

TROFOBlastİK Hastalıklar

Dr. Necdet Alaca (*) Dr. Fahri Karagözlü (**) Dr. Sadi Özdemir (***)

Kliniğimizde, tedavi ettiğimiz ilginç bir olgu nedeni ile.

Birbirleriyle histolojik, klinik, tanı ve sağtım yönleriyle ayrı özellikler göstermelerine karşın trofoblast orijinli olmaları ve birbirlerinin sonuçları olmaları bakımından son zamanlarda aynı başlık altında incelenmeleri uygun görülmüştür.

Bunlar :

- 1) Mole Hydatiforme
- 2) İnvaziv Mole veya Koriadenoma Destruens
- 3) Koriyonepitelioma veya Koriokarsinoma

olarak ayrılırlar.

Mole Hydatiforme

Makroskopik olarak : Normal plasenta strüktürünün yerini üzüm salkımı tarzında vesiküllerin alması ile karakterizedir. Genellikle embryo yoktur. Ancak seyrek olarak ikiz gebeliklerde bir mole ve bir normal gebelik ürünü yanyana görülebilir.

Makroskopik olarak :

- 1) Trofoblastik proliferasyon
- 2) Villus stromasının hidropik degenerasyonu
- 3) Kandamarlarında azalma

Bu özelliklerden trofoblastik proliferasyon tanıda en önemli bulgudur. Fakat her zaman karakteristik olmayabilir. Proliferasyon iki tabakada (Sititrofoblastik- Langhans- ve Sinsitiotrofoblastik) da görülür. Langhans tabakasında hücreler polihedral olup nücleusları koyu boyanmıştır. Sinsitial hücreler ise stoplazm kitlesi iri nücleuslu bazen sinsitial dev hücreleri şeklinde görülürler. Bu görünüm kanlanması iyi sahalarda daha az, myometriuma yakın sahalarda daha fazladır.

(*) Şişli Hast. I. Kadın Doğum Kl. Şefi

(**) Şişli Hast. I Kadın Kl. Asistanı

(***) Şişli Hast. I. Kadın Kl. Asistanı

İnsidans ve Etiyoloji

1920'de Hall ve Mayer Hydatiform Mole dejenerasyonu ile abortus arasında büyük bir ilişki bulmuşlardır.

Hertig ve Enmonds 1027 Düşük olayı üzerinde geniş çalışmada %40 oranı ile patolojik ova belirlemişlerdir. Diğer yandan patolojik ovalarda %66,9 oranında mole hydatiforme belirlenmiştir. Patolojik olmayan ovalarda ise bu oran %11,6 dır. Bu yazarlara göre hydatiforme dejenerasyon çok büyük olasılıkla gebeliğin 5. haftasında başlar. Bu devre feotal sirkülasyonun başladığı devredir. Embryonun yokluğunda patolojik ovumun korionu fonksiyon görmez ve korionda dejenerasyon başlar.

Birçok yazarlarda Molün oluşumunu feotüsün ölümüne bağlarlar. Buna bağlı olarak feotal sirkülasyonun kaybolmasına karşın maternal dolaşım devam etmekte ve trofoblastlar ayrı bir beslenme ile villuslara dolan kan hydropik değişimi oluşturmaktadır.

Filipinlerde değişik Sosyo-Ekonomik gruplardaki araştırmalarda sonuç olarak diyetdeki protein eksikliğinin rolü öne sürülmüştür.

%80 Mole olayında hücrelerde Barr cisimciklerine rastlanmıştır.

Sıklığı

Margaret hauge Maternity Hastanesinde bir araştırmada 75.238 gebelikte 57 olay (%0,07) veya 1321 gebelikte 1 olay mole olarak belirlenmiştir. Bu araştırmalarda multigravidalarda mole olasılığı daha fazla idi.

ABD de 2000 gebelikte I oranında

Filipinlerde 200 gebelikte I oranında

Uzak Doğuda 250 gebelikte I oranında rastlandığı bildiriliyor.

Costa, Labriola - Withe 40 yaştan sonra daha sık görüldüğünü belirlemişlerdir.

