

# Molaterhesség postmenopausában

Keszthelyi Márton dr.<sup>1\*</sup> ■ Bakos Marcell dr.<sup>1\*</sup>

Szabó István dr.<sup>1</sup> ■ Török Marianna dr.<sup>1</sup> ■ Lőczy Lotti<sup>1</sup>

Madaras Lilla dr.<sup>2</sup> ■ Ács Nándor dr.<sup>1</sup> ■ Várbíró Szabolcs dr.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostani Intézet, Budapest

A molaterhesség a terhességi trophoblastbetegségek közé sorolt, rendkívül ritka kórkép. A kórkép patogenezise egyedülálló, hiszen az anyai daganat eredete maga a terhességi szövet. Előfordulását tekintve főleg a reprodukív korú nőket érinti. Esetbemutatásunkban egy 53 éves nőbeteg postmenopausalis vérzési rendellenességet okozó panaszainak háttérben igazolódott molaterhesség. A molaterhesség fokozott kockázattal járó veszélyállapot, mely esetén a mihamarabbi befejezés alapját a megfelelő diagnosztika adja. Kezdeti tünetei megtévesztőek lehetnek, ectopiás terhességet vagy inkomplett abortuszt, anovulációs vérzési rendellenességet utánozhatnak. Esetismertetésünk célja, hogy felhívja a figyelmet a molaterhesség atipikus megjelenésére; postmenopausalis nőbetegünk kapcsán áttekintjük a molaterhesség kezelésének alapelveit, és bemutatjuk egy sikeresen kezelt eset diagnosztikus és terápiás lépéseit. *Orv Hetil.* 2023; 164(7): 273–277.

**Kulcsszavak:** molaterhesség, mola hydatidosa, terhességi trophoblastbetegség, postmenopausa

## Molar pregnancy in postmenopause

Hydatidiform mole is an extremely rare gestational trophoblastic disease. The pathogenesis is unique in that the maternal tumor arises from pregnancy tissue. In terms of occurrence, it mainly affects women of reproductive age. In our case report, a 53-year-old female patient was diagnosed with molar pregnancy as the background of her perimenopausal bleeding disorder. Mola is a high-risk disease because the symptoms can be deceiving and may be very similar to those of an incomplete miscarriage, ectopic pregnancy or perimenopausal bleeding. Appropriate diagnosis is key to terminating the pregnancy as soon as possible. The purpose of our case report is to draw attention to the atypical appearance of molar pregnancy; in relation to our perimenopausal female patient, we review the basic principles of treatment of hydatidiform mole and present the diagnostic and therapeutic management of a successfully completed case.

**Keywords:** molar pregnancy, hydatidiform mole, trophoblastic pregnancy disorder, postmenopause

Keszthelyi M, Bakos M, Szabó I, Török M, Lőczy L, Madaras L, Ács N, Várbíró Sz. [Molar pregnancy in postmenopause]. *Orv Hetil.* 2023; 164(7): 273–277.

(Beérkezett: 2022. november 23.; elfogadva: 2022. december 11.)

### Rövidítések

hCG = (human chorionic gonadotropin) humán koriongonadotropin; LMWH = (low-molecular-weight heparin) kis molekulatömegű heparin; ROMA = (risk of ovarian malignancy algorithm) a petefészek rosszindulatú daganatának kockázati algoritmus

A mola hydatidosa, vagy magyarul üszögterhesség, a méhlepény bolyhainak elfajulását, rendkívüli mértékű elszaporodását jelenti, melynek során a bolyhok borsó vagy akár cseresznye nagyságú hólyagokká alakulnak át, és egymással szőlőfürtszerűen kapcsolódó ultrahangképet adnak. Epidemiológiáját tekintve főleg a 35 év feletti

\*A szerzők megosztott első szerzők.

vagy 15 év alatti nőket érintő, ritka kórkép. Előfordulási gyakorisága a világ különböző országaiban eltérő: az észak-amerikai és európai országokban előfordulása 66–121/100 000 terhesség, míg a latin-amerikai, ázsiai és közel-keleti országokban ennél szélesebb skáláról számolnak be, igen nagy arányokkal (23–1299/100 000 terhesség) [1].

