

MOL HİDATİDİFORM VE FETUS

Ergün ONUR¹

Tijen ERÇAL²

A. Vahap ÖZEN²

Mol ve fetus saptanan iki olgu nedeniyle literatür bilgileri gözden geçirildi ve tartışıldı.

Two cases of mole hydatidiform and fetus is presented, literature is reviewed and discussed.

Mol hidatidiform trofoblastik hastalıklar içinde en sık görüleni olup koryon villuslarının benign bir dejeneresansıdır. Yüksek düzeyde koryonik gonadotrop hormon salgılaması tipik özelliğidir.

Mol gelişiminin erken dönemi normal gebeliklerden farklı değildir. Uterus genelde gerçek gebelik haftasına göre daha büyüktür. İlk belirti vaginal kanamadır ve çoğunlukla sekizinci haftada ortaya çıkar. Vaginal kanama ile birlikte mol vezikülleri de düşebilir. Daha ileri haftalarda çocuk kalp seslerinin duyulmayışı önemli bulgularından biridir (1, 4, 5, 6).

İstatistiki çalışmalardan edindiğimiz bilgilere göre bu hastalığın görülme oranı ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1500 - 2000, Çin'de 530, Filipinler'de 275, Meksika'da 200, Taiwan'da 225, Formosa'da 82 gebelikte bir oranında ve ülkemizdeki istatistiki çalışmalarda ise Erzurum'da 187, İzmir'de 278 ve İstanbul'da 614 gebelikte bir mol hidatidiform görüldüğü bildirilmektedir. Güneydoğu ve Karadeniz bölgelerinde de bu oranın 5 - 10 kez daha fazla olduğu saptanmıştır (3, 6, 8, 11, 14).

Araştırmalara göre mol hidatidiform ve fetusun birlikte bulunduğu vakalar son derece azdır ve 10.000 - 100.000 gebelikte bir görülür (9, 11).

Polikliniğimizde izlenen gebelerden ikisinde rastladığımız mol hida-

- (1) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.
- (2) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

tidiform ve fetus olguları ender rastlanmalarından dolayı takdimi uygun bulundu.

Vaka 1 : Bn. F. G. 17 yaşında, 16 haftalık gebe olan hasta son 20 günden beri vaginal kanaması olduğu için 29.9.1984 tarihinde polikliniğimize müracaat etti ve 2924/235 protokol numarası ile yatırıldı. İlk hamilelik olup hasta son adet tarihini hatırlamıyor. Öz ve soy geçmişinde özellik yok. Kan basıncı 110/70 mmHg, nabız 70/dk., ateş 36.5°C olup fizik muayenede bir patoloji yok. Pelvik muayenede vulva-vagen: normal, kolum: kapalı-forme, uterus: 16 haftalık gebelik cesametinde, adneksler: normal, parametrium: serbest bulundu. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin: 11 gr, eritrosit: 3.800.000, lökosit: 6000, kanama zamanı: 3.5 dakika, pıhtılaşma zamanı: 5 dakika, idrarda protid: yok, glusit: yok, reaksiyon: asit, dansite: 1010, mikroskopi: 2-3 Ca oksalat kristali ve 5-6 epitel hücresi bulundu. Doppler cihazı ile çocuk kalp sesleri mevcut. Hasta 16 haftalık groses+abortus imminens tanısı ile yatırılarak tıbbi tedaviye başlandı. Servise kabul edildikten sonra vaginal kanaması ve sancıları arttı. Mol veziküllerinin fark edilmesi üzerine yapılan muayenede kolumda dilatasyon saptandı. Uterusun boşaltılması ile mol veziküllerinin yanı sıra 10 x 8 cm boyutunda plasenta dokusu ve 10 cm boyunda bir cenin görüldü. Histopatolojik tetkik «Mol hidatidiform, plasenta ve cenin (Akın Patoloji Laboratuvarı - Konya)» olarak geldi.

Postküratif devresi normal seyreden hasta gerekli önerilerde bulunularak ve kontrollere çağırılarak taburcu edildi.

