

Benign Plasental Tümör: Koranjyom

Benign Placental Tumor: Chorangioma: Case Report

Dr. Alptekin TOSUN^a

^aRadyoloji AD,
Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Giresun

Geliş Tarihi/Received: 01.11.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 27.12.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Alptekin TOSUN
Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Radyoloji AD, Giresun,
TÜRKİYE/TURKEY
tosun_alptekin@yahoo.com

ÖZET Plasental hemanjiyomalar, koranjyom adıyla anılmakta ve görülme sıklığı %1 olarak bildirilmektedir. Genellikle küçük boyutlarda olup, asemptomatikler ve klinik önemleri yoktur. Büyük koranjyomlar polihidroamniyoz, erken doğum, plasenta previa ve kanama gibi çeşitli komplikasyonlara yol açabilmektedir. İlk gebeliği olan preeklampsili hasta obstetrik görüntüleme için başvurdu. Olguya uygulanan ultrasonografi tetkikinde koranjyom tanısı konuldu. Eşlik edebilecek patoloji yönünden detaylı inceleme yapıldı. Umbilikal kord hafif geniş görünümde idi. Plasentanın büyük koranjyomu ile umbilikal kord dilatasyonunun birlikteliği incelendi.

Anahtar Kelimeler: Hemanjiyom; plasenta; göbek kordonu; preeklampsisi; ultrasonografi, Doppler, renkli

ABSTRACT Placental hemangiomas are known as chorangioma. They are found in 1% of pregnancies. Mostly, they are in small diameters, therefore they are asymptomatic and have no clinical importance. Large chorangiomas may contribute to complications such as polyhydramnios, premature birth, placenta previa and hemorrhage. A primigravida patient with preeclampsia applied to radiology department for obstetric ultrasonography imaging. The chorangioma was diagnosed on sonography. Detailed examination was performed for accompanying pathology. Umbilical cord was slightly large. Large placental chorangioma associated with the dilatation of the umbilical cord examined.

Key Words: Hemangioma; placenta; umbilical cord; pre-eclampsia; ultrasonography, Doppler, color

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2011;21(4):306-9

Plasentanın primer benign tümörleri içerisinde en sık görülen koranjyomlar koryonik mezenkimden orijin alan ve rastlantısal olarak fark edilen, genellikle asemptomatik benign tümörlerdir. Çapları çoğunlukla 1-5 cm arasında değişmekte olup, görülme sıklığı %1 olarak bildirilmiştir. Genellikle asemptomatikler ancak boyut artınca semptomatik olabilmektedirler.¹ Küçük koranjyomlar daha sık görülmektedir. Genellikle soliter olmakla birlikte, daha az sıklıkla multipl görülebilmektedir. 5 cm çapın üzerindeki lezyonlar nadir gözlenmekte olup, (3.500-9.000 doğumda 1), fetal yüzeye doğru uzanım göstermektedir.² Plasental abrupsiyon ile polihidroamniyoz, preeklampsisi, antepartum kanama, erken doğum, konjenital malformasyon, hepatomegali, konjestif kalp yetmezliği, mikroanji-

yopatik hemolitik anemi, hidrops fetalis, neonatal trombositopeni ve düşük doğum ağırlığı gibi fetal-maternal komplikasyonlara yol açabilmektedir.^{2,3}

