

EDİTÖRE MEKTUP / LETTER TO THE EDITOR

Perimenopozal dönemde yaygın desidualize adenomyozis ile birlikte komplet mol hidatiform

Complete mole hydatidiform with extensive adenomyosis in perimenopausal period

Seyhan Özakkoyunlu Haşçıçek¹, Süleyman Özdemir¹, Fevziye Kabukçuoğlu¹

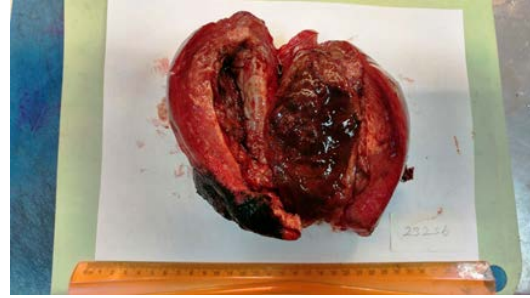
¹Sağlık Bilimleri Üniv. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Turkey

Cukurova Medical Journal 2018;43(2):525-527

Sayın Editör,

Gestasyonel trofoblastik hastalıklar plasental trofoblastların proliferasyonu ile karakterize komplet mol hidatiform, parsiyal mol hidatiform, invaziv mol, koryokarsinom ve plasental site trofoblastik tümörü içeren bir dizi hastalık grubudur. İnvaziv mol, koryokarsinom ve plasental site trofoblastik tümör invaziv, metastaz yapan ve tedavi edilmez ise mortalite ile sonuçlanan ‘gestasyonel trofoblastik neoplazi(GTN)’ lerdir. Günümüzde GTN ler kemoterapi seçeneklerinin tedavie eklenmesi ile %100 tedavi edilebilir solid tümörler arasında yerini almıştır¹. Human koryonik gonodotropin(HCG), komplet - parsiyel mol hidatiform ve GTN lere özgü tümör belirleyicidir ve seviyesi hastalığın şiddeti ile koreledir. Gebelik isteği olmayan hastalarda histerektomi küretaja alternatif tedavi yöntemidir. Molar gebeliklerin yönetiminde histerektomi sterilizasyonu sağlarken, lokal miyometriyal invazyon olasılığını ortadan kaldırır. Histerektomi sonrası % 3-5 postmolar GTN gelişme riski olduğundan devamlı β-HCG takibi gereklidir². Bu çalışmada postmenopozal dönemde koryokarsinom ön tanısı ile opere edilmiş mol hidatiform olgusu sunuyoruz.

Bir haftadır aşırı uterin kanama şikayeti olan 51 yaşında multipar hastada abdominal muayenede uterus iri, yaklaşık 24 haftalık cesamette idi. Jinekolojik muayenede servikse protrüde olmuş hiperemik görünümde, yaklaşık 4 cm çaplı polipoid kitle mevcuttu.

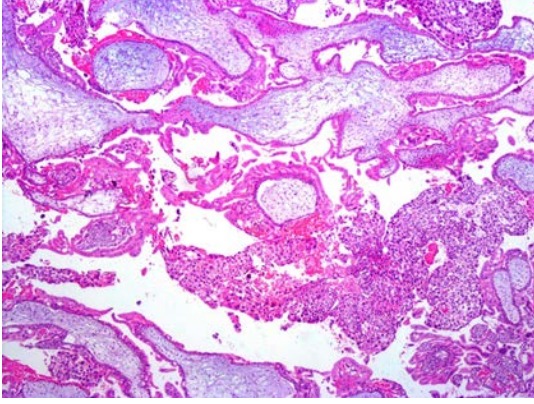


Resim 1. Uterin kavitede polipoid kanamalı mikzoid kitle.

Ultrasonografide endometriyum 32 mm kalınlıkta ve düzensiz idi, uterin kaviteyi doldurup servikse uzanan 165x65 mm boyutlarda heterojen kitle saptandı. Serum β-HCG seviyesi 255342 mIU/ml bulundu. Torakal ve abdominal taramalarda metastaz ile uyumlu olabilecek lezyon saptanmayan perimenopozal dönemdeki hastada yüksek β-HCG seviyesi dikkate alınarak ‘koryokarsinom’ ön tanısı ile histerektomi yapıldı. Spesmen açıldığında uterin kaviteyi doldurup servikse protrüde olmuş 15x6 cm boyutlarda kesit yüzü multinodüler mikzoid polipoid lezyon görüldü (Resim 1). Miyometriyum içerisinde 2,5 cm derinliğe kadar ilerlemiş, çok sayıda ortalarında yarıklanmalar içeren kistik kalınlaşmalar görüldü. Mikroskopik incelemede merkezlerinde sistern oluşumları izlenen ödemli stromalı, proliferen trofoblastik hücrelerle çepeçevre sarı, iri villüs yapıları görüldü (Resim 2).