Degenerasyona neden olan etkenler kesinlikle bulunamamıştır. Toxemia ve nefrit ile ilişkisini olduğu savlanmıştır. Chasley, Cosgrove ve Prece'in bu konudaki çalışmaları toxemili olaylarda Mol'ün görülme sıklığının daha fazla olduğu şeklindedir.

Klinik Özellikleri

Normal gebeliğe göre uterusun büyümesi eğer erken düşük olmazsa genel olarak daha hızlı olur. %40 oranında uterus beklenen büyüklükten daha fazladır. Daha az yüzde oranında daha küçüktür.

Uterin kanama genellikle görülür. Bunun miktarı leke tarzında görünmekle birlikte çoğu kez günlerce ve hatta aylarca sürebilir.

Kanama ile birlikte bazan veziküller de görülür.

Kanama kardinal 3 bulgunun, yani;

— Kanama,

— Hipertansiyon,

— Toxemi belirtilerinin en önemlisidir.

Kanamaya bağlı aneminin fatal olduğu nadirdir. Uterusun iyi kontrakte olmadığı olaylarda kanama sürekli bir özellik kazanabilir. Destruktif Mol'de daha çok iç kanama görülür. Kanama molar kitle nin plasenta sirkülasyonunu kesmesi ve kanın maternal spiral arterlerden sızıp akması nedeniyle olur.

Diğer bir bulgu da enfeksiyondur. Kanama nedeniyle oluşan anemi ve vücut direncinin azalması enfeksiyona eğilimi arttırmaktadır.

Oldukça ciddi bir bulgu da hipertansiyondur. Gebeliğin ilk yarısında toxemi belirtilerinin görüldüğü tek durum Mol gebeliğidir. Normal gebelikte genellikle 34. haftadan sonra toxemi belirtilerinin görülmemesine karşın Molar gebelikte ikinci trimestrin hemen başlarında toxemiye rastlanabiliyor. E.P.H. nın şiddeti uterusun büyüklüğü ile doğru orantılıdır.

Erken tanı için :

A — Klinik Bulgular :

- 1 — Uterin orijinli vaginal kanama
- 7 — Uterusun beklenenden daha büyük oluşu
- 3 — Çocuk kalp seslerinin alınamayışı
- 4 — Çok şiddetli seyreden hiperemesis öyküsü
- 5 — Erken olarak görülen toxemi belirtileri

B — Laboratuvar :

- 1 — İdrar veya kanda HCG düzeyi
- 2 — Levcine Aminopeptidase
- 3 — Fetal EKG
- 4 — Ultra-Sound

C — Radiografik çalışmalar :

- 1 — Fetal iskeletin olmayışı
- 2 — Pelvik arteriografi
- 3 — İntrauterin boya ensüflasyonu

Kanama diğer bir çok durumlarda da olası olduğundan tek başına önemsizdir. Genellikle lekelenme şeklindeki kanamalarda, özellikle görülen veziküller tanı koydurucudur.

Vaginal muayenede uterus beklenenden büyükse ayırddedici tanıda :

- Myoma
- Çoğul gebelikler
- Hydroamnios ekarte edilmelidir.

10. haftadan sonra ÇKS ve çocuk kısımlarının röntgenle araştırılması önemli tanı kriteri olabilir.

Evans, Hendricks ve Coekshatt pelvik arteriografi yöntemini bir tanı yolu olarak kullanmışlardır. Bundan iyi sonuçlar almışlardır. Fakat bu özel bir teknik olduğundan bugün rutin olarak kullanılmamak tadır.

Fetal EKG, Ultra-sound ,serum leucine aminopeptidazlarının aranması değerleri de gebelik süresine göre ancak değer taşımaktadır.

Kesin tanı için radio-opok maddenin uterin kaviteye zerki gerekli olabilir. Kısaca amniografi denilen bu işlem 18. Nolu spinal iğne ile transabdominal göbekten 3 cm. kadar aşağıdan girilerek uterin kaviteye girişi anlaşılarak 20-30 cc kadar radio-opak maddenin verilmesi ve 5 dakika içinde antero-posterior ve lateral grafilerinin alınması ile bal peteği görünümünde molar gebeliğin tanısına varılır.