OLGU SUNUMU

Otuz bir yaşındaki, ilk gebeliği olan takipsiz hasta, 4 gündür süren leke tarzında hafif kanama ve yüksek tansiyon şikâyeti ile hastaneye başvurdu. Olguya daha önce obstetrik ultrasonografi (USG) tetkiki uygulanmamış. Preeklampsi tanısıyla obstetrik renkli Doppler USG tetkikine alınan olguda 29 haftalık gebelik saptandı. Plasentanın sol bölümünden orijin alan 76 x 110 mm boyutlarında, lümene doğru bombeleşen, düzgün sınırlı, heterojen ve plasenta parankimine oranla daha hipoekojen, oval, soliter lezyon izlendi. Lezyon fetal alanı daraltarak kitle etkisi oluşturmaktaydı. Lezyon içerisinde dalgıç hipoekoik tübüler yapılar mevcuttu. Renkli Doppler USG'de tübüler yapılar içerisinde renkli vasküler akım örnekleri seçilmekte idi. Spektral analizde vasküler yapılar düşük dirençli arter akımları elde edilmekte idi (Resim 1-3) Umbilikal kordon çapı 21 mm ölçülmüş olup, hafif genişti (normalde 2 cm altındadır). İçerisinde 2 arter ve 1 ven mevcuttu. Umbilikal arter çapları 5 mm ve umbilikal venin çapı 14 mm ölçüldü. Amniyon sıvısı ve fetal yaş normal sınırlarda ve fetal kalp normal görünümde idi. Fetal ek patoloji gözlenmedi. Uterin arterlerin, umbilikal arterin ve orta serebral arterin S/D oranları normal persentil grubu içerisindeydi. İlerleyen dönemlerde ek patolojiye rastlanmadı. Umbilikal kord çapında artış gözlenmedi. Olgu, normal zamanında, vajinal yolla doğumu gerçekleştirdi.

TARTIŞMA

Koranjiyoma olarak adlandırılan plasental hemanjiyomların gerçek bir neoplazmdan çok, hamartom veya reaktif hiperplazi olduğu düşünülmektedir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Koranjiyomlar sonraki gebeliklerde tekrarlayabilmekte, ayrıca fetal diğer organlardaki hemanjiyomlarla birlikte görülebilmektedir. Genellikle marjinal veya subkoryonik yerleşimlidir. Nadiren plasenta dışında membran içinde yerleşir ve bu durumda

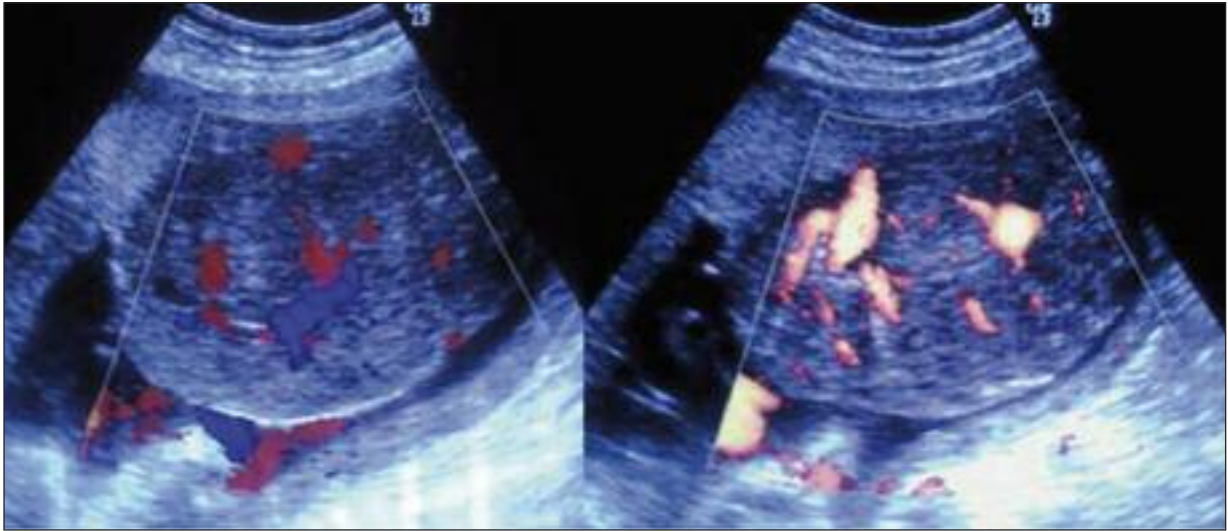


RESİM 1: Transabdominal gri skala US incelemede düzgün sınırlı, içerisinde kistik alanlar içeren ve fetal yüzeye doğru bombeleşen hipoekoik solid lezyon izlenmektedir.

