

Plasenta koryoanjiyomu

Adil Öztürk, Füsun Baba, Nurcan Kat, Ebru Gültekin, S. Zeki Ziyilan

A. Öztürk (✉), N. Kat, E. Gültekin, S. Z. Ziyilan
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı,
Şanlıurfa

F. Baba
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı,
Şanlıurfa

Plasenta koryoanjiyomu en sık görülen benign plasenta tümörüdür. Sıklığı %0.02 ile %1 arasındadır. Ancak tümörlerin çoğu küçük boyutta olduğundan rutin ultrasonografik (US) incelemede gözden kaçabilir veya plasentada küçük bir kanama alanı şeklinde yanlış tanı konulabilir. Klinik olarak küçük lezyonlarda fetüs etkilenmeyebilir. Fakat 5 santimetreden büyük tümörlerde polihidramnios, gelişme geriliği ve hatta intrauterin ölüm meydana gelebilir. Çalışmamızda, tanısı US ve Doppler US ile prenatal olarak konan ve doğumdan sonra plasentanın histopatolojik olarak incelendiği, komplikasyonsuz bir koryoanjiom olgusunu literatür bilgileri ışığında sunmayı amaçladık.

Olgu bildirisi

Gravida 3, parite 3 olan 35 yaşındaki gebeye rutin obstetrik US inceleme yapıldı. BPD (biparyetal diameter) ve FL (femur length) ölçümlerinde 29 hafta ile uyumlu canlı tek fetüs izlendi. Belirgin fetal anomali saptanmadı. Amniyotik sıvı miktarı normaldi. Plasenta fundus sol anterior yerleşimli olup, kalınlığı normal sınırlarda izlendi (40 mm). Plasentanın sağ kenarında subkoryonik yerleşimli, sınırları belirgin, normal plasental dokuya göre hipoekoik yapıda, orta kesiminde ekojen alanları olan 37x23 mm boyutunda lobüle kitle izlendi (Resim 1). Yapılan Doppler US incelemede kitlenin damarsal yapılardan zengin olduğu saptandı (Resim 2). Damarlardan alınan spektral örneklemede düşük rezistanslı akım paterni izlendi (Resim 3). Rezistif indeks değeri 0.48 ölçüldü. Buna karşılık umbilikal arter rezistif indeks değeri 0.71 bulundu. Fetus doğuma kadar iki haftalık aralıklarla izlendi. Bu izlemlerde herhangi bir komplikasyon görülmedi. Normal vajinal doğum sonrası plasenta makroskopik (Resim 4) ve patolojik olarak incelendi. Patolojik olarak, yer yer gevşek miksoid, yer yer daha hiyalinize fibrotik stroma içerisinde lobüller adalar tarzında yerleşim gösteren, bir kısmı birbirleriyle anastomoz yapan, kapiller ve kavernoöz tipte vasküler yapılardan oluşmuş lezyon izlendi. Bu vasküler yapıların düzenli görünümde endotelial hücrelerle döşeli olduğu görüldü (Resim 5). Patolojik tanı matür tipte (anjyomatöz tip) koryoanjiyom olarak belirtildi. Neonatal dönemde bebekte herhangi bir anomali ya da hastalık gözlenmedi.

