

## HASTALAR VE AİLELER İÇİN REHBER

# Trofoblastik Hastalıklar

Komplet ve parsiyel mol · İnvazif mol · Koryokarsinom · Plasental saha trofoblastik tümörü (PSTT)

### Bu rehber kimin için?

Bu rehber, mol gebeliği ya da onun devamı olabilen trofoblastik tümörlerden biri saptanan kadınlar ve yakınları için hazırlandı. Tıbbi terimlerin gündelik karşılığını verdik; terimin kendisini de yanına yazdık ki hekiminizle konuşurken tanıyabilesiniz.

Baştan söylemek gerekir: bu hastalıklar, tedavi edilebilirliği en yüksek kanser grubudur. Uygun merkezde izlenen kadınların hemen tamamı iyileşir ve büyük çoğunluğu sonradan sağlıklı gebelikler yaşar. Metindeki köşeli parantez içindeki numaralar sondaki kaynak listesine işaret eder.

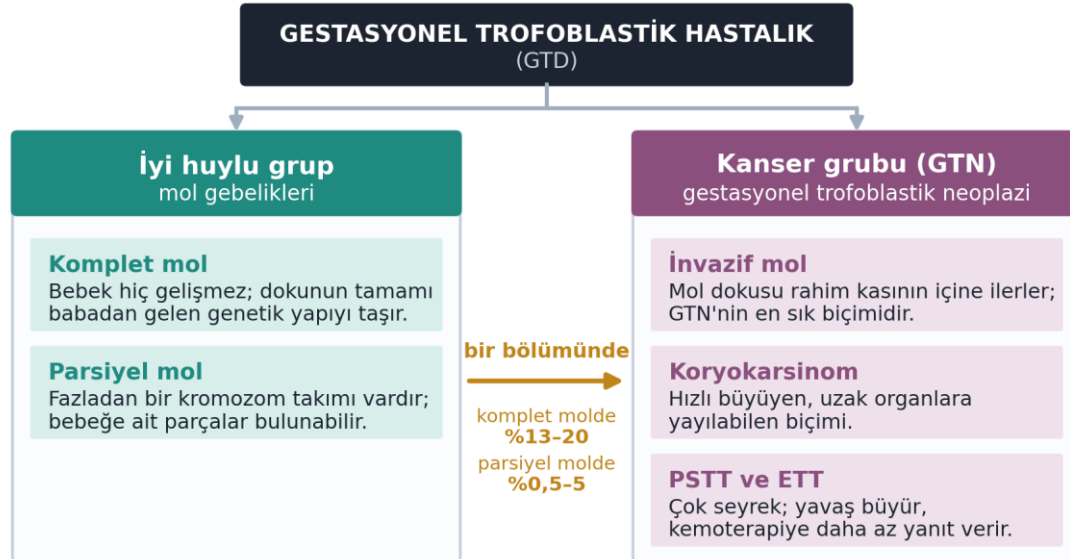
## Trofoblastik hastalık nedir?

Gebelik oluştuğunda, döllenmiş hücrenin bir bölümü bebeği, bir bölümü de bebeğin eşini (plasenta) oluşturur. Bebeğin eşini yapacak bu hücrelere «trofoblast» denir. Trofoblastik hastalıklar, işte bu hücrelerin anormal biçimde çoğaldığı durumların ortak adıdır [1,2].

Bu ailenin bir bölümü iyi huyludur ve boşaltma işlemiyle biter: mol gebelikleri. Küçük bir bölümü ise kanser grubuna girer ve tedavi gerektirir; bu gruba topluca «gestasyonel trofoblastik neoplazi» (GTN) denir [1,2].

### Trofoblastik hastalıklar: aynı ailenin üyeleri

Hepsi bebeğin eşini oluşturacak dokudan kaynaklanır. Bir bölümü iyi huyludur; küçük bir bölümü ise kanser grubuna girer ve tedavi gerektirir.



Kanser grubuna geçen olguların hemen tamamı tedaviyle iyileşir; mol sonrası hCG takibinin amacı budur.

**En önemli cümle:** Bu hastalıklar, kanser grubuna geçtiklerinde bile iyileşme oranı en yüksek hastalıklardandır. Düşük riskli grupta iyileşme neredeyse %100, yüksek riskli grupta uzman merkezlerde yaklaşık %86–94'tür [1,3,12].

## Mol gebeliği (üzüm gebeliği) nedir?

Mol gebeliği, döllenme sırasındaki bir kromozom hatası sonucu bebeğin eşini oluşturacak dokunun küçük üzüm taneleri gibi su toplayarak çoğalmasdır. İki türü vardır ve aralarındaki fark yalnızca akademik değildir: takip ve risk buna göre değişir.

