

# KOMPLET MOL VE CANLI FETUSUN BİRLİKTE BULUNDUĞU İKİZ GEBELİK: OLGU SUNUMU

## TWIN PREGNANCY WITH BOTH COMPLETE HYDATIFORM MOLE AND COEXISTENT ALIVE FETUS: A CASE REPORT

Ali Emre Tahaoğlu<sup>1</sup>, Deniz Balsak<sup>1</sup>, Cihan Toğrul<sup>1</sup>,  
Kerem Doğa Seçkin<sup>2</sup>, Mehmet Satıcı<sup>1</sup>, Erdoğan Gül<sup>1</sup>, Berrin Balsak<sup>1</sup>,  
Tayfun Güngör<sup>3</sup>

### ÖZET

Hidatiform mol, paternal kaynaklı genetik bir bozukluktan kaynaklanan anormal fetoplazental gelişim ve villöz trofoblast hiperplazisi ile karakterize patolojik bir gebelik durumudur. Canlı doğum ile birlikte görülen komplet mol genellikle dizigotik ikizlerden birinin normal karyotipe sahip olduğu, diğer ikiz eşinin ise genetik anormalliklerden dolayı komplet hidatiform mol gelişmesi ile birlikte olduğu durumda görülür. Bizim olgumuz daha önce antenatal takibi olmayan tam servikal açıklık ile doğumhaneye kabul edilen ve doğum sonrası plasenta çıkarılırken veziküllerin görülmesi ile ön tanısı konulup, patoloji ile tanısı kesinleştirilen göç eden Suriye vatandaşı bir gebedir. Çok çok nadir görülen bu durumun postpartum takibi de gestasyonel trofoblastik neoplazi gelişimi yönünden önem arz etmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Komplet mol, İkiz gebelik, Canlı fetus

### ABSTRACT

Hydatidiform mole, characterized by plasental villous trophoblast hyperplasia and abnormal fetoplazental development, because of genetically abnormal conception paternally. Pregnancies in which molar change has been reported in association with a live fetus generally represent dizygotic twin pregnancies where one result in complete mole and the other in a normal co-twin. Our case is a Syrian citizen migrated to Turkey accepted to our clinic with full servical dilatation, diagnosis considered by presence of vesicle after normal vaginal delivery and certain diagnosis made by pathology report. This extremely rare clinic is also important in postpartum period cause of evaluation of gestational neoplasia.

**Key Words:** Complete mole hydatiform, Twin pregnancy, Alive fetus

Geliş Tarihi: 20/12/2014

Kabul Tarihi: 13/01/2015

<sup>1</sup>Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Diyarbakır

<sup>2</sup>Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul

<sup>3</sup>Hitit Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çorum

**İletişim:** Dr. Cihan Tuğrul

Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum

**Tel:** 05322647463

**E-posta:** cihantugrul@yahoo.com

## GİRİŞ

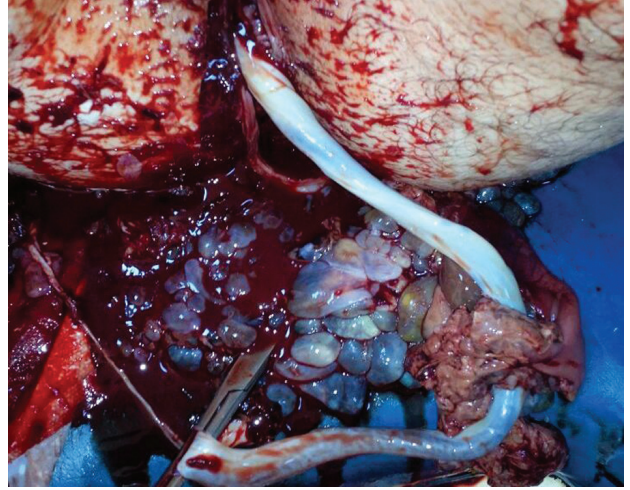
Gestasyonel trofoblastik hastalıklar (GTH), trofoblastik hücrelerin düzensiz proliferasyonu sonucu oluşur. Hidatiform mol için insidans 100000 gebelikte 23 ile 1299 olgu arasında değişirken en yüksek oran Asya ve Latin Amerika' dan bildirilmiştir (1). Hidatiform mol ile birlikte canlı gebeliğin beraberinde bulunma olasılığı ise 1/10000 ile 1/100000 arasında değişmektedir (2).

