

BİR CHORIOCARCİNOMA VAKASI

Dr. Ayşe YÜKSEL (*) • Dr. Nurettin AKA (*) • Dr. Almıla BAL (**) • Dr. İsmail EVREN (***)

ÖZET: Choriocarcinoma oldukça nadir görülen bir tümördür. Yüksek oranda malignite potansiyeline sahiptir. Bu yazıda Choriocarcinomalı bir vaka sunulmuştur.

SUMMARY: A Choriocarcinoma case. Choriocarcinoma is a very seen tumor. It has a high degree of malignancy potential in tu is study, a case of Choriocarcinoma is presented.

GİRİŞ

Gestasyonel trofoblastik hastalıklar, Blastosistin trofoblastik elemanlarından yani sitotrofoblast ve sinsisyotrofoblastlardan gelişirler. Üç şekli vardır: Mol Hidatiform, İn-vaziv Mol, choriocarcinoma (4).

İnsidansları yöreye göre değişken olup, Choriocarcinoma için USA'da 1/40000 gebelikte görüldüğü ve doğuda bu oranin daha yüksek olduğu bilinmektedir. choriocarcinoma tüm trofoblastik hastalıkların % 2-5'ini oluşturmaktadır. Bunların % 50'si mol hidatiform, % 25'i term gebelik, % 25'i ise abortus sonrasında görülmektedir. Ektopik gebeliği takiben de gelişebileceği saptanmıştır (4,1).

VAKA TAKDİMİ

Bayan H.K. 23 yaşında Kastamonu doğumlu, evli. Servimizde 17.10.99 tarihinde 24851/8954 protokol numaraları ile yatırıldı.

Hastanın soygeçmiş ve özgeçmiş anamnezlerinde bir özellik yoktu.

16 yaşında ilk adetini görmüş ve aynı yaşta evlenmiş. Sonucusu iki yıl evvel olmak üzere 3 normal spontan doğumu olmuş. Abortusu yok. 5 ay öncesine kadar adetleri düzenli imiş, 5 ay evvel kısa bir amenore sonrasında şiddetli kanamaları olması üzerine 3 ay kadar önce bir doktora başvurmuş ve kürete edilmiş. Materyal veya parça ile ilgili elimizde herhangi bir bilgi bulunmamaktadır.

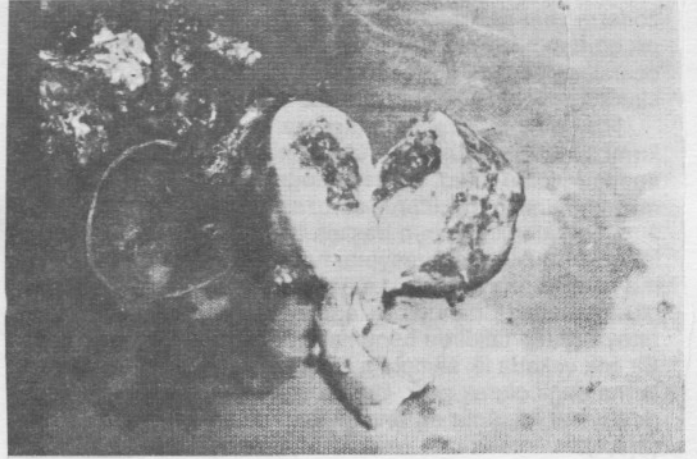
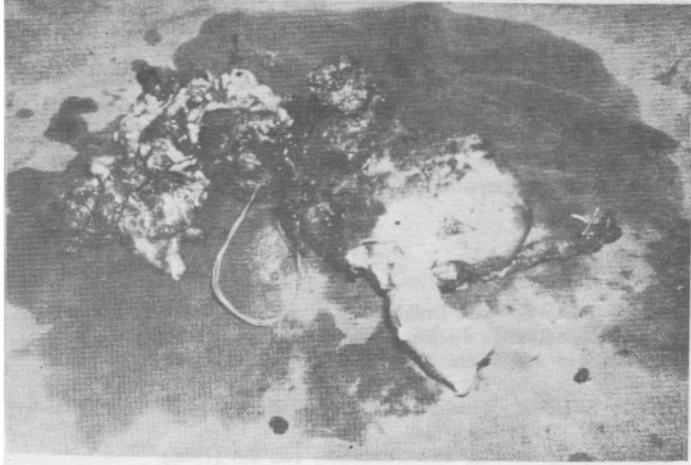
Hastanın bize başvuru nedeni, 2 gündür karın alt kısmında, kasığa vuran, orta şiddette ağrısının olması ve kürtajdan itibaren (takriben 3 aydır) hiç kanamasının olmaması idi.

