

Dev Bir Plasental Koryoanjiyom Olgusu

A CASE OF A GIANT PLACENTAL CHORIOANGIOMA

Salim ERKAYA*, Dilek UYGUR*, Fadıl KARA*

* Dr.,Zübeyde Hanım Doğumevi, ANKARA

Özet

Amaç: Maternal ve fetal komplikasyonlara neden olan dev bir plasental koryoanjiyom olgusunu sunmak.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Sağlık Bakanlığı Ankara Zübeyde Hanım Doğumevi

Olgu Sunumu: Prenatal takiplere gelmeyen 17 yaşında nullipar gebe aktif eylemle hastanemize başvurdu. Polihidramniyosu mevcut gebe normal vajinal doğumla doğurtuldu. Hidrops felalisli olarak doğan bebekte konjestif kalp yetmezliği, anemi, trombositopeni mevcuttu. Plasentada ise dev bir koryoanjiyom tespit edildi. Kalp yetmezliği ve anemisi tıbbi tedavi ile düzeltilen bebekte lemaieniz gözlemlendi ve solunum arresti sonucu postpartum 42. saatte eksitits oldu.

Sonuç: Koryoanjiyomlar gebeliğin erken dönemlerinde ultrasonografi ile tanınabilirler. Hem maternal hem de fetal komplikasyonlar gebeliğin erken terminasyonuna neden olabileceklerinden uygun doğum zamanını seri ultrasonografi ve fetal ekokardiyografi belirlemelidir.

Anahtar Kelimeler: Koryoanjiyom, Plasenta, Polihidramniyos

T Klin Jinekoloj Obst 1999, 9:190-192

Plasentanın primer tümörleri nadirdir. Koryoanjiyom plasentanın en sık görülen benign tümörüdür. Mikroskopik olarak incelenen plasentaların yaklaşık %1'inde görülmektedir (1). Bununla birlikte klinik semptomlara neden olan büyük koryoanjiyomların insidansı 1/3500 ile 1/16000 olarak bildirilmektedir (1,2). Küçük koryoanjiy-

Geliş Tarihi: 23.11.1998

Yazışma Adresi: Dr. Salim ERKAYA

Meşrutiyet Caddesi, Konur Sokak, 24/17
Kızılay, ANKARA

190

Summary

Objective: To present a case of a giant placental chorioangioma that caused fetal and maternal complications.

Place of study: Ministry of Health, Zubeyde Hanım Dogmevi, Ankara

Case presentation: A 17 years old nulliparous pregnant woman who had no prenatal follow-up was admitted to our hospital in true labor. Polyhydramnios was evident. The fetus was delivered with spontaneous vaginal birth. Hydropic child had congestive hearth failure, anemia and thrombositopenia. A giant chorioangioma was noted in the placenta. Hearth failure and anemia was managed medically. However, respiratory arrest followed hematemesis and the child was lost 42 hours after delivery.

Conclusion: Chorioangiomas may be diagnosed early in pregnancy by ultrasound examination. Since both maternal and neonatal complications may indicate premature termination of the pregnancy or be conductive to premature birth, repeated ultrasonographic and fetal echocardiographic examinations should determine the optimal time of delivery.

Key Words: Chorioangioma, Placenta, Polyhydramnios

T Klin J Gynecol Obst 1999, 9:190-192

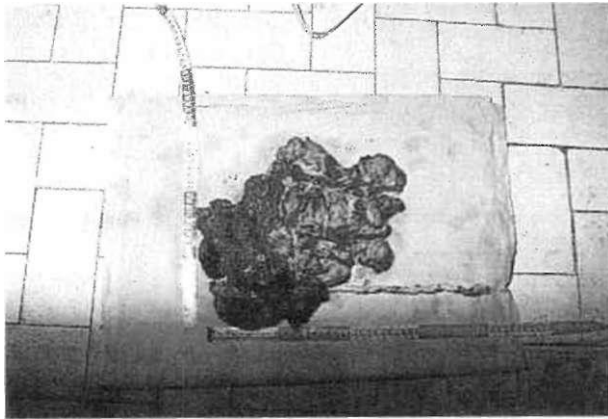
omlar semptomsuz iken büyük koryoanjiyomlar maternal morbidite, fetal morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedirler. Biz de polihidramniyos, fetal konjestif kalp yetmezliği, fetal anemi ve trombositopeni ile birlikte olan hidrops fetalisli bir büyük koryoanjiyom olgusunu sunuyoruz.

