

# PLACENTAL SİTE TROFOBLASTİK TÜMÖR (Olgu Sunumu) \*

Sema Zergeroğlu \*, B. Handan Özdemir \*\*, Orhan S. Aksakal \*\*\*,  
Yusuf Ergün \*\*\*\*, Oya Gökmen \*\*\*\*\*

## ÖZET

Plasental site trofoblastik tümör (PSTT); gestasyonel trofoblastik neoplazilerin (GTN) nadir görülen bir formudur. 47 yaşında adet rotarı şikayetiyle hastanemize başvuran hastaya "plasental site trofoblastik tümör" tanısı konmuş olup olgunun klinik ve histopatolojik özelliği tartışılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Placenta, gestasyonel trofoblastik neoplazi,

## PLACENTAL SITE TROPHOBLASTIC TUMOR (CASE REPORT)

### SUMMARY

*Placental site trophoblastic tumor is a rare seen form of gestational trophoblastic diseases. A 47 year old patient who has come to our hospital with the complaint menstruel delay, has been diagnosed as PSTT. The clinical and the histopathologic characters of the case has been discussed.*

**Key words:** Placenta, gestational trophoblastic neoplasia.

## GİRİŞ

PSTT, GTN'ler arasında nadir görülür. Endometrium ve myometriyumda intermediate tip trofoblastik hücre infiltrasyonu ile karakterize benign bir tümördür nadiren malignite gösterebilir (1). PSTT ilk defa 1985'te Marchand tarafından "Atipik Chorioepityoma" olarak bildirilmiştir. Literatürde periyodik olarak atipik choriocarcinoma, sinsityoma, chorioepiteliosis ve trofoblastik pseudo tümör olarak adlandırılmıştır (1,2,3,4). Hastalar genellikle reproduktif çağıdadır. Anormal kanama yada adet rotarı şikayetiyle başvurabilirler, nadiren uterusu büyüme gözlenebilir; bu kadınlar sıklıkla gebedir. Progresif uterusun büyüklük ise genellikle missed abortusla birlikte. Bu çalışmada hastanemizde tanı alan bir PSTT olgusu yeni literatür bilgileri eşliğinde sunulmuştur.

## OLGU

47 yaşındaki kadın hasta adet rotarı şikayetiyle hastanemize başvurdu (G:2 P:1, Y:1, A:1). Fizik muayene bulguları normaldi, pelvik muayenede: uterus normalden hafif büyük (AV, AF) adneksler normaldi, yapılan testlerde servikovaginal smear, tam idrar, tam kan sonuçları normal sınırlarda iken endometrial biopsi kronik endometritis ile birlikte sekretuar endometrium olarak değerlendirilmiştir. Rutin biyokimyasal testler normal sınırlardadır; hormonal tetkiklerde serum HCG (150 U/ml), Ca-125 (1500 U/ml) yüksek düzeylerdeydi. USG'de uterusun büyüklük ve endometrial kalınlaşma (6 mm) haricinde başka patoloji izlenmedi. Olası gestasyonel trofoblastik neoplaziyi ekarte etmek için hasta yatırıldı. HCG düzeyleri tekrarlandı, hafif düşüş göstermekle birlikte yüksek seyretti. (GTN) düşünülerek operasyona

\* Bu çalışma 2000'e 3 kula IV. Obs. ve Jinekoloji Kongresinde (9-12 Eylül 1997 Ankara) poster olarak sunulmuştur.

\*\* Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi Patoloji Uzmanı.

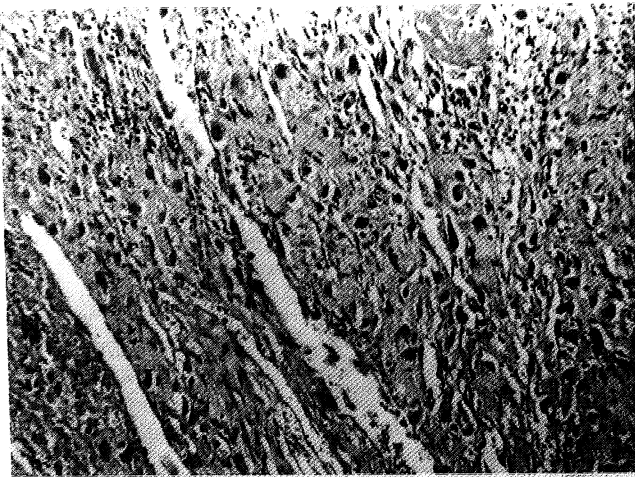
\*\*\* Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi Kadın Doğum Başasistanı.