Hastanın genel durumu orta olup, soluk ve zayıftı. Geliş

* Şişli Etfal Hastanesi 3. Kadın Doğum servisi Başasistanı

** Şişli Etfal Hastanesi 3. Kadın Doğum servisi Asistanı

*** Şişli Etfal Hastanesi Patoloji servisi Şefi



tansiyon arteryali 120/70, Nbs. 118, ateş 36,5 C'ti. sistemik muayenesinde herhangi bir patolojisi yoktu.

Ganital muayenesinde vulva tabii, hymen eski deflore, vajen tabii görünümündeydi. Collum, multipar vasıfta, extrauterin cüzi kanaması mevcuttu. Corpusu normal cesametten iri, yumuşak ve sağa deviye olup, sol adnexte sınırları belirgin olmayan ağrılı kitle mevcuttu. Douglas yumuşak ve dolgun idi.

Hemogram sonucu: Hb % 58, Eritrositk: 2.730.000, Lök.: 7500 idi. Yapılan Plano testi şüpheli pozitif ve Douglas ponksiyonu ile pıhtılaşmayan taze kan geldi. Yapılan ultrasonografik incelemede, uterus 9X6 cm. boyutlarında, endometrium düzensiz, sol adnexte içinde 4X5 cm. boyutlarında kistik oluşum olan düzensiz solid bir kitle mevcut idi, batında sıvı mevcuttu. Bu bulgular üzerine hasta extrauterin gebelik ön tanısı ile laparotomiye alındı.

Laparotomi esnasında, batına girildikten sonra yapılan explorasyonda, uterusun bicorn yapışık olduğu ve sol arka duvardan cornu hizasına kadar perfore olduğu, etrafının nekrotik doku ile kaplı olduğu görüldü. Sol tuba, overle birlikte bağırsakalara yapışık konglomere nekrotik bir kitle görünümündeydi. Sol overde 5X5 cm. kist mevcuttu. Sağ tuba ve over tabii görünümündeydi. Bu bulgular üzerine histerek-

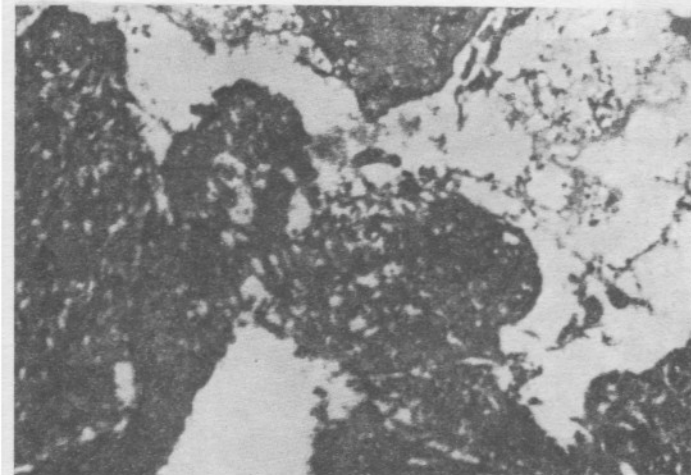
tomiye karar verilerek TAH + Sol salpingo ooforektomi yapıldı (Resim 1-2).

Hastanın post-op seyrinde bir özellik olmadı. Piyesin patolojik incelemesinde, uterus ve sol tubada syncytio ve cytotrophoblastik hücrelerin oluşturduğu solid alanlar, infiltrasyonlar ve villusa benzer yapılar mevcut olup, bunlar daha çok geniş kanama ve nekroz alanları çevresinde yoğunlaşmıştı. Bu görünüm ile choriocarcinoma tanısı kondu (Resim 3-4). İlk odağın uterus mu, tuba mı olduğu konusunda bir sonuca varılamadı.

