

Molar Gebeliklerde Ultrasonografi ile Klinik Ön Tanı Başarısı

Özgür Aydın TOSUN¹, Pınar BATU², Arzu ARINKAN¹, Abdulkadir TURGUT³, Çetin ÇAM¹, Ateş KARATEKE⁴

¹Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve

Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü , İstanbul

²Özel Hospitalium Hastanesi, İstanbul, ³Dicle Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı , Diyarbakır

⁴Özel Medikalpark Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü , İstanbul

ÖZET:

Amaç: Gestasyonel trofoblastik hastalık(GTH), anormal fertilizasyonun bir sonucu olarak gelişen gebelikte trofoblastın anormal proliferasyonu sonucu endometrium ve myometriumu invazyonu ile karakterize bir hastalık grubudur. Genellikle ilk trimesterde olan vaginal kanama veya gebeliğin 10-12. haftalarında yapılan rutin ultrasonografi ile tanı konulur. Bu çalışmayla hastanemizde histopatolojik olarak Molar Gebelik(MH) tanısı almış olan olguların hospitalizasyon esnasında konulan ilk yatış tanılarının doğruluğunun retrospektif olarak karşılaştırılmasını amaçladık.

Gereç ve yöntemler: 2000–2008 yılları arasında Jinekoloji ve Jinekolojik Onkoloji biriminde histopatolojik olarak MH tanısı almış olan olguların medikal kayıtları retrospektif olarak incelendi.. Çalışmamızda verilerin değerlendirilmesinde SPSS 12.0 paket programı kullanıldı.Tek değişkenli analizde Pearson Ki –kare analizi kullanıldı. P<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Toplam 203 olgu incelendi. Parsiyel mol olgularında doğru tanı oranı %15 (19/123), komplet mol hastalarında ise %50 (40/80) olarak hesaplandı. Tüm MH olgularında doğru ön tanı oranı %29 (59/203) olarak bulundu.

Sonuçlar: MH, kendisini obstetrik acil olarak gösterebilir ve olguların acil polikliniklere başvurmaları sık olarak gerçekleşir. Özellikle takipsiz olarak, kanama nedeniyle ilk defa başvurmuş olan erken gebelik olgularının tanısında MH olasılığının daha dikkatle irdelenmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: gestasyonel trofoblastik hastalık,erken tanı , ultrasonografi

İletişim Bilgileri

İlgili Doktor : Op.Dr. Özgür Aydın TOSUN

Yazışma Adresi: Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÜSKÜDAR /İSTANBUL

Tel : +90 (216) 391 06 85

E-mail : isaltosun@hotmail.com

ABSTRACT :

Early Diagnosis Ratio with Ultrasonography at Hydatiform Mole Cases

Objective: Gestational trophoblastic disease (GTD) is a heterogeneous group of diseases characterized by invasion of abnormally proliferating trophoblastic tissue to the endometrium and myometrium.Diagnosis is usually made by ultrasonography at 10-12 weeks.Purpose of this research is to determine the initial diagnosis of hydatiform mole cases at the hospitalization who had GTD diagnosis histopathologically later.

Material and methods: This retrospective study was performed including the patients who had GTH diagnosis at gynecology and oncology department at Zeynep Kamil Hospital between 2000 and 2008. Statistical analysis was performed using the SPSS 12 program. Chi-square test was used for statistical analysis. P values were considered to be statistically significant at P < 0.05.

Results: 203 patients were included in this research. Right diagnosis ratio at partial mole cases is %15 (19/123) and at complete mole cases is %50 (40/80). Early diagnosis ratio with ultrasonography at total hydatiform mole cases is %29 (59/203).

Conclusion: It is important to keep in mind GTD when pregnant women who dont visit doctors regularly ,apply emergency with vaginal bleeding at the first trimester.

Keywords: Gestational trophoblastic disease, early diagnosis, ultrasonography

GİRİŞ:

Gestasyonel trofoblastik hastalık(GTH), anormal fertilizasyonun bir sonucu olarak

gelişen gebelikte trofoblastın anormal proliferasyonu sonucu endometrium ve myometriumu invazyonu ile karakterize bir hastalık grubudur. Genellikle spontan re-