Bu işlemin yapılabilmesi için; hızlı uterin büyüme, serum, idrar HCG düzeyinin yüksek olması ve I. trimestrde vaginal kanamanın görülmesi, ÇKS nin alınmayışı veya fetal kemiklerin röntgende bulunamayışı gözlemlenmelidir.

Prognoz :

Prognozda en önemli faktör kan kaybıdır. Enfeksiyon ve sepsis olabilir. Toxemi olabilir. Toxemi ile birlikte gelişen mol olaylarında prognozun daha kötü olduğu bildirilmiştir.

Molün malign bir duruma dönüşümü %2 den %10'a kadar rapor edilmiştir. Greenhill ve Delce'ye göre %2 dolayında korion epitelioma malignan sencitiomaya rastlanıyor.

Diğer taraftan korionepiteliomalı olguların %50 sinde mol hydatiform öyküsü mevcuttur.

Hertik ve Sheldom çeşitli tıbbi merkezlerden 200 mol toplayarak kronik malignansı %26.2 oranında bulmuşlardır.

Sağıtım

Mol tanısı konduktan sonra sağıtım mutlaka uterusun boşaltılması esasına dayanıyor. Bu birkaç metodla yapılabilir.

- 1 — Oxytosin enfüsyonu ile
- 2 — Prostaglandinlerle provakasyon
- 3 — Oyum forsepsi ile kavite temizliđi
- 4 — Curettage (Aspirasyon kürettađı yeđlenmelidir)

Spontan evacerasyon olsa bile uterus temizlenmelidir.

Sağıtım sonu tablo izlenimi oldukça önem taşıır;

- 1 — AC grafisi mol tanısı konduğu anda çekilmelidir.

2 — Kantitatif HCG tayinleri kesinlikle gerekir. Bu iş için artık Radioimmunessey yöntemleri diğerlerinin yerini almıştır. Bu HCG düzeyleri her 15 günde bir yapılmalı (negativ sonuç alınıncaya kadar) daha sonra bir yıl süre ile her ay yapılmalıdır.

3 — Hastaya kesinlikle kontrasepsiyon sağlanmalıdır. Sağıtım-
dan sonra HCG'nin tekrar yükselmesi veya kaybolduktan sonra tek-
rar ortaya çıkışı bir alarıdır. Hemen AC grafileri çekilmeli ve curet-
tage tekrar edilmelidir.

Molün tekrarlama olasılığı %1,3-%2 arasındadır. Olayların 1/3
ünde 60 gün sonra gebelik negatiftir. 1/2 sinden fazlasında 1 ay sonra
gebelik negatiftir.

Daha az grupta gebelik testi aylarca pozitif kalır. Fakat sulan-
dırılmış idrarlarla giderek negatifleşir. %10 oranında inatla gebelik
testi pozitif kalır.

Mol Hydatiformda sitostatik sağıtım konusu tartışmalıdır.

Invaziv Mole

Corioadenoma destrüens ismini de alan bu mole, 50 molar gebe-
likte 1 oranında görülür. Lezyon daima myometrium alanlarına kadar
etki eder ve girer Parametriumu, vaginaya ve çevre dokulara kadar
metastaz yapabilir. Trofoblastik aktivite değişik varyasyonlarda ola-
bilir. Ancak visküz yapı coriocarsinomadan ayrılan özelliğidir. Sağı-
tım amacıyla girişimlerden sonra genellikle kanama durmaz. Myo-
metriumun yapısı bozulmuştur. Kontraksiyon özelliğini yitirmiştir.

Çođunlukla tanı laparotomiyle konur. Folik asit antagonisti (Met-
hotrexate) kullanılmalı ve sağıtımda özellikle hysterectomiden genç
kadınlarda kaçınılmalıdır.

Choriocarcinoma

Bu tümör oldukça yüksek bir mekanik göstermektedir. İlginç bir
immünolojik özelliği vardır. Hastalık yaptığu organizmaya kesinlikle
yabancı olan hücrelerin metastazı söz konusudur. Burada corioadeno-
madan farklı olarak kesinlikle villöz yapı yoktur. Gerek langhans ve

gerekse sinsitiel tabaka hızlı proliferasyona uğrayabilir ve bu birincinin diğerine egemenliği şeklinde olabilir. Anaplastik hücre değişimleri açık olarak bulunur.