Kromoszómaszerkezete teszi igazán különlegessé a kórképet, hiszen az esetek 95%-ában a molasejtekben talált kromoszómák kizárólag apai eredetűek, tehát a molaszövet az anyai szervezet számára 100%-osan idegen [1]. Két megjelenési formájáról beszélhetünk: részleges és teljes moláról. Mindkét típus praemalignus állapot, mivel fennáll annak lehetősége, hogy rosszindulatú terhességi trophoblast-neoplasia alakuljon ki [2].

Kezdeti tünetei alapján könnyen összetéveszthető a fenyegető vetéléssel, hiszen emelkedett szérumszintű hCG-koncentráció, hüvelyi vérzés, megnagyobbodott méh és kismedencei diszkomfort kíséri. A kórkép megjelenése általában reproduktív korhoz kötött, ám megjelenése peri- vagy postmenopausalis páciensek esetén sem zárható ki [3]. A mola terápia a méh minél hamarabb történő kiürítése, melynek során nagy a bőséges vérzés fellépésének veszélye, így esetenként a méh eltávolítása sem kerülhető el.

Esetünk különlegessége, hogy a mola hydatidosa diagnózisát és kezelését egy 53 éves, postmenopausában lévő nőbeteg kapcsán mutatjuk be.

## Esetismertetés

A Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájára az 53 éves nőbeteget a területileg illetékes szakrendelő hüvelyi vérzés miatt irányította, szükséges leletei birtokában (laborvizsgálatok, vércsoport). Megfelelő előkészítést követően szövődmenymentes abrásiót végeztünk. Ennek szövettani vizsgálata negatív eredménnyel zárult, egy helyen a mirigyek szabálytalanabb alakját, az erek kisebb, vaskos érátmetszetét véleményezték, mely alapján méhtestpolyp jelenlétét vetették fel. A szövettani leletet utólagosan értelmezve feltételezhető, hogy az abrásió részleges volt, az endometriumot nem teljes terjedelmében távolítottuk el.

A műtét utáni időszakban a páciens hüvelyi vérzése megszűnt, azonban enyhe hasi diszkomfortról kezdett panaszkodni, melynek háttérben ismert, perzisztáló petefészekcystáját sejtette. Ultrahangvizsgálat során a jobb oldali ovariumban egy 35 × 35 mm-es, tiszta bennéki cysticus képlet ábrázolódott. Tumormarker-vizsgálat, a ROMA-index (risk of ovarian malignancy algorithm) a HE4, CA-125 tumormarkerek és a menopausalis status figyelembevételével 14,4%-osnak bizonyult. A panaszokat, illetve a tumormarkerértékeket figyelembe véve a beteg beleegyezésével hastükrözés útján jobb oldali petefészkek-, illetve onkológiai éberség okán mindkét oldali petevezeték-eltávolítást végeztünk. Ennek szövettani



