

Koranjioma: Bir Olgu Sunumu

CHORANGIOMA: A CASE REPORT

Yonca KANBER*, Çetin BORAN**, Hakan KIRAN***, Gürkan KIRAN***, Melih Atahan GÜVEN***

* Yrd.Doç.Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Tıp Fakültesi Patoloji AD, KAHRAMANMARAŞ

** Yrd.Doç.Dr., Bolu İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD, BOLU

***Yrd.Doç.Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Tıp Fakültesi Kadın Doğum Hastalıkları AD, KAHRAMANMARAŞ

Özet

Amaç: Bir koranjiom olgusu sunmak.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: K.S.Ü. Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Olgu Sunumu: Rutin takipte olan 33 yaşında, G:2 P:1 olan gebe, eski sezaryen öyküsü nedeniyle gebeliğinin 37. haftasında opere edildi. Bebek ve annede herhangi bir soruna rastlanmadı. Plasentanın makroskopik incelemesinde marjinal yerleşimli, 4.5x3x2.5cm boyutlarında, kahverengi, solid yapıda, yer yer küçük kistik boşluklar içeren bir kitle saptandı. Histolojik incelemede farklı çaplarda damar proliferasyonundan oluşan bir lezyon mevcuttu.

Sonuç: Koranjiomlar plasentanın en sık görülen benign tümörleridir. Plasentalar dilimlenmeden incelendiğinde bu tümörler kolaylıkla atlanabilmektedir. Küçük çaplı koranjiomlar bir sorun çıkarmazken, büyük çaplarda olduklarında hem anne hem de bebekte çeşitli komplikasyonlara yol açabilmektedirler.

Anahtar Kelimeler: Koranjioma (koryoanjiom), Plasenta

T Klin Jinekoloj Obst 2003, 13:396-398

Summary

Objective: To present a case of chorangioma.

Place of Study: K.S.Ü. Hospital

Case Presentation: A 33 year old, G: 2 P: 1 pregnant woman at 37 weeks gestation had a cesarean section because of a previous cesarean section history. Neither the baby, nor the mother had any problems. On the gross examination of the placenta, a marginally located brown mass of 4.5x3x2.5cm was observed. On cut section the mass was solid and had small cystic cavities. Histological sections showed a proliferation of vessels of different diameters.

Conclusion: Chorangiomas are the most frequent benign tumors of the placenta. They may be missed if the placentas are not bread-loafed on gross examination. Chorangiomas of small sizes may not have any clinical significance, but when they reach larger sizes complications may be seen in both the mother and the baby.

Key Words: Chorangioma (chorioangioma), Placenta

T Klin J Gynecol Obst 2003, 13:396-398

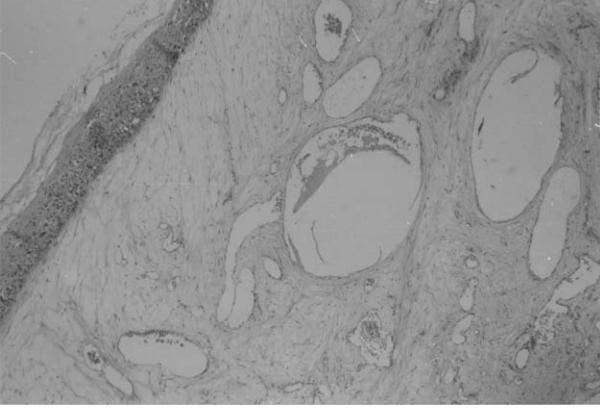
Plasentanın en sık görülen benign tümörü olan koranjioma, ilk kez Clarke tarafından 1798'de tanımlanmıştır (1-5). Her 100 plasentanın birinde görülmektedir ve koryonik mezenkimden orijin almaktadır (1-3).

Koranjiomların çoğu klinik olarak önemli değildir ve rastlantı sonucu bulunur (1,4,6,7). Fakat büyük olanlar, özellikle çapı 4-5 cm'nin üzerinde olan lezyonlarda anne ve bebekte bazı komplikasyonlar görülmektedir (1,2,4,7,8). Bu yazımızda 1.4.2002 tarihinde anabilim dalımıza ulaşan plasenta materyalinde makroskopik inceleme sonrası saptanan koranjiom olgusu literatür bilgileri eşliğinde değerlendirilmiştir.

