

Tubal Ektopik Gebelikte Koryokarsinom(*)

Hüsnü Çelik, MD*; Aziz Karaoğlu, MD**; Ekrem Sapmaz, MD*; Bilgin Gürateş, MD*;
Bengü Çobanoğlu, MD***; Cem Parmaksız, MD*;
Aygen Altıngül, MD*; Sevinç Ünal, MD*.

ÖZET:

Amaç: Gestasyonel koryokarsinomun tubal ektopik gebeliklerle birlikteliği son derece nadir bir durumdur. Ektopik gebelik bulguları ile birlikte olması ve nadir görülmesi nedeniyle olgu sunumu yapılmıştır.

Olgu Sunumu: S.A. 31 yaşında G3, P2, A0, C1 olan olgu, yaklaşık bir aylık menstrüel gecikme sonrası şiddetli pelvik ağrı ile başvurdu. Yapılan pelvik muayenesinde serviks adet kanamalı, servikal hareketlerde hassasiyet, batın ve pelvik bölgesinde yaygın defans ve rebound tespit edildi. Gebelik testi pozitif. Ultrasonografide yaygın serbest mayi görünümü vardı. Mevcut bulgularla rüptüre ektopik gebelik ön tanısı ile acil laparotomi yapıldı. Çıkarılan spesmenin histopatoloji sonucunun koryokarsinom gelmesi üzerine EMA-CO protokolü uygulandı. Kemoterapi sonrasında tam remisyona sağlandı.

Sonuç: Ektopik gebeliklerle birliktelik gösteren koryokarsinom olguları, tanı konulduğunda çoğu zaman metastaz yapmış olması nedeniyle sıklıkla agresif seyredir. Küçük ve insitu değişiklikleri tanımlayabilmek için tubal gebelikler mutlaka histopatolojik olarak incelenmeli ve olgular Beta hCG düzeyi ile takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Koryokarsinom, ektopik gebelik, tubal gebelik.

GİRİŞ

Gestasyonel trofoblastik hastalıkların (GTH) bir spektrumu olan gestasyonel koryokarsinom, sıklıkla uterin kaviteden gelişmektedir. Ekstrauterin yerleşimli koryokarsinom, klinik uygulamada yaklaşık %0.3 oranında görülür (1). Koryokarsinom genital olarak tuba, over, vagina ve vulvada, ekstragenital olarak akciğer, beyin, kalp ve gastrointestinal olarak yerleşebilmektedir (2).

ABSTRACT

Objective: The gestational choriocarcinoma with tubal ectopic pregnancy is very rare. This case is represented due to this rarity.

Case Report: Thirty-one years old, gravida 3, parity 2, curettage 1 woman with severe pelvic pain after 1 month menstruation delay accepted to the clinic. Passive cervical bleeding and tenderness with cervical motion was obtained during pelvic examination. Marked defence and rebound was the sign of the abdominal physical examination. Pregnancy test were positive. Ultrasonography showed marked free fluid in the abdomen. Emergency laparotomy is applied to the patient because of the ruptured ectopic pregnancy diagnosis. Final histopathology of the specimen was choriocarcinoma, so EMA-CO protocol administered and after the chemotherapy complete remission is achieved.

Conclusion: Choriocarcinomas with ectopic pregnancies have aggressive progression since usually they have had metastases when diagnosed. Tubal pregnancies must be examined histopathologically for awareness of minor and in situ changes and cases must be followed by β -HCG levels.

Key Words: Choriocarcinoma, ectopic pregnancy, tubal pregnancy.

Gestasyonel koryokarsinomun ektopik gebeliklerle birlikteliği son derece nadir bir durumdur. Klinik bulgu ve semptomları ektopik gebelik ile aynı özellikler gösterir (3). Ektopik gebeliklerle birliktelik gösteren koryokarsinom olguları sıklıkla agresif seyredir ve tanı konulan olguların %75'inde metastaz bildirilmiştir. Bu yüzden küçük ve insitu değişiklikleri tanımlayabilmek için tubal gebelikler histopatolojik olarak dikkatle incelenmelidir. Bu tip olgularda klinik ve Beta hCG takibi önem arz eder (4).

Bu çalışmada, nadir görülmesi nedeniyle tubal ek-
topik gebelikte görülen bir koryokarsinom olgusu sun-
ulmuştur.