zolüsyon ile sonuçlanır. Benign mol hidatiformdan, hayatı tehdit eden koryokarsinoma kadar değişkenlik gösteren geniş bir spektruma sahiptir(1). Genellikle ilk trimesterde olan vaginal kanama veya gebeliğin 10-12. haftalarında yapılan rutin ultrasonografi ile tanı konulur(2,3,4). Diğer klinik bulgular ise; uterusun hızlı büyümesi ve olması gereken gestasyonel haftadan büyük palpasyonu , 2. Trimesterden önce görülen preeklampsi ve aşırı hiperemezis gravidarumdur. Anormal proliferasyon nedeniyle artan trofoblastik dokudan salgılanan aşırı human koryonik gonadotropin (HCG) düzeyleri en belirgin işarettir(5). Vakum küretajın kullanımı ve gelişimi, gebelik terminasyonu, kontraseptif yöntemler, görüntüleme yöntemleri ve biokimyasal testler doğum oranlarını azaltmakla birlikte GTH insidansını da azaltmıştır. Ultrasonografi molar gebelik ön tanısında erken dönemde önemli bir yer kazanmıştır(6,7). Molar gebeliğin kesin tanısı, vakum küretaj sonrası alınan örneğin histopatolojik olarak değerlendirilmesi ile konur(8). Bu çalışmayla hastanemiz kadın hastalıkları ve doğum bölümüne 2000–2008 yılları arasında histopatolojik olarak Molar Gebelik(MH) tanısı almış olan olguların hospitalizasyon--yatış esnasında konulan ilk yatış--ön tanı tanılarının doğruluğunun retrospektif olarak karşılaştırılmasını amaçladık.

MATERYAL-METOD:

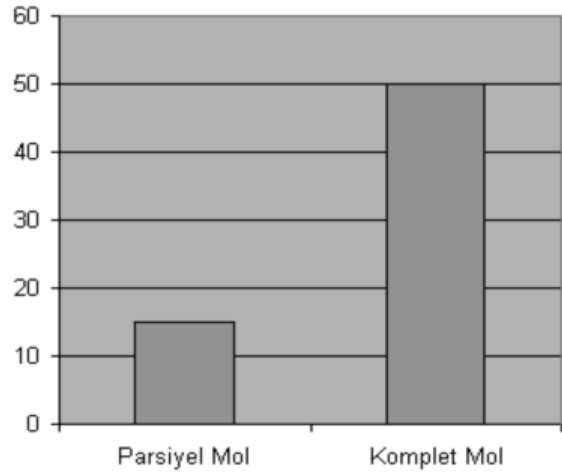
2000–2008 yılları arasında Jinekoloji ve Jinekolojik Onkoloji biriminde histopatolojik olarak MH tanısı almış olan olguların medikal kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Nihai histopatolojik tanı ile ilk yatış esnasındaki klinik tanıları MH'ların alt grupları göze alınarak karşılaştırılmıştır. Kliniğimize abortus, doğum sonrası vajinal kanama veya gestasyonel yaşla uyumsuz uterus büyüklüğü gibi şüpheli bir öyküyle başvuran her kadın gebelik ve trofoblastik hastalıklar yönünden araştırılmaktadır. Trofoblastik hastalık tanısı konulan olgulara tedavi amaçlı vakum küretaj uygulanmaktadır. Vakum küretaj öncesi ve sonrası serum β -HCG (mIU/ml) değerleri takip edilmektedir. Parsiyel, komplet molar gebelik ve abortus tanıları küretaj sonrası elde edilen dokunun histopatolojik olarak

değerlendirilmesi ile tanımlanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 12.0 paket programı kullanılmıştır. Veri sunumunda yüzde dağılımları, ortalama standart sapma değerleri ile birlikte verildi. Tek değişkenli analizde Pearson Ki-kare analizi kullanıldı. $P<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR:

Toplam 203 olgu incelendi. Toplam 59 MH olgusunun doğru bir ön tanı ile hospitalize edildiği, 144 olgunun ise abortus inkompletus, missed abortus veya anembriyonik gebelik gibi ön tanıları kliniğe yatırıldığı gözlemlendi. Parsiyel mol olgularında doğru tanı oranı %15 (19/123), komplet mol hastalarında ise %50 (40/80) olarak hesaplandı(Tablo 1). Tüm MH olgularında doğru ön tanı oranı %29 (59/203) olarak bulundu(Şekil 1).

Tablo3: Olgular ve özellikleri



TARTIŞMA:

Gestasyonel trofoblastik hastalıklar fetal trofoblastik dokudan kaynaklanan heterojen bir neoplazi grubudur. Malignite potansiyeli değişkendir, mol hidatiform hastalığın benign formudur. HM, 1000-2000 gebelikte 1 oranında görülür(9). Mol hidatiform histopatolojik, sitolojik ve klinik yapısına göre iki gruba ayrılır; parsiyel veya komplet mol. Parsiyel formu fokal, hafif-orta trofoblastik hiperplazi ve değişken seviyede villoz ödemle karakterizedir(1,10,11). Gestasyonel trofoblastik hastalık oluşumunda etkili olduğu pek çok araştırıcı tarafından