### Komplet ve parsiyel mol nasıl oluşur?

İkisi de döllenme sırasındaki bir hatadan kaynaklanır, ama hata farklıdır. Bu fark tedaviyi ve riski değiştirir.



● anneden gelen kromozomlar ● babadan gelen kromozomlar  
Şema basitleştirilmiştir; komplet mollerin küçük bir bölümü iki spermle de oluşabilir.

Sıklığı ülkeden ülkeye değişir. İngiltere'de yaklaşık her 714 doğumda bir görülür; Asya kökenli kadınlarda daha sıktır (1/387'ye karşı 1/752) [1]. Amerika'da yaklaşık 1000 gebelikte bir, Brezilya'da ise 200-400 gebelikte bir bildirilmiştir [4,5].

Riski artıran başlıca durum, annenin çok genç ya da ileri yaşta olmasıdır: 15 yaşın altında yaklaşık 500 gebelikte bir, 50 yaşın üzerinde ise yaklaşık 8 gebelikte bir görülür [1]. Daha önce mol geçirmiş olmak da riski artırır (aşağıda).

### Belirtileri: eskiden anlatılan tablo artık seyrek

Ders kitaplarında anlatılan «çok büyük rahim, aşırı kusma, tiroid fırtınası, erken preeklampsi» tablosu bugün nadirdir; çünkü mol gebelikleri çok daha erken, ultrasonla saptanıyor [1]. Bugün en sık belirti kanamadır (olguların yaklaşık %60'ı) ve giderek artan bir bölümü hiçbir şikâyet olmadan, rutin ultrasonda fark edilir [1].

Yine de şunlar görülebilir: beklenenden büyük bir rahim, çok yüksek hCG değeri, aşırı bulantı-kusma, yumurtalıklarda kist oluşumu ve seyrek olarak erken preeklampsi ya da tiroid bezinin hızlanması [1,4].

### Tedavi: boşaltma işlemi

Tedavi, rahmin vakumla boşaltılmasıdır (küretaj). Bu, mol tedavisinin standart yöntemidir [1].

- **İlaçla düşürme yöntemi komplet molde kullanılmaz:** Bu yöntemle boşaltılan gebeliklerde sonradan kemoterapi gerekme olasılığı 16 kat daha yüksek bulunmuştur [1].
- **Anti-D iğnesi:** Kan grubu Rh negatif olan kadınlara boşaltma sonrası yapılır [1].
- **İkinci bir boşaltma:** Kanama sürüyorsa ya da hCG uygun düşmüyorsa gündeme gelebilir. Seçilmiş kadınlarda ikinci boşaltma, hastaların yaklaşık %40'ında kemoterapi ihtiyacını ortadan kaldırmıştır [1,6]. Karar, uzman merkeze danışılarak verilir [1].
- **Rahmin alınması:** Çocuk istemi tamamlanmış ve yaşı ileri kadınlarda bir seçenektir. Riski azaltır ama sıfırlamaz; bu nedenle hCG takibi yine gerekir [1,4].

Çıkarılan dokunun patolojik incelemeye gönderilmesi şarttır; parsiyel mollerin çoğu ancak bu incelemeyle anlaşılır [1].

### İkiz gebelik: bir mol, bir sağlıklı bebek

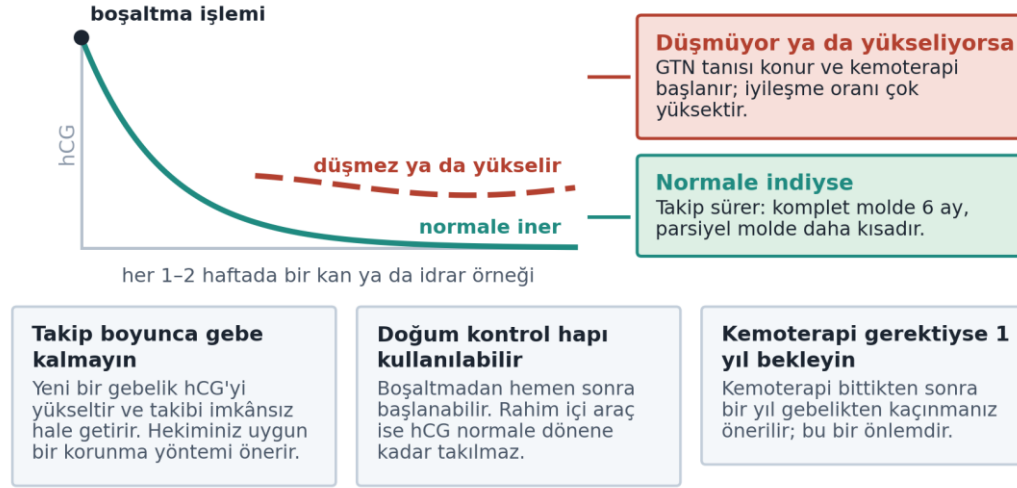
Seyrek olarak bir mol ile sağlıklı bir bebek aynı gebelikte bulunabilir. Bu gebeliklerde erken kayıp yaklaşık %40, erken doğum %36'dır. İngiltere serisinde bebeklerin %51'i sağ kalmıştır; 26. haftadan sonra doğum yapan kadınlarda kemoterapi gerekme oranı %15 bulunmuştur [1]. Bazı derlemelerde kemoterapi gerekme oranı daha yüksek bildirilmiştir [7]. Karar, ayrıntılı bir görüşmeyle ve uzman merkezle birlikte verilir.