GTH'ların kliniğinde vajinal kanama, haftasından büyük uterus, pelvik basınç hissi veya ağrı, teka lutein kistleri, hiperemezis, hipertroidi, 20 haftadan önce başlayan preeklampsi gibi bulgular bulunabilir. Canlı term bebek ile hidatiform mol patolojilerinin birlikte olma olasılığı; abort, terminasyon önerileri, preterm doğum, preeklampsi gibi problemler nedeniyle çok daha nadir görülmektedir. Bu tür gebelerde gestasyonel trofoblastik neoplazi gelişimide olabileceği için postpartum takipte uyanık olunmalıdır.

## OLGU

Acil servismimize sancı ve kanama şikayeti ile başvuran Kobani (Suriye) kökenli hastanın 28 yaşında ve gravida 6 parite 4 ve abortunun 1 olduğu not edildi. Hasta son adet tarihini bilmiyordu. Hastanın yapılan muayenesinde serviksini tam açıklık ve tam efasmanda olduğu izlenince doğumhaneye yatırıldı. Anamnezinde herhangi bir medikal hastalığının olmadığı, 8 haftalık bir abortunun olduğu ve 4 yaşayan problemsiz çocuğunun olduğu öğrenildi. Hastanın antenatal takibinin yoktu. Yapılan transabdominal ultrasonografide plasentanın sağ yanında 5x6 cm boyutunda kar yağdı (snowstorm) manzarası ile uyumlu görüntü izlendi; fetus biyometrik ölçümleri 33 hafta ile uyumlu idi (Resim 1)

Hasta doğum masasına alındı, ikındırılarak baş gelişli 1. dk. APGAR skoru 5, 5. dk. APGAR skoru 6 olan 1580 gr ağırlığında fetus doğurtuldu ve yenido-



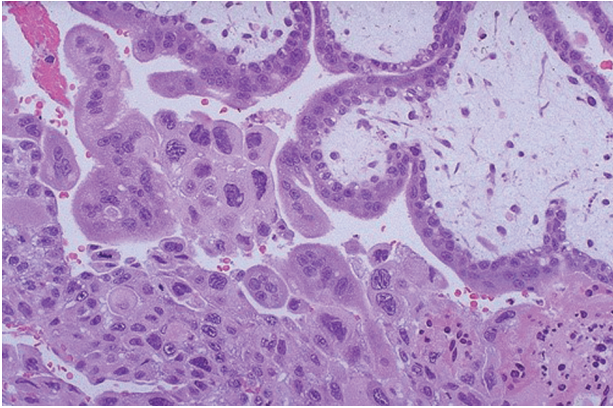
Resim 2 • Plazenta ayrıldıktan sonra dökülen veziküller.

ğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Bebekte fenotipik olarak sadece ayak deformitesi izlendi. Doğum sonrası plasenta ayrılırken vajenden üzüm benzeri veziküllerin döküldüğü izlendi (Resim 2). Plazenta çıkarıldı ve umbilikal kord kesilerek 2 arter 1 ven gözlemlendi. Gözlemlenilen nekrotik görünümlü doku parçası izlendi. Hastada mol gebelik ön tanısı düşünüldüğü için bumm küretaj uygulandı. Küretaj sonrası transvajinal ultrasonografi ile kavite kontrol edildi. Alınan örnek patolojiye gönderildi (Resim 3).

Hastanın laboratuvar değerlerinde Hb:7,2 mg/dl, PLT:89000, ALT:69 U/L, AST:73 U/L, idrarda 3 pozitif proteinüri, saptandı ve preeklampsi tanısı konuldu. Hastanın postpartum takibinde 30. dk. 1. Saat ve 2. Saat tansiyonunun sırasıyla 150/100 mmHg, 140/100 mmHg, 160/90 mmHg olduğu not edildi. Hastaya 2 Ü eritrosit süspansiyonu ve 2 Ü taze donmuş plazma takılması kararlaştırıldı.