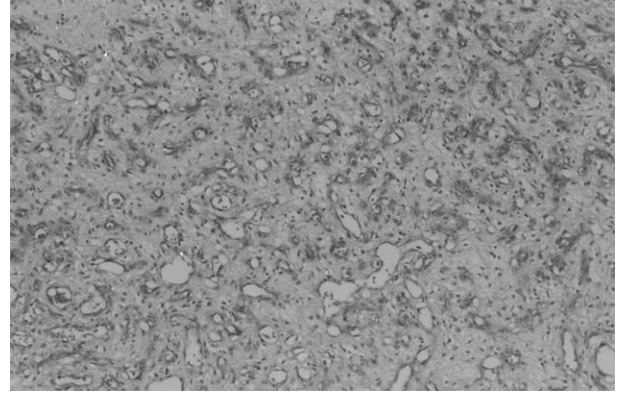
Olgu Sunumu

33 yaşında G:2 P:1 olan, rutin takibi hastanemizde yapılan, gebeliğinin 5. haftasında kasıklarda ağrı ve hafif kanama dışında özellik izlenmeyen anne, eski cesarean öyküsü nedeniyle gebeliğinin 37. hafta 6. gününde sezaryen

doğum yapılması amacıyla hastanemize yatırıldı. Operasyon sonrası 3315gr ağırlığında, 51,5cm uzunluğunda 8/10 Apgarlı bir kız bebek doğurtuldu. Patoloji Anabilim dalına gönderilen plasenta materyali 666gr ağırlığında, 18x18x3cm boyutlarındaydı. Zarlar ve 17cm uzunluğundaki göbek kordonu ayrı olarak gönderilmişti. Plasenta dilimlendiğinde marjinal yerleşimli, 4.5x3x2.5cm boyutlarında, çevreden iyi sınırla ayrılmış, kahverengi, solid yapıda kitle gözlemlendi. Kitlenin kesit yüzeyinde en büyüğü 0.8cm çapında kistik boşluklar görüldü. Mikroskopik incelemede villuslarda sinsityal hiperplazi, perivillöz fibrin birikimi izlendi. Göbek kordonu kesitinde iki arter, bir ven yapısı mevcuttu. Kitleden alınan kesitlerde miksoid bir stroma içerisinde bir kısmı dilate, diğerleri daha dar çaplı damar yapıları dikkati çekmekteydi (Şekil 1,2). Fokal alanlarda oval, veziküler nükleuslu, sitoplazma sınırları belirsiz hücre proliferasyonu mevcuttu. Kitle içerisinde nekroz alanları da gözlemlendi. Kitlenin yüzeyi trofoblastik hücreler ile çevriliydi.



Şekil 1. Miksoid bir stroma içerisinde kavernöz vasküler yapılar ve kitlenin yüzeyini döşeyen trofoblastik hücreler. H&E X100.



Tartışma

Koranjiooma olarak bilinen plasental hemangiomların gerçek bir neoplazmdan çok hamartom veya reaktif hiperplazi olduğu düşünülmektedir. Bunların kök villuslardaki subtrofoblastik bağ dokusundan orijin alan hiperplastik lezyonlar olduğu savunulmaktadır (2,9). Koranjioomlarda kapiller proliferasyonun eksentrik olup, kök villusu tamamen kapladığı düşünülmektedir. (9) Etiyolojisi bilinmemekle birlikte bazı çalışmalarda yüksek rakımlarda yaşayan gebelerde koranjiooma insidansının fazla olması dolayısıyla hipoksi ile ilişkili olabileceği savunulmaktadır (9,10). Koranjioomanın daha sonraki gebeliklerde tekrarlanması ve diğer fetal organlardaki hemangiomlarla birlikteliği genetik yatkınlığın da patogeneizde rol oynayabileceğini düşündürmektedir (9).