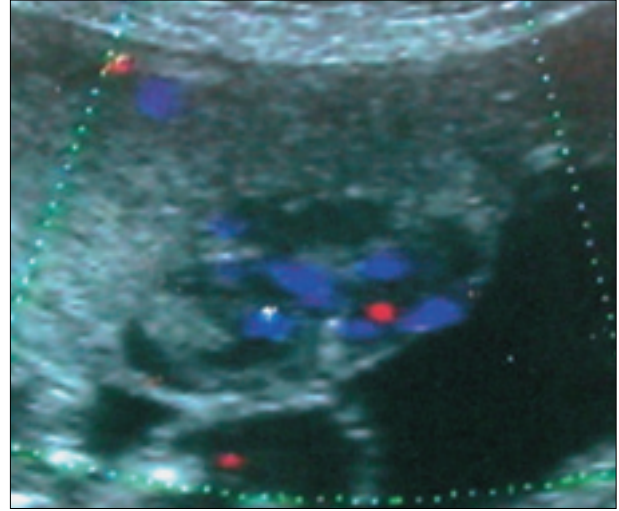
Tartışma

Plasental koryoanjiyom en sık görülen plasenta tümörüdür. Benign

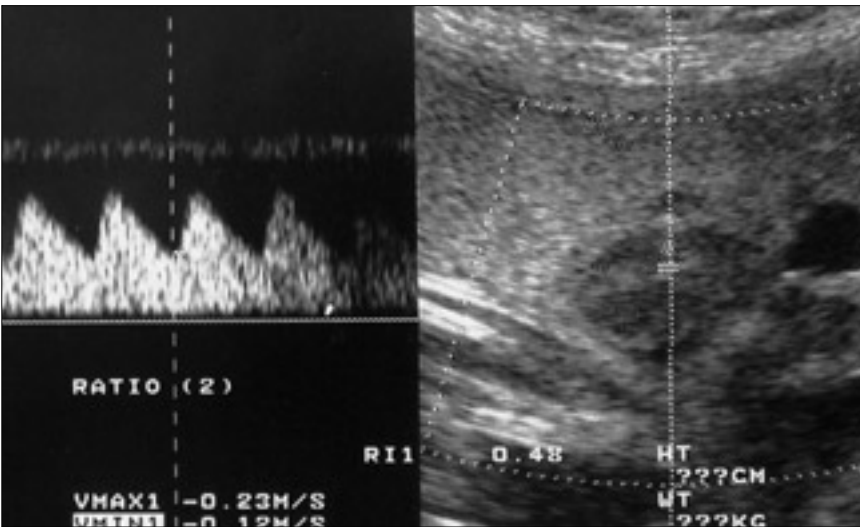
23. Ulusal Radyoloji Kongresi'nde (5-9 Kasım 2002, Antalya) poster olarak sunulmuştur.



Resim 1. Placentada hipoekoik, lobüle kitle görülüyor.



Resim 2. RDUS'de kitlenin damarsal yapılardan zengin olduğu anlaşılıyor.



Resim 3. RDUS'de kitle içinde düşük rezistanslı akım örneği izleniyor.

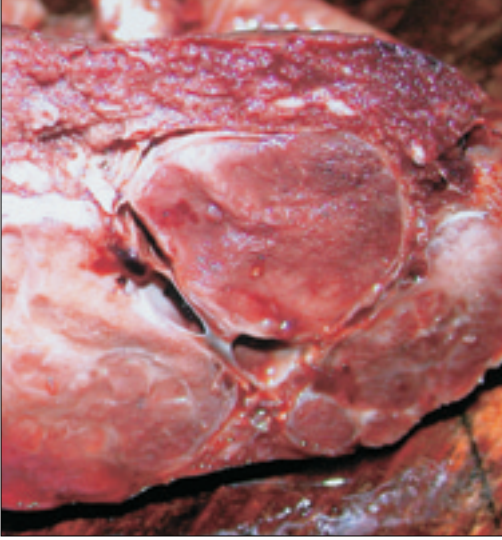
ve damardan zengin, trofoblastik olmayan tümörlerdir. Bunların gerçek tümör mü, yoksa hamartom mu olduğu konusu henüz netlik kazanmamıştır. Bu tümörler primitif koryonik mezankimden kaynaklanır (1). Plasental koryoanjyomların sıklığı 1/100-1/20.000 arasında belirtilmiştir (2). Tek ya da multipl olabilirler. Boyutları 5 ila 200 mm arasındadır. Komplasyonlar genellikle 4 santimetreden büyük kitlelerde izlenir. Sıklıkla rastlansal olarak saptanırlar. Büyük koryoanjyomlar plasentanın herhangi bir yerinde bulunabilecekleri gibi sıklıkla plasentanın fetal yüzünde çıkıntı oluştururlar. Sonografik olarak solid bir ekojen kitle görüntülenir. Daha küçük koryoanjyomlar plasenta ile izoekoik