Resim 1 • Doğum öncesi yapılan transabdominal ultrasonografide "snowstorm" görüntüsü.



**Resim 3** • Komplet hidatiform mol ile uyumlu plasentanın hematoxilen-eosin boyama görüntüsü.

Doğum servisinde izlenen hastanın fundusunun toplu ve vajinal kanamasının olmadığı not edildi. Tansiyonu en yüksek değer olarak postpartum 1. gün 140/90 mmHg olarak görüldü. Postpartum 1. gün laboratuvar değerleri ise şöyledi: Hb:8,6 gr/dl , PLT:96000 mm<sup>3</sup>, ALT: 48 U/L, AST:55 U/L ve idrarda 2 pozitif proteinüri saptandı. Hastada gestasyonel trofoblastik neoplazi gelişebileceği düşünülerek BhCG bakıldı, sonuç BhCG değeri 8518 IU/L geldi. Klinik durumu stabil, kanaması olmayan , tansiyonu normal sınırlarda seyreden hasta postpartum 3. gününde dahiliye konsültasyonu istenerek ve 1 hafta sonra kontrole çağırılarak taburcu edildi.

Takibe gelmeyen hasta postpartum 35. gününde acil servisimize vajinal kanama şikayeti ile başvurdu. Yapılan vajinal muayenesinde kanama dışında özellik saptanmadı. Transvajinal ultrasonografide ise uterin involusyonun tam olduğu fakat kavitede koagulum ile uyumlu mai birikiminin olduğu izlendi. Laboratuvarında; Hb:7,9 gr/dl, ALT ve AST değerleri normal, koagülasyon testleri normal, PLT:122000 mm<sup>3</sup> idi. BhCG değeri ise 2120 IU/L geldi. Hastaya çekilen toraks tomografisinde patolojik bulgu saptanmadı. Tedavi olarak 1mg/kg dozunda 75 mg metotrexat uygulandı. Hastaya oral ve İM demir tedavisi başlandı. Tedavi sonrası 1. gün BhCG değeri 1764 IU/L idi. 4. Gün Bhcg değeri ise 1155 IU/L idi. Klinik durumu iyi olan ve kanaması olmayan hasta taburcu edilip ayaktan takibe alındı. 7. Gün BhCG değeri 945 IU/L, 2. hafta BhCG değeri 872 IU/L, 3. hafta BhCG değeri 834 IU/L şeklinde plato çizince tekrar 75 mg metotrexat yapıldı. Hastada gestasyonel trofoblastik neoplazi düşünülerek tedavi planı 10 günlük aralarla 75 mg metotrexat olarak düzenlendi. Bu sırada yapılan toraks ve batin tomografisinde normal olarak rapor edildi. Takiplerinde BhCG değerinin giderek düştüğü ve postpartum 19. Haftada değerinin negatif olduğu görüldü. Negatif BhCG'den sonra konsolidasyon amaçlı 2 doz daha metotrexat tedavisi planlandı.

## TARTIŞMA

Komplet mol, boş bir ovumun iki sperm tarafından döllenmesi veya bir sperm tarafından döllenip spermin duplike olması sonucu oluşan 46XX veya 46 XY karyotipinin olduğu bir hastalıktır(3). Parsiyel mol hidatiform karyotipi ise 69 XXX, 69XXY veya 69XYY'dir. Komplet molde fetus bulunmaz, trofoblastik proliferasyon diffüz ve trofoblastik stromal inklüzyon yok iken parsiyel molde fetus mevcut trofoblastik proliferasyon ise fokaldir.

Malign gestasyonel trofoblastik hastalık molar veya non-molar gebelikler sonrası oluşabilir. Gestasyonel trofoblastik neoplazi vakalarının %90'ına molar gebeliğin boşaltılmasından sonraki BhCG seviyelerinin takibi ile tam konulur(4). Persiste hastalık, %15-20 komplet mol sonrası, %3-5 ise parsiyel mol sonrası gelişir(4). Gestasyonel trofoblastik neoplazi lokalize veya metastatik olarak ortaya çıkabilir. Gestasyonel trofoblastik hastalıklar kemoterapiye iyi yanıt veren, BhCG seviyesinin canlı hücre sayısı ile korele olması dolayısı ile kolaylıkla takip edilen hastalıklardır(5).