OLGU SUNUMU

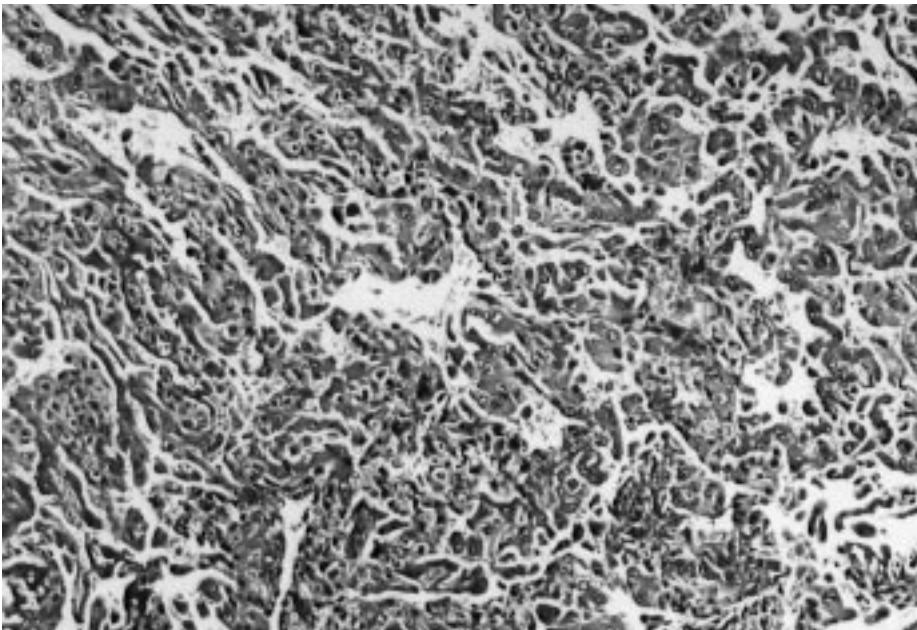
S.A; 31 yaşında, G3, P2, A0, C1, son 4 - 5 gündür
özellikle kasıklardan bele doğru yayılan ve ani artış
gösteren şiddetli pelvik ağrı şikayeti ile kliniğimize
başvurmuştur. Anamnezinde yaklaşık bir aylık adet
gecikmesi mevcut olduğu tespit edildi. Yapılan pelvik
muayenesinde external servikal ostiumda menstrüel
vasıfta pasif kanama, servikal hareketlerde hassasi-
yet, batında ve kasık bölgesinde yaygın defans ve re-
bound mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde Hemoglo-
bin: 7,6 gr/dl, Hematokrit %24, beyaz küre 14300, id-
rarda gebelik testi pozitif.

Ultrasonografide uterus normal konum ve boyutta
olup, overler net olarak izlenemedi. Douglas ve ad-
neksiyal alanlar başta olmak üzere tüm batında yay-
gın serbest mayi ve fibrin görünümü izlendi. Mev-
cut bulgularla rüptüre ektopik gebelik ön tanısı ile ol-
guya acil laparotomi yapıldı. Eksplorasyonda batında
yaklaşık 1000-1500 ml defibrine kan mevcuttu. Ute-
rus, sol over ve tuba normal konum ve büyüklükte iz-
lenip herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Ancak sağ

tubal fimbrial uçtan abort yapmakta olan ve sağ fossa
ovarika alanlarında plasental vasıfta materyal imp-
lantları izlendi. Sağ over ve tuba yüzeyi normal görü-
nümdeydi. İmplantların çıkarılmasını takiben kalan
dokular koterize edilip operasyona son verildi. Ope-
rasyon sonrası Beta hCG değeri 23480, post operatif
1. hafta sonrası 4872 olarak bulundu. Cerrahi spesi-
menin patoloji sonucunun koryokarsinom (Resim-1)
gelmesi üzerine endometrium örnekleme yapıldı.
Benign karakterde (proliferatif) olması üzerine tubal
koryokarsinom ön tanısıyla hastaya EMA-CO kemo-
terapi protokolü uygulandı. Kemoterapi sonrasında
tam remisyon elde edildi.