Trofoblastik hücrelerin kan damarlarına yönelme eğilimi nedeniyle kan yolu ile disseminasyon sık görülür ve bu da erken metastazlara neden olur. Metastazların en sık görüldüğü organlar; AC % 75, Vagina %50 sonra Vulva, böbrek, KC, overler ve beyindir.

Lutein Cystoma olayların 1/3 ünde overlerde bulunur.

Etioloji ve sıklık :

Genellikle doğurganlık çağında görülür. Teratomlardan sonra görülenleri yaşlılarda da olabilir.

60.000 gebelikte 1 oranında görülür.

Coriocarsinomaların; % 39 u mola sonra

» : % 38 i abortuslardan

» : % 23 ünde normal seyretmiştir.

Gebelikten sonra oluşum söz konusudur.

Ender olarak dış gebelikten sonra görülür. (Böyle bir olay ülkemizde Hacettepe Tıp Fakültesinde görülmüştür.)

Ender olarak uzun bir süre (birkaç yıl) latent bir devreden sonra aktivite gösterir.

Klinik bulgular :

Genellikle bir Mole boşaltımı, düşük veya doğumdan sonra devam eden kanamalar, özellikle subinvolyüsyon ile birlikte olanları ilgiyi çeker. Ani ve fazla miktarlardaki kanamalar önemlidir. Eğer uterus duvarı delinmişse intraperitoneal kanamalar olabilir. (Dışgebeliği andıran bu kanamalar şoka neden olurlar (Acosta-Sizon % 25 olarak bildiriyorlar).

Metastatik lezyonların semptomları öksürük, hemoptizi ve nörolojiktir.

Eğer sağtım uygulanmazsa süreç hızlı olarak gelişebilir ve birkaç aydan bir yıla kadar ölüm olasıdır.

Gerek ilaçla gerek cerrahi yolla sağtılan olayların %17,5 inde rekürrens görülebilir.

Tanı :

Doğum, düşük ve Mole'den sonra kanama ve subinvolyüsyon bir bulgudur. Vagina metastazları veya bilateral overler palpe edilebilir. EEG intracranial lezyonu gösterebilir. Normal düşük ve doğumdan

birkaç gün sonra normal kalitatif HCG düzeyleri negatiftir. Kanama ile birlikte pozitif bir HCG bulgusu coriocarcinoma için tanı koydurucudur. Burada özen gösterilmesi gereken konu gebeliğin oluşmuş olmamasıdır.

Sağıtım :

İki yolla olmaktadır :

- 1 — Cerrahi yol
- 2 — İlaç ile

Fox ve Tew'a göre histerektomi ile veya primer odağın kaldırılması ile metastazlarda spontane regresyon oluşamamaktadır. Histerektomi sadece tümörün uterusu bulduğu metastaz olmayan olgularda, yaşlı ve çocuk sorunu olmayan hastalarda veya uterus yolu ile kontrol edilemeyen kanamalarda, kemoterapi ile küçülmeyen dirençli olaylarda yapılmalıdır. Metastaz olasılığı ile overler de çıkartılmalıdır. Gerçekten Fox ve Tew'in bu kanısı bugün birçok yayınlarda doğrulanmaktadır.

Önceleri Nitrogen Mustard ile yapılan sağıtımın yerini bugün Methothrexate almıştır. Literatürden bu konuda görüş birliği sağlandığı anlaşılmaktadır.

Hammond ve arkadaşları non metastatik chorionepitelioma olgularında cerrahi girişim yapılmaksızın sadece Methotrexate ile % 93 oranında tam remisyon elde etmişlerdir.

Monahan tümör yalnız uterusu ve erken tanı konmuşsa remisyonun % 100 olduğu bildirilmiştir.

Hertz ve arkadaşları metastatik choriocarcinoma olaylarında yalnız Methotrexate ile 6 ay - 5 yıl arasında değişen %48 oranında remisyon, Monahan %41, gene Hertz %74 total remisyon bildirmiştir.

Bremen ve arkadaşları ise çalışmalarında %86,6 oranında tam remisyon elde etmişlerdir.