Mol hidatiform vakalarının 1/5'inde persiste trofoblastik hastalık sonrası gelişebileceği için bu hastaların tedavi sonrası BhCG seviyesi seri ölçümlerle takip edilmelidir.(6-7). Bir çalışmada BhCG değerinin komplet mol sonrası 99. gün, parsiyel mol sonrası ise 59. günde normalleştiği bildirilmiştir(8). FİGO'a (international federation of gynecology and obstetrics) göre malign gestasyonel trofoblastik hastalık gelişiminden şüphelenmek için; serum BhCG düzeyinin plato çizmesi, BhCG değerinin yükselmesi veya tedavi sonrasında 6 aydan sonra BhCG değerinin saptanabilir düzeyde olması gerekmektedir(9). Ayrıca komplet mol vakalarını parsiyel molde ayrılması açısından patolojik preparatların p57kip2 immün boyama ile kontrol edilmesi gerekir. p57Kip2 negatif villüs yapısının gösterilmesi komplet mol tanısı için gereklidir. Ancak hastanemiz şartlarında immün boyama imkanı bulunmadığından immün boyama yapılamayıp konvansiyonel yollarla patoloji preparatları değerlendirilmiştir.

Hidatiform mol ile canlı fetusun birlikte bulunma olasılığı %0,005-0,01 olarak saptanmıştır(4). Ayrıca bu durumun genellikle dizigotik ikiz sonucu geliştiği ve bir fetusun canlı, diğer fetusun ise hidatiform mol olduğu rapor edilmiştir(10).Mol gebelik ile canlı gebeliğin birlikte bulunması hem antenatal sorunları hem de postpartum sorunları beraberinde getirebilir. Bizim vakamız takip edilen gebe olmadığı için sürpriz olarak değerlendirilebilecek bir doğum olmasına karşın postpartum takipleri önemlidir. Bu vakada uygulanan kemoterapi ılımlı iken bu tür durumlarda doğum sonrası veya terminasyon sonrası agresif tedavi tartışılabilir.

## KAYNAKLAR

---

1. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J. et al. Epidemiology and etiology of gestational trophoblastic diseases. *Lancet Oncol* 2003;4:670.
2. Cunningham M.E, Walls W.L, Burke M.F. Gray scale ultrasonography in the diagnosis of hydatidiform mole with a coexisting fetus. *Br J. Obstet Gynecol* 1977;84:73-5.
3. Makrydimas G, Sebire N.J, Thornton S.E. Complete hydatidiform mole and normal live birth: a novel case of confined placental mosaicism. *Hum Rep* 2002;17:2459.
4. Hancock B.W, Nazir K, Everard J.E. persistent gestational trophoblastic neoplasia after partial hydatidiform mole incidence and outcome. *J Reprod Med* 2006;51:764.
5. DiSaia PJ, Creasman W.T. gestational trophoblastic neoplasia. In *clinical Gynecological Oncology*. 1981, pp214-40.
6. Vejerslev L. Clinical management and diagnostic possibilities in hydatidiform mole with coexistent fetus. *Obstet Gynecol Surv.* 1991;46:577.
7. Steller M.A, Genest D.R, Bernstein M.R, Lage J.M. natural history of twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexistent fetus. *Obstet Gynecol* .1944;83:35.
8. Franke H.R, Risse E.K, Kenemans P. et al. Plasma human chorionic gonadotropin disappearance in hydatidiform mole: a central registry report from the Netherlands. *Obstet gynecol* 1983;62:467.
9. Kohorn E. The new FIGO 200 staging and risk factor scoring system for gestational trophoblastic disease: description and critical assesment. *Int J Gynecol Cancer* 2001;11:73.
10. Paradinas FJ. Pathology. In: Hancock BW, Newlands ES, Berkowitz RS editor. *Gestational Trophoblastic Disease*. London: Chapman & Hall; 1997;p. 43–76.