

Büyük Plasental Korioanjiyom (Hemanjiyom): Bir Vaka Takdimi[†]

LARGE CHORIOANGIOMA (HEMANGIOMA) OF THE PLACENTA: A CASE REPORT

Abdülaziz GÜL*, Hüsniye DİLEK**, Havva PARS AĞARGÜN***,
Emine BULUT***, Metin KARAKÖK****

* Yrd.Doç.Dr.,Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

** Yrd.Doç.Dr.,Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD,

*** Asist.Dr.,Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

**** Asist.Dr.,Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD, VAN

Özet

Amaç: Kliniğimizde teşhis edilen büyük plasental hemanjiyom olgusunu sunmak, tanı ve komplikasyonlarını vurgulamak.

Çalışmanın yapıldığı yer: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Van.

Materyal ve Metod: Bu yazıda 23 yaşında primigravid, normal spontan doğumun gerçekleştirildiği, makroskopik ve histopatolojik olarak plasental hemanjiyom tanısı konulan bir vaka sunuldu.

Bulgular: Son mens tarihine göre 37 haftalık gebe iken yapılmış olan obstetrik ultrasonografisinde; plasenta korpus posteriorunda ve grade I matürasyonda, baş pelvisde, amnios mayii yeterli olarak tesbit edildi. Normal olmayan görünümü nedeniyle plasenta patolojiye gönderildi. Mikroskopik olarak çoğunluğu küçük çapta olmak üzere değişik çapta lümenleri tek sıra endotelle döşeli ve eritrositler içeren çok sayıda damarın oluşturduğu tümöral yapı görüldü. Bu damarları gevşek bir stroma destekliyordu. Bu bulgularla kapiller hemanjiyom tanısı konuldu. Olgumuzda; Maternal, fetal ve neonatal herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.

Sonuç: Plasental Korioanjiyom (hemanjiyom) tümör görünümünde bir damar hamartom olup nadir görülmektedir. Maternal, fetal veya neonatal komplikasyonlara yol açması ve özellikle preeklampsi ve eklampsi ile birlikte seyrebilmesi plasental hemanjiyomun önemini artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Plasental Korioanjiyom,
Feto-Maternal Komplikasyonlar

T Klin Jinekoloj Obst 1998, 8:204-207

Geliş Tarihi: 17.11.1997

Yazışma Adresi : Dr.Abdülaziz GÜL
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
65200 VAN

[†] 1-4 Mayıs 1997'de II. Kadın Doğum Günleri (POSTER)
DİYARBAKIR

Summary

Objective: To present 'a large placental Chorioangioma case' that was diagnosed and treated in our department and, to emphasize diagnosis and complications of such cases.

Institution: Yüzüncü Yıl University Medical Faculty, Department of Obstetrics and Gynecology, VAN.

Materials and Methods: In this paper, a 23 year old primigravid case that had a normal spontaneous birth, and that was macroscopically and histopathologically diagnosed as placental hemangioma is presented.

Findings: At the end of 37 weeks of gestation, Obstetrics Ultrasonographic results were observed as follows: placenta was located at corpus posterior; the head of infant was in the pelvis and, Amnion Fluid index was normal. After delivery, the placenta was sent for histopathological and macroscopical examining because of abnormal size. Microscopically, a tumoral structure which was originated with a number of vessels of different diameter; and with endothelial layer as a single line cell and which contained erythrocyte(s) was seen. These vessels were fortified with loose stroma. These findings were evaluated as Capiller Hemangioma diagnosis. Because of this case which has not maternal fetal and neonatal complication, the clinical and the histopathological aspects of placental hemangioma was discussed.

Conclusion: Placental Chorioangioma (hamangioma) is a vascular hamartoma appears as a tumor. It is a rare seen hemangioma. Causing maternal fetal or neonatal complications and encompassing preeclampsia and eclampsia increases the importance of placental hemangioma.

Key Words: Placental Chorioangioma,
Feto Maternal Complication

T Klin Gynecol Obst 1998, 8:204-207

Plasenta korioanjiyomu(hemanjiyomu) tümör yapısında olup büyük ihtimalle primitif koryonik mezansimin hamartomudur (1). Plasenta içerisinde fetoplasental kapillerlerden oluşan benign bir neoplazmdir (2). Stiller ve Skafish 1986 yılında plasental multiple korioanjiyomalı kan grubu A olan bebekten 0 kan grubu anneye akut kanamalı

bir vakayı tarif etmişlerdir (1). Değişik yayınlarda sıklığı konusunda farklı oranlar bildirilmekle birlikte %1 oranında görüldüğü konusunda bir görüş birliği vardır (3). Makroskopik olarak tanımlanabilir.