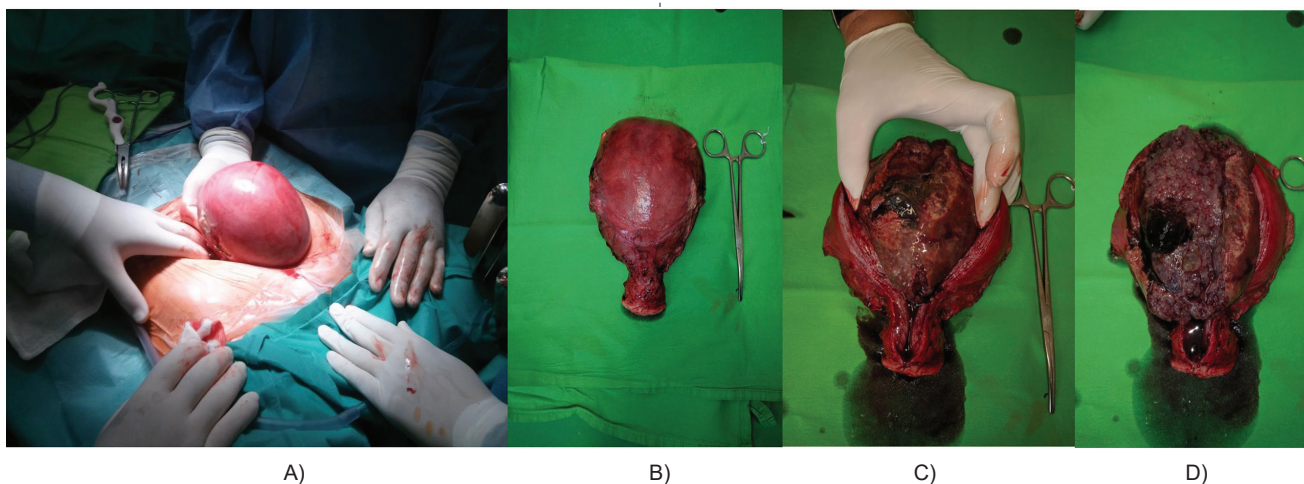
1. ábra | Hüvelyi ultrahangvizsgálat során a méh üregét kitöltő heterogén képlet, többszörös echómentes szőlőfürtszerű rajzolatot mutató megjelenéssel

vizsgálata nagyobb méretű és szerkezetű sárgatest részleteit írta le, szabályos petevezetékek mellett.