ABD her yıl 400 yeni olay bildirmektedir. Sağıtımın kesinlikle özel centr'lerde yapılması gereklidir. ABD'de özel centr'ler dışında yapılan sağıtımlarda %28-30 oranında ölüm belirlenmiş olup bu oldukça yüksek bir orandır. (Brewer)

Genellikle kullanılan ilaçlar ;

- 1 — Methotrexate
- 2 — 2-6 Merkaptopurin
- 3 — Actinomycin D
- 4 — Vinblastin'dir

ABD'de Methotrexate İ.M. kullanılır. Günde 20-30 mg olmak üzere 5 günlük kürlerle verilir. (Toxik belirtiler ortaya çıkıncaya kadar sürdürülür).

Methotrexate olayların %50'sinde (metastatik) başarılıdır.

Renal ve hepatik işlev bozukluğu olanlarda kontrendikedir. (SGOT, SGPT, BUN tesbitleri yapılmalıdır).

Actinomycin D 2. tercih edilen ilaçtır. Methotrexata dirençli olaylarda renal ve hepatik bozukluğu olanlarda kullanılır.

Doz : 7-12 mikrogram/kg olarak I.V. 5 günlük kürlerle verilir.

Bundan başka çeşitli sağıtım tabloları zildirilmiştir.

Özen gösterilmesi gereken durum : Hastada düzenli (her hafta) HCG testleri yapılmalı.

— Leucocyte 3000'in, Thrombositler 150.000'in üstünde iki sağıtım sürdürülmelidir.

Remisyon ancak 3 hafta arka arkaya yapılan HCG düzeylerinin Hipofizer gonadotropin düzeyinde olduğu zaman tamdır.

Remisyon sağlandıktan sonra 1 yıl süre ile her ay HCG düzeyleri belirlenmelidir. Bu bir yıl için kesin kontrasepsiyon gereklidir.

Mole boşaltımından sonra 8 hafta süren yüksek HCG düzeyleri veya histolojik coriocarcinoma tanısı ve invaziv Mole tanısı konulmuş hastaların sağıtımı kesinlikle gerekli durumlardır.

Sitostatiklerin olası yan etkileri ve gerekli önlemler :

(Methotrexate) :

— Kemik iliği depresyonu, eritrositopeni ve thrombositopeni yapar. Kan transfüzyonu gerekebilir.

— Sağıtımın başlamasından 5-14 günler arasında 2000-2800 e kadar düşer.

— Hastalar aseptik ortamda izole edilmelidir.

— Sindirim sisteminde stomatitis ve ülserasyonlar

— Bulantı ve kusma

— Dermit

— Saç dökülmesi olabilir.

Sürdozaj halinde 10 mg. sonra 5 mg. folik asit vermek gereklidir.

Olgu'nun sunumu

Adı Soyadı : Cemile Aslan

Prot No: 3538/857

Doğum yeri : Kastamonu

Yaşı : 23

İşi : Ev kadını

Başvuru Ta. : 21.2.1979

Anamnez

Soy geçmişi : Ailede herhangi bir kronik veya kalıtsal hastalık tarif etmiyor.

Öz geçmişi : 1 yıldan beri karın ağrılarından zaman zaman yakındığı oluyor. Evlenme yaşı 22, ilk menstrüasyon yaşı 14, son menstrüasyon tarihi 2 ay önce olarak belirtiliyor. Menstrüasyon 28 günde bir ve 5 gün olarak nitelendiriliyor.

Öyküsü : 2 ay önce 1 haftalık süren kanama nedeni ile doktora başvurmuş 1.5. aylık gebe olduğu söylenmiş. Düşük tehdidi olarak nitelendirilmiş. Abortus imminens sağıtımı yapılmış. 10 gün sonra karın alt bölgesinde ağrı ve vaginal kanama yakınmaları ile tekrar başvurunca fetüsün düşmüş olduğu söylenmiş özel bir hekimin bu yüzden kan yapıcı iğne verdiğini söylüyor. Bundan 20 gün sonra şimdiki yakınmalarıyla kliniğimize başvuruyor (Dahiliye polikliniğinden sevkle).

Şimdiki yakınması : Vaginal kanama, halsizlik, bulantı, baş dönmesi, karın alt bölgesinde ağrı.