## Boşaltmadan sonra hCG takibi: en önemli bölüm

hCG, gebelik hormonudur ve mol dokusu tarafından da salgılanır. Bu yüzden kanda ve idrarda ölçülebilen bir «iz» bırakır. Boşaltmadan sonra bu izin sıfırlanması ve sıfır kalması, hastalığın bittiğinin kanıtıdır. Yükselmesi ya da düşmemesi ise dokunun bir bölümünün kalıp çoğalmaya devam ettiğini gösterir.

### Mol gebeliğinden sonra hCG takibi

hCG, mol dokusunun kanda bıraktığı izdir. Sıfırlanması ve sıfır kalması, hastalığın bittiğinin kanıtıdır.



Takip bitmeden gebe kalınmaması, tedavinin değil takibin gereğidir; amaç, yükselen bir hCG'yi karıştırmamaktır.

Takip programı merkezden merkeze biraz değişir. İngiltere düzeni şöyledir: komplet molde hCG 56 gün içinde normale dönerse boşaltmadan itibaren 6 ay, dönmezse normale döndüğü tarihten itibaren 6 ay takip edilir. Parsiyel molde ise en az 4 hafta arayla alınan iki normal örnekle takip biter [1]. Başka merkezlerde «normale dönene kadar haftalık, sonra 6 ay aylık» düzeni kullanılır [4,8].

**Takibi aksatmayın:** Bu takip, hastalığın kanserleşen biçimini, tek bir ilaçla neredeyse herkesin iyileştiği bir aşamada yakalamak içindir. Örnekler çoğu zaman evden postayla ya da aile hekiminde alınabilir; hastaneye gitmeniz gerekmez [1].

| Dönem                                | Ne yapılır                                                                                                                              |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Boşaltmadan hemen sonra              | Patoloji sonucu beklenir ve takip programı başlatılır; mümkünse uzman bir merkeze kayıt yapılır                                         |
| hCG normale dönene kadar             | 1-2 haftada bir kan ya da idrar örneği; örnekler çoğu zaman evden ya da aile hekiminden verilebilir                                     |
| Komplet mol, normale döndükten sonra | Aylık örneklerle takip; hCG 56 gün içinde normale döndüyse boşaltmadan itibaren 6 ay, dönmediyse normale döndüğü tarihten itibaren 6 ay |
| Parsiyel mol                         | En az 4 hafta arayla alınan iki normal örnekle takip tamamlanır                                                                         |
| Kemoterapi görüldüyse                | Tedavi bitiminden sonra da düzenli hCG takibi sürer; süresi merkeze göre değişir (çoğunlukla 12 ay)                                     |
| Sonraki gebeliklerde                 | GTN için kemoterapi görmüş kadınlarda her gebeliğin sonunda hCG bakılır; bu uygulama tedaviden 10 yıl sonra bırakılabilir               |

### Hangi durumda «kanser grubuna geçti» denir?

Karar, tek bir yüksek değere değil, hCG'nin zaman içindeki gidişine bakılarak verilir. Uluslararası ölçütler şunlardır [9,10]:

- hCG değerinin üç hafta boyunca (dört ölçümde) düşmeden aynı düzeyde kalması («plato»).
- hCG değerinin iki hafta boyunca (üç ölçümde) %10 ya da daha fazla yükselmesi.
- Patolojik incelemede koryokarsinom saptanması.

Eskiden «boşaltmadan 6 ay sonra hCG hâlâ yüksekse tedavi verilir» kuralı da kullanılırdı. Bu kural artık tartışmalıdır: 6. ayda hCG'si hâlâ yüksek olup izlenen 66 kadının 65'inde (%98) değer kendiliğinden normale dönmüştür [11]. Yani düşmeye devam eden bir hCG, tek başına kemoterapi nedeni değildir.

### «Hayalet hCG»: yalancı yüksek sonuç

Bazı kadınlarda kan testi, gerçekte hCG olmadığı halde yüksek çıkabilir. Bunun nedeni kanda bulunan ve testi yanıltan bazı antikorlardır. Tanınmasının iki basit yolu vardır: aynı anda bakılan idrar testinin negatif olması ve kanın sulandırılarak tekrar ölçülmesinde değerin beklendiği gibi azalmaması [13].

