

Invasif Mol Nedeniyle Oluşan Uterus Perforasyonu

Candan CENGİZ*
Suat KIYAN**
Şahsene TOLUNAY***

ÖZET

Mol hidatiform ve koriokarsinomun bir ara lezyonu olan invasif mol nadiren uterus perforasyonuna ve intraabdominal kanamaya sebep olabilir.

Kliniğimizde 1974 yılından beri ilk defa gördüğümüz invasif mol nedeniyle oluşan bir uterus perforasyonu olgusu sunulmuştur.

SUMMARY

Perforation of the Uterus Caused by Invasive Mole

Invasive mole which is an intermediary lesion of hydatidiform mole and choriocarcinoma, rarely causes perforation of the uterus.

A case of uterine perforation caused by invasive mole which we have seen for the first time since 1974 in our clinic, is presented.

Trofoblastik hastalıklardan olan invasif mol (koriaadenoma destruens), mol hidatiform ve koriokarsinom arasında bir geçiş lezyonu olarak kabul edilmektedir. Molar gebeliklerin % 15'inden daha azında rastlanmaktadır.

Histolojik olarak myometriumun derinliklerine ilerleyen hidropik villuslar ve aşırı trofoblastik proliferasyon ile karakterizedir. Bazen de periton, parametrium ve vajene lokal olarak yayılım gösterebilmektedir¹.

* Yard.Doç.Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi.

** Prof.Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi.

*** Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Patoloji Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi.

İnvasif mol tanısını koymak her zaman kolay olmamaktadır. Bazı vakalarda koriokarsinomdan ayırmak zordur. Mol hidatiformun boşaltılmasından sonra gebelik testlerinin negatifleşmemesi veya negatifleştikten sonra tekrar pozitif hale dönmesi koriokarsinom yanında invasif molü de düşündürmelidir. Kesin tanı ancak histerektomiden sonra konabilmektedir. Nadiren uterus perforasyonuna ve buna bağlı intraabdominal kanamaya sebep olarak acil müdahaleyi gerektirebilir².

Bu yazımızda kliniğimizde 1974 yılından beri ilk defa gördüğümüz invasif mol nedeniyle oluşan bir uterus perforasyonu olgusu sunulmuştur.

OLGU

F.A., 23 yaşında, 1 senelik evli, Gr: 1, P: 0, akut batın tablosu ile 16.5.1983'te yatırıldı. Hastamız 1 ay önce 2.5 aylık abortus nedeniyle küretaj olmuş ve 1 hafta sonra kanamasının devam etmesi yüzünden küretajı tekrarlanmış. Bize müracaat ettiği günün sabahında baygınlık geçirdiğini ve bu nedenle hastahanemize başvurduğu öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde hasta soluk görünümde, kan basıncı 95/50 mmHg, nabızı 120/dak. ve batında yaygın hassasiyet, rebound ve defansı mevcuttu. Jinekolojik muayenede; vulva ve vajen soluk, serviks soluk, korpus normalden iri olarak bulundu. Adneksler yaygın hassasiyet nedeniyle palpe edilemedi. Laboratuvar muayenelerinde: Hemogloblin 5 gr., Hematokrit, 15, Lökosit sayısı 14.300 dü. Yapılan Douglas ponksiyonu yetersiz olarak bulundu. Hasta akut batın tanısıyla acil laparotomiye alındı. Laparatomide, batında 1 litre kadar kan bulunduğu ve uterusun normalden iri, yumuşak olduğu ve fundusun sol üst tarafından perforo olduğu saptandı. Her iki tuba normal, overler ise kistik idi. Perforasyon yeri tamir edilmek istendiğinde alttaki dokunun nekrotik olduğu ve yer yer veziküllerin bulunduğu gözlemlendi. İnvasif mol düşünülerek hastaya total abdominal histerektomi yapıldı. Histerektomi materyalinin histolojik muayenesinde (B-2099-83) perforasyonun invasif mole bağlı olduğu saptandı (Resim: 1).



Resim: 1 Myometriium içinde villusun görülişü ve serosanun korionik doku ile harabiyeti. HE x 100

Postoperatif 1 nci günde gebelik testi 1/10 dilüsyonunda pozitif idi. 6 ncı günde gebelik testi negatif bulundu. Hastanın postoperatif devresi komplikasyonsuz seyretti ve 10 uncu gün şifa ile taburcu edildi. Yapılan haftalık idrar muayenelerinde gebelik testi negatif olarak devam etti ve hasta halen takibimizdedir.