Genel muayenesinde : Renk soluk, şuur hafif bulanık bulundu. Sorulara derinden yanıt veriyor. Yüz ve dudaklar anemik.

Kan basıncı alınamadı. Nabız 130, Axiller ateş : 36.7 bulundu. Cornea patella, achill refleksleri normal, Babinsky menfi. Dil kuru, tonsilla ve thyroideada bir özellik yok. Kalp oskültasyonda bir patolojik ses alınamadı, palpasyon ve takikardi vardı. Akciğer sahalarında patolojiye rastlanmadı. Sık solunum gözleniyor.

Karın muayenesinde : Defans muskuler, karın her kadranında hassasiyet vardı. Ekstremitelerde ilgi çekici herhangi bir bulguya rastlanmadı.

Genital muayenede: Vulva tabii, hymen deflore, vagina tabii ve gebelik lividitesi gözleniyor. Tuche Vaginalde; collum hareketleri ile hassas, Douglas dolgun ve hassas bulundu. Cervikal kanal kapalı idi.

Corpus : iki aylık gebelik büyüklüğünde. Uterusta sağ parametriumu doğru yönelen ağrılı, ceviz büyüklüğünde kitle ele geliyor.

Adnexler : Solda ele gelmiyor. Sağda ceviz büyüklüğünde kitle alınıyor. Her iki parametrium ağrılı bulundu.

Speculum muayenesi : Portio livid ve gebelik formunda.

Konulan tanı : Ektopik gebelik, karına iç kanama.

EKİP : Op. Dr. S. Çolakoğlu, As. Dr. G. Ataker, As. Dr. F. Karagözlü Hem. Sabriye

Hasta genel bir iç kanama tanısı ile ameliyata alındı. Genel anestezi altında karın Phanne-stiel incisionu ile açıldı. Explorasyonda uterusun ön-sağ duvarında ve arka sağ tarafından kanamakta olduğu ve rüptür olan bu yerlerden mole ait olduğu anlaşılan veziküler kitlelerin irili ufaklı dışarıya akmakta olduğu göz'leniyordu. Uterusun normal sütrüktürü bozulmuş. Sağ pelvis duvarına kadar varan, sağ parametrium hemen tamamen kalınlaşmış ve normal anatomik yapı bozularak brit oluşumu gözleniyordu. Uterusun total ekstirpasyonu düşünüldü. Operasyonda uterusun ve komşu dokuların yumuşayarak sütüre edilmek üzere tutulamadığı ve spontane kopuştuğu gözleniyordu. Uterus kontraksiyon özelliğini tamamen yitirmişti. Subtotal olarak extirpe edildi. Kanama zorlukla kontrol altına alınabildi. Batın ve genital bölge akan mole veziküllerinden olanaklar elverdiğince temizlendi. Kanama kontrolü yapıldıktan sonra peritonizasyonun ardından karına diren konarak kapatıldı. Cilde agraf konuldu.

Çıkarılan ameliyat materyali patolojik incelemeye gönderildi. Hastaya gerekli kan transfüzyonu ve sıvı replasmanı yapıldı.

23.2.979 tarihli Cerrahpaşa Tıp Fakültesi patolojik-anatomie kürsüsünce yapılan patolojik incelenim sonucu :

Makroskopik bulgu : 10X6X5 cm ölçülerinde üzerinde 8X5 cm ölçülerinde taze rüptür yeri ihtiva eden uterus piyesi. Rüptür yerinde uterus duvarı süngerimsi bir hal almıştır. Endometrium ödemli olup kalınlaşmıştır. Endometrium içinde beyaz, duvarı sıvayan püye benzer bir materyal mevcuttur. 3.5X1.5X1 cm ölçülerinde over kesitinde 1 cm çapıda sarı renkli corpus luteum mevcuttur.

Mikroskopik bulgu : Myometrium kas demetleri korion alanlarda belirgin trofoblast proliferasyonu seçismektedir. Myometrium kas demetleri arasına infiltre olmuş trofoblastik elemanlar mevcuttur. Bir alanda korion villuslarından aşikar trofoblast proliferasyonu görülmektedir.