Bu ayrım önemlidir; çünkü yanlış yorumlanan bir sonuç, gereksiz kemoterapiye ve hatta gereksiz ameliyata yol açabilmiştir [14]. Sonucunuz beklenmedik biçimde inatçı yüksekse, hekiminizden bu olasılığı da değerlendirilmesini isteyebilirsiniz.

## Kanser grubu: invazif mol, koryokarsinom, PSTT ve ETT

---

### İnvazif mol

Mol dokusunun rahim kasının içine ilerlemesidir; kanser grubunun en sık biçimidir [4,15]. Genellikle hCG takibi sırasında, yani ameliyat ya da biyopsi olmadan anlaşılır. Uzak organlara yayılması seyrek (yaklaşık %4) [4]. Kemoterapiye çok iyi yanıt verir.

### Koryokarsinom

Hızlı büyüyen ve kan yoluyla uzak organlara yayılabilen biçimdir. Yalnızca mol sonrası değil, her tür gebelikten sonra ortaya çıkabilir: yaklaşık yarısı mol gebeliğinden, dörtte biri düşük ya da dış gebelikten, dörtte biri de normal bir doğumdan sonra görülür [15,16].

En sık yayılım yeri akciğerlerdir (%80); ardından vajina (%30), leğen kemiği içi organlar (%20), karaciğer (%10) ve beyin (%10) gelir [15,16]. Belirtiler yayılım yerine göre değişir: kanama, öksürük ya da kan tükürme, nefes darlığı, baş ağrısı ve havale gibi.

**Hekimler için bilinen bir kural, sizin de bilmenizde yarar var:** Doğurganlık çağındaki bir kadında nedeni bilinmeyen, yayılmış bir tümör bulunduğunda mutlaka hCG bakılır. Çünkü bu tümör basit bir kan testiyle tanınabilir ve tanındığında büyük ölçüde iyileşebilir.

Vajinadaki yayılım odaklarından biyopsi alınması ciddi kanamaya yol açabildiği için önerilmez [1].

### PSTT ve ETT: seyrek ve farklı davranan biçimler

Plasental saha trofoblastik tümörü (PSTT) ve epitelioid trofoblastik tümör (ETT) çok seyrek: tüm trofoblastik hastalıkların yaklaşık binde ikisi [1,17]. Farklı bir hücre tipinden köken alırlar ve bu yüzden farklı davranırlar [1]:

- Daha az hCG salgırlar; bu nedenle hCG hastalığın büyüklüğünü göstermekte güvenilir değildir.
- Daha uzun süre rahim içinde sınırlı kalırlar.
- Kemoterapiye daha az yanıt verirler. Bu nedenle asıl tedavi ameliyattır (rahmin alınması).

Bu tümörlerde en önemli iki belirleyici, hastalığın evresi ve önceki gebelikten bu yana geçen süredir. Önceki gebeliğin üzerinden 48 aydan fazla geçmişse gidiş belirgin biçimde kötüdür [1,18]. Tüm hastalar birlikte değerlendirildiğinde 5 yıllık yaşam %80, 10 yıllık yaşam %75 bildirilmiştir; evre I'de 10 yıllık yaşam %89'dur [17]. Platin içeren yoğunlaştırılmış tedavilerle, 48 aydan uzun aralığı olan grupta bile sonuçlar belirgin biçimde iyileşmiştir [17].

PSTT ve ETT, aşağıda anlatılan risk puanı ile değerlendirilmez; tedavileri evreye ve süreye göre planlanır [1,10].

## Evreleme ve risk puanı: tedavi nasıl seçilir?

Kanser grubuna geçildiğinde iki şey belirlenir: hastalığın nereye kadar yayıldığı (evre) ve tedaviye ne kadar dirençli olabileceği (risk puanı). Gerekli incelemeler kan hCG düzeyi, leğen bölgesi ultrasonu, akciğer filmi ve gerektiğinde bilgisayarlı tomografi ile beyin MR'ıdır [1].

Akciğer filmi ile tomografi arasındaki seçim şaşırtıcı olabilir: tomografi daha çok odak gösterir, ancak bu ek odaklar risk puanını yükselterek gereksiz yere ağır tedaviye yol açabilir. 589 hastalık bir çalışmada tomografi hastaların %7,3'ünü düşük riskliden yüksek riskliye taşımış, buna karşılık bu kadınların yarısından fazlası zaten tek ilaçlı tedaviyle iyileşmiştir [19]. Bu nedenle ilk değerlendirmede akciğer filmi yeterli kabul edilir.