Plasental hemanjiomların çoğu küçüktür ve rastlantı sonucu bulunur (6). Bu nedenle lezyon sadece yüzey inspeksiyonu ile tanınmayabilir (1). Hatta makroskopik incelemede plasenta dilimlenmez ise makroskopik boyutlara sahip olanlar dahi atlanabilir (2). Tümör koryonik tabaka altından kabaran veya desiduaaya bası yapan, çevre villöz dokudan iyi sınırlı, soliter, yuvarlak lezyon şeklindedir (2,7). Genellikle plasentanın kötü perfuzyone olduğu alanlarda (marjinal ve subkoryonik) bulunur (9). Bazen koranjiooma plasenta dışında membran içinde yerleşir ve plasentaya sadece vasküler bir pedikül ile tutunur (2,7). Nadir görülen bu tipin diğerlerinden daha fazla klinik komplikasyona neden olduğu, fakat bunun da bu tipin kolaylıkla gözden kaçırılmayacağı için olabileceği söylenmiştir (2). Daha önce de yayınladığımız bir olguda biz de pedinküllü bir koranjioomun polihidramnios ve erken membran rüptürüne neden olduğunu saptadık (7). Baska bir olgu sunumunda da plasentaya vasküler bir pedikül ile bağlı, 12cm çapında koranjioom annede polihidramnios ve ve preeklampsi sonucu erken doğuma neden olmuş, bebekte mikroanjiopatik hemolitik anemi ve ağır trombositopeni yaratmıştır (11). Büyük çaplı tümörler (5 cm) klinik olarak

bulgu verirken, küçük çaplı olanlar genellikle histolojik olarak tanınmaktadır (12).

Histolojisi vücudun başka yerlerinde yerleşen hemanjiomlar gibidir. Mikroskopide vasküler yapılar ve bunların arasındaki stromal hücrelerden oluşan, trofoblastlar ile çevrili nodül yapısındadır (9). Damar yapıları kavernöz, kapiller veya sinüzoidal yapıda olabileceği gibi endotel hücreleri solid tabakalar oluşturabilir (2). Koranjioomlarda üç histolojik patern tanımlanmıştır: Anjiomatöz, selüler ve dejenere (5,7). En sık izlenen patern anjiomatözdür. Koranjioomlarda dejeneratif değişiklikler de oldukça sıktır. Kitle içinde nekroz, kalsifikasyon, miksoid değişiklik, fibrozis veya hyalinizasyon görülebilir (1). Bir çok koranjioomda histolojik paternler arasında geçiş vardır (7). Koranjioomlar bazen selüler olabilir ve mitotik aktivite gösterebilirler (6). Olgumuzda koranjiooma farklı çaplarda vasküler yapılardan oluşmaktaydı ve miksoid dejenerasyon göstermekteydi. Koranjioomların bir kısmında trofoblastik hiperplazi görülebilir. Bunların çoğunluğu hafif olup, bir çalışmada taranan vakaların %14'ünde hiperplazinin ağırlığı parsiyel hidatiform moldekinine yakın bulunmuş. Koranjiooma çevresindeki trofoblastik hiperplazinin, ortamda bulunan ve trofoblastik proliferasyonu sağlayan yüksek miktardaki anjiogenik faktörlere (PDGF-BB gibi) bağlı olabileceği belirtilmiştir (9).

Büyük koranjioomların insidansı 1:3500-1:9000 doğumda birdir ve yol açtıkları komplikasyonlar nedeniyle önemlidirler. Bunlar annede; polihidramnios, preeklampsi, antepartum kanama, plasenta previa, erken doğum, trombositopeni, fetuste; asfiksi, dissemine intravasküler koagülasyon, anemi, intrauterin gelişme geriliği, hidrops, kardiyomegali, neonatal kalp yetmezliğidir (1-4,7,8,11-14). Bizim olgumuzda antenatal takipte fetuste ultrasonografik olarak herhangi bir patolojiye rastlanmamıştır.