\*\*\*\* Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi Klinik Şef Muavini

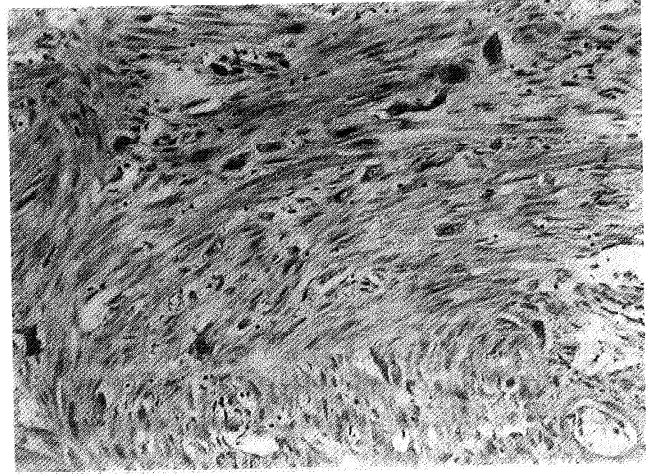
\*\*\*\*\* Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi Başhekim

karar verildi: Materyalin patolojik incelenmesinde: Materyal gross olarak 15x12x10 cm ölçülerinde, 650 gr. ağırlığında TAH-BSO materyaliydi. Serviks multipar görünümde, kesitinde naboth kistleri gözlemlendi. Uterusun kesitinde endometrium yaklaşık 5mm, myometriyum en geniş yerinde 4.5 cm olarak ölçüldü; endometrium, myometriyum sınırına kadar koyu kırmızı renkli, oldukça yumuşak süngerimsi görünümde izlendi, kavite kanamalıydı. Mikroskopide: Endometrium ve myometriyumdan yapılan kesitlerin incelenmesinde; kronik iltihabi inflamasyonla karakterize endometrial stromada sekretuar glandlar gözlenmekteydi. Myometriyumun yüzeyel tabakalarından başlamak üzere matür çizgili kas lifleri arasında eozinofilik geniş sitoplazmalı, hiperkromatik veziküle oval nükleuslu, intermediate tip sito ve sinsityotrofoblastik hücrelerin oluşturduğu tümöral yapı izlendi; arada sinsityoblastik dev hücreler gözlemlendi, az sayıda mitoz izlendi (2/10 HPL). Neoplastik hücreler küçük adalar ve kordonlar yapıyordu, bu yapılar derin myometriyumdan keskin sınırlarla ayrılmıştı. Koriokarsinomdaki bifazik patern, hemoraji ve nekroz alanları izlenmedi. Bu histopatolojik görünümle lezyon "Plasental site trofoblastik tümör" olarak rapor edildi (Resim 1.2). Servikste kronik servisitiz gözlenirken, over ve tubalar düzenli yapıda idi.

**Resim 1: Plasental-site trofoblastik tümör genel görünüm HEX50**



**Resim 2: Olgumuzda myometriyumdaki sinsityotrofoblastik dev hücreler HEX100**



Histerektomi sonrası serum HCG ve Ca-125 hızla düşmeğe başladı. Hasta şifa ile taburcu edilip rutin kontrollere çağrıldı.

## TARTIŞMA

PSTT: GTN'ler arasında benign olarak kabul edilmektedir, sıklıkla gebeliklerden sonra gözlenir. 16 yıllık gebelikten sonra gözlenen olgulara da rastlanmıştır (1,5). Monofazik patern'de intermediate trofoblastik hücre hakimiyeti vardır, bu özellikleri ile Choriocarcinoma'dan ayrılır. Klinikte PSTT daha çok Missed abortus sonrası görülür, Choriocarcinoma ise persiste GTN'den sonra görülür (1,5,6). PSTT'de serum HCG seviyeleri başlangıçta yüksekken sonra düşmeler gözlenir, kemoterapiye cevabı zayıftır, histerektomi sonrası iyileşme görülür.

Hopkins ve arkadaşları kanama şikayeti olan 27 yaşındaki 35 haftalık gebe hastalarına Abrabtio pleanta nedeniyle sectio uygulamışlar ve sonrasında atoniye giden uterusunda PSTT gözlenmiştir, olguya yüksek Ca-125 ve yüksek HCG düzeyleri bulunmuş, mikroskopide monofazik intermediate hücrelerle karakterize tümöral oluşum izlenmiştir (5).

Bizim olgumuz 47 yaşındadır ve adet rotarı şikayetiyle başvurmuştur, benzer olarak Ca-125 ve HCG düzeyleri yüksektir, operas-

yon spesmeninde aynı mikroskopik görünüm gözlenmiştir.

