






Nadir Bir Preeklampsi Nedeni: Komplet Tip Mol Hidatiform ve Canlı Fetusun Birlikte Bulunduğu İkiz Gebelik Vaka Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi**A Rare Preeclampsia Condition: Twin Pregnancy With Complete Type Hydatidiform Mole and Coexisting Alive Fetus, Case Report and Review of the Literature**

Ahmet EROL¹
Filiz HALICI ÖZTÜRK¹
Ayşe KIRBAŞ¹
Şevki ÇELEN¹
Turhan ÇAĞLAR¹

 ORCID ID: 0000-0001-6733-4871
 ORCID ID: 0000-0003-2634-2562
 ORCID ID: 0000-0001-6733-4871
 ORCID ID: 0000-0003-2634-2562
 ORCID ID: 0000-0001-6733-4871

¹ Ankara Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara / Türkiye

² Medicana International Hospital, Ankara / Türkiye

ÖZ

Komplet tip mol hidatiform ve canlı fetusun birlikte bulunduğu ikiz gebelik klinikte oldukça nadir rastlanılan obstetrik bir durumdur. Tanı sonrası gebeliğin yönetimi oluşabilecek maternal ve fetal komplikasyonlar nedeniyle tartışmalıdır ve pratikte ikilem yaratır. Literatürde gebelik terminasyonunu destekleyen yayınlar bulunmakla birlikte son yıllarda konservatif yaklaşımın ön plana çıktığı yayınlarda mevcuttur. Bu nedenle aileye verilecek danışmanlık önemlidir. Bu vaka sunumunda komplet tip mol hidatiform ve canlı fetusun birlikte bulunduğu, canlı doğumla sonuçlanan bir ikiz gebelik olgusunun sunulması ve literatürün gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: İkiz gebelik, komplet hidatiform, canlı fetus, preeklampsi

ABSTRACT

Twin pregnancy with complete type hydatiform mole and coexistent live fetus (CHMCF) is a rare obstetric condition in the clinic. Management of pregnancy after diagnosis is controversial due to maternal and fetal complications that may cause a dilemma in practice. Although there are papers which supporting the pregnancy termination in the literature, conservative approach has taken over in recent years. Therefore, counseling to the family is important. In this case report, it was aimed to present a case of twin pregnancy that was with complete type hydatiform mole and coexisting alive fetus and to review of the literature.

Keywords: Twin pregnancy, complete hydatiform mole, alive fetus, preeclampsia

GİRİŞ

Gestasyonel trofoblastik hastalıklar (GTH) plasentadan köken alan, uterin invazyon ve metastaz riski olan hastalık grubunu temsil eder. Molar gebelikler morfolojik, histopatolojik ve kromozomal özelliklerine göre komplet veya parsiyel olarak sınıflandırılır. Parsiyel mol (PM), iki sperm tarafından normal bir ovumun döllenmesi nedeniyle bir triploid karyotipe (genellikle 69, XXY) sahip olan embriyonik ve koryonik dokudur. Komplet mol (KM), maternal nükleer genomunu kaybeden ovumun tek bir haploid sperm hücresinin duplikasyonu (46,XX) veya iki ayrı sperm tarafından fertilize olmasıyla (46, XX/46, XY) sonuçlanan genellikle diploid karyotipe androjenik yapıdır. KM' de maternal genom olmaması nedeniyle embriyo gelişemez, aşırı trofoblastik büyüme gözlenir (1). Komplet tip mol hidatiform ve canlı fetusun birlikte bulunduğu ikiz gebelik (KM-CFG) görülme sıklığı 22000-100000 gebelikte 1'dir (2, 3). Canlı doğum şeklinde başarılı sonuçlar bildirilmiş olsa da, terme kadar devam eden gebelik sayısı oldukça nadirdir (1). KMCFG klinik pratikte en çok PM ile karışır.

Ayrımı ultrasonografide (USG) normal ve hidatiform değişiklikler gösteren iki ayrı plasentanın varlığı ve kromozom analizi ile yapılır. KMCFG tanısı sonrası gebeliğin yönetimi tartışmalıdır. Abortus, preterm doğum, preeklampsi (PE), tirotoksikoz,

anteartum kanama, intrauterin fetal ölüm, plasenta akreata, persistan trofoblastik hastalık (PTH) gibi ciddi maternal komplikasyon riski nedeniyle geleneksel yaklaşım terminasyon şeklinde olmakla beraber yardımcı üreme teknikleri ile gerçekleşen gebeliklerde KMCFG görülmesi ve canlı doğumların bildirilmesi konservatif yaklaşımı son yıllarda ön plana çıkarmıştır (4, 5).