Histopatolojik olarak mikromatöz bir stroma içinde kanla dolu kapillerler vardır. Kıvamı sert ve rengi kırmızıdır. Kapsüllü ve bazen multisentriktir. Maternal, fetal veya neonatal komplikasyonlara yol açabilmesi ve preeklampsi ve eklampsi ile birlikte seyredebilmesi plasental hemanjiyomun önemini artırmaktadır.

Bu yazıda 23 yaşında primigravid, normal doğumun gerçekleştirildiği, potpartum dönemde makroskopik ve histopatolojik olarak plasental hemanjiyom tanısı konulan bir vaka sunulmuştur. Bu vaka nedeniyle plasental hemanjiyomunu klinik ve histopatolojik yönleriyle tartışık.

Vaka Takdimi

M.K. 23 yaşında evli, ev hanımı. Gravidası 1; paritesi 0, kg=68 , boy 1.60 cm olan hasta kliniğimize 38 haftalık gebeliği mevcutken sancılarının başlaması üzerine kabul edildi. Hastanın sorgulamasında patolojik bir özellik yoktu. Soygeçmişinde FMF tarifliyordu. Genel durumu iyi TA: 120/80 mm Hg; nabız 80/dakika ve ritmikti. Diğer sistem muayenelerinde patolojik özellik yoktu. Kan grubu 0 Rh (+). Tam kan sayımında Hb= 8.2gr/dl, Htc= 29.1%, BK= 11.400/ml ve PLT= 256.000/ml idi. Son mens tarihine göre 37 haftalık gebe iken yapılmış olan obstetrik ultrasonografisinde: BPD'ye ve FL'ye göre 37 haftalık tek canlı fetus, plasenta korpus posteriorda ve grade I matürasyonda, baş pelvisde, amnios mayii yeterli olarak tesbit edilmişti.

Pelvik muayenesinde açıklık 2 cm, silinme %20, poş+ve pelvik yapı uygun olarak değerlendirildi. Yapılan NST reaktif olarak değerlendirildi. Hasta eylemde gebe olarak yatırılıp eylem planı yapıldı. 10 saat aktif eylemi takiben poş artifisyel olarak açıldıktan 1 saat sonra normal vaginal doğumla 1. dakika APGAR'ı 8 ve 5. dakika APGAR'ı 10 olan, 3600 gram ağırlığında kız bebek doğurtuldu. Plasenta 15'inci dakikada spontan ayrıldı. Yaklaşık 350-400 cc kadar kan kaybı oldu. Gebelik, eylem ve doğum komplikasyonu ol-

madı. Plasenta normal olmayan görünümü nedeniyle patolojiye gönderildi.

Postpartum birinci gün genel durumu iyi, vital bulguları stabil, fundus umblikus hizasındaydı. Toplam kanaması 2 ped olmuştu. Postpartum ikinci günde tam kan sayımında Hb= 7gr/dl, beyaz küre= 20.000/ml, kırmızı küre= 3.200.000/ml, Htc= 22.5% olması üzerine 2 Ünite kan verilmesi planlandı. Ancak febril reaksiyon nedeniyle 1 ünite kan verilebildi. Postpartum dördüncü günde tam kan değerleri: Hb= 8gr /dl, BK= 17.000/ml, KK= 4.300.000/ml, Htc= % 27 olarak taburcu edildi.

Patoloji

Makroskopik olarak Plasentanın bir kenarında 10X8X5 cm ölçülerinde intraplasental olarak yerleşmiş sınırları belirgin sert kitle görüldü. Bu kitlenin kesit yüzü açık kahverengi olup yer yer kirli beyaz renkte küçük solid alanlar içeriyordu. Kitle göbek kordonunun plasentaya girdiği yere çok yakın (1 cm. mesafe) konumdaydı (Şekil 1).