Olgu Sunumu

17 yaşında, gebeliğinin 36.haftasında aktif eylemde (3-4 cm açıklık, %50 silinme) olarak hastaneye yatırılan nulligravid gebeye amniotomi yapıldı. Yaklaşık 4 litre amniyon mayi boşaldı. Hasta spontan eyleme bırakılarak 3 saat içerisinde

T Klin Jinekoloj Obst 1999, 9

vajinal doğum yaptırıldı. Apgar skoru 1. dakikada 3, 5. dakikada 6 olarak değerlendirilen 3000 gram ağırlığında 44 cm boyunda doğan erkek bebeğin ilk fizik muayenesinde; genel durumu kötü, hipotonik, saçlı deri, yüz, el ve ayak sırtları ile skrotumda belirgin olmak üzere tüm cildinde yaygın ödem, göz kapakları, göğüs ve karın cildinde yaygın peteşiler mevcuttu. İnlemesi ve perioral siyanozu olan bebeğin, solunum sayısı 70-80/dk, her iki akciğer solunuma eşit katılıyor, ancak solunum sesleri azalmış ve bilateral kreptan raileri vardı. Kalp ritmik, kalp tepe atımı 140/ dk idi. Karın distandü, serbest asit ile uyumlu yaygın matite alınıyor, karaciğer 2 cm palpabl, dalak ve kitle palpe edilmiyordu. Moro refleksi zayıf olarak almıyor, diğer yenidoğan refleksleri alınmıyordu. Bu bulgularla prematüre hidrops fetalis ve kanama diatezi ön tanısı alan bebeğin laboratuvar incelemeleri yapıldı. Anne ve bebeğin kan grupları ARh (+) idi. Hemogloblin: 8 gr/dL, Htc: %22 lökosit: 20000/mm³, BUN: 12 mg/dL, kreatinin: 1mg/dL, total bilirubin: 1.1 mg/dL, direk bilirubin: 0.3mg/dL, kan şekeri: 55mg/dL, kalsiyum: 7.5mg/dL, total protein: 4.2g/dL, albumin: 1.3g/dL, ALT: 28IU/L, AST: 226IU/L idi. İdrar tahlilinde; pH:5, dansite:1030, protein (+), kan reaksiyonu (++) idi. Yapılan periferik yaymada: %20 PMNL, % 76 lenfosit, %4 eozinofil görüldü. Trombosit görülemedi. Retikülosit sayısı %4.3 idi. Kemik iliğinde ileri derecede eritroid hiperaktivite, diğer kemik iliği elemanlarında baskılanma, megakaryosit yoktu. EKG de: sinüs ritmi, sağ aks bulguları (PR 0.12 SN), akciğer grafisinde kardiomegali mevcut, infiltrasyon yoktu.

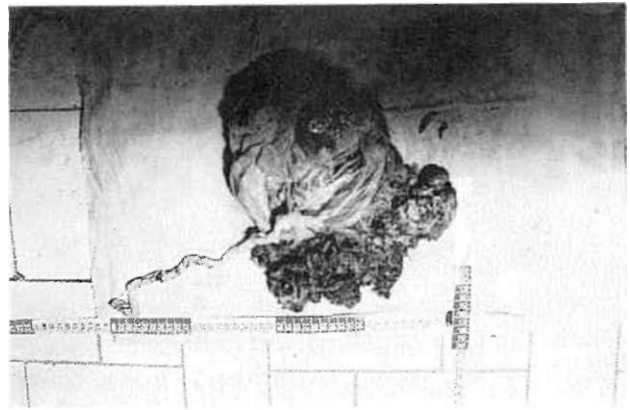


Şekil 1. Dev koryoanjyomlu plasentanın maternal yüzden görünümü.