### FIGO evrelemesi

| Evre     | Anlamı                                                                                            |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Evre I   | Hastalık yalnızca rahim içindedir                                                                 |
| Evre II  | Rahim dışına çıkmış ama üreme organlarıyla sınırlıdır (vajina, yumurtalık-tüp bölgesi, geniş bağ) |
| Evre III | Akciğerlere yayılmıştır (üreme organlarında tutulum olsun ya da olmasın)                          |
| Evre IV  | Diğer organlara yayılmıştır (beyin, karaciğer, böbrek, bağırsak gibi)                             |

### FIGO / WHO risk puanı

Aşağıdaki sekiz başlığın her birinden bir puan alınır ve toplanır. Amaç, hastalığın tek ilaçla iyileşme olasılığını tahmin etmektir [9,10].

| Başlık                         | 0 puan         | 1 puan        | 2 puan         | 4 puan                    |
|--------------------------------|----------------|---------------|----------------|---------------------------|
| Yaş                            | 40'ın altı     | 40 ve üzeri   | —              | —                         |
| Önceki gebelik                 | Mol            | Düşük         | Normal doğum   | —                         |
| Aradan geçen süre              | 4 aydan az     | 4–6 ay        | 7–12 ay        | 12 aydan fazla            |
| Tedavi öncesi hCG (IU/L)       | 1.000'in altı  | 1.000–10.000  | 10.000–100.000 | 100.000 ve üzeri          |
| En büyük tümör (rahim dahil)   | 3 cm'den küçük | 3–5 cm        | 5 cm ve üzeri  | —                         |
| Yayılım yeri                   | Akciğer        | Dalak, böbrek | Bağırsak       | Beyin, karaciğer          |
| Yayılım odağı sayısı           | —              | 1–4           | 5–8            | 8'den fazla               |
| Daha önce başarısız kemoterapi | —              | —             | Tek ilaç       | İki ya da daha fazla ilaç |

Toplam puan 0–6 ise düşük riskli, 7 ve üzeri ise yüksek riskli kabul edilir [1,9,10].

## Tedavi nasıl yapılır?

## Risk puanı tedaviyi belirler

GTN tanısı konduğunda yaş, önceki gebelik, hCG düzeyi, tümör boyutu ve yayılım gibi başlıklardan bir puan hesaplanır. Tedavi bu puana göre seçilir. (PSTT ve ETT bu puanla değerlendirilmez.)



Tedavi boyunca hCG ölçülür; normale döndükten sonra da pekiştirme kürleri verilir ve izlem sürer.

### Düşük riskli grup: tek ilaçlı tedavi

Metotreksat (genellikle folinik asitle birlikte) ya da aktinomisin-D kullanılır. İki ilacı karşılaştıran çalışmada, iki haftada bir verilen aktinomisin-D'nin tam yanıt oranı haftalık metotreksata göre daha yüksek bulunmuştur (%70'e karşı %53) [20]. Buna karşılık merkezlerin kullandığı metotreksat şemaları farklıdır ve sonuçlar bu şemaya göre değişir.

İlk ilacın yetmemesi bir başarısızlık değildir, beklenen bir durumdur: 618 kadınlık bir seride hastaların yaklaşık %57'si ilk şemayla iyileşmiş, kalanı ilaç değişikliği ya da çok ilaçlı tedaviyle tedavi edilmiştir. Sonuçta 618 kadının tamamı iyileşmiş, nükseden 18 kadının hepsi yeniden tedaviyle kurtarılmıştır [12].

Tek ilaçlı tedavi genellikle iyi tolere edilir; en sık yakınmalar ağızda yara, halsizlik, bulantı ve göz sulanmasıdır. Saç dökülmesi tipik değildir.

### Yüksek riskli grup: çok ilaçlı tedavi (EMA-CO)

EMA-CO, beş ilacın iki grup halinde ve iki haftada bir dönüşümlü verildiği bir şemadır (etoposid, metotreksat, aktinomisin-D / siklofosamid, vinkristin). 272 kadınlık öncü çalışmada tam yanıt %78, 5 yıllık yaşam %86,2 bulunmuştur; direnç gelişen ya da nükseden kadınların üçte ikisinden fazlası platin içeren şemalarla kurtarılmıştır [21]. Güncel rehberler bu grupta iyileşmeyi yaklaşık %90-94 olarak bildirir [1,3].

Risk puanı yaklaşık 12'nin üzerindeyse tedaviye düşük dozlu bir hazırlık kürüyle başlanır. Amaç, tedavinin ilk günlerinde ortaya çıkabilen ağır sorunları (kanama, solunum güçlüğü) önlemektir [10,22].

Bu tedavide saç dökülmesi, bulantı, ağızda yara ve kan değerlerinde düşme beklenir. Bunlar geçicidir; tedavi bittikten sonra saçlar yeniden çıkar.

