

İki dev plasental hemanjiomanın eşlik ettiği fetal hidrops ve erken doğum tehdidi olgusu

*Bülent TANDOĞAN , **Selçuk AYAS

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

*Başasistan, Dr., **Uzman Dr.

Yazışma adresi: Dr.Selçuk Ayas, Avşar sok. No:27/10 81090 Kozyatağı / İstanbul

e-mail: sayas55@hotmail.com **Tel:** 0216 3615348

ÖZET

Bu yazıda erken doğum eyleminin ve fetal hidropsun eşlik ettiği iki dev plasental hemanjiomalı bir olgu sunuldu. Bu olgularda prenatal tanıda ultra-sonografinin yardımcı olduğu ve tümör vaskülarizasyonun gebelik sonucunu belirleyen en önemli etkenlerden biri olduğu düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Plasental hemanjiom, Erken doğum eylemi, Fetal hidrops

SUMMARY

Two cases of huge plasental hemangiomas associated with fetal hydrops and premature labor

Two cases of two huge placental hemangiomas associated with fetal hydrops and premature labor is reported. It is thought that ultrasonography is helpful in diagnosis of placental hemangiomas and the vascularization of the tumor is one of the pivotal determinant factors of pregnancy outcome.

Key Words: Placental hemangioma, Premature labor, Hydrops foetalis

GİRİŞ

Plasental hemanjiomalar plasentanın en sık rastlanan selim karakterli tümörleri olup "korioanjioma" veya "korianjiyoma" olarak adlandırılırlar. Tüm gebeliklerin ancak %1'inde görülebilen plasental hemanjiomaların primitiv korionik mezankimin hamartomları olduğu düşünülmektedir. Farklı büyüklüklerde ve genellikle aseptomatik olan plasental hemanjiomaların 5 cm'den büyük olanları veya birden fazla sayıda olanları nadiren tarif edilmiştir(1). Fetal anomali, fetal kayıp, polihidramnion, fetal dissemine intravasküler koagulopati, fetal anemi, fetal kardiomegali, fetal gelişim geriliği, gebelik toksemisi, abruptio placentae ve maternal hemoliz plasental hemanjiomalara eşlik edebilen önemli komplikasyonlardır(2). Bu nedenle plasentanın ultrasonografik olarak dikkatle değerlendirilmesi nadirde olsa bu tür plasental anomalliklerin önceden tespiti fetal prognoz önceden belirlenmesinde yardımcıdır.

OLGU

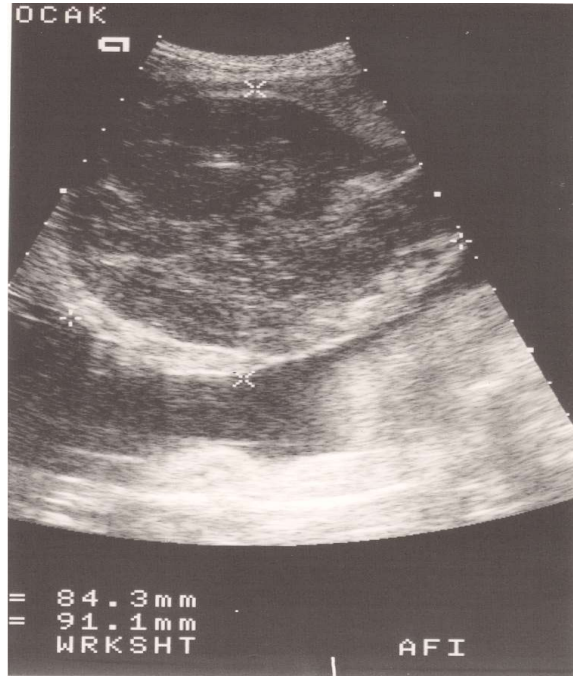
Olgu 25 yaşında, gravida 1 para 0 olan SAT'a göre 31 hafta 2 günlük erken doğum eylemi ve polihidramnion ön tanıları ile hastanemize

