilite tedavisinin gösterdiği gelişmelerin bir sonucu olan artan çoğul gebelik sayıları, İEKMH olgularını da daha sık görmemize neden olacaktır. Bu olgulardaki deneyim birikimi halen yeterli değildir. Ancak eldeki veriler fetusta anomali ya da kromozom hastalığı yoksa ve gebede preeklampsi, şiddetli kanama ya da hipertiroidi gibi bir sorun gelişmemişse gebeliğin devamına izin verilebileceğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Berkowitz RS, Goldstein DP. Gestational trophoblastic neoplasia. In: Berek JS, Hacker NF eds. Practical Gynecologic Oncology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.603-25.
2. Jauniaux E, Brown R, Snijders RJM, et al. Early prenatal diagnosis of triploidy. Am J Obstet Gynecol 1997;176:550-4.
3. Kwon HE, Park EJ, Kim SH, et al. A case of twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting fetus following IVF-ET. J Assist Reprod Genet. 2002;19:144-8.
4. Madazlı R. Çoğul Gebelik. 1. Baskı. İstanbul. Scala Yayınevi; 2004. p 5-7.
5. Matsui H, Sekiya S, Hando T, et al.. Hydatidiform mole coexistent with a twin live fetus: A national collaborative study in Japan. Hum Reprod 2000;15:608-11.
6. Sebire NJ, Fosskett M, Paradinas FJ, et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin Lancet 2002;359:2165-6.
7. <http://www.isstd.org/journal/vol3.html> volume 3. December, 1999.