Koranjioomlar bir vasküler şant gibi çalışabilirler (4,5,13). Bunun sonucunda koryonik villuslarda yeterli

kanlanma ve madde alışverişi bozulur. Bu da fetal hipoksi ve büyüme geriliğine yol açar (5). Kalp yetmezliğine neden olan iki mekanizma vardır. Birincisi tümörün bir arteriovenöz malformasyon gibi çalışması, yüksek volümlü soldan sağa şanta neden olabilir (4). İkinci mekanizma ise, anne dolaşımına uğramadan, tümörün vasküler kanallarından geçen oksijenlenmemiş büyük miktarda kanın fetüse dönmesi sonucu gelişen sekonder hipoksidir. Polihidramnios gelişimi genellikle tümör çapı ile ilişkilidir. Nedeni halen tartışmalıdır (4). Bu konuda bazı teoriler vardır. Bunlar tümörün umbilikal vene basısı sonucu amniyotik kaviteye sıvı transüstasyonu, plasentanın fonksiyonel yetersizliği nedeniyle böbreklerden artık madde atımında artış olması, veya hemanjiomun geniş yüzeyindeki damarlardan sıvı transüstasyonudur (4,7). Büyük koranjionlarda görülen prematür eylem de polihidramniosla bağlanmıştır (4). Ayrıca tümör içinde oluşan enfarktların tromboplastik maddelerin oluşmasına neden olarak dissemine intravasküler koagülasyon gelişiminde rol oynadığı belirtilmektedir (13). Bunun yanı sıra, tümör içerisindeki ince kıvrıntılı ve kısmen tromboze olan damarlar, kolaylıkla eritrositlere zarar verip, trombositleri tutarak kronik mikroanjiyopatik hemolitik anem i ve trombositopeni yapabilir (11).

Koranjionlar bazen diğer plasental veya fetal lezyonlar ile birliktelik gösterebilirler. Literatürde koryokarsinom ile birliktelik gösteren koranjion olgusu mevcuttur (10,15). Ayrıca kongenital anomali ile ilişkili koranjion olguları da yayınlanmıştır. (16,17).

Amniyotik kaviteye doğru çıkıntı yapan, büyük koranjionlar ultrasonografi (USG) ile tanımlanabilirler (1,18). Bunlar iyi sınırlı olup, çevre plasental dokudan farklı ekojenite gösterebilirler. Fakat ekojenite tümör içindeki dejeneratif değişikliklere göre değişebilir (18). Multiple koranjionma içeren bir olguda, kitleler, plasentanın genel olarak kalınlaşmasına katkıda bulunmuş, fakat, yerleşim yerleri bilindiğinde dahi, ultrasonografik olarak tanınamamıştır (19). Olgumuzda kitle oldukça büyük olsa da (4.5cm) klinik bir problem yaratmamıştır ve rutin takipte sonografik incelemelerde koranjion saptanamamıştır. Daha büyük çaptaki bir koranjion da (~10cm) rutin sonografik incelemede saptanamamış ve kitle plasentanın makroskopik incelemesinde görülmüştür (3). Koranjionlar çok çabuk büyüyebilirler. Bu da onların erken dönemde USG ile saptanabilmesini zorlaştırır (3). Normal ultrasonografik inceleme sonrası, renkli Doppler ile inceleme yapılması lezyonun vasküler yapısını ve atım hızının fetal kalp hızı ile eşit olduğunu göstermede ve koranjionun diğer plasental lezyonlardan ayırımının yapılmasını kolaylaştırabilir (20,21).

Koranjionlarda tedavi fetüsün yaşamının sağlanıp, doğumun yapılmasıdır. Bunun dışında antenatal koranjion ve polihidramnios tanısı konulan iki olguda, USG eşliğinde koranjionun merkezindeki en büyük damara

ra alkol enjeksiyonu ile kitle içine kan akımı durdurulmuş ve polihidramnios önlenmiştir (22).

Koranjionlar oldukça nadir görülse de, plasentanın en sık görülen benign kitleleridir. Büyük lezyonlar anne ve/veya bebeği ilgilendiren komplikasyonlara neden olabilmektedirler. Bu komplikasyonlar da lezyonun tanınmasını kolaylaştırmaktadır. Fakat iyi bir makroskopik inceleme ile küçük lezyonlar da atlamadan yakalanabilir.