OLGU SUNUMU

19 yaşında, primigravid hasta son adet tarihine göre 26. gebelik haftasında dış merkezden kliniğimize KMCFG ön tanısıyla refere edildi. Anamnezinde hastanın 11. gebelik haftasında vajinal kanama, kasık ağrısı şikayetiyle birkaç kez hastaneye başvurduğu, yapılan klinik ve ultrasonografik değerlendirme sonucunda parsiyel mol gebelik tanısı koyulduğu öğrenildi. 20. gebelik haftasında yapılan ayrıntılı ultrasonografisinde 19 hafta ile uyumlu, tek, canlı bir gebelik ve normal görünümülü bir plasenta ile beraberinde ayrı bir molar plasental yapı izlendiği görüldü. Hastanın ara ara olan kasık ağrısı dışında herhangi bir şikayeti yoktu, muayenesinde uterusun 30 hafta cesamette olduğu izlendi. USG'de fetusun ölçümleri 25 haftayla uyumlu, amniyonu normalin alt sınırında, tek, canlı, posterior yerleşimli normal yapıda plasentası olan, anatomik olarak normal bir fetus izlendi. Ayrıca uterus ön yüzde ayrı bir amniyotik kavitede molar plasental yapı gözlemlendi

Sorumlu Yazar/ Corresponding Author:

Ad Soyad: Seyit Ahmet EROL

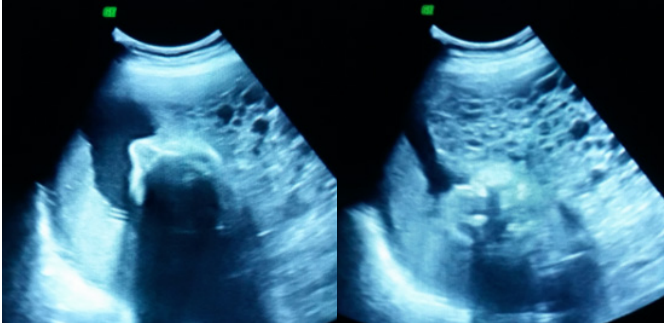
Ankara Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

E-mail: gyn.aerol@gmail.com

Başvuru tarihi: 28.10.2018

Kabul tarihi: 26.05.2019

Resim 1-2: USG ölçümleri 25 haftayla uyumlu, amniyonu normalin alt sınırında, tek, canlı, posterior yerleşimli normal yapıda plasentası olan, anatomik olarak normal bir fetus ve uterus ön yüzde ayrı bir amniyotik kavitede molar plasental yapı



Mol gebeliğe ait ultrasonografik incelemede plasenta previa bulgusu veya invazyon anomalisi bulgusuna rastlanmadı. Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde maternal serum β -hCG değeri 134.342 mIU/ml, serbest T3 3.09 pg/ml, serbest T4 1.36 ng/dl, TSH 0.489 uIU/ml idi. Diğer laboratuvar değerleri normal olup, tansiyon arteriyel (TA) 110/70 mmHg idi. Ayrıca tüm abdomen USG ve postero-anterior (PA) akciğer grafisi normaldi. Mevcut kliniği itibarıyla hastada KMCFG düşüldü, aileye mevcut gebeliğin devamı neticesinde gelişebilecek komplikasyonlar, gestasyonel trofoblastik neoplazi riskleri ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi verildi. Aydınlatılmış onamları alındı, invaziv tanısız tetkik önerildi ve terminasyon seçeneği tartışıldı. Aile invaziv tanısız tetkik ve terminasyonu kabul etmedi.

Hasta yüksek riskli gebelik servisinde yakın takibe alındı. Fetal akciğer matürasyonu için antenatal betametazon steroid dozu 26. haftada tamamlandı. İki haftalık servis takibinde sorun yaşamayan hasta 28. gebelik haftasında hafif çarpıntı ve baş ağrısı tarif etti. 110/70-120/80 mmHg arasında stabil tansiyon değerleri olan hastada klinik ani şekilde bozuldu. 170/110 mmHg'ya yükselen tansiyon, şiddetli baş ağrısı, vizüel semptomlar ve aktif vajinal kanamasının olması üzerine nöroprotektif magnezyum sülfat yüklemesini takiben eylemde ayak geliş, vajinal kanama, şiddetli preeklampsi endikasyonu ile acil sezaryene alındı ve 1230 gr, 1. ve 5. dakika Apgar değerleri 6 ve 7 olan, tek, canlı kız bebek doğurtuldu. Uterus anterior da gözlemlenen bir kısmı toplu bir kısmı dağınık halde çapları 1-4 cm arasında değişen multipl vezikül içeren komplet mol ile uyumlu doku parçaları gözlemlendi (Resim 3-4-5). Mol gebeliğe ait intraoperatif plasenta previa bulgusu veya invazyon anomalisi bulgusuna rastlanmadı.