olabilirler. Bu durumda sonografik olarak saptanmaları zorlaşır. Bu tümörlerde amniyotik sıvıda alfa fetoprotein düzeyinin arttığı gösterilmiştir. Özellikle koryoanjyomun erken evresinde, anne serumundan yapılan üçlü teste alfa fetoprotein ve HCG düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (1,3). Hastalığın etyolojisi bilinmemektedir. Ancak Reshetnikova ve arkadaşları yüksek rakımlı yerleşim yerlerinde (özellikle 3600 metrenin üzerinde) oksijen basıncının düşük olmasından dolayı koryoanjyomların insidansının yüksek olduğunu belirtmişlerdir (4). Hipoksi plasental anjiyogeneziste rol oynayan önemli etmenlerden birisidir. Ayrıca vasküler endotelial büyüme faktörü gibi sitokinlerin de benzer bir etkiye sahip ol-

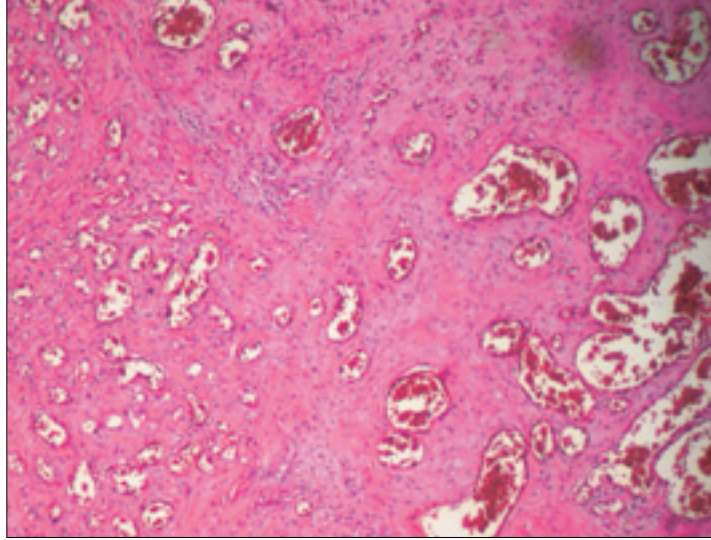
duğu düşünülmektedir (4).

Histolojik olarak üç tipi tanımlanmıştır. Anjiyomatöz tip; matür, vasküler bir tümör şeklindedir. En sık görülen koryoanjyom tipidir. Sellüler tipi immatür tümördür. Dejenere tip ise hiyalinizasyon, nekroz ve kalsifikasyonlardan oluşan miksoid hücre tipine sahiptir (1).

Tümörün tanısında, eğer kitle büyük ise, sıklıkla US ve Doppler US yeterlidir. Doppler US'de özellikle belirgin damarsal yapının gösterilmesi ile tanı kolayca konur. Ancak Doppler US de damarlanma göstermeyen olgular da bildirilmiştir. Kitlenin santralinde nekroza bağlı olarak akım izlenemeyebilir (5). Olgumuzda saptanan anjiyomatöz tip koryoanjyom damarlardan zengin olup, düşük rezistanslı akım paterni göstermekte idi. Ayrıca tümörden ölçülen rezistif indeks değeri umbilikal ven rezistif indeksine oranla düşük izlendi (0.48'e karşın 0.71). Koryoanjyom tanısında MRG de kullanılmıştır (6). Bu tümörler T2 ve proton ağırlıklı incelemelerde çok yüksek sinyal intensitesinde, T1A incelemelerde bir dereceye kadar yüksek sinyal intensitesinde izlenirler. T1A'da tümör çevresinde izlenen sinyal artımının küçük bir hemoraji ya da yüksek konsantrasyonlu proteine bağlı olduğu düşünülmektedir. Lezyonlar genellikle homojenite göstermezler. Hem T1 hem de T2A'da normal plasental dokuya göre daha parlak izlenirler. Bu tümörlerde MRG'nin rolü



Resim 4. Makroskopik spesimende, santralinde belirgin vasküler yapıların olduğu lobüle kitle görülüyor.