plasentaya vasküler pedikül ile tutunur. Büyük çaplı tümörler semptomatik olabilirken, küçük çaplı lezyonlar genellikle doğum sonrası histolojik araştırmada fark edilmektedir.¹

Trofoblastik olmayan primer plasental tümörler ikiye ayrılır: Teratom ve koranjiyom. Koranjiyom, genellikle çevreleyen plasental dokudan psödokapsül ile ayrılan küçük kapiller damarlardan oluşmaktadır. Geniş damarlarda saptanabilmekte ve vücuttaki diğer hemanjiyomlar ile benzeşmektedir. Sekonder olarak maternal ve fetal neoplazmların metastazları gelmektedir. Maternal neoplazmlar melanom, meme ve akciğer kanseri; fetal neoplazmlar ise nöroblastom ve löseminin plasenta infiltrasyonlarıdır. Ayrıca koryokarsinom ile birliktelik gösterebileceği unutulmamalıdır.²

Koranjiyomlar üç histolojik paterndedir: Anjiyomatöz (kapiller), sellüler ve dejeneratif. Kitle içerisinde nekroz, kalsifikasyon, miksoid değişiklik, fibrozis veya hiyalinizasyon görülebilir. Gri skala USG incelemesinde iyi sınırlı plasenta içi kiteller olarak görülür. Kalsifikasyon mevcut ise hiperkojen odak olarak görülür. Renkli Doppler USG'de lezyonda koryonik dokudan gelen artmış vaskularizasyon mevcut olup, arteriyovenöz malformasyonlar gibi lezyon içinde renkli akım saptanan ve damarsal yapıları temsil eden pek çok kistik alanlar içermektedir.²⁻⁴ Spektral analizde bu anekoik kistik boşluklarda pulsatil akım saptanan arteriyel veya venöz akım dikkati çekmektedir.



A B
RESİM 2A, B: Renkli Doppler USG'de görüntüleme lezyon içerisindeki kistik hipoeoik alanlarda vaskülarizasyonu temsil eden renkli akımlar dikkati çekmektedir.

Plasental koranjyomla karşılaşıldığında fetus eşlik edebilecek olası patolojiler yönünden dikkatle değerlendirilmelidir. Yüksek akım fetal yüksek debili kalp yetmezliği ve hidropsa neden olabilir. Ayrıca, eşlik edebilecek intrauterin büyüme geriliği yönünden renkli Doppler USG görüntüleme fetal aort, uterin, umbilikal ve orta serebral arterlerin değerlendirilmesi önemlidir.^{2,5}

Koranjiyomlar iyi sınırlı, yuvarlak veya oval şekilli ve genelde tek görülen benign plasental vasküler neoplazilerdir. Küçük boyutlarda iken tipik olarak plasental dokuya oranla hafif hipoeoiktirler, büyük çaplarda ise sıklıkla heterojen görünümündedirler. Plasentanın herhangi bir yerinde görülebilirler, ancak sıklıkla koryonik plak üzerinde, umbilikal kord girişinde veya yakınında yer alırlar ve amniyonik sıvıya bombeleşmiş görünümündedirler. Arteriyovenöz şantlarla kendi içinde vaskülarizasyon saptanabilir. Şantlara bağlı yüksek debili konjestif yetmezlik nedeni ile fetal hidrops açısından dikkatli olunmalıdır. Koranjyom boyutu, şantın derecesi ve fetal kalbin perfüze etmesi gereken ek dokunun miktarına göre hidrops riski artmaktadır. Renkli Doppler USG'de arteriyel akım fazla ise hidrops riski de artmaktadır. Fibroidlerde koranjyomlar ile benzer görünümündedir. Plasentaya bası etkisi yapabilirler, ancak lokalizasyon olarak



RESİM 3: Spektral analizde düşük dirençli arteriyel tipte akım örnekleri elde edilmektedir.

plasentaya karşı yöndeki miyometriyuma yerleşirler. Renkli Doppler USG'de bulgular benzerlik gösterebilir. Genellikle zayıf akımlar elde edilmekle birlikte, bazılarında belirgin arteriyel akımlar saptanabilir.^{2,4,6} Preeklampsi mevcut olan olgumuzda oldukça geniş boyutlarda koranjyom saptanmıştır, ancak eşlik eden belirgin patolojiye rastlanmamıştır.