Kuvözde izleme alınan bebeğe 60 cc/kg %10 dextroz, ampiçilin (150 mg/kg), gentamisin (5 mg/kg), kalsiyum glukonat (0.5 g/kg) başlandı. 2 mg/kg furosemid yapıldı. Dijitalize (0.035 mg/kg digoxin) edildikten sonra 15 cc/kg taze kan trasfüzyonu yapıldı. Transfüzyon sonrası 2g/kg human albumin verildi ve sonrasında furosemid tekrarlandı. Takibi sırasında hematemezi gözlenen bebekte apne başladı. Resusitasyona yanıt veren bebek 3 saat sonra yeniden solunum arrestine girdi. Tekrar edilen resusitasyona bu kez yanıt vermeyen bebek doğum sonrası 42. saatte exitus oldu. Doğumu takiben plasenta spontan ve tam olarak ayrıldı. Plasenta makroskopik olarak: 30x28x6cm boyutlarında, 1170 gr ağırlığında idi. Plasentanın maternal yüzeyinde 17x10 cm ölçülerinde kırmızı kahverengi yer yer alacalı görünümüne tümöral lezyon izlendi (Şekil 1-2). Yapılan seri kesitlerde aynı özellikte idi. Lezyondan alınan örneklerin histopatolojik incelemesinde gevşek ödematöz stromada çoğu alanda lümenleri eritrositlerle dolu, küçük kapiller damarlardan oluşan, yer yer ise daha geniş lümenli kavemöz damarlardan oluşan tümöral yapı gözleendi. Olgu koryoanjyom olarak değerlendirildi.

Tartışma

Koryoanjyomların çoğu küçük ve semptomuzdur. Büyük koryoanjyomlar ise ciddi fetal ve maternal komplikasyonlara neden olabilirler. Fetal komplikasyonlar; polihidramniyos, prematür doğum, düşük doğum ağırlığı, antepartum kanama, anemi, trombositopeni, intrauterin gelişme geriliği, hyponatremi, hidrops, kardiomegali ve konjestif



Şekil 2. Dev koryoanjyomlu plasentanın fetal yüzden görünümü.

kalp yetmezliği, fetal distres, intrauterin fetal ölümdür (3-8). Nadiren büyük koryoanjiyom vakalarında hiçbir fetal ve maternal komplikasyona rastlanılmayabilir (9).

Bizim vakamızda da mevcut olan polihidramnios en sık görülen fetal komplikasyondur. Yaklaşık vakaların %28 inde polihidramnios bildirilmiştir (10). Polihidramnios nedeni henüz netlik kazanmakla birlikte birkaç teori öne sürülmektedir (11): (i) Tümörün umbilikal korda mekanik obstrüksiyonu sonucu amniyonik kaviteye sıvı transfüzyonunun artması, (ii) Geniş vasküler yüzeyden artmış sıvı transudasyonu, (iii) Plasentanın fonksiyonel yetmezliği, ve (iv) Fetal kalp yetmezliği.

Büyük koryoanjiyomlar bir arteriyovenöz şant gibi fonksiyon görürler. Sonuçta koryonik vuruşların perfüzyonu bozulur ve plasentanın respiratuar ve metabolik fonksiyonlarında azalma, fetal kardiyak output da artma meydana gelir. Bu fizyolojik değişiklikler gelişme geriliği, hipoksi, taşikardi, kardiyak hipertrofi, kalp yetmezliği ve hidrops olarak kliniğe yansır (10,11).

Olgumuzda da olduğu gibi bu büyük vasküler tümörler kanın büyük kısmının kapiller alanda depolandığı fizyolojik ölü alan oluşturarak ciddi anemiye neden olurlar. Eğer doğumda umbilikal kordu klemplemeden önce kan fetusa dönmezse ciddi akut anemi oluşabilir. Ayrıca anjiyomatöz tümörlerdeki tortüöz vasküler ağ eritrosit ve plateletleri zedeleyerek kronik hemolitik anemi ve trombositopeniye neden olur (4).