Resim 5. Mikroskopide fibröz stroma içerisinde kapiller boyutta çok sayıda damarsal yapıların olduğu tümöral lezyon izleniyor.

tam olarak belirlenmemiş olmakla birlikte, US'de değerlendirilemeyecek kadar küçük lezyonlarda ve komplikasyon gösteren olgularda kullanılabilirliği bildirilmektedir (6).

Büyük koryoanjiyomlar komplikasyonlara yol açabilir. Fetal komplikasyonlar; polihidramniyos, fetal trombositopeni, umbilikal arter trombozu, fetal kardiyomegali, kalp yetmezliği, umbilikal ven dilatasyonu, fetal anemi, fetal hidrops, gelişme geriliği ve fetal ölümdür (1,7-9). Maternal komplikasyonlar; preeklampsi, membranların erken rüptürü, abortus, postpartum hemoraji ve uterin atonidir. Neonatal dönemde erken doğuma bağlı komplikasyonlar (respiratuar distres sendromu ve nekrotizan enterokolit) görülebilir (1). Ayrıca, büyük bir plasental koryoanjiyomun üçlü ödem sendromu ya da ayna sendromu olarak da bilinen Ballantyne sendromuna sebep olduğu bildirilmiştir (3). Bu sendromda hidro-pik fetus yanında plasentada ve anne-de de ödem gelişir.

Polihidramniyos gelişimi tümörün boyutu ile korelasyon göstermekte olup, olguların %18-35'inde görülür. Polihidramniyos gelişimi hala tartışmalı bir konu olmakla birlikte birkaç hipotez ileri sürülmektedir. Bunlar; a) Umbilikal kord yapışma yerine yakın yerleşimli bir tümörün kan akımını mekanik olarak tıkaması ve daha fazla sıvı transudasyonuna yol açması, b)

Fetal yüzeye doğru uzanım gösteren tümörün geniş damarsal yüzeyi boyunca artmış sıvı transudasyonu, c) Fetal kanın vasküler tümör içine geçmesi sonucu oluşan fonksiyonel plasental yetmezliktir (6).

Fetal kalp yetmezliği hızlı kan dolaşımına bağlıdır (7,8). Büyük tümörlerde fetal-plasental dolaşımında arteryo-venöz şantlar gelişebilir. Tonkin ve arkadaşları bir olguda plasentaya doğumdan hemen sonra anjiyografi yaparak arteryo-venöz şantları göstermişlerdir (10). Ayrıca oksijensiz kanın tümör damarları aracılığı ile fetüse ulaşması da kalp yetmezliği ve hidrops fetalise yol açabilir. Kalp normalden büyük olabilir, fakat sol atriyum hipoplastik izlenir (7).

Fetal anemi, alyuvarların koryoanjiyom tarafından parçalanması ya da hemodilüsyonu sonucu meydana gelebilir (8). Bazen küçük bir tümör hızlı büyüme gösterebilir (1,11).

Ayırıcı tanı, hidatiform mol, büyük veya dejenere leiomyom, koryoepitel-yom, plasental teratom ve intraplasental hemoraji ile yapılmalıdır (5,6,11). Bunun yanında koryoanjiyomda enfarkt meydana geldiğinde görünüm abruptio plasenta ile karışabilir.