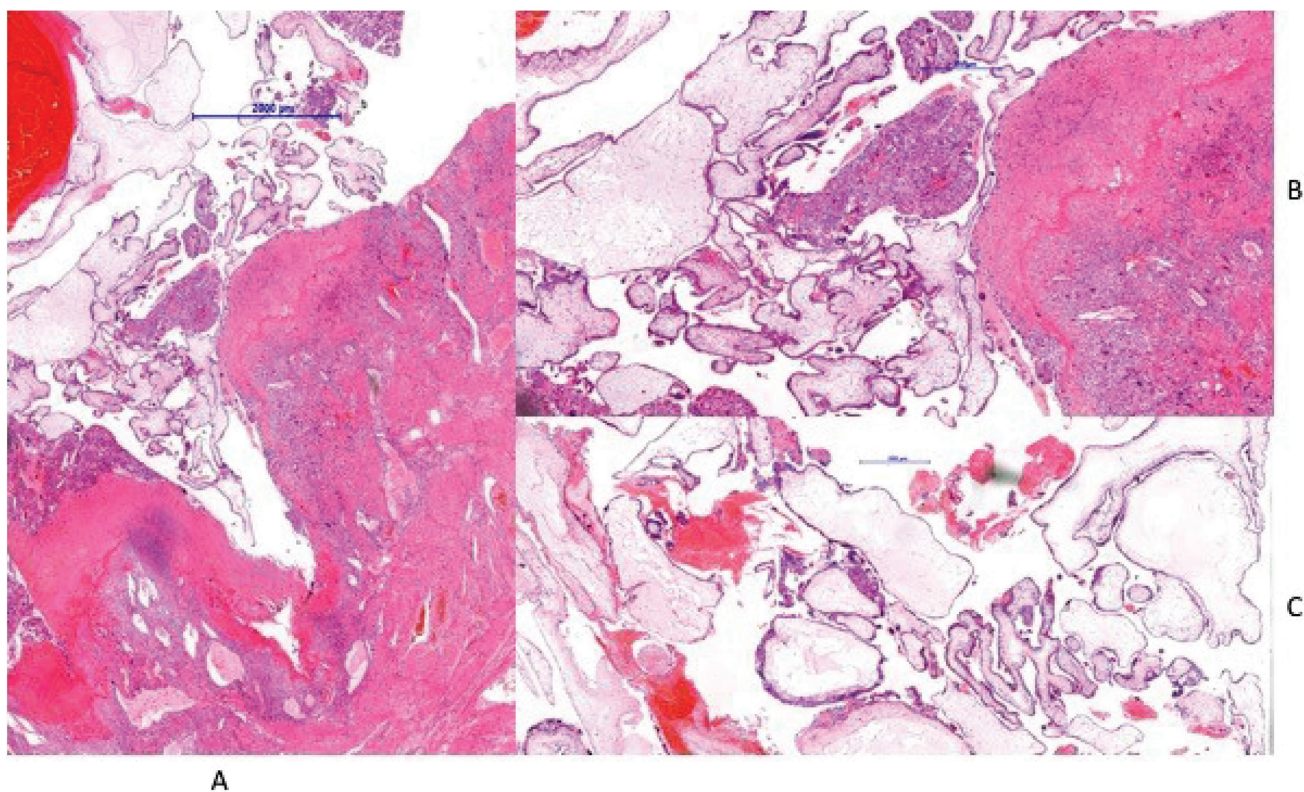
A páciens a műtét utáni időszakban hamar regenerálódott, sebei lobmentesen gyógyultak. A posztoperatív időszak második hetében enyhe alhasi diszkomfortot, illetve teltségérzetet, puffadást panaszolt. Az általános nőgyógyászati és ultrahangvizsgálat során eltérést nem találtunk, gasztroenterológiai kivizsgálást javasoltunk. Ezt a beteg nem vette igénybe, ám tünetei az elmondása szerint fokozódtak, puffadása erősödött, egyre fokozódó gyengeség jellemezte. A posztoperatív időszak negyedik hetében elmondása alapján újabb hüvelyi vérzése kezdődött. Az ekkor elvégzett nőgyógyászati vizsgálat köldökig érő fundust talált; a hüvelyi ultrahangvizsgálat során a méh üregét heterogén massa töltötte ki, többszörös, echómentes, szőlőfürtszerű rajzolatot mutató képpel (1. ábra). Molaterhességre gondolva ekkor végeztünk először béta-hCG-meghatározást, melynek értéke 200 000 IU/l felettinek igazolódott. Tekintettel a páciens életkorára, illetve arra, hogy gyermekvállalási szándék már nem állt fenn, a méheltávolítás mellett döntöttünk. A méh méretéből fakadóan, illetve a vérzés potenciális lehetősége miatt 2 egység választott vörösvértest-koncentrátum deponálása után a méhet laparotomia útján eltávolítottuk. A totalis abdominalis hysterectomia szövődmenymentesen zajlott (2. ábra A–D). A szövettani vizsgálat során partialis molaterhességnek megfelelő szöveti kép volt igazolható (3. ábra A–C). A méh üregét kitöltő szövetszaporulat a méh falát nem infiltrálta, de a posztoperatív időszakban többször béta-hCG-meghatározást végeztünk, s annak értéke fokozatosan csökkent (a műtétet követő 10. napon: 4113, 20. napon: 682, 4 hónapot követően: 29 U/l). A posztoperatív szak LMWH-profilaxis mellett zavartalanul telt.

## Megbeszélés

A molaterhesség tünetei, ahogy esetünkben is, megtévesztőek lehetnek: szokatlan hüvelyi vérzés, alhasi fájdalom, megnagyobbodott méh, terhességi tünetek jellem-



2. ábra A) Intraoperatív kép, melyen látható a megnagyobbodott méhtest, a salpingectomia utáni állapot. B) Az eltávolított méhtest, mellette viszonyítási alapként 'pean' műszer, melynek mérete 16 cm. C) és D) A méhűrt megnyitva szövetszaporulat látható, mely a méh izomzatát nem infiltrálta