Patolojik tanı : Korio - adenoma destrüens

Hastanın gerekli sıvı ve elektrolit sağıtımının yanında proflaksi amacı ile 4 gram Binotal'e başlandı. Ameliyatın 5. günü diren alındı. 6. günü agrafklar alındı. İncision yeri temiz ve nonenfekte idi. Antibiotik kesildi. Hastada yapılan gonadotropin titrajında idrarda direkt ve 1/25 dilusyonda planotest ve Galli-Mainini +, 1/50 dilüsyonda (—) bulundu. Ameliyatın 7. günü istenen AC grafisinde «Rie sahalarında patolojik değışikliğe rastlanmadığı» rapor edildi. Yapılan hemogramda lökosit 11.600, eritrosit 1.920.000, Hb %40, sedimentasyon 1/2 sa-

atte 95,1 saatte 126, 2 saatte 140 mm bulundu. (28.2.979) Bu zamana kadar ateş grafiğinde herhangi bir patolojik değişiklik yoktu. Hastaya kan transfüzyonu yapıldı. Diren yerinden pürülen bir sıvı akıyordu.

8.3.979 yani ameliyatın 15. günü buradan alınan materyalin atipik hücre aranması amacıyla istenen patolojik incelenimde iltihap hücrelerinden zengin irinli ve fibrinli exuda yanıtı alındı. Aynı zamanda koruyucu sitostatik (Methotrexate) sağıtımına başlandı. (5.3.979, 12. gün 25 mg methotrexate). 12.3.979 yani ameliyatın 19. günü çekilen akciğer grafisinde patolojik bir değişikliğe ve metastatik bulguya rastlanmadığı rapor edildi. Yapılan idrar ve kan inceleniminde : İdrarda ilgi çekici patolojik bulgu yok. Kan sayımında Lökosit 6.600, eritrosit 2.280.000, Hb % 50, lökosit formülünde göze çarpan bir özellik yok. Sedimentasyon hızı artmış (145-158-162). Trombositlerde 2 doz sitostatik karşın önemli bir düşme saptanmadı (319.200). Antianemik sağıtıma devam edildi. Ameliyatının 19. ve 23. günü 38°C a kadar yükselen ateş nedeniyle antibiotik sağıtımı tekrar başlandı. AC oskültasyonunda sol kaidede kreptan rallerin alınması ve hastada öksürük yakınmalarının başlaması nedeniyle Dahili konsültasyon istendi. Konsültasyon sonu : «Derin anemi, lökositoz, çok süratli sedimentasyon ve genel durum bozukluğu gösteren hastada korion adenoma destrüens ve bilateral akciğer metastazı sözkonusudur. Subikterik refle mevcuttur. Kemoterapi tatbik edilmek üzere onkoloji servisine nakli tavsiye olunur» önermesiyle gerekli laboratuvar incelenimleri istendi (21. 3.979). Bu arada çekilen akciğer grafisinde sol rie kaidesinde pleuro - pnömonik infiltrasyon görülmekte olduğu rapor edildi. Bizim de katıldığımız bu tanı ile birlikte hastaya Streptomycin + Binotal sağıtımına karar verildi. Yapılan idrar bulguları şöyleydi : Renk açık sarı, reaksiyon asit dansite 1020, albümin eser, diğer bulgular normal, mebzul lökosit bulundu. Sedimentasyon bir önceki hızda devam ediyor. Lökosit 13.000, eritrosit. 900.000 Hb % 40 trombosit 258.000 bulundu. Antianemik ve sitostatik sağıtıma devam edildi. Trombositlerde önemli bir düşme gözlenmiyordu. Lökositoz enfeksiyona bağlandı. KC fonksiyon testlerinde SGOT 60 ünite (N 2-19) SGPT 12 ünite (N 3-17) Alkalen fosfataz 1.4 B.Ü. (No. 5) Asit fosfataz %4.4 mgr, protrombin zamanı 13, «Şahit 12», Aktivite %83, total bilirubin %1.09 mgr, Direkt %0.58 mgr indirekt %0.51 mgr bulundu. İdrarda bilirubin (+++), urobilin ve urobilinojen (++) bulundu.

Bundan önce hastaya kan transfüzyonu yapılmış, 200 cc kadar transfüzyondan sonra reaksiyon görülerek kesilmiş ve 1000 cc amigen enfüze edilmişti.