Vaka II : Bn. F. Z., 40 yaşında, 20 haftalık gebe olan hasta son bir haftadan beri kasık ve bel ağrılarının yanı sıra hafif vaginal kanaması olduğu için polikliniğimize müracaat etti ve 3943/494 protokol numarası ile kliniğimize yatırıldı. Onuncu gebelik olup hasta son adetini hatırlamıyor. Öz ve soy geçmişinde özellik yok. Kan basıncı: 200/110 mmHg, nabız: 88/dk. ateş: 37.1°C, ödem (+). Fizik muayenesi normal. Pelvik muayene de vulva-vagen: normal, kolum: kapalı-forme, hafif eksutero kanama mevcut, uterus: 4-4½ aylık gebelik cesametinde, adneksler: normal, parametriumlar: serbest bulundu. Laboratuvar tetkiklerinde: Hemoglobin: 9.5 gr, eritrosit: 3.120.000, lökosit: 10.400, kanama zamanı 2 dakika, pıhtılaşma zamanı: 3.5 dakika, idrar tetkikinde: Protid: (+), glusit: yok, dansite: 1020, mikroskopi: bol lökosit, 1-2 kaba granüllü silendir, ve 9-10 epitel bulundu.

Ultrasonografi ile 16 haftalık canlı fetus tesbit edilerek abortus imminens ve preeklampsi tanısı ile yatırıldı. Tıbbi tedaviye başlandı. 1.3.1985 tarihinde tekrarlanan ultrasonografide fetusun ölü olduğu tesbit edildi. 3.3.1985 tarihinde ekstra amniotik rivanol instillasyonu yapıldı ve

aynı gün hasta spontan olarak 300 cm³ hacminde veziküller içeren materyal ve 10 cm boyunda cenin attı. Daha sonra revizyon küretaj yapıldı. Histopatolojik tetkik «Mol hidatidiform ve cenin (Akın Patoloji Laboratuvarı - Konya)» olarak geldi.

Post abortif genel durumu iyi seyreden hasta gerekli önerilerde bulunularak ve kontrollere çağırılarak taburcu edildi.

TARTIŞMA

Bazı araştırmacılara göre mol hidatidiformu 20 yaşın altında ve 40 yaşın üzerinde sık görüldüğü bildirilmektedir. Buna karşılık ülkemizde ve dış kaynaklı yayınların birçoğunda doğurganlığın en yüksek düzeyde olduğu 20 - 30 yaşlarında fazla oluştuğu ifade edilmektedir. Genç yaş grubunu tehdit etmesi ve meydana getireceği komplikasyonlar bu hastalığın önemini ortaya koymaktadır. Molar gebeliklerin %4 - 10 oranında koryon epiteliomaya dönüştüğü de göz önüne alınacak olursa ulaşılabileceği ciddi boyutları tahmin etmek mümkündür (3, 4, 10, 12, 13).

Hastalığın etyolojisi halen açıklığa kavuşmuş değildir. Muhtelif görüşler ileri sürülmekte olup bu konuda fikir birliği sağlanamamıştır. Bir grup araştırmacıya göre mol hidatidiform sosyo-ekonomik koşulların düşük olduğu bölgelerde daha sıktır. Fakat Çin ve Havai Adası gibi sosyo-ekonomik durumun iyi olduğu bölgelerde oran yüksektir. Aynı ülkelerin fakir halk kesiminde ise hastalığın az saptanması ilginçtir (3, 5, 10, 11).

O halde beslenme yetersizliği kesin bir etken olarak kabul edilemez. Proteinli gıdaların az alınmasının ovum üzerinde olumsuz etki yaptığı şeklindeki düşünce yukarıdaki bilgilerin ışığında etyolojiyi açıklamaktan uzaktır. Muhtemelen genetik faktörlerin ve diğer bilinmeyen birçok etkenin sorumlu tutulabileceği daha geçerli görülmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalar da bunu destekler mahiyettedir.

Vakaların %50'sinde kesin tanı konulabilmektedir. Genelde uterusun gerçek gebelik haftasına göre daha büyük bulunması, çocuk kalp seslerinin duyulmaması teşhiste yardımcıdır. Ancak molar gebeliğin parsiyel formunda uterus gerçek gebelik haftasına uygun boyutta hatta daha küçük bulunabilir. Bu durum plasentanın nisbeten küçük ve molar değişikliğin hafif ve fokal oluşu ile açıklanabilmektedir. Klinik olarak mol hidatidiformun zaman zaman tanısındaki güçlükler yukarıda belirtilen faktörlerden kaynaklanır (1, 6, 7, 12, 13).

Vakalarımızda olduğu gibi uterusun büyüklüğünün gebelik haftasına uygun boyutu yanı sıra, çocuk kalp seslerinin bulunması, vaginal kanama ve kollumun kapalı forme durumu bize abortus imminensi düşün-

dürdü. Hastalara gerekli tıbbi tedavi uygulandı. Bilahare her iki olguda uterus tahliyesini takiben molar gebeliğe ait materyal içinde ceninin de bulunması vakaların ilginçliğini ortaya koydu.