3. ábra A) A myometrium állományát infiltráló trophoblastsejtek a placenta beágyazódási helyének megfelelően. B) Hydropicus, megnagyobbodott bolyhok fjordszerű kontúrokkal, kisebb bolyhokkal keveredve a placenta beágyazódási helyének megfelelően. C) Hydropicus, megnagyobbodott bolyhok szabálytalan körvonalakkal és ciszternákkal, kisebb bolyhok mérsékelt trophoblast-hyperplasiával

zik. Kevésbé gyakori vagy késői tünetei (2. trimeszter) közé tartozik komplett mola esetén a magas hCG-szint miatti theca-luteincysta, a pajzsmirigy-túlműködés (tachycardia, tremor) és a korai praeclampsia [4]. Tünetei alapján spontán vetéléssel, méhen kívüli terhességgel vagy egyéb eredetű postmenopausalis vérzési rendellenességekkel téveszthető össze, amit jól mutat, hogy egy korábbi tanulmányban a teljes molával intézetbe került betegek 91%-ában korábban inkomplett abortusz miatt

történt ellátás [5]. Postmenopausalis nőbeteg esetén a vérzési rendellenesség háttérben a leggyakrabban méhnyálkahártya-eltérés (polypus, hyperplasia), myoma vagy anovulációs vérzészavar (progeszteronhiány) áll; különlegesen ritka a terhességi trophoblastbetegség, amelyre érdemes gondolni, mivel az előbbiekhöz hasonló panaszokat okoz [6].

A mola hydatidosa két megjelenési formája mind kromoszómamintázatukat, mind makroszkópos és mikrosz-

kópos megjelenésüket, mind klinikai képüket és kimene-  
telüket illetően eltérő [7–9]. A differenciáldiagnózis  
elengedhetetlen része az ultrahangvizsgálat és a szérum-  
hCG-laborkontroll. A szérum-hCG szintje igen magas,  
komplett mola esetén akár a 100 000 mIU/ml feletti  
értéket is elérheti. A két típus ultrahangképe különbözik,  
komplett mola esetén a megnagyobbodott méh üregét  
egy központi, heterogén tömeg, valamint számos diszkr-  
ét echómentes tér jellemzi (1–30 mm, „szőlőfürt”),  
melyet az irodalom „hóföregtetegnek” nevez. A petefész-  
kekben theca-luteincysták fordulhatnak elő bilaterálisan,  
funkcionális petefészecysták mellett [2]. Ezzel szemben  
partialis mola esetén finomabb ultrahangeltéréseket lá-  
tunk, az egyes bolyhok hydropicus megjelenési formái  
általában nem láthatók a 10. terhességi hét előtt. Gyak-  
ran megfigyelhető a méhüreg méretéhez képest megn-  
agyobbodott placenta belső, cystás elváltozása, melyet  
„svájci sajt”-ra emlékeztetőnek tartanak [10]. A magzati  
részek amorf echójelként jelennek meg, ha magzat kiala-  
kul, az súlyos rendellenességek spektrumát hordozza,  
gyakran növekedési zavarral [2]. Az ultrahangvizsgálat  
széles körű elérhetősége ellenére a postmolaris gestatiós  
trophoblast-neoplasia kialakulásának kockázata a korábbi  
észlelés mellett sem változott napjainkban [4].

A teljes és részleges mola végső diagnózisához szövete-  
tani vizsgálattal és kariotipizálással juthatunk. A teljes  
molák hozzávetőlegesen 80%-a homoizógóta (46,XX),  
ami a petesejt megtermékenyítését követően egyetlen  
spermium haploid genomjának megkettőződéséből adó-  
dik: ebben az anyai kromoszómák elvesznek a meiosis  
során, vagy triploidból diploidba alakulás történik fo-  
gamzást követően. A komplett molák körülbelül 20%-a a  
petesejt két spermium által történő megtermékenyítésé-  
vel jön létre, így 46,XX vagy 46,XY is lehet a kromoszó-  
makészletük [11–13]. Ezzel szemben a részleges molák  
a kromoszómaállományukat tekintve triploidok: általá-  
ban egy látszólag normális petesejt két spermium általi  
megtermékenyítéséből vagy esetenként egy diploid sper-  
miumból származnak, ezért kromoszómakészletük lehet  
69,XXX, 69,XXY vagy 69,YY [2, 13]. Esetünkben kro-  
moszómavizsgálat nem történt.