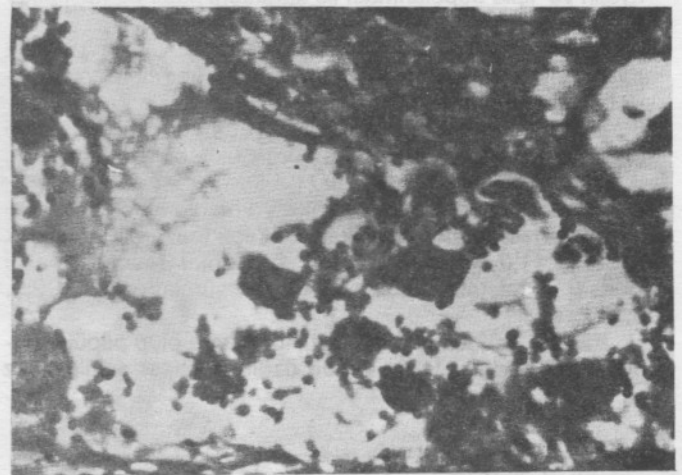
Hastanın β -HCG sonucu 1000 mIU/ml idi. Hastada yapılan tomografik incelemede Akciğerde yaygın metastaz saptandı. Hasta kendi isteği üzerine kemoterapi yapılması için bir onkoloji kliniğine gönderildi.

TARTIŞMA

Gestasyonel trofoblastik hastalıklar fetal doku kaynaklıdır. Gerçek mol 46 XX yapısındadır. Ovumun kendi genetik materyali, yani çekirdeği inaktive veya tümüyle yok olur ve tümüyle sperme ait genetik materyal etkisinde duplikasyon ile gelişir. Blastosistteki iç hücre kütlesi differansiyasyon kapasitesini kaybeder ve endoderm gelişemez. Me-



Resim 3: Myometriuma invazyon gösteren trofoblastik elementlerden oluşan hücre kitlesi (HE X 160).



Resim 4: Sinsisyotrofoblastların arasında bir iki sitotrofoblast içeren tümör kitlesi görülmekte (HE X 640).

zoderm yanı sitotrofoblastlar ve sinsisyotrofoblastlar hidropik görünümde gelişerek mol hidatiformu oluştururlar. choriocarcinomada ise differansiasyon daha azdır. Sadece sitosinsisyotrofoblastlar gelişir, villöz yapı yoktur (3,4).

Histerektomi sırasında uterusu kesit yapıldığında koyu kırmızı, üzeri pürtüklü nodüler şekilde görülür. Bir yandan endometriumu tutup, kaviteye doğru gelişirken, öte yandan myometriumu geçip uterus serozasını deler.

Choriocarcinomanın başlıca belirtisi düzensiz kanamalardır. Uterusun perforasyonu halinde intraperitoneal kanama tablosu ortaya çıkar. Lezyonun uterus dışına periton ve parametriuma atlaması ile ağrılar ortaya çıkar. İnfeksiyon ortaya çıktığı takdirde bununla ilgili komplikasyonlar oluşur. Bir çok vakada ilk semptom uzak ve yakın organ metastazlarına bağlı olarak gelir. Uterus perforasyonu sonucu intraperitoneal kanama en önemli komplikasyonlarından biridir (2,3,4).

Metastatik olanlar iyi prognozlu ve kötü prognozlu olarak sınıflandırılırlar.

β -HCG değeri 1000 mIU/ml'de olması, sadece Akciğer metastazlarının varlığı ile iyi prognozlu metastatik neoplazi tanısı konulan vakamız, uzun bir süreyi semptomsuz geçirmesi ve ancak uterus perforasyonu sonucu gelişen şikayetleri ile hastaneye başvurması açısından ilginçtir.

KAYNAKLAR

1. Brewer J.L. Eckman, Dolhart R.E. Torok, E. Webster: Gestational trophoblastic disease, Am.J.Obst.gyn. 109: 335 (1971).
2. Lederman J.A. Curable: Metastatik cancer in young women, Br.J.Obst.gyn., 15: 299, 432 (1987).
3. Philip J. Diasal, Willam T. Creasman: Clinical gynecological oncology. (1984).
4. Sciarra: Gynecology and Obstetrics, vol. 2,4 (1986).