### Ameliyat, ışın tedavisi ve yeni tedaviler

- Ameliyat, PSTT ve ETT'de asıl tedavidir; ayrıca ilaca direnen tek bir odağın çıkarılmasında ya da durdurulamayan kanamada kullanılır [1,10].
- Beyin yayılımında beyin ışınlanması ya da metotreksatın yüksek dozda verilmesi seçenekleri vardır. Beyin yayılımı olsa bile kadınların %50-80'inde kalıcı iyileşme sağlanır [10].
- **Bağışıklık tedavileri (immünoterapi):** Kemoterapiye direnen olgularda umut verici sonuçlar bildirilmiştir. En büyük çalışmada avelumab ile 15 kadının 8'inde (%53) hCG normale dönmüştür [23]. Ancak bu çalışmalar küçüktür ve bu ilaçlar standart kemoterapinin yerini almış değildir.

## Uzun dönem yan etkiler

Tek ilaçlı metotreksat tedavisinin ileride kanser riskini artırdığına dair bir bulgu yoktur. Etoposid içeren çok ilaçlı tedavilerden sonra ise lösemi riskinde küçük ama gerçek bir artış bildirilmiştir; genel kanser riskinde artış gösterilmemiştir [24,25].

Menopoz zamanı da etkilenebilir: çok ilaçlı tedaviden sonra menopoza girme olasılığı 40 yaşında %13, 45 yaşında %36 bulunmuştur. Tek ilaçlı metotreksat tedavisinde böyle bir etki görülmemiştir [25,26].

## Tedavi sırasında günlük hayat: pratik bilgiler

- **Kaç kür sürecek?** Kesin bir sayı baştan verilemez. Tedavi, hCG normale dönene kadar sürer; normale döndükten sonra da hastalığın tekrarlamaması için birkaç «pekiştirme» kürü daha verilir [1,10].
- **Nerede yapılır?** Tek ilaçlı tedavi genellikle ayaktan, gününbirlik verilir. Çok ilaçlı tedavide kürlerin bir bölümü için birkaç gün hastanede kalmanız gerekebilir.
- **Her kürden önce kan sayımı:** Akyuvar ve trombosit değerleriniz düşükse kür ertelenebilir. Bu bir aksama değil, güvenlik önlemidir.
- **Ateş kuralı:** Kemoterapi sırasında 38 °C ve üzeri ateş, titreme ya da yaygın halsizlik olursa randevu beklemeden başvurun. Kan değerleri düşüken enfeksiyon hızlı ilerleyebilir.
- **Ağız bakımı:** Ağızda yara sık görülür. Yumuşak diş fırçası, alkolsüz gargara ve bol sıvı işe yarar; ağrı varsa hekiminizden ağız solüsyonu isteyin.
- **Bulanti:** Önleyici ilaçlar kürden önce verilir; yetmiyorsa doz ya da ilaç değiştirilebilir. Katlanmayı beklemeyin, söyleyin.
- **Korunma:** Tedavi boyunca ve sonrasındaki bir yıl gebelikten korunmanız gerekir; bu, hem hCG takibi hem de bebeğin güvenliği içindir [1].

## Tedaviden sonra çocuk sahibi olabilir miyim?

Evet — ve bu, en çok merak edilen sorudur. Kemoterapi görmüş kadınların yaklaşık %80'i sonradan gebe kalabilmiştir; bu oran tek ilaçlı ya da çok ilaçlı tedavi görmüş olmaya göre belirgin biçimde değişmez [1].

- **Ne kadar beklemeli?** Kemoterapi görülmediyse hCG takibi bitene kadar; kemoterapi görüldüyse tedavi bittikten sonra 1 yıl [1].
- **Sonraki gebelikler nasıl geçer?** Bir derlemede canlı doğum %75,8, düşük %14,6, doğumsal anomali %1,8 bulunmuştur — bu oranlar genel topluma yakındır [27]. Ölü doğum konusunda çalışmalar çelişkilidir [1].
- **Yeniden mol olur mu?** Bir mol sonrası tekrarlama olasılığı yaklaşık %1'dir; iki mol geçirilmişse bu oran %10–20'ye çıkar [1,4].
- **Yeni gebelikte ne yapılır?** Erken bir ultrasonla gebeliğin normal olduğu doğrulanır. GTN nedeniyle kemoterapi görmüş kadınlarda her gebeliğin sonunda hCG bakılır; bu uygulama tedaviden 10 yıl sonra sonlandırılabilir [1].

## Duygusal tarafı ve size destek olacaklar

Bu tanıyı almak zordur, çünkü aynı anda iki şey yaşanır: bir gebelik kaybı ve bir kanser olasılığı. Üstelik takip aylarca sürer ve bu süre boyunca gebe kalmamanız istenir. Bu duyguların olağan olduğunu bilin.