Mikroskopik olarak çoğunluğu küçük çapta olmak üzere değişik çapta lümenleri tek sıra endotelle döşeli ve eritrositler içeren çok sayıda damarın oluşturduğu tümöral yapı görüldü. Bu damarları gevşek bir stroma destekliyordu. Bu bulgularla kapiller hemanjiyom tanısı konuldu (Şekil 2,3).

Şekil 1. Plasental Korioanjiyom (Hemonjiyom)'un makroskopik görünümü. Makroskopik olarak Plasentanın bir kenarında (oklar arası) 10 X 8 X 5 cm ölçülerinde intraplasental olarak yerleşmiş sınırları belirgin sert kitle görülmektedir. Bu kitlenin kesit yüzü açık kahverengi olup yer yer kirli beyaz renkte küçük solid alanlar içermektedir. Kitle göbek kordonunun plasentaya girdiği yere çok yakın (1 cm. mesafe) konumdadır.

Şekil 2. Plasental Korioanjyom (Hemonjyom)'un mikroskopik görünümü. Hematoxylin-eosin boyama, original büyütme X 25 ile çoğunluğu küçük çapta olmak üzere değişik çapta lümenleri tek sıra endotelle döşeli ve eritrositler içeren çok sayıda damarın oluşturduğu tümöral yapı görülmektedir. Bu damarları gevşek bir stroma desteklemektedir.

Şekil 3. Plasental Korioanjyom (Hemonjyom)'un mikroskopik görünümü. Hematoxylin-eosin boyama, original büyütme X 10 ile çoğunluğu küçük çapta olmak üzere değişik çapta lümenleri tek sıra endotelle döşeli ve eritrositler içeren çok sayıda damarın oluşturduğu tümöral yapı görülmektedir. Bu damarları gevşek bir stroma desteklemektedir.

Tartışma

Plasental hemanjiyom anatomopatolojik tanımlanması ve klinik önemi nedeniyle dikkate alınması gereken bir durumdur. Placenta hemanjiyomu sıklıkla fetomaternal komplikasyonlarla birlikte, 5cm'den büyük korioanjyomalar polihidramnios ve fetal dolaşım bozukluğu gibi değişik komplikasyonlarla birlikte bulunabilir (4-6). Preeklampsi ya da eklampsi ile birlikte seyredebilir (2). Olgumuzda; anemnez ve fizik muayenede de görüldüğü gibi plasental hemonjiyoma eşlik eden komplikasyonların hiç biri yoktu. Tümör içindeki kan plasental villüslere ulaşmadığından ve oksijenlenemediğinden fetüste hipoksi ve buna bağlı IU-GR olabilir. Tümör bir arteriyo-venöz şant gibi çalışabilir. Bu durumda fetüsün kardiyak atım hacmi artarak fetal kardiyomegali gelişebilir. Postnatal dönemde bebekte kalb-dolaşım sistemi bozuklukları görülebilir (7). Hipoalbuminemi sonucu hidrops ve mikroanjiopatik tipte hemolitik anemi gelişebilir. Tümörden salgılanabilecek tromboplastik maddeler sonucu DIC ve buna bağlı neonatal trombositopeni gelişebilir (2,8). Placenta hemanjiyomunda bazen spontan infarkt gelişebilir ve hidrops fetalis regrese olabilir (9). Kimi zaman prematür doğumla birlikte olabilir (10). Bu olguda; bebeğin doğum ağırlığı ve APGAR değerlerinden de anlaşıldığı gibi yenidoğan döneminde bir sorun yaşanmamıştır. Ancak plasental hemanjiyom tanısı

patolojik olarak postpartum 10'uncu günde konulduğundan dolayı bebeğin kan sayımı ve hemodinamik durumu erken dönemde değerlendirilmedi. Bebeğin hastanede geçirdiği ilk dört gününde klinik olarak herhangi bir patolojik durum saptanmamıştır. Halen 2 yaşını dolduran bebeğimiz sağ ve sağlıklıdır.