TARTIŞMA

Invasif mol, koriokarsinom gibi direkt yayılım ve metastaz kabiliyeti gösterebilir. Bu yüzden, bu lezyon hakkındaki görüşler oldukça farklıdır. Novak ve arkadaşları invazif mol ve koriokarsinom arasındaki en önemli farkın invazif molde villöz yapının sağlam kalmasının olduğunu ileri sürmüşlerdir. Aynı araştırmacılar invazif molün histolojik olarak şu özellikleri gösterdiğini saptamışlardır: 1. Lokal invazyon ve penetrasyon, 2. Nadiren uzak metastaz, 3. Aşırı derecede trofoblastik proliferasyon, 4. Villus yapısının sağlam olması. Bazı hallerde aşırı proliferasyon gösteren trofoblastlar malign dejenerasyona uğrayabilir. Fakat bunun önceden tesbit edilmesi imkansızdır. Ancak serum HCG seviyelerinin yüksek kalması veya artması lezyonun malign potansiyel kazandığına işaret edebilir³. Tow ise, aynı özelliklere sahip olduğundan invazif molü "villöz koriokarsinom", koriokarsinomu ise "avillöz koriokarsinom" olarak tarif etmektedir⁴.

İnvasif molün nadiren uterus perforasyonuna neden olabileceği kitaplarda belirtilmişse de^{5,6}, yakın tarihli literatürde böyle bir olguya rastlayamadık. Nadir olarak meydana geldiğinden görülme sıklığı hakkında kesin bir bilgi verilememektedir⁷.

İnvasif mol, koriokarsinom özellikleri göstermekle beraber genellikle tedaviye koriokarsinomdan daha iyi cevap vermektedir. Mortalite oranı yönünden karşılaştırıldığında invazif molün % 4-14, koriokarsinomun ise % 80 olduğu saptanmıştır⁶. Tedavi prensipleri yönünden 2 lezyon, "Metastatik Trofoblastik Neoplaziler" adı altında toplanmaktadır⁸. Tedavide esas kemoterapinin uygulanmasıdır. Ancak bizim olgumuzda olduğu gibi uterus perforasyon meydana gelmiş ise cerrahi müdahale gerekebilir^{1,8}.

İntraabdominal kanama nedeniyle acil müdahalenin gerektiği hallerde, kanamanın nadiren de olsa trofoblastik hastalıklara bağlı olabileceğini düşünmemiz gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. PRITCHARD, J.A., MACDONALD, P.C.: William Obstetrics. 16th. Edition, Appleton-Century-Crofts, New York, 1980, p. 571-573.
2. DISAIA, P.J., MORROW, P.C., TOWNSEND, D.E.: Synopsis of Gynecologic Oncology. John Wiley and Sons, New York, London, Sydney, Toronto, 1975, p. 230-253.
3. NOVAK, E.R., WOODRUFF, J.D.: Novak's Gynecologic and Obstetric Pathology. Seventh Edition, W.B. Saunders Comp., Philadelphia, London, Toronto, 1974, p. 604-608.
4. TOW, W.S.H.: The classification of malignant growths of the chorion. Br J Obstet Gynaecol, 73: 1000, 1966.

5. YAVUZ, H.: Kadın Genital Kanserleri. Yargıçoğlu Matbaası, Ankara, 1978, s. 365-384.
6. BREWER, J.I., TAMIMI, H.K.: Gestational Trophoblastic Disease. In: Obstetrics and Gynecology Annual (Ed: Wynn, M.R.) Vol: 5, Appleton-Century-Crofts, New York, 1976, p. 367-398.
7. KAESER, O., ALMENDRAL-CASTANO, A.: Die gestationsbedingten Trophoblasterkrankungen (GTE), Der Gynaekologe, 10: 190, 1977.
8. ROMNEY, S.L., GRAY, M.J., LITTLE, A.B.: Gynecology and Obstetrics: The Health Care of Women. McGraw-Hill Book Company, New York, 1975, p. 713-727.

Yard. Doç. Dr. Candan CENGİZ
Uludağ Üniv. Tıp Fakültesi
Kadın Hast. ve Doğum Ana Bilim Dahı
BURSA