Çalışmalar bunu doğruluyor: trofoblastik hastalık tanısı alan kadınların yaklaşık yarısında kaygı, dörtte birinde depresif duygular ve büyük çoğunluğunda uyum güçlüğü bildirilmiştir [28,29]. Bu tabloya rağmen uzun dönemde yaşam kalitesi genel toplum düzeyine döner [29].

- Ne olduğunu ve takip planını yazılı olarak isteyin; belirsizlik, bilinen bir riskten daha çok yorar.
- Kontrollere mümkünse yanınızda biriyle gidin ve konuşulanları not alın.

- Eşinizin ya da yakınlarınızın da bu süreçte zorlandığını unutmayın; onların da bilgilendirilmesi işinizi kolaylaştırır.
- Kaygı, uykusuzluk ya da sürekli tetikte olma hissi sürüyorsa bir ruh sağlığı uzmanından destek istemek doğru bir adımdır.

Bir de pratik bir gerçek: bu hastalıkların izlemi ve tedavisi, deneyimli merkezlerde yapıldığında daha iyi sonuçlanır [1]. Tanınız konduğunda böyle bir merkeze yönlendirilmeyi isteyin; takibinizi yaşadığınız yerde sürdürseniz bile plan o merkezle birlikte yapılabilir.

## Hekiminize sorabileceğiniz sorular

- Bendeki durum tam olarak hangisi: komplet mol mü, parsiyel mol mü?
- Patoloji sonucu ne çıktı, kanser grubuna geçme riskim ne kadar?
- hCG takibim ne sıklıkta ve ne kadar sürecek? Örnekleri nereden verebilirim?
- Takip süresince hangi korunma yöntemini kullanmalıyım?
- Kemoterapi gerekirse hangi tedavi planlanıyor, kaç kür sürecek?
- Risk puanım kaç, düşük riskli miyim?
- Tedavinin yan etkileri neler olacak, çalışmaya devam edebilir miyim?
- Ne zaman yeniden gebe kalabilirim?
- Sonraki gebeliğimde neler yapılacak?
- Bir uzman trofoblastik hastalık merkezine yönlendirilebilir miyim?

### Aklınızda kalsın

Mol gebeliği kanser değildir; ancak küçük bir bölümü kanser grubuna geçebilir.

Komplet molde bu olasılık %13–20, parsiyel molde %0,5–5'tir.

hCG takibi tedavinin kendisi kadar önemlidir; aksatılmamalıdır.

Takip bitene kadar gebe kalınmaz; doğum kontrol hapı boşaltmadan hemen sonra başlanabilir.

Kanser grubuna geçilse bile düşük riskli grupta iyileşme neredeyse %100'dür.

Yüksek riskli grupta uzman merkezlerde yaşam yaklaşık %86–94'tür.

PSTT ve ETT farklı davranır: asıl tedavi ameliyattır ve risk puanı kullanılmaz.

Tedaviden sonra kadınların yaklaşık %80'i yeniden gebe kalabilmektedir.

**Bu rehber hakkında:** Metin, uluslararası kılavuzlar ve büyük klinik çalışmalar temel alınarak aileler için sadeleştirilerek hazırlandı. Genel bilgilendirme amaçlıdır ve sizi izleyen hekimin değerlendirmesinin yerini almaz. Sayılar merkezden merkeze değişebilir ve öneriler zamanla güncellenir; kararlarınızı izlem ekibinizle birlikte alın.