kabul edildi. Hastanın öz geçmişinde, soy geçmişinde,

yapılan fizik muayenesinde özellik saptanmadı. Obstetrik muayenesinde; %40 eff 2 cm, gelen kısım baş ve seviyesi pelvik girimde bulguları saptandı. Tansiyon arteriyel 120/80 mmHg olarak ölçüldü. Yapılan laboratuvar testlerinde; anne kan grubu A Rh (+), hemoglobin 10.2 gr/dl, trombosit sayısı 290000/l, açlık kan glukoz değeri 80 mg/dl, prenatal takibinde 100 gr glukoz ile yapılan oral glukoz tolerans testi: açlık 68 mg/dl, 1.saat 166 mg/dl, 2.saat 166 mg/dl, 3.saat 135 mg/dl idi. İndirekt coombs: negatif, nonstress test; reaktif, düzenli kontraksiyonlar tespit edildi. Ultrasonografik bulguları; tek, canlı, baş gelişimi, erkek fetus, plasenta ön duvarda, plasentadan kaynaklandığı düşünülen içinde Doppler incelenmesinde akım tespit edilmeyen 91.1 mm x 84.3 mm boyutlarında hipoekojen ve hiperekojen alanlar içeren kitle belirlendi. Fetal incelemede cilt ödemi tespit edildi. Midecebi görülen fetusun tahmini doğum ağırlığı 2200 gr, amniotik sıvı indeksi 23 mm idi (**Resim 1**). Magnezyum Sülfat ile intravenöz tokolitik tedavi başlandı. Akciğer maturasyonunu hızlandırabilmek için betametasona uygulandı. Tokolitik tedavi

gelen kısım baş ve seviyesi pelvik bulgularının saptanması üzerine hastaya yapılan tokolitik tedaviye son verildi. Hasta spontan izleme alındı. 2240 gr erkek bebek 1. ve 5. dakika apgar skorları 4 ve 9 olarak spontan vajinal yoldan doğurtuldu. Plasenta ve ekleri doğum sonrası 15. dakikada kendiliğinden ayrıldı. Yapılan incelemede plasentanın yaklaşık % 40'ını kaplayan, 10 x 11 cm boyutlarında plasental dokulardan daha koyu renkli sert lobüle kitle ve plasenta kenarında yerleşmiş plasenta ile ilişkili 4x5 cm boyutlarında ayrı sert lobüle bir kitle daha tespit edildi. Bebek Yenidoğan Yoğun Bakım servisinde takibe alındı. Yapılan karyotip tayininde 46, XY olarak ve sayısal, yapısal anomali saptanmadı. Plasental kitlelerin yapılan histolojik incelenmesi plasental hemanjiom olduğu anlaşıldı. Bebek ve anne postpartum 11. günde sağlıklı olarak taburcu edildi.

Resim 1: Hemanjiomun ultrasonografik görünümü.