Akciğer ifrazatından atipik hücre aranması düşünülerek patolojik incelenime gönderildi. Ve 23.3.979 ameliyatının 30. günü atipik hücreye rastlanmadığı rapor edildi. Genel durumun bozukluğu ve iştahsızlık nedeniyle beslenememesi üzerine 1000 cc protein hidrolizat infüzyonu yapıldı.

29.3.979 tarihinde (ameliyatın 36. günü) yapılan kültür antibiogramda streptomycin'e hassas stafilokoklar üremesi nedeniyle streptomycin ile sağıtıma devam edildi. Aynı tarihte yapılan hamogramda lökosit 17.800, eritrosit 1.890.000, hb %40, trombosit 888.830 bulunması üzerine sitostatik sağıtıma son verildi. Ameliyatının 40. günü yapılan sağıtıma karşın hastada AC yakınmalarının, patolojik ve klinik durumun düzelmemesi üzerine yeniden dahili konsültasyon istendi. Konsültasyonda «Solda plevral epansman sağda pulmoner infiltrasyon gözleendiği ve Thoracentesis önerildi. Bu işlem yapılmak üzere hasta dahiliye kliniğine gönderildi. Diagnostok thoracentezde sert bir plevradan geçildiği, sıvı alınmadığı bildirildi. Spesifik antitüberkülo sağıtım önerildi (3.4.1979). Spesifik sağıtıma başlandı. Bu arada AC salgısından (Balgam) kültür antibiogram ve tbc basili aranması kliniğimizce uygun görüldü. Yapılan leukocyte formülünde ilgi çekici bulguya rastlanamadı. İdrarda Galli-Mainini negatif bulundu. Sedimentasyonda 75-135-152 ile bir değişiklik yoktu. Anemie devam ediyordu. Kan tranfüzyonlarına devam edildi. Bu arada (10.4.1979) ameliyatının 40. günü istenen radyolojik tanıda «Sol rie kaidesinde, pno-mothoraks ve brit imaji görülmekte, sol diafragma konturu seçilememekte» olduğu belirlendi. Bakteriolojik olarak direkt mikroskopide Tbc. basilinin görülmemesi ve monolia albikans, streptococcus üremesi ile anti-tüberkülo sağıtım terk edilerek anti-mikotik ve özgül antibiotik sağıtıma başlandı.

Hasta Taksim Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Kliniğiyle konsültasyon sonucu adı geçen kliniğe yatırıldı. Pyopnomothoraks tanısı ile girişim ile drenaj sağlandığı ve halen sağıtım altında olan hastanın genel durumunun iyi olduğu öğrenildi.

Özet

Genellikle trofloblastik hastalıklar birçok komplikasyonlarla klinik seyir gösterirler. Bunlardan en önemlisi Akut kan kaybı, enfeksiyon ve metastaz'dır.

Metastaz komplikasyonunun profilaksisinde sitostatik sağıtım çoğu kez gereklidir. Fakat prognoz bakımından en önemli olanı Corioa-

denoma, Mole Hydatiforme ve coriocarsinoma gibi trofoblastik formasyonlarda endikasyon ve uygulanım zamanıdır. Bu nedenle trofoblastik hastalıklarda etioloji, patoloji, klinik bulguları ve sağıtımı içeren daha kapsamlı bir çalışmayı yayınlamayı uygun bulduk.

Summary

Trophoblastic diseases have been reviewed.

LİTERATÜR

- 1 — Wilson R.B. Hunter İ.J. Jr. and Dockerty M.B.: Chorioadenoma destrüens, Tr. Amer. Obstet. Gynec. 1960.
- 2 — Acosta-Sison, N. Chorioadenoma destrüens, Amer. J. Abstet. Gyn. 1960
- 3 — Prof. Mithat Erdoğan. Uterusun Tümör ve Hastalıkları, Hacc. Tıp. Ank.
- 4 — Prof. Dr. Şerif Çanga, Prof. Dr. İlhan Önder. Kadın Hastalıkları (Jinekoloji) A.U. Tıp Fakültesi Yay.
- 5 — Gynecologie und Gebursthilfe Band 3, George Thema Verlag-Stuttgart.