Olgumuzda hidrops fetalise yol açabilecek Rh uygunsuzluğu, TORCH infeksiyonu, konjenital kalp hastalığı, renal hastalık tesbit edilmedi. Dolayısıyla bulguların büyük plasental koryoanjiyoma bağlı olarak geliştiği ve periferik yayma ve kemik iliğinde trombosit görülmemesi nedeniyle bebeğin muhtemel bir intrakranial kanama nedeniyle ölmüş olabileceği düşünüldü. Ancak kranial ultrasonografi yapılmamış olması ve ailenin otopsiye izin vermemesi nedeniyle ölüm nedeni dökümanete edilemedi.

Rutin ultrasonografik inceleme sırasında erken gebelik haftalarından itibaren rahatlıkla büyük plasental koryoanjiyomların tanısı konulabilir. Prenatal olarak koryoanjiyomları tanımda ultra-

sonografinin yanısıra fetal ekokardiyografi de önemli bir yöntemdir. Tam konulmuş olgularda kardiyak fonksiyonların ve fetoplazental dolaşım bozukluklarının izlenmesinde de ekokardiyografi etkin bir yöntemdir (12). Olgular sık takip edilerek fetusta anatomik ve fizyolojik olumsuz gelişmelerin saptanması durumunda gebelik termine edilmelidir. Bu yaklaşım çok düşük ağırlıklı bebeklere bile yaşama şansı sunan modern neonatal birimlerin varlığında daha fazla önem kazanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Wallenburg HCS. Chorioangioma of the placenta. *Obstet Gynecol Surv* 1971; 26:411.
2. Benson PF, Joseph MC. Cardiomegaly in a newborn due to placental chorioangioma. *Br Med J* 1961; 1:102.
3. Battaglia PC, Woolever CA. Fetal and neonatal complications associated with recurrent chorioangiomas. *Paediatrics* 1967; 41:62.
4. Bauer CR, Fojaco RM, Bancalari E, Fernandez-Rocha L. Microangiopathic hemolytic anaemia and thrombocytopenia in a neonate associated with a large placental chorioangioma. *Paediatrics* 1978; 62:574.
5. Leónidas JC, Beatty EC, Hall RT. Chorioangioma of the placenta. *Radiology* 1975; 123:703.
6. Stiller AG, Skafish PR. Placental chorioangioma: a rare cause of fetomaternal transfusion with maternal hemolysis and fetal distress. *Obstet. Gynecol.* 1986; 67:296.
7. Reshetnikova OS, Burton GJJ, Milovanov AP, Fokin EI. Increased incidence of placental chorioangioma in high-altitude pregnancies: hypobaric hypoxia as a possible etiologic factor. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174:557.
8. Dursun A, Akyol G, Edalı N, Poyraz A. Koryoanjiyom (plasentanın hemanjiyomu). *T Klin Jinekoloj Obst* 1993; 3: 214.
9. Gül A, Dilek H, Pars Ağargün H, Bulut E, Karakök M. Büyük plasental koryoanjiyom (hemanjiyom): Bir vaka takdimi. *T Klin Jinekoloj Obst* 1998; 8: 204.
10. Wong PC, Arulkumaran S, Ratnam SS, Pang M. Acute polyhydramnios and cord presentation - complication of chorioangioma of the placenta - a case report. *Int J Gynaecol Obstet* 1986; 24: 61.
11. Eldar-Geva T, Hochner-Celniker D, Ariel I, Ron M, Yagel S. Fetal high output cardiac failure and acute hydroamnios caused by large placental chorioangioma. case report. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95: 1200.
12. Horigome H, Hamada H, Sohda S, Igari M, Nagata M, Okuno S, et al: Large placental chorioangioma as a case of cardiac failure in two fetuses. *Fetal. Diagn. Ther.* 1997; 12: 241.