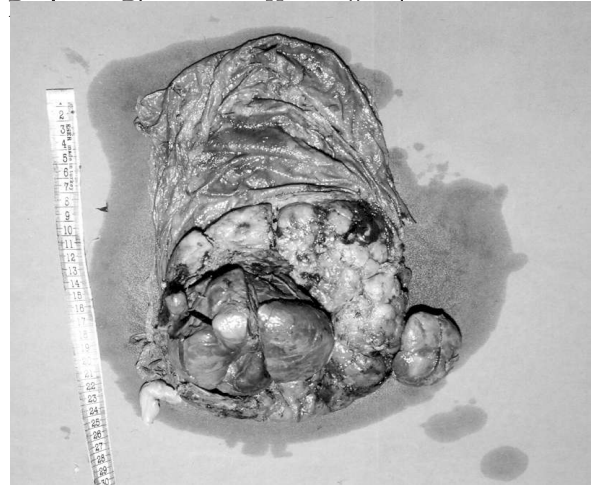


TARTIŞMA

Büyük (5 cm) veya multipl hemanjiomlar maternal, fetal ve yenidoğanı etkileyebilecek önemli komplikasyonlarla birlikte olabilir. Büyük hemanjiomlara % 16 - 33 oranında polihidramnion eşlik ettiği bildirilmiştir. Polihidramnion varlığı hemanjiomun büyüklüğü ile doğrudan ilişkilidir. Amniotik sıvı artışının nedeni bilinmemektedir. Polihidramnion bu olgularda erken doğum eylemine neden olabilir. Polihidramnionun eşlik etmediği durumlarda gebelik terme kadar

devam edebilir(3). Bu olgu sunumunda hafif polihidramnion erken doğum nedeni olarak düşünüldü. Büyük veya multiple tümörlerde fetal kan tümör içindeki fizyolojik ölü boşluk içinden geçerek fetusa oksijenden fakir olarak ulaşır. Bu durum kardiyak dekompansemana ve hidrops oluşturarak fetal distrese ve fetal kayıba neden olabilir(3).

Ultrasonun kullanımının yaygınlaşması ile hemanjiomların prenatal tanısı kolaylaşmaktadır. Doppler ile kitle içindeki kan akımının varlığı tanıyı kolaylaştırmasına rağmen oluşabilen spontan infarktlar bu olguda olduğu gibi kan akımının izlenememesine ve fetal risklerin azalmasına neden olur. Bu durum gebelik sonucunun iyi olmasında önemli bir etkidir.(4,5)



Büyük hemanjiomalarda amniodrenaj, intrauterin transfüzyon embolizasyon veya tümörü besleyen damarların bağlanması gibi invaziv yaklaşımlar bildirilmesine rağmen prognoz kötüdür ve bu durum büyük oranda fetal hemodinamik toleransa bağlıdır. Bu olguda hafif polihidramnion ve hafif hidrops olması agresif yaklaşıma gerek duyulmamıştır (6). Ancak bu olgularda fetal patoloji gelişmeden hemanjiomadaki sinüzoidlerin rüptürü ile fetal durum hızla kötüleşebileceği için yakın takip gereklidir(7). Hemanjiomaların ayırıcı tanısında hemanjiomalara ait spesifik bulgular bulunmadığı için uterin tümörler, fetal tümörler, plasental teratomlar, inkomplet hydatiform mol ve ikiz eşi kayıpları akla gelmelidir(2,8).

KAYNAKLAR

1. Cunningham F.G., Gant N.F. Diseases and

2. Hirata GI, Masakki 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.
3. Fox H. Non-trophoblastic tumours of placenta. In: Fox H, eds *Obstetrical and Gynaecological Pathology*. H.Fox, M.Well. Fourth edition. USA, Churchill Livingstone. 1995: 1689-705.
4. Pillai M. Miscellaneous Fetal Disorders. In: James D.K., Steer P. J., eds. *High Risk Pregnancy*. Fifth edition. USA, W. B. Saunders Company Ltd. 1996: 994-995.
5. Jauniaux E., Ogle R. Color Doppler imaging in the diagnosis and management of chorioangiomas. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2000 Jun; 15(6):463-7.
6. Mubiayi N., Cordonnier C., Le Goueff F., Subtil D., Devisme L., Decocq J., Delahousse G, Puech F. Placental chorioangiomas diagnosed during the second trimester of pregnancy:four cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2002 Apr; 31 (2 Pt): 187-92.
7. Batukan C., Holzgreve W., Danzer E., Bruder E.,Hostil I.,Tercanli S. Large placental Choriongioma as a cause of sudden intrauterine fetal death. A case report. *Fetal Diagn Ther*. 2001 Nov-Dec; 16 (6):394-7.
8. Özden S., Delikara N.D., Bilgiç R. A case of huge placental hemangioma associated with fetal distress. *Gynecol Obstet Reprod Med* 2002; 8: 127-128.