

# BÖLÜM 20

## GESTASYONEL TROFOBLASTİK HASTALIKLARIN TEDAVİSİ

Yıldız AKDAŞ REİS<sup>1</sup>

Gestasyonel trofoblastik hastalık (GTH) tanısı alan hastalar preeklamsi, hipertroidi, elektrolit dengesizliği, anemi gibi bu durumla ilişkili olabilecek tıbbi komplikasyonlar açısından dikkatli değerlendirilmelidir. Hastalar stabilize edildikten sonra en uygun tedavi yöntemine karar verilmelidir.<sup>1</sup>

### ASPIRASYON KÜRETAJ

Fertilitenin devamını isteyen olgularda uterus boyutlarından bağımsız olarak ilk basamak tedavi gebelik materyalinin ve eklerinin boşaltılmasıdır. Molar gebelik boşaltılmasında medikal indüksiyon önerilmemektedir. Bu amaçla tercih edilecek yöntem ultrasonografi (USG) eşliğinde yapılan aspirasyon küretaj olmalıdır.<sup>2,3</sup> Çoğu hasta için bu tedavi yöntemi yeterli olmakla birlikte patolojik tanı için materyal elde edilmesine olanak sağlayacaktır.<sup>4</sup>

Aspirasyon küretaj işlemi ameliyathene koşullarında yapılmalıdır. Anestezi indüksiyonu sırasında operasyon odasında yapılan oksitosin infüzyonu (1000 cc RL solüsyonu içerisine 10 IU dakikada 50 damla olacak şekilde) myometrial kontraksiyon yoluyla kan kaybını azaltır.

Serviksin mekanik dilatasyonu uterin kaviteyi tamamen boşaltmaya yetecek kanül çapına kadar kademeli olarak yapılmalıdır. 12 mm çapındaki kanüller bu işlem için sıklıkla kullanılsada uterus boyutuna göre daha büyük kanüller tercih edilebilir. Vakum basıncı 50-60 cmHg ayarlanmış aspiratöre bağlanan kanül ile boşaltım işlemi gerçekleştirilir.

<sup>1</sup> Operator Doktor, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, yildizakdasreis@hotmail.com

Postmolar GTN için aspirasyon küretaj tekrarı ve histerektomi düşünülebilir.<sup>35</sup> Yapılan bir çalışmada ikincil boşaltım işlemi sonrası hastalık varlığı tespit edilmeyen hasta oranının %68 olarak saptandığı ve böylece kemoterapi gereksiniminin ortadan kalktığı bildirilmiştir. Buna karşın ikincil boşaltım sonrasında histolojik tanı alanlar ve idrar hCG düzeyi>1500 IU/L olan olgularda kemoterapinin devam etmesi gerekmektedir.<sup>36</sup> İkincil boşaltım sonrası her 2 haftada bir 3 ardışık normal değer görülene kadar hCG izlemi yapılmalı, sonrasında ise aylık takipler 6 ay boyunca devam ettirilmelidir. hCG yüksekliği durumlarında, histopatolojik koryokarsinom tanısında ya da metastaz varlığında GTN evreleme ve tedavi önerileri uygulanmalıdır.

## RECÜRREN HİDATİFORM MOL

Molar gebelik sonrası tekrar molar gebelik gelişme ihtimali; daha önce 1 kez molar gebelik geçiren kadınlarda %1-1,9 iken, daha önce 2 kez molar gebelik geçiren kadınlarda %15-17,5 civarındadır.<sup>37</sup> Recürren molar gebelik geçiren kadınlar 3 kat artmış GTN riski taşırlar.<sup>38</sup>

## SONRAKİ GEBELİKLERİN İZLEMİ VE OBSTETRİK SONUÇLARI

Molar gebelği takip eden gebelikteki reproduktif sonuçlar normal gebelik sonuçlarıyla paraleldir. Takip sırasında normal sağlıklı bir gebelik olduğunun doğrulanması açısından ultrasonografik değerlendirme yeterlidir. Doğum sonrası plasenta ve eklerinin histopatolojik olarak incelenmesi önerilmektedir. Yine miad, düşük vs. herhangi bir gebelik sonrası hCG düzeyi takibi önerilmektedir.<sup>6</sup>

## KAYNAKLAR

1. Berek JS, Hacker NF. Berek& Hacker's Gynecologic Oncology. 6th ed. Wolters Kluwer Health: Lippincott Williams& Wilkins; 2014.
2. Berkowitz RS, Goldstein DP. Clinical practice. Molar pregnancy. N Engl J Med 2009;360:1639-1645.
3. Hancock BW, Tidy JA. Current management of molar pregnancy. J Reprod Med 2002;47:347-354.
4. Gerulath AH, Ehlen TG, Bessette P, et al. Gestational trophoblastic disease. J Obstet Gynaecol Can 2002;24:434.
5. Tse KY, Chan KK, Tam KF, Ngan HY. 20-year experience of managing profuse bleeding in gestational trophoblastic disease. J Reprod Med 2007; 52:397.
6. uptodate.2020.Hydatidiform mole: Treatment and follow-up. [https://www.uptodate.com/contents/hydatidiform-mole-treatment-and-follow-up?search=gestational%20trophoblastic%20disease&source=search\\_result&selectedTitle=7~72&usage\\_type=default&display\\_rank=7](https://www.uptodate.com/contents/hydatidiform-mole-treatment-and-follow-up?search=gestational%20trophoblastic%20disease&source=search_result&selectedTitle=7~72&usage_type=default&display_rank=7). 16 march 2020.