bildirilen predispozan faktörler: Maternal yaş, menarş, parite, ilk gebelik yaşı, geçirilmiş mol gebelik öyküsü, önceki gebelikler arasındaki süre, genetik faktörler, diet, malnütrisyon, viral enfeksiyonlar, sosyoekonomik düzey ve Asya kökenli olmaktır(12,14). Hatta pelvik tüberküloz bile GTH oluşumunda suçlanmıştır(14,15). Tam---komplet hidatidiform mol, coğrafik ve ırksal farklılıklar olmakla birlikte en yüksek oranlarda doğu Asya'da bildirilirken, A.B.D'de 1500-2000 gebelikte bir gözlenmektedir. Bu molar gebelikli hastaların %15-20'si invaziv molle ve %2-3'ü de koryokarsinoma ile sonuçlanmaktadır(16,17). Ülkemizde GTH insidansı 12/1000 gebelikte bildirilmiştir(14,18). Ultrasonografide komplet molde heterojen ekogenik endometrial kitle ile kar yağdı manzarası adı verilen çeşitli büyüklükteki anekoik kistik yapılar izlenir. Fetal doku ayırt edilemez. Doppler usg de ise artmış vaskülarite ve uterusun spiral arterlerinde düşük dirençli dalga formları izlenir. Komplet molların %50'sinden azında, anormal trofoblastik hücrelerden aşırı miktarda salınan hcg---serum β -HCG nedeniyle gelişen overyal hiperstimülasyon sonrası teka lutein kistleri görülür(19). Parsiyel mol ultrasonografisinde ise fetal doku bulunur. Ciddi simetrik büyüme geriliği, multipl yapısal anomali ve oligohidroamnios mevcuttur. USG komplet mol ile benzer bulgular verir fakat fetal nod ayırt edilir(19,20). Kirk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre total---tüm molar gebeliklerin ultrasonografi ile tanınma oranı %44 iken, komplet molde bu oran %95, parsiyel molde ise %20'dir(21). Chelli ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre Hidatiform mol durumunda ultrason duyarlılığı %75.86. Komplet molde usg ile saptama oranı %96,1 iken parsiyel molde bu oran %28'dir(22). Lindholm ve arkadaşlarına göre ise yüksek rezolusyonlu ultrason teknolojisine rağmen parsiyel mol vakalarının %40'ı tanınabilir(23). Yapılan bir çok çalışmada, parsiyel mol gebeliklerle karşılaştırıldığında, ultrason Komplet mol hidatiform tanısında daha güvenilir olduğunu göstermiştir(24-29) Bizim çalışmamızda da komplet mol gebeliklerin ultrasonografi ile tanı oranı daha yüksektir. Kliniğimizde doğru tanı Parsiyel mol olgularında doğru tanı oranı %15, komplet

mol hastalarında ise %50 olarak hesaplandı. Fetal nodun izlenmesi parsiyel mol tanısını güçlendirmektedir. Abort sonrası başvuran ve gebeliğin başından beri takip olmayan hastaların ultrasonografik değerlendirilmesi zorlaşmaktadır. Kliniğimize başvuran bu tip acil vakaların doğru değerlendirme oranını azaltıyor olabilir. Tanıdaki bu güçlük nedeniyle abortus nedeniyle küretaj uygulanan her gebenin tahliye materyali mutlaka histopatolojik olarak değerlendirilmelidir.

SONUÇ:

MH, kendisini obstetrik acil olarak gösterebilir ve olguların acil polikliniklere başvurmaları sık olarak gerçekleşir. Özellikle MH sözkonusu olup, gebeliği esnasında ilk defa herhangi bir kliniğe kanama nedeniyle başvuran olgularda başlangıçtaki tanı, yanlışlıkla gebeliğin daha sık görülen diğer acil durumları olabilir. Araştırmamız bu durumu doğrulamakta ve parsiyel MH olgularının diğer erken gebelik komplikasyonları ile karıştırılma düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Özellikle takipsiz olarak, kanama nedeniyle ilk defa başvurmuş olan erken gebelik olgularının tanısında MH olasılığının daha dikkatle irdelenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- 1) Lurain JR: *Gestational trophoblastic disease II: classification and management of gestational trophoblastic neoplasia*. Am J Obstet Gynecol 2010.
- 2) McGrath S, Short D, Harvey R, Schmid P, Savage PM, Seckl MJ; *The management and outcome of women with post-hydatidiform mole 'low-risk' gestational trophoblastic neoplasia, but hCG levels in excess of 100 000 IU l(-1)*. Br J Cancer. 2010 Mar 2;102(5):810-4
- 3) Sebire NJ, Seckl MJ (2008) *Gestational trophoblastic disease: current management of hydatidiform mole*. BMJ 337: a1193
- 4) Seckl MJ, Fisher RA, Salerno G, Rees H, Paradinas FJ, Foskett M, Newlands ES (2000) *Choriocarcinoma and partial hydatidiform moles*. Lancet 356: 36-39
- 5) Dighe M, Cuevas C, Moshiri M, Dubinsky T, Dogra VS. *Sonography in first trimester bleeding*. J Clin Ultrasound 2008;36(6):352-366.