Resim 3-4-5: İntakt plasenta, canlı fetüs ve çapları 1-4 cm arasında değişen multipl vezikül içeren komplet mol ile uyumlu doku parçaları



Preeklampsi kliniği gelişen hasta postoperatif antikonvülzan magnezyum tedavisini tamamladı. Postoperatif 1.gün β -hCG 19096 mIU/ml, 3.gün 3452 mIU/ml olan hasta kontrollerine ayaktan devam edilmek üzere şifa ile taburcu edildi.

Komplet mol hidatiform tanısı patoloji tarafından konfirme edildi. β -hCG düzeyi doğum sonrası 8. haftada sıfırlandı. Hasta şu an postoperatif 5. ayında olup takipleri doğal seyretmektedir. Bebekse prematürite nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 2 ay takip edildikten sonra şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

İlerleyen anne yaşı ve yardımcı üreme tekniklerindeki gelişmeler son yıllarda çoğul gebelik sayısında artışa neden olmuştur. KMCFG bir çoğul gebelik komplikasyonudur ve maternal fetal riskleri nedeniyle yönetimi konusunda çok yönlü düşünülmelidir (6). Ayırıcı tanıda triploid fetusun eşlik ettiği tekiz PM ve PM' nin eşlik ettiği diğer fetusun normal olduğu ikiz gebelikler yer alır (7).

Olgumuzda 11. gebelik haftasında dış merkezde PM tanısı ile takip edilmiştir. PM' de fetal triploidi ve anomalilerin varlığı terminasyon kararını kolaylaştırır. Canlı fetüsün olduğu durumlarda sitogenetik analiz tanı ve takip için önemlidir. Koryon villus örnekleme (CVS) mozaizm riski unutulmamalıdır (8).

Bu olguların yönetimi abortus, preterm doğum, preeklampsi, tirotoksikoz, antepartum hemoraji, intrauterin fetal ölüm, plasenta akreata ve gestasyonel trofoblastik hastalık gibi ciddi maternal komplikasyon riski olan klinik bir ikileme ortaya çıkarılmaktadır (1). Fetus ayrıca artmış malformasyon riski, kromozomal anomaliler ve ileri derecede prematürite riskini taşır. Modern prenatal fetal diagnostik tekniklerle fetal anöploidi ve malformasyonlar göz ardı edilse bile, gebeliğin güvenli bir şekilde sürdürülmesi kararı son derece zordur. Bu tür gebeliklerin çoğu persistan hemoraji veya şiddetli preeklampsi nedeniyle erken sona erdirilir ve vakaların yaklaşık dörtte üçü 20 haftalık gebeliğin ötesine geçemez (1, 4). KMCFG' nin devam etmesi kabul edilebilir bir seçenektir ancak term canlı doğum şansı, annede doğum sonrası yaklaşık %33-50 GTH gelişme riskiyle birlikte, %50' nin altındadır (7, 13). Bu nedenlerden ötürü gebeliğin sonlandırılması konusu hastayla mutlaka görüşülmelidir.