Olguların 1/3'ünde polihidroamniyoz saptanabilir. Anjiyomatöz koranjyomlarda renkli Doppler

USG'de arteriyel akımlar mevcuttur. Koranjyom boyutları arttıkça komplikasyon gelişme riski de artmaktadır. Hemoraji, fetal hidrops, kardiyomegali, konjestif kalp yetmezliği, intrauterin gelişme geriliği, prematür eylem ve fetal ölüm yönünden olgu dikkatle değerlendirilmelidir.^{3,7} Tanı konulmuş olgularda kardiyak fonksiyonların ve fetoplaseental dolaşım bozukluklarının izlenmesinde ekokardiyografi etkin bir yöntemdir. 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.⁸

Umbilikal kord ilk olarak 8. haftada görülür. Umbilikal kord gelişimi 36. haftaya dek sürse de, genellikle 28. haftada gelişimini tamamlamaktadır. Normalde umbilikal kordun çapı 2 cm'nin altındadır. Kordun ortalama uzunluğu 61 cm'dir. 32 cm'nin altında ise kısa kord düşünülmelidir. İkiz

gebeliklerde kordun normal gebeliğe oranla daha kısa olacağı göz önünde bulundurulmalıdır. İntrauterin gelişme geriliğinde umbilikal kord kısa olabileceğinden dolayı dikkate alınmalıdır. İnce kordlarda umbilikal arter direnci düşmektedir. Gestasyonel diyabet hastalarında umbilikal kord normalden geniştir. 10.-14. gebelik haftalarında kalın kord aneploidi ile birliktelik gösterir. İkinci trimesterde ise anormal NT (ense kalınlığı) ve anormal serum biyokimya belirteçleri gözlenebilir. İlerleyen haftalarda umbilikal kord kalınlaşması gerileyebilir.⁹ Olgumuzda sadece umbilikal kordun çapı hafif artmıştı (21 mm), ancak kardiyak patoloji veya diğer patolojilere rastlanmadı. Umbilikal kord genişlemesinin nedeni, koranjyomun kitle etkisine sekonder artmış vaskülarizasyonuna bağlanmıştır. Bu çalışmada obstetrik renkli Doppler USG esnasında koranjyomla karşılaşıldığında detaylı değerlendirmede umbilikal kord çapının ölçülmesinin gerekliliği vurgulanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Kanber Y, Boran Ç, Kıran H, Kıran G, Güven MA. [Chorangioma: a case report]. *Turkiye Klinikleri Gynecol Obst* 2003;13(5):396-8.
2. Spirt BA, Gordon LP. Sonographic evaluation of the placenta. In: Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW, eds. *Diagnostic Ultrasound*. 2nd ed. Missouri: Mosby-Year Book; 1998. p.1349-50.
3. Dahmert W. Obstetric and gynecologic disorders. *Radiology Review Manual*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p.1026.
4. Seçkin NC, Öztürk M, Erdoğan M, Uluoğlu Ö. [Placental abruption associated with multifocal chorioangioma: a case report]. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 1995;5(1):34-5.
5. Polat P, Suma S, Kantarcı M, Alper F, Levent A. Color Doppler us in the evaluation of uterine vascular abnormalities. *Radiographics* 2002;22(1):47-53.
6. Yiğit S, Uyaroğlu MA, Doğan M, Bezircioğlu İ. [Placental chorangioma: case report]. *Ege Tıp Dergisi* 2005;44(3):187-9.
7. Dahmert W. Anatomy and physiology of female reproductive system. *Radiology Review Manual*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 1009.
8. Erkaya S, Uygur D, Kara F. [A case of a giant placental chorioangioma]. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 1999;9(3):190-2.
9. Kinare A. Fetal environment. *Indian J Radiol Imaging* 2008;18(4):326-44.