Onkológiai besorolásuk alapján a gestatiós tropho-  
blast-neoplasiák közé tartozik az invazív mola, a chorio-  
carcinoma, a placentaris trophoblasttumor és az epithe-  
lioid trophoblasttumor [2]. A malignus elfajulás  
kockázata nagyobb komplett mola esetén, mint részle-  
ges molánál: a komplett molaterhességek 15–20%-a,  
míg a részleges molaterhességek 1–5%-a alakul át inva-  
zív molává [14].

A mola ismerete még viszonylag ritka előfordulása  
mellett is alapvető. Ugyanakkor 50 év felett ritka a fo-  
gamzás és a mola is, ennek ellenére postmenopausában is  
kialakulhat molaterhesség [15], mint esetünkben is.  
A diagnózist lassította, hogy az első abrasio feltehetőleg  
nem érintette az endometrium teljes terjedelmét.

## Következtetés

Esetismertetésünk célja, hogy felhívjuk a figyelmet arra,  
hogy postmenopausában lévő páciensek esetén is gon-  
dolhatunk molaterhességre hüvelyi vérzés, alhasi fájd-  
alom vagy terhességi tünetek jelentkezésekor. Szerencsés  
esetben már az ilyenkor mindig kötelező abrasio során  
nyert anyag szövettani vizsgálata elvezethet a diagnózis-  
hoz, ennek hiányában a kismencedei ultrahangvizsgálat  
segíthet. A magas szérum-hCG-szint végleg eldönti a  
kérdést. Postmenopausában a helyes megoldás a teljes  
méheltávolítás. Ha a hCG-szint ezt követően fokozato-  
san csökken, akkor nagy valószínűséggel nem kell kiúju-  
lásra vagy rosszindulatú átalakulásra számítani.

*Anyagi támogatás:* A közlemény megírása illetve a kap-  
csolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem része-  
sült.

*Szerzői munkamegosztás:* K. M.: Irodalomkutatás, a kéz-  
irat megírása. B. M.: A páciens vezetése, a beavatkozás  
végzése, a beteg utánkövetése, fényképek készítése, a  
kézirat előkészítése, kidolgozása. T. M.: Irodalomkuta-  
tás, a kézirat megírása, ábrákészítés, a kézirat véleménye-  
zése. L. L.: Az ábrák előkészítése, a kézirat formai előké-  
szítése. M. L.: Irodalomkutatás, a patológiai minták  
publikációra való előkészítése. Sz. I.: Irodalomkutatás,  
a sebészi beavatkozás szupervíziója. Á. N.: A kézirat  
szakmai véleményezése. V. Sz.: A kézirat megírása, véle-  
ményezése. A cikk végleges változatát valamennyi szerző  
elolvasta és jóváhagyta.

*Érdekltségek:* A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

## Irodalom

- [1] Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, et al. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. *Lancet Oncol.* 2003; 4: 670–678.
- [2] Lukinovic N, Malovrh EP, Takac I, et al. Advances in diagnostics and management of gestational trophoblastic disease. *Radiol Oncol.* 2022; 56: 430–439.
- [3] Mehrotra S, Singh U, Chauhan S. Molar pregnancy in postmenopausal women: a rare phenomenon. *BMJ Case Rep.* 2012; 2012: bcr2012006213.
- [4] Sun SY, Melamed A, Goldstein DP, et al. Changing presentation of complete hydatidiform mole at the New England Trophoblastic Disease Center over the past three decades: does early diagnosis alter risk for gestational trophoblastic neoplasia? *Gynecol Oncol.* 2015; 138: 46–49.
- [5] Berkowitz RS, Goldstein DP, Bernstein MR. Natural history of partial molar pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1985; 66: 677–681.
- [6] Vitale SG, Watrowski R, Barra F, et al. Abnormal uterine bleeding in perimenopausal women: the role of hysteroscopy and its impact on quality of life and sexuality. *Diagnostics (Basel)* 2022; 12: 1176.
- [7] Vassilakos P, Riotton G, Kajii T. Hydatidiform mole: two entities. A morphologic and cytogenetic study with some clinical consideration. *Am J Obstet Gynecol.* 1977; 127: 167–170.
- [8] Szulman AE, Surti U. The clinicopathologic profile of the partial hydatidiform mole. *Obstet Gynecol.* 1982; 59: 597–602.