Preeklampsi, teka lutein kistleri, PTH birlikteliği KM'de sıktır. KMCFG sıklıkla ikinci trimesterde GTH bulguları ile karşımıza çıkar (9). Bizim vakamızda 28. gebelik haftasında preeklampsi kliniği gelişmiştir. Matsui ve ark. toplam 72 KMCFG olgusundan 17'sinin gebeliklerinin 24. gebelik haftası sonrasına kadar devam ettiğini ve bunlardan 16'sının sağlıklı doğumla sonuçlandığını bildirmiştir (4). Sebire ve ark. ise toplam 77 KMCFG olgusundan 28'inin gebeliklerinin 24. gebelik haftası sonrasına kadar devam ettiğini ve bunlardan 20'sinin sağlıklı doğumla sonuçlandığını bildirmiştir. İlk 14 haftada gebelik sonlandırımında %16 PTH, 14. haftadan sonra gebelik sonlandırımında %21 PTH tespit edilmiş fakat PTH gelişimi açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıca bu çalışmada fetal karyotip analizinin normal olması, USG'de fetal anomalinin saptanmaması durumunda %40 başarı ile gebelik devamına izin verilebileceği vurgulanmıştır (10). Massardier ve ark. 14 hastanın 6'sına konservatif yaklaşıldığını, bunlardan 3'ünün canlı doğum yaptığını ve bu grupta PTH gelişmediğini belirtmişler ve genel olarak PTH oranını %50 olarak saptamışlardır (11). Rohilla ve ark.'nın yaptıkları derlemede, toplam 177 vakada canlı doğum sayısı 66 bulunmuş, antepartum kanama en sık görülen komplikasyon olarak saptanmış, postpartum kanama nedeniyle iki hastaya total abdominal histerektomi yapılmış, PTH oranı % 18 olarak kaydedilmiştir (1). GTH gelişme riskinin molar gebelik ve KMCFG' de benzer olduğu, bu nedenle konservatif yönetimi öneren yayınlar mevcuttur (12). Sonuç olarak KMCFG ciddi maternal ve fetal komplikasyonlarla birlikteliği olması nedeniyle pratikte ikileme yaratmaktadır. Son yıllarda özellikle fetal anomalilerin ve kromozomal bozuklukların olmadığı, ciddi maternal komplikasyon gelişmemiş olgularda konservatif yaklaşım ön plana çıkmaktadır. Aileye verilecek danışmanlık önemlidir.

KAYNAKLAR

1- Rohilla M, Singh P, Kaur J, Jain V, Gupta N, Prasad GR. Individualistic approach to the management of complete hydatidiform mole with coexisting live fetus. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2015 Aug;191:39-42. doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.05.017.

2-Vimercati A, de Gennaro AC, Cobuzzi I, Grasso S, Abruzzese M, Fascilla FD,

- Cormio G, Selvaggi L. Two case of complete hydatidiform mole with coexistent live fetus. *J Perinat Med* 2013;7(1):1-4.
- 3- Kwon HE, Park EJ, Kim SH, Chae HD, Won HS, Kim CH, Kang BM. A case of twin pregnancy with complete hydatiform mole and coexisting fetus following IVF-ET. *J Assist Reprod Genet.* 2002;19:144-8
- 4- Matsui H, Sekiya S, Hando T, Wake N, Tomoda Y. Hydatiform mole coexistent with a twin live fetus: a national collaborative study in Japan. *Hum Reprod* 2000;15:608-11
- 5-Valero F, Macara L, Shaker A. Twin pregnancy with a complete hydatiform mole and coexisting fetus following invitrofertilization. *Hum Reprod* 1999;14:2905-7
- 6-Büyükkurt S, Kalelioğlu I, Çitil İ, Has R. Twin gestation with a complete mol hydatiform and a normal fetus: a case report *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2005;15:277-80
- 7-Piura B, Rabinovich A, Hershkovitz R, Maor E, Mazor M. Twin pregnancy with a complete hydatiform mole and surviving co-existent fetus. *Arch Gynecol Obstet* 2008;278:377-82
- 8- Guven ES, Ozturk N, Deveci S, Hizli D, Kandemir O, Dilbaz S. Partial molar pregnancy and coexisting fetus with diploid karyotype. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 20:175-81,2007
- 9- Wee L, Jauniaux E. Prenatal diagnosis and management of twin pregnancies complicated by a co-existing molar pregnancy. *Prenat Diagn* 2005;25:772-6
- 10- Sebire NJ, Foscett M, Paradinas FJ, Fisher RA, Francis RJ, Short D, Newlands ES, Seckl MJ. Outcome of twin pregnancies with complete hydatiform mole and healthy co-twin. *Lancet* 2002;359:2165-6
- 11- Massardier J, Golfier F, Journet D, Frappart L, Zalaquett M, Schott AM, Lenoir VT, Dupuis O, Hajri T, Raudrant D. Twin pregnancy with complete hydatiform mole and coexistent fetus:obstetric alandoncological outcomes in a series of 14 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;143:84-7
- 12-Niemann I, Sunde L, Petersen LK. Evaluation of the risk of persistent trophoblastic disease after twin pregnancy with diploid hydatidiform mole and coexisting normal fetus. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197(1):45.e1-e5.
- 13- Moini A, Ahmadi F, Eslami B, Zafarani F. Dizygotic twin pregnancy with a complete hydatidiform mole and a coexisting viable fetus. *Iran J Radiol* 2011;8(4):249-52