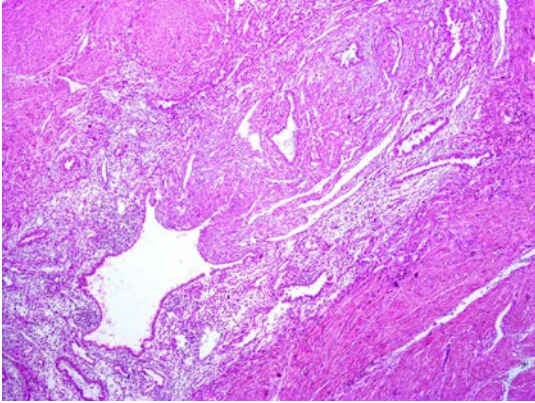
Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Seyhan Özakkoyunlu Haşçıçek, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Turkey E-mail: shascicek@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 24.08.2017 Kabul tarihi/Accepted: 16.09.2017



Resim 2. Ödemli stromal, proliferatif trofoblastik hücreler ile çevrili koryon villusları *20 H.E

Miyometriyumdan invazyon kuşkusu ile alınan çoklu örneklerde gestasyonel endometriyum ile döşeli adenomyozis odakları gözlemlendi. Bu alanlarda trofoblastik hücrelere rastlanmadı (Resim3). Histomorfolojik bulgular 'non-invaziv komplet mol hidatiform ve gestasyonel değişiklikler gösteren adenomyozis' olarak değerlendirildi. Postoperatif dönemden itibaren β -HCG seviye ölçümü ile olgu haftalık takibe alındı. Serum β -HCG seviyesi operasyon sonrası 45. günde 242 mIU/ml idi.



Resim 3. Gestasyonel endometriyum ile döşeli adenomyozis odakları. *20 H.E.

Molar gebelik insidansı bölgesel varyasyonlar göstermekte olup, batı toplumlarında gebeliklerin yaklaşık 0.57-1.1/1000' inde görülürken, Güneydoğu Asya'da insidansı 2/1000'dir¹. Anne yaşı ve önceki mol hidatiform hikayesi en önemli risk faktörleridir. Molar gebelik 13-18 yaş altı ve 45-50 yaş üstünde 2 pik yapmaktadır³. Komplet molar gebelik riski 21 yaş altında 1,9 kat yüksek iken, 40 yaş üzerinde risk

7,5 kata yükselmektedir⁴. Tekrarlayan molar gebelik riski normal popülasyonun 10-20 katıdır⁴. Mol hidatiform yaklaşık %80 oranında kendi kendini sınırlayıp non-invaziv kalırken, %7-17 oranında invaziv mol hidatiform, %2-5 oranında koryokarsinoma dönüşür¹. Komplet mol hidatiformda %15 oranında malign transformasyon riski mevcut iken parsiyel mol hidatiformda malign transformasyon riski yaklaşık olarak %0,5 tur⁵. Parsiyel mol haploid oositin dispermatik fertilizasyonu sonucu oluşur. Fetal doku içerir. Komplet mol hidatiform ise 46 paternal kromozom içerir ve fetal doku bulunmaz⁶.

Perimenopozal dönemde anormal uterin kanamanın en sık nedenleri anovulasyon, fibrinoid, endometriyal polip, endometriyal hiperplazi veya neoplazi gibi yapısal anomalilerdir. Altıncı dekatta gebelik genel olarak beklenmediğinden, transvajinal ultrason bulguları % 27 oranında yanlış yorumlanabilmektedir. Bu olgularda gebelik ve molar gebelik tanıları atlanabilmekte ve neoplazi kuşkusu %25'e yükselmektedir⁷. Kesin tanı cerrahi spesmenin makroskopik ve histopatolojik olarak değerlendirilmesi sonucunda konulur. Olgumuzda miyometriyumda yaygın olarak dağılmış adenomyozis alanları sebebiyle makroskopik değerlendirmede miyometriyuma invaziv neoplastik patoloji öncelikle akla gelmiştir. Mikroskopide bu alanlardan alınan örneklerde yaygın gestasyonel değişiklikler gösteren endometriyal bez ve stromal dokusu gözlenirken trofoblastik hücreye rastlanmamıştır. Postoperatif dönemde olgunun serum β -HCG seviyesinde dramatik bir düşüş görülmüştür, postoperatif 17. günde serum β -HCG seviyesi 242 mIU/ml'di bulunmuştur.

Gestasyonel trofoblastik hastalıklar, perimenopozal ve postmenopozal dönemde oldukça nadir rastlanılmasına rağmen kanama sebebiyle başvuran bu hastalarda akılda bulunması tanı ve tedavi gecikmesinin önlenmesinde en önemli basamaktır.

KAYNAKLAR

1. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. Am J Obstet Gynecol. 2010;203:531-9.
2. Soper JT. Surgical therapy for gestational trophoblastic disease. J Reprod Med. 1994;39:168-74.
3. Candelier JJ. The hydatiform mole. Cell Adh Migr. 2016;10:226-35.

4. Begum J, Palai P, Ghose S. Complete molar pregnancy in postmenopausal woman. *J Mid Life Health*. 2016;7:91-3
5. Savage P, Williams J, Wong SL, Short D, Casalboni S, Catalano K et al. The demographics of molar pregnancies in England and Wales from 2000–2009. *J Reprod Med*. 2010;55:341-5.
6. Freis A, Elsasser M, Sohn C, Fluhr H. Twin pregnancy with one fetus and one complete mole - a case report. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2016;76:819-22.
7. Mangili G, Giorgione V, Gentile C, Bergamini A, Pella F, Almirante F et al. Hidatiform mole: age-related clinical presentation and high rate of severe complications in older women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004;93:503-7.