## Kaynaklar

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of gestational trophoblastic disease. Green-top Guideline No. 38. RCOG; Eylül 2020.
2. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, ve ark. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2021 update. Int J Gynaecol Obstet. 2021;155(Suppl 1):86–93.
3. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, ve ark. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2025 update. Int J Gynaecol Obstet. 2025;171(Suppl 1):78–86.
4. Gulló G, Satullo M, Conti E, ve ark. Gestational trophoblastic disease: diagnostic and therapeutic updates in light of recent evidence: a literature review. Medicina (Kaunas). 2025;61(9):1642.
5. National Cancer Institute. Gestational trophoblastic disease treatment (PDQ®) — Health Professional Version. Bethesda, MD: NCI.
6. Osborne RJ, Filiaci VL, Schink JC, ve ark. Second curettage for low-risk nonmetastatic gestational trophoblastic neoplasia. Obstet Gynecol. 2016;128(3):535–542.
7. Zilberman Sharon N, Maymon R, Melcer Y, Jauniaux E. Obstetric outcomes of twin pregnancies presenting with a complete hydatidiform mole and coexistent normal fetus: a systematic review and meta-analysis. BJOG. 2020;127(12):1450–1457.
8. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Contraception after pregnancy. FSRH Guideline; Ocak 2017 (Ekim 2020 güncellemesi).
9. FIGO Oncology Committee. FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 2000. Int J Gynaecol Obstet. 2002;77(3):285–287.
10. National Comprehensive Cancer Network. Gestational trophoblastic neoplasia. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Version 2.2019.
11. Seckl MJ, Sebire NJ, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. Lancet. 2010;376(9742):717–729.
12. Society of Gynecologic Oncology. Epidemiology, diagnosis, and treatment of gestational trophoblastic disease: a Society of Gynecologic Oncology evidence-based review and recommendation. Gynecol Oncol. 2021.
13. Froeling FEM, Ramaswami R, Papanastasiopoulos P, ve ark. Intensified therapies improve survival and identification of novel prognostic factors for placental-site and epithelioid trophoblastic tumours. Br J Cancer. 2019;120(6):587–594.
14. Schmid P, Nagai Y, Agarwal R, ve ark. Prognostic markers and long-term outcome of placental-site trophoblastic tumours: a retrospective observational study. Lancet. 2009;374(9683):48–55.
15. Parker VL, Winter MC, Whitby E, ve ark. Computed tomography chest imaging offers no advantage over chest X-ray in the initial assessment of gestational trophoblastic neoplasia. Br J Cancer. 2021;124(6):1066–1071.
16. Osborne RJ, Filiaci V, Schink JC, ve ark. Phase III trial of weekly methotrexate or pulsed dactinomycin for low-risk gestational trophoblastic neoplasia: a Gynecologic Oncology Group study. J Clin Oncol. 2011;29(7):825–831.
17. Bower M, Newlands ES, Holden L, ve ark. EMA/CO for high-risk gestational trophoblastic tumors: results from a cohort of 272 patients. J Clin Oncol. 1997;15(7):2636–2643.
18. Alifrangis C, Agarwal R, Short D, ve ark. EMA/CO for high-risk gestational trophoblastic neoplasia: good outcomes with induction low-dose etoposide-cisplatin and genetic analysis. J Clin Oncol. 2013;31(2):280–286.

11. Agarwal R, Teoh S, Short D, Harvey R, Savage PM, Seckl MJ. Chemotherapy and human chorionic gonadotropin concentrations 6 months after uterine evacuation of molar pregnancy: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2012;379(9811):130–135.
12. Sita-Lumsden A, Short D, Lindsay I, ve ark. Treatment outcomes for 618 women with gestational trophoblastic tumours following a molar pregnancy at the Charing Cross Hospital, 2000–2009. *Br J Cancer*. 2012;107(11):1810–1814.
13. Oyatogun O, Sandhu M, Barata-Kirby S, Tuller E, Schust DJ. A rational diagnostic approach to the «phantom hCG» and other clinical scenarios in which a patient is thought to be pregnant but is not. *Ther Adv Reprod Health*. 2021;15:26334941211016412.
14. Rotmensch S, Cole LA. False diagnosis and needless therapy of presumed malignant disease in women with false-positive human chorionic gonadotropin concentrations. *Lancet*. 2000;355(9205):712–715.
23. You B, Boize PA, Lotz JP, ve ark. Avelumab in patients with gestational trophoblastic tumors with resistance to single-agent chemotherapy: cohort A of the TROPHIMMUN phase II trial. *J Clin Oncol*. 2020;38(27):3129–3137.
24. Rustin GJ, Newlands ES, Lutz JM, ve ark. Combination but not single-agent methotrexate chemotherapy for gestational trophoblastic tumors increases the incidence of second tumors. *J Clin Oncol*. 1996;14(10):2769–2773.
25. Savage P, Cooke R, O’Nions J, ve ark. Effects of single-agent and combination chemotherapy for gestational trophoblastic tumors on risks of second malignancy and early menopause. *J Clin Oncol*. 2015;33(5):472–478.
26. Bower M, Rustin GJ, Newlands ES, ve ark. Chemotherapy for gestational trophoblastic tumours hastens menopause by 3 years. *Eur J Cancer*. 1998;34(8):1204–1207.
27. Tranoulis A, Georgiou D, Sayasneh A, Tidy J. Gestational trophoblastic neoplasia: a meta-analysis evaluating reproductive and obstetrical outcomes after administration of chemotherapy. *Int J Gynecol Cancer*. 2019.
28. Blok LJ, Frijstein MM, Eysbouts YK, ve ark. The psychological impact of gestational trophoblastic disease: a prospective observational multicentre cohort study. *BJOG*. 2022;129(3):444–449.
29. Ireson J, Jones G, Winter MC, Radley SC, Hancock BW, Tidy JA. Systematic review of health-related quality of life and patient-reported outcome measures in gestational trophoblastic disease: a parallel synthesis approach. *Lancet Oncol*. 2018;19(1):e56–e64.