7. Osathanondh R, Berkowitz RS, de Cholnoky C, et al. Hormonal measurement in patients with theca lutein cysts and gestational trophoblastic disease. *J Reprod Med* 1986;31:179-183.
8. Mosher R, Goldstein DP, Berkowitz RS, et al. Complete hydatiform mole: comparison of clinico-pathologic features, current and past. *J Reprod Med* 1998;43:21-27.
9. Soto-Wright V, Bernstein M, Goldstein DP, Berkowitz RS. The changing clinical presentation of complete molar pregnancy. *Obstet Gynecol* 1995; 86:775.
10. Braga A, Moraes V, Maestá I, et al. Changing Trends in the Clinical Presentation and Management of Complete Hydatidiform Mole Among Brazilian Women. *Int J Gynecol Cancer* 2016; 26:984.
11. Twigg LB, Morrow CP, Schlaerth JB. Acute pulmonary complications of molar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 135:189.
12. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease and management of hydatiform mole. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:531-539.
13. Wang Q, Fu J, Hu L, et al. Prophylactic chemotherapy for hydatiform mole to prevent gestational trophoblastic neoplasia. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;9:CD007289.
14. Berkowitz RS, Goldstein DP. Gestational trophoblastic disease. *Cancer* 1995;76:2079-2085.
15. Kashimura Y, Kashimura M, Sugimori H, et al. Prophylactic chemotherapy for hydatidiform mole. Five to 15 years follow-up. *Cancer* 1986; 58:624.
16. Berkowitz RS, Goldstein DP, DuBeshter B, Bernstein MR. Management of complete molar pregnancy. *J Reprod Med* 1987; 32:634.
17. Seckl MJ, Sebire NJ, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. *Lancet* 2010;376:717-729.
18. Berkowitz RS, Goldstein DP. Current advances in the management of Gestational trophoblastic disease. *Gynecol Oncol* 2013;128:3-5.
19. Brown J, Naumann RW, Seckl MJ, Schink j. 15 years of progress in gestational trophoblastic disease: scoring, standardization and salvage. *Gynecol Oncol* 2017;144:200-207.
20. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, et al. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *Int J Gynaecol Obstet* 2018;143 Suppl 2:79-85.
21. Massad LS, Abu-Rustum NR, Lee SS, Renta V. Poor compliance with postmolar surveillance and treatment protocols by indigent women. *Obstet Gynecol* 2000; 96:940.
22. NCCN Clinical practice guidelines in oncology. Gestational trophoblastic neoplasia. version 1.2020. December 11, 2019.
23. Albright BB, Shorter JM, Mastroyannis SA, et al. Gestational Trophoblastic Neoplasia After Human Chorionic Gonadotropin Normalization Following Molar Pregnancy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2020; 135:12.
24. Horowitz NS, Berkowitz RS, Elias KM. Considering Changes in the Recommended Human Chorionic Gonadotropin Monitoring After Molar Evacuation. *Obstet Gynecol* 2020; 135:9.
25. Agarwal R, Teoh S, Short D, et al. Chemotherapy and human chorionic gonadotropin concentrations 6 months after uterine evacuation of molar pregnancy: a retrospective cohort study. *Lancet* 2012; 379:130.
26. Braga A, Torres B, Burlá M, et al. Is chemotherapy necessary for patients with molar pregnancy and human chorionic gonadotropin serum levels raised but falling at 6months after uterine evacuation? *Gynecol Oncol* 2016; 143:558.
27. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Current FIGO staging for cancer of the vagina, fallopian tube, ovary, and gestational trophoblastic neoplasia. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 105:3.
28. Kohorn EI. The new FIGO 2000 staging and risk factor scoring system for gestational trophoblastic disease: description and critical assessment. *Int J Gynecol Cancer* 2001; 11:73.

29. Cole LA. Hyperglycosylated hCG, a review. *Placenta* 2010; 31:653.
30. Cole LA, Muller CY. Hyperglycosylated hCG in the management of quiescent and chemorefractory gestational trophoblastic diseases. *Gynecol Oncol* 2010; 116:3.
31. Hancock BW. hCG measurement in gestational trophoblastic neoplasia: a critical appraisal. *J Reprod Med* 2006; 51:859.
32. Elias KM, Shoni M, Bernstein M, et al. Complete hydatidiform mole in women aged 40 to 49 years. *J Reprod Med* 2012; 57:254.
33. Feltmate CM, Growdon WB, Wolfberg AJ, et al. Clinical characteristics of persistent gestational trophoblastic neoplasia after partial hydatidiform molar pregnancy. *J Reprod Med* 2006; 51:902.
34. Wielsma S, Kerkmeijer L, Bekkers R, et al. Persistent trophoblast disease following partial molar pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2006; 46:119.
35. Doll KM, Soper JT. The role of surgery in the management of gestational trophoblastic neoplasia. *Obstet Gynecol Surv* 2013;68:533-542.
36. Pezeshki M, Hancock BW, Silcocks P, et al. The role of repeat uterine evacuation in the management of gestational trophoblastic disease. *Gynecol Oncol* 2004;95:423-429.
37. Brandes J, Peretz A. Recurrent hydatidiform mole; report of a case. *Obstet Gynecol* 1965; 25:398.
38. Parazzini F, Mangili G, Belloni C, et al. The problem of identification of prognostic factors for persistent trophoblastic disease. *Gynecol Oncol* 1988; 30:57.