Mol hidatidiform vakalarında preeklampsi sıklıkla görülür ve buna teka lutein kistleri de refakat eder. Mol hidatidiformun fetusla beraberliğinde, preeklampsi bulgularının şiddetli olması araştırmacıların dikkatini çekerek mol+fetus, preeklampsi ve teka lutein kistlerinin mevcudiyetine dayanan bir sendrom da tarif edilmiştir (1, 12, 13).

Vakalarımızın birincisinde bulguların normal olmasına karşılık, ikincisinde preeklampsi şiddetli fakat teka lutein kistleri mevcut değildi. Görüldüğü gibi her iki vakada da daha önce belirtilen sendromdan farklı yönler söz konusudur. Olgularımızda düşünülen Human Koryonik Gonadotropin tetkiki hastaların takibe gelmemesi nedeni ile yapılamadığından tartışmamızda da bu konuya değinemedik.

Günümüzde mol hidatidiform tanısı için kullanılan yöntemler arasında en faydalı ve zararsız olanı ultrasondur. Tanıda yanılma olasılığı son derece azdır. Mol ve fetusun birlikte bulunduğu vakalarda molar transformasyon az olduğundan ultrasonografik değerlendirme bazen hatalı sonuçlar verebilir (1, 2, 3).

Erken tanının değeri mol hidatidiformda son derece önemlidir. Ancak vakaların büyük bir çoğunluğunun aktif vaginal kanama ile baş vurmamasından dolayı gerekli tetkiklerin yapılamadığı bilinen bir gerçektir. Erken tanıda büyük yarar sağlayan ultrason ülkemizde yaygın olarak araştırma sahasına girmiştir. Bu tanı yönteminin rutin olarak kullanılması, önemini vurguladığımız trofoblastik hastalıkların teşhisinde kuşkusuz büyük yarar sağlayacaktır. Bu hastalığın erken tanısı, uygun tedavi ve takiplerinin mortalite ve morbidite oranlarını da azaltacağı tartışmasız ortadadır.

KAYNAKLAR

1. Arısan, K. : *Doğum Bilgisi*, Çeltüt Matbaası, 2. baskı, İstanbul s.: 519, 1984.
2. Eminoğlu, M. : *Diagnostik ultrasonografi ve bunun obstetrik ve jinekolojide kullanılma yerleri*. E. Ü. T. F. Mec., 14: 727, 1975.
3. Erdemir, R., Dikmen, Y., Dinçer, Ö. : *Trofoblastik hastalıklarda epidemiyoloji*. E. Ü. T. F. Mec., 22: 1207, 1983.

4. Garrey, M. M., Govan, A. D. T., Hodge, C. H., Callender, R. : *Gynecology Illustrated*, 2nd. Ed., Churchill Livingstone, Edinburg and London, p.: 432, 1972.
5. Garrey, M. M., Govan, A. D. T., Hodge, C. H., Callender, R. : *Obstetrics Illustrated*. 2nd. Ed., Churchill Livingstone, Edinburg, London and New York, p.: 444, 1974.
6. Gürgüç, C. A. : *Doğum Bilgisi*, 2. baskı, A. Ü. Tıp Fakültesi Yayınları, Ankara, s.: 350, 1973.
7. Hellman, L. M., Pritchard, J. A., Wynn, R. M. : *William's Obstetrics*, 14th Ed., Appleton-Century-Crafts, New York, p.: 564, 1971.
8. Jeffcoate, N. : *Principles of Gynaecology*, 4th Ed., Butterworths, London and Boston, p.: 220, 1975.
9. Jones, W., *Hydatiform mole with coexistent fetus*. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 122: 267, 1975.
10. Page, E. W. : *The plasenta and the fetus, trofoblastic diseases*, in *Current Obstetric Gynecologic Treatment*, Ed. by Benson, R. C., p.: 490, 1976.
11. Polater, H., Kösebay, D., Şen, B. : *Mol hidatidiform ve canlı çocuk*, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 8: 16, 1976.
12. Sicuranza, B. J., Tisdall, L. H. : *Hydatidiform mole and eclampsia with coexistent living fetus in second trimester of pregnancy*, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 126: 513, 1976.
13. Szulman, A. E., Surti, M. : *The clinicopathologic profile of the partial hydatidiform mole*. *Obstet. Gynecol.*, 59: 597, 1982.
14. Uslu, M., Palancı, A., Pirimoğlu, U. : *Akut karın nedeni olarak fallop tüpünde mol hidatidiform*, *Dirim Mec.* 56: 259, 1981.