TARTIŞMA

Gestasyonel koryokarsinomların yaklaşık %0.3
kadarı ektopik gebelik ile birlikte görülmektedir. Kli-
nik bulguları; menstrüel gecikme sonrasında vajinal
kanama, artmış serum Beta hCG seviyesi, kasık ağrı-
sı şeklinde ortaya çıkar (3). Rüptüre tubal ektopik ge-
belik nedeniyle konservatif cerrahi yapılan olgularda
Beta hCG negatifleşmesi veya operasyon materyali-
nin patolojisinin değerlendirilmesi ile gestasyonel
trofoblastik neoplazi ihtimali ortadan kalkar (5,6,7).
Olgumuzda başvuru sırasında yapılan değerlendiril-



Resim 1: Tubal koryokarsinomun histopatolojik görünümü HxE 200

mede ektopik gebelik tanısı düşünülmüş, final tanı post-operatif dönemde cerrahi spesimenin incelemesi sonrasında konulmuştur.

Literatürde fertilitasını korumak isteyen non metastatik koryokarsinomlu genç bir hastada tümörün lokal rezeksiyonunu takiben kemoterapi ile tam remisyona bildirilmiştir (8). Olgumuzda sadece fimbriyal uçtan abort yapmakta olan materyal, over ve fossa ovarika alanlarındaki implante görünümdeki materyaller çıkarılmış ve kanama kontrolü yapılmıştır. Koryokarsinom odağı olarak düşünülen tuba rezeke edilmemiştir. Bunun nedeni, tanının postoperatif dönemde konmasıdır.

Yine, olgumuzda olduğu gibi, literatürde koryokarsinom görülen 4'ü metastatik olan toplam 6 olgunun tümünde kemoterapi ile tam remisyona elde edilmiştir (1). Bununla birlikte 6'sı metastatik olan 8 ektopik gebelik ile birlikte görülen koryokarsinom olgusunun 6 tanesinde kemoterapi sonrasında remisyona sağlandığı, ancak metastatik olan 2 olgunun kemoterapiye rağmen öldüğü bildirilmiştir (3). Olgumuzda yapılan araştırmalarda koryokarsinom metastazına rastlanmamıştır.

GTH olgularında tanı yöntemleri olarak sonografi ve renkli dopler kullanılabilir. Asseryanis ve arkadaşları, transvaginal renkli dopler ile ektopik gebelikte invaziv mol tanısı koymuşlardır (9). Bizim olgumuzda ise kesin tanı postoperatif histopatolojik değerlendirme sonrasında konulmuş olup, preoperatif değerlendirmede GTN tanısı konulamamıştır.

Sonuç olarak, son zamanlarda ektopik gebeliklerin tedavisindeki konservatif yaklaşımlar dikkate alındığında bu hastaların yakın takibi başta persistan ektopik gebelik olmak üzere koryokarsinom gibi süprizler açısından uyarıcı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Muto MG, Lage JM, Berkowitz RS, Goldstein DP, Bernstein MR. Gestational trophoblastic disease of the fallopian tube. *J Reprod Med.* 1991 Jan;36(1):57-60.
2. Baykal C, Tulunay G, Bülbül D, Boran N, Köse MF. Primary choriocarcinoma of the uterine cervix in a postmenopausal patient: a case report. *Gynecol Oncol* 2003 90(3) 667-69.
3. Lurain JR, Sand PK, Brewer JI. Choriocarcinoma associated with ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1986 Aug; 68 (2): 286-7.
4. Horn LC, Bilek K, Pretzsch G, Baier D. Choriocarcinoma in extrauterine tubal pregnancy *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1994 Jun;54(6):375-7.
5. Bailey JL, Hinton EA, Ashfaq R, Schorge JO. Primary abdominal gestational choriocarcinoma. *Obstet Gynecol.* 2003 Nov;102(5 Pt 1):988-90.
6. Bakri YN, Amri A, Mulla J. Gestational choriocarcinoma in a tubal ectopic pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1992 Jan;71(1):67-8.
7. Terada S, Uchida K, Suzuki N, Ueno H, Akasofu K. Choriocarcinoma secondary to isthmic tubal pregnancy. *Gynecol Obstet Invest.* 1994;37(1):69-72.
8. Dekel A, van Iddekinge B, Isaacson C, Dicker D, Feldberg D, Goldman J. Primary choriocarcinoma of the fallopian tube. Report of a case with survival and postoperative delivery. Review of the literature. *Obstet Gynecol Surv.* 1986 Mar;41(3):142-8.
9. Asseryanis E, Schurz B, Eppel W, Wenzl R, Vavra N, Husslein P. Detection of an atypical invasive mole in an ectopic pregnancy by transvaginal color-flow Doppler. *Am J Obstet Gynecol.* 1993 Dec;169(6):1656.