PSTT'de over ve tubalarda trofoblastik hücre infiltrasyonu yanısıra Akciğer ve nadiren santral sinir sistemine (CNS) metastaz bilirlmiştir. Ayhan ve arkadaşları (7) 7 vakalık serilerinde GTN'lerde metastazları araştırmışlar ve genellikle akciğer metastazı gözlenirken 1 olguda CNS'de metastatik lezyon bulmuşlardır. Daha çok otopside rastlanan CNS'e metastaz kraniotomi sonrasındaki biopsi ile desteklenmelidir. Bizim olgumuz sadece myometriumdaki sınırlıdır, yakın yada uzak organ metastazı görülmemiştir.

Abulafia ve çalışma grubu, endovaginal sonografi ve Magnetik Rezonans (MR) tekniği ile olgularındaki intramural kitlenin PSTT olabileceğinin rapor etmişlerdir. Böylece non spesifik diye düşünülen kitlelerinde spesifiye edilebileceğini göstermişlerdir (8).

Fakunaga ve Usigoma serum HCG, HPL değerleri yüksek GTN'li 8 vakalık çalışma grubunda immunohistokimyasal olarak HCG, HPL çalışmışlar ayrıca Flowcytometrik analizle de bulgularını desteklemişlerdir. 3 tani PSTT'de HCG ve HPL boyanması fokal ve düşük (+) lik gösterirken; choriocarcinoma'lı olgularında yaygın boyanma ve yüksek (+) lik gözlemişlerdir (9).

Bizim olgumuzda da serum HCG normale göre yüksek bulunmuştur ve bu değerler histerektomi sonrasında hızla düşmüştür.

Schneider ve arkadaşları PSTT'lerin nonmolar abortus yada termde gebelik sonrası gözlendiğini; histopatolojik olarak monofazik karakter gösterdiğini, nadiren metastaz yapabileceğini rapor etmişlerdir (10). Bizim olgumuzda literatürle uyumlu olarak 3 yıl önce incomplet abortus nedeniyle başvurmuştur, ayrıca histopatolojik olarak monofazik karakter hakimdir.

Leiserowitz ve Webb'in 25 yaşındaki olgularında yüksek serum HCG ve HPL lin histerektomi ve uterin rekonstrüksiyon sonucu düştüğü rapor edilmiştir. (11) Böylece nonmetastatik olgularda histerektominin yeterli

olabileceği gerçeği vurgulanmıştır. Bizde olgumuzu sunarken klinik ve histopatolojik olarak sıklıkla geçmişte yanlış yorumlanan Choriocarcinoma olarak bildirilen ve kemo-terapi alan hastalara yardımcı olabileceğimizi düşüdük.

## KAYNAKLAR

1. Blaustein A. Pathology of the female genital tract. *New York: Springer Verlag*; 1994;1074-1079.
2. Park WW. Pathology and classification of trophoblastic tumors. In: Coppleson W (ed) *Gynecologic oncology Edinburgh, Churchill-Livingstone*. 1981;745-756.
3. Schopper W, Pliess G. Uber Chorionepitheliosis, Ein Beitrag zur genese, diagnostik und bewertung ektopischer Chorionepithelialer wucherungen. *Virch Arch Pathol Anat* 1949; **317**:347-384.
4. Van Bogaert L J, Staguët JH. Chorionepitheliosis: A rare benign trophoblastic disease. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1977;**56**:69-73.
5. Hopkins PM et al. Malignant Placental site trophoblastic tumor associated with placental abruption, fetal distress and elevated Ca-125. *Gynecol Oncol* 1992;**42**:267-271.
6. Kurman R J, Main C S, Chen HC. Intermediate trophoblast: A distinctive form of trophoblast with specific morphological, biochemical and functional features. *Placenta* 1984;**5**:349-370.
7. Ayhan A, Tuncer Z S, Tanır M, Erbençi A. Central nervous system Involvement in gestational trophoblastic neoplasia. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1996;**75**:548-550.
8. Abulafia O, Sherer D, Fultz JP, Sternberg BL, Angel C. Imaging unusual endovaginal ultrasonography and magnetic resonance of placental tumor. *Obstet Gynecol* 1993;**170**:750-752.
9. Fukunaga M, Ushigome S. malignant trophoblastic tumors: Immunohistochemical and flow cytometric comparison of choriocarcinoma and placental site trophoblastic tumors *Hum Pathol*. 1993;**24**:1098-1106.
10. Schneider D, Halperin R, Segal M, Bukovsky I. Placental-site trophoblastic tumor following metastatic gestational trophoblastic neoplasia. *Gynecol Oncol* 1996;**63**:267-269.
11. Leiserowitz G S, Webb J M. Treatment of placental site trophoblastic tumor with hysterotomy and uterine reconstruction. *Obstet Gynecol*. 1996;**84**(4):696-699.

*Yazışma Adresi:*

*Dr. Sema Zergeroğlu*

*Uçarlı Sok. Yankı Apt. 53/17*

*Y. Ayrancı - Ankara*

*Tel.: (0 312) 467 37 48*