- [9] Szulman AE, Surti U. The syndromes of hydatidiform mole. I. Cytogenetic and morphologic correlations. *Am J Obstet Gynecol.* 1978; 131: 665–671.
- [10] Akinlaja O, McKendrick R, Mashak Z, et al. Incidental finding of persistent hydatidiform mole in an adolescent on Depo-Provera. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2016; 2016: 6075049.
- [11] Kajii T, Ohama K. Androgenetic origin of hydatidiform mole. *Nature* 1977; 268: 633–634.
- [12] Yamashita K, Wake N, Araki T, et al. Human lymphocyte antigen expression in hydatidiform mole: androgenesis following fertilization by a haploid sperm. *Am J Obstet Gynecol.* 1979; 135: 597–600.
- [13] Fisher RA, Maher GJ. Genetics of gestational trophoblastic disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2021; 74: 29–41.
- [14] Berkowitz RS, Goldstein DP. Current advances in the management of gestational trophoblastic disease. *Gynecol Oncol* 2013; 128: 3–5.
- [15] Tsukamoto N, Iwasaka T, Kashimura Y, et al. Gestational trophoblastic disease in women aged 50 or more. *Gynecol Oncol.* 1985; 20: 53–61.

(Keszthelyi Márton dr.,  
Budapest, Üllői út 78/A, 1082  
e-mail: keszthelyimarton93@gmail.com)

A **Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kara** örömmel tesz eleget annak a hagyománynak, hogy volt diákjait jubileumi díszoklevéllel tünteti ki.

Kérjük ezért azokat az orvosokat, akik diplomájukat az egyetem jogelődjénél, a PÁZMÁNY PÉTER TUDOMÁNYEGYETEMEN, a BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEMEN, illetve a SEMMELWEIS ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEMEN

1948-ban  
1953-ban  
1958-ban  
1963-ban  
1973-ban

szerezték meg, és szakterületükön legalább 30 évig dolgoztak, nyújtsák be kérelmüket a *platina, rubin, vas, gyémánt*, illetve *arany díszoklevél* elnyerése érdekében **2023. április 30-ig**, a következő címre, az alábbi jelentkezési lapon.

**Semmelweis Egyetem Általános – Orvostudományi Kar**  
**Dékáni Hivatal**  
**1085 Budapest, Üllői út 26. vagy 1428 Budapest Pf. 2**

A jubileumi díszoklevelek átadására előreláthatóan októberben kerül sor. A pontos időpontról meghívó útján küldünk értesítést.

**JELENTKEZÉSI LAP**  
**arany, gyémánt, vas, rubin és platina díszoklevélhez**

**NÉV** .....  
(névváltoztatás feltüntetésével) .....

**Születési idő:** .....

**Diploma kelte:** .....

**Lakcím:** .....

**Telefonszám:** .....

**E-mail cím:** .....

**Utolsó munkahely:** .....

**Rövid szakmai önéletrajz:**

Megismertem és elfogadom az *adatkezelési tájékoztatóban* foglaltakat.

**Dátum:** .....

.....  
**a kérelmező aláírása**

Aláírással hozzájárulok ahhoz, hogy a lakóhelyem szerinti illetékes önkormányzat megkeresésére, kerületi ünnepségre történő meghívás céljából az elérhetőségeim kiadásra kerüljenek.

**A megfelelő válasz aláhúzendő.**

**IGEN**

**NEM**