KAYNAKLAR

1. Demiriz M, Tunca Y, Özcan A, Celasun B, Finci R. Placental chorangioma associated with fetal cardiac complication. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76(7):708-9.
2. Kohler H G, Jenkins D M. Chorionic haemangioma and abruptio placentae. *Br J Obstet Gynecol* 1976; 83:667-70.
3. Mancuso A, D'anna R, Corrado F, Cannata M. Large placental chorioangioma. *Acta Obstet Gyn Scand* 2001; 80(10):965-6.
4. Mochizuki T, Nishiguchi T, Ito I et al. Case report antenatal diagnosis of chorioangioma of the placenta: MR features. *J Comput Assist Tomogr* 1996; 20(3):413-6.
5. Erkaya S, Uygur D, Kara F. Dev bir plasental koryoanjiom olgusu. *T Klin Jinekoloj Obst* 1999; 9:190-2.
6. Mesia F A, Mo P, Ylagan R L. Atypical cellular chorangioma: A mitotically active tumor of the placenta. *Arch Pathol Lab Med* 1999; 123(6):536-8.
7. Algün Z, Kanber Y, Atay F, Başaran S, Calay Z. Plasenta dekolmanı ve polihidramnios ile birlikte plasenta hemanjiomu (koranjion). *Türk Neoplazi Dergisi* 1999; 7(1):42-6.
8. D'Souza D, Olah K S J. Infarction of a placental chorangioma mimicking placental abruption. *J Obstet Gynaecol* 1999; 19(4):421-2.
9. Ogino S, Redline R. Villous capillary lesions of the placenta: Distinctions between chorangioma, chorangiomatosis, and chorangiosis. *Hum Pathol* 2000; 31:945-54.
10. Reshetnikova O, Burton G, Milovanov A, Fokin E. Increased incidence of placental chorangioma in high-altitude pregnancies: Hyperbaric hypoxia as a possible etiologic factor. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174:557-61.
11. Bauer C, Fojaco R, bancalari E, Fernandez R. Microangiopathic hemolytic anemia and thrombocytopenia in a neonate associated with a large placental chorioangioma. *Pediatrics* 1978; 62:574-7.
12. Hirata G, Masaki D, O'Toole M et al. Color flow mapping and doppler velocimetry in the diagnosis and management of a placental chorioangioma associated with nonimmune fetal hydrops. *Obstet Gynecol* 1993; 81:850-2.
13. Kabukcuoğlu S, Öner Ü, Tel N, İlgici N, Şener T. Plasental koranjionlar. *Türk Patoloji Dergisi* 2001; 17(1-2):34-7.
14. King C, Lovrien E. W. Chorioangioma of the placenta and intrauterine growth failure. *J Pediatrics* 1978; 93(6):1027-28.
15. Aonahata M, Masuzawa Y, Tsutsui Y. A case report of intraplacental choriocarcinoma associated with placental hemangioma. *Pathol Int* 1998; 48(11):897-9001.
16. Wallenburg HCS. Chorioangioma of placenta. *Obstet Gynecol Surv* 1971; 26:411.
17. Wurster DH, Hoefnagel E, Benirschke K, Allen FH. Placental chorioangioma and mental deficiency in a child with 2/15 translocation: 46,XX,+ (2q-15q+). *Cytogenetics* 1969; 8:389.
18. Jauniaux E, Campbell S. Ultrasonographic assessment of placental abnormalities. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163:1650-8.
19. O'Malley B, Toi A, deSa J et al. Ultrasound appearances of placental chorioangioma. *Radiology* 1981; 138:159-60.
20. Grundy H, Byers I, Walton S, Burlbaw J, Danar C. Antepartum ultrasonographic evaluation and management of placental chorioangioma. *J Reprod Med* 1986; 31(6):520-22.
21. Zalel Y, Gamzu R, Weiss Y et al. Role of color Doppler imaging in diagnosing and managing pregnancies complicated by placental chorioangioma. *J Clin Ultrasound* 2002; 30(5):264-9.
22. Nicolini U, Guglielmo Z, Caravelli E, Fogliani R. Alcohol injection: A new method of treating placental chorioangiomas. *Lancet* 1999; 353:1674-5.

Geliş Tarihi: 27.12.2002

Yazışma Adresi: Dr.Yonca KANBER
Kahramanmaraş Sütçü İmam Tıp Fakültesi
Patoloji AD, KAHRAMANMARAŞ
yoncakanber@yahoo.com