Prognoz tümörün boyutu ile ilişkili olarak komplikasyonlara bağlıdır. Küçük kitleler semptomsuz olabilir. Büyük tümörlerde ve hızlı büyüme gösteren tümörlerde sonuç yüz güldürücü

değildir. Tümör içinde kalsifikasyon gelişmesi ile klinik tablonun iyileşme gösterdiği ve prognozu olumlu etkilediği bildirilmiştir. Bunun yanında tümörü besleyen damarların spontan trombozu ve infarkt gelişimi nekroz, hemoraji ve kalsifikasyona yol açarak ve var olan arteryo-venöz şantları bloke ederek fetal komplikasyon riskini azaltabilir (5). Nikolini ve arkadaşları polihidramniyosun eşlik ettiği 27 ve 24 haftalık iki fetüste, US eşliğinde 20 G spinal iğne ile tümörün en geniş venine girip, alkol enjeksiyonu uygulayarak tümörün küçüldüğünü ve amniotik sıvının normal düzeylere indiğini saptamışlardır (12).

Sonuç olarak, koryoanjiyom tanısı US ve Doppler US bulguları ile prenatal olarak konabilir. Tümör saptanan olgular komplikasyonlar açısından dikkatle incelenmelidir. Komplikasyonlu olgularda sonuç yüz güldürücü olmamakla birlikte, tümöre uygulanacak girişimsel işlemler umut vericidir, ancak bu konuda daha ileri araştırmalara gereksinim vardır.

PLACENTAL CHORIOANGIOMA (CASE REPORT)

Placental chorioangioma is the most common benign tumor of placenta, encountered in approximately 1% of all pregnancies. Clinical manifestations are rare and usually associated with tumors greater than 5 cm in diameter. They include polyhydramnios, congestive heart failure, anemia, prematurity, growth retardation, and intrauterine fetal death. We report a case of chorioangioma of the placenta in which ultrasonography and Doppler ultrasonography findings were useful in establishing the prenatal diagnosis.

Key words: • placenta • chorioangioma • Doppler ultrasonography

Tani Girisim Radyol 2004; 10:234-237

Kaynaklar

1. Mancuso A, D'Anna R, Corrado F, Cannata M. Large placental chorioangioma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80:965-966.
2. Bashiri A, Erez O, Dukler D, Katz M, Mazor M. Chorioangioma of placenta: prevalence and clinical significance. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:69.
3. Dorman SL, Cardwell MS. Ballantyne syndrome caused by a large placental chorioangioma. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173:1632-1633.
4. Reshetnikova SO, Burton GJ, Milovanov AP, Fokin EI. Increased incidence of placental chorioangioma in high-altitude pregnancies: hypobaric hypoxia as a possible etiologic factor. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174:557-561.
5. Kung FT, Chen WJ, Hsu PH, Wu JF, Tsai YC, Chang SY. Large chorioangioma: antenatal color-flow Doppler ultrasonic imaging and its correlation with postpartum pathology: experience of two cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76:277-279.
6. Mochizuki T, Nishiguchi T, Ito I, et al. Antenatal diagnosis of chorioangioma of the placenta: MR features. *J Comput Assist Tomogr* 1996; 20:413-416.
7. Demiriz M, Tunca Y, Ozcan A, Celasun B, Finci R. Placental chorioangioma associated with fetal cardiac complication. *Acta Obstet Gynecol Scand Supp* 1997; 76:708-709.
8. Locham KK, Garg R, Goel S. Letters to the editor. *Indian Pediatr* 2001; 38:112-113.
9. Mara M, Calda P, Zizka Z, et al. Fetal anemia, thrombocytopenia, dilated umbilical vein, and cardiomegaly due to a voluminous placental chorioangioma. *Fetal Diagn Ther* 2002; 17:286-292.
10. Tonkin IL, Setzer S, Ermocilla R. Placental chorioangioma: A rare cause of congestive heart failure and hydrops fetalis in newborn. *AJR Am J Roentgenol* 1980; 134:181-183.
11. Zalel Y, Weisz B, Gamzu R, Schiff E, Shalmon B, Achiron R. Chorioangiomas of the placenta. *J Ultrasound Med* 2002; 21:909-913.
12. Nicolini U, Zuliani G, Caravelli E, Fogliani R, Poblete A, Roberts A. Alcohol injection: a new method of treating placental chorioangiomas. *Lancet* 1999; 15:353 (9165):1674-1675.