Ultrasonografi yalnızca tanı açısından değil aynı zamanda fetomaternal komplikasyonların belirlenebilmesi açısından önem taşımaktadır (11,12). Ultrasonografide koryonik platta nodüller görülebilir (7). Renkli dopler çalışmaları placenta hemanjiyomunda tanı açısından oldukça yararlı bilgiler verir (13). Olgumuza hastanemiz radyoloji anabilim dalında 37'nci haftada yapılan bazal obstetri ultrasonografisinde plasental patolojiden bahsedilmemişti. Olgumuzunda ultrasonografi gebeliğin ileri evresinde ve yoğun hasta sirkülasyonundan dolayı yeterli zaman ayrılmadan yapılmış olduğundan bu patolojinin gözden kaçmış olabileceğini düşünmekteyiz. Literatür de USG'nin güçlü bir şekilde kuşkulandırmayı sağlayacağını vurgulamaktadır (1,5). Plasental hemanjiyoma eşlik eden komplikasyonların olmamasından dolayı, herhangi bir yüksek risk taşımayan gebe olarak ele alınan olgumuzdan doppler USG'nin yapılması planlanmamıştır. Alfa fetoprotein düzeyi ölçümü antenatal tanıda yararlı olabilir (artar) (14,15). Olgumuzda Alfa fetoprotein değerlendirilmemişti.

Sonuç olarak maternal, fetal veya neonatal komplikasyonlar ve preeklampsi ve eklampsi gelişimi açısından plasenta hemanjiyomu önem taşımaktadır. Burada sunulan vaka hem maternal herhangi bir komplikasyonun gelişmemesi ve normal doğumun gerçekleşmesi hemde bebekte de plasental hemanjiyomdan dolayı ortaya çıkması muhtemel patolojilerin görülmemesi açısından ilginç bir plasenta hemanjiyomu özelliği taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Cunningham FG, MacDonald PC, Leveno KJ, Gant NF, Gilstrap LC. Disease and Abnormalities of the placenta. In: Cunningham FG, MacDonald PC, eds. Williams Obstetrics. 19 th ed. Appleton and Lange East Norwalk, 1993:741-62.
2. Knuppel RA. Maternal-Placental-Fetal Unit; Fetal and Early Neonatal Physiology In: DeCherney AH., Pernoll ML, eds. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 8th ed. Appleton and Lange East Norwalk, 1994: 155-82.
3. Feyles E, Gaglio A, Zai G, Andrión A. Chorioangioma (placental hemangioma): anatomopathologic identification and possible clinical relevance. Pathologica 1993; 85: 417-22.
4. Hojberg KE, Aagard J, Henriques U, Sunde L. Polyhydramnios and associated maternal and fetal complications in singleton pregnancies. Br J Obstet Gynecol 1990; 97: 1115-22.
5. Koivu MK, Nuutinen EM. Large placental chorioangioma as a cause of congestive heart failure in newborn infants. Pediatr Cardiol 1990; 11: 221-4.
6. De Lia JE. Normal and abnormal placental development. In: Scott JR, Disaina PJ, Hammond CB; Spellacy WN, eds. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 7th ed. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1994: 49-65.
7. Ito M, Kumamoto T, Yamamoto H, Nomura T, Matsumoto T, Taki M, Toyoda N. A case of placental hemangioma resulting in severe fetal distress. Acta Paediatr Jpn 1994; 36: 207-11.
8. Limaye NS, Tehabo JG. Asymptomatic thrombocytopenia associated with chorioangioma of placenta. Am J Obstet Gynecol 1989; 161: 76-7.
9. Chazotte C, Girz B, Koenigsberg M, Cohen WR. Spontan infarction of placental chorioangioma and associated regression of hydrops fetalis. Am J Obstet Gynecol 1990; 163: 1180-1.
10. Naik R, Lobo FD. Chorioangioma of placenta: report of 3 cases. Indian J Pathol Microbiol 1993; 36: 285-8.
11. Lisboa-Bittencourt A, Chagas K, Calabrick VA. Large placental hemangioma diagnosed by ultrasonography: a case report. Rev Paul Med 1995; 113: 1033-5.
12. Bromley B, Benacerraf BR. Solid masses on the fetal surface of the placenta: differential diagnosis and clinical outcome. J Ultrasound Med 1994; 13: 883-6.
13. Hirata GI, Masaki DI, O'Toole M, Medearis AL, Platt LD. 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.
14. Johnson VP. Rare causes of elevated maternal serum alpha-fetoprotein. A report of three cases. J Reprod Med 1992; 37: 93-6.
15. Khong TY, George K. Maternal serum alpha-fetoprotein levels in chorioangiomas. Am J Perinatal 1994; 11: 245-8.