- 6) Jauniaux E, Nicolaides KH. Early ultrasound diagnosis and follow-up of molar pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997;9:17-21
- 7) E. Jauniaux Ultrasound diagnosis and follow-up of gestational trophoblastic disease *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998;11:367-377
- 8) Berkowitz RS, Goldstein DP, Bernstein MR. Natural history of partial molar pregnancy. *Obstet Gynecol* 1985;66: 677-681
- 9) Sebire NJ, Foskett M, Fisher RA, Rees H, Seckl M, Newlands E. Risk of partial and complete hydatidiform molar pregnancy in relation to maternal age. *BJOG* 2002;109(1):99-102.
- 10) Steigrad SJ. Epidemiology of gestational trophoblastic diseases. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2003;17(6), 837-847
- 11) Weigle DS, Bukowski TR, Foster DC, et al. Recombinant ob protein reduces feeding and body weight in the ob/ob mouse. *J Clin Invest* 1995; 96:2065- 2070
- 12) Cetin M, Balta O, Duran B, Guvenal T, Yanar T. A Retrospective Study of Molar Pregnancy Cases Submitted to our Clinic. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 26 (1):18-22
- 13) Parazzini F, La Vecchia C, Pampallona S, Franceschi S. Reproductive patterns and risk of gestational trophoblastic disease. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 866-70.
- 14) Steigrad SJ. Epidemiology of gestational trophoblastic diseases. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2003;17(6), 837-847
- 15) Acosta-Sison H. Observation which may indicate the aetiology of hydatidiform mole and explain its high incidence in the Philippines and Asiatic countries. *Philippine Journal of Surgery* 1959; 14: 290-293.
- 16) Terek MC, Akman L, Zekioglu O, Dikmen Y, Erhan Y, Ulukus M; İnvaziv Mol Hidatiform: Olgu Sunumu Ve Literatür Derlemesi. *Ege Tıp Dergisi* 2005;44(2):127-130
- 17) Scott JR, Disaia PJ, Hammond CB : Danforth's *Obstetrics and Gynecology*. Philadelphia, Lippincot&Wilkins, 9th edition 2003;1039-1053
- 18) Gul T & Yilmazturk A. A review of trophoblastic diseases at the medical school of Dicle University. *European Journal of Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Biology* 1997; 74: 37-40.
- 19) Elsayes KM, Trout AT, Friedkin AM, Liu PS, Bude RO, Platt JF, Menias CO. Imaging of the Placenta: A Multimodality Pictorial Review. *Radiographics* 2009;29:1371-1391
- 20) Benson CB, Genest DR, Bernstein MR, Soto-Wright V, Goldstein DP, Berkowitz RS. Sonographic appearance of first trimester complete hydatidiform moles. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 16: 188-191.
- 21) E. Kirk, Papageorghiou AT, Condous G, Bottomley C, Bourne T. The accuracy of first trimester ultrasound in the diagnosis of hydatidiform mole *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007;29:70-75
- 22) Chelli D, Dimassi K, Bouaziz M, Ghaffari C, Zouaoui B, Sfar E, Chelli H, Chennoufi MB. Imaging of gestational trophoblastic disease. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2008 Oct;37(6):559-67
- 23) Lindholm H, Flam F. The diagnosis of molar pregnancy by sonography and gross morphology. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78:6-9.
- 24) Lazarus E, Hulka C, Siewert B, Levine D. Sonographic appearance of early complete molar pregnancies. *J Ultrasound Med* 1999; 18: 589-594.
- 25) Soto-Wright V, Bernstein M, Goldstein DP, Berkowitz RS. The changing clinical presentation of complete molar pregnancy. *Obstet Gynecol* 1995; 86: 775-779.
- 26) Benson CB, Genest DR, Bernstein MR, Soto-Wright V, Goldstein DP, Berkowitz RS. Sonographic appearance of first trimester complete hydatidiform moles. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 16: 188-191.
- 27) Sebire NJ, Rees H, Paradinas F, Seckl M, Newlands E. The diagnostic implications of routine ultrasound examination in histologically confirmed molar pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001; 18: 662-665
- 28) Johns J, Greenwold N, Buckley S, Jauniaux E. A prospective study of ultrasound screening for molar pregnancies in missed miscarriages. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 25: 493-497
- 29) Fowler DJ, Lindsay I, Seckl MJ, Sebire NJ. Routine pre-evacuation ultrasound diagnosis of hydatidiform mole: experience of more than 1000 cases from a regional referral center. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 27: 56-60.