Тархины эдийн цус харвалтаар илэрсэн хэвийн төрөлтийн дараах жирэмсний хориокарциномын ховор тохиолдол

М.Нандинбаяр[1], С.Дэмбэрэлдорж[1], Г.Байгалмаа[1], Б.Отгонбаяр[2], Н.Лхамцоо[1]

[1]Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг
[2]Сонгинохайрхан дүүргийн Эрүүл мэндийн төв
Цахим шуудан: nandinbayarmunkhbat@gmail.com, Утас: 99972312

Түлхүүр үг:
Үсэрхийлэл
Ихэс
Хүний ихсийн β-гонадотропин даавар.

Товч утга:
Удиртгал: Хэвийн төрөлтийн дараах жирэмсний хориокарцином нь маш ховор тохиолддог ба ихсийн дотор үүсч үсэрхийлэл өгдөг гэж үздэг тул бараг оношлогддоггүй байна. Эмнэлзүйн тохиолдлын танилцуулга: 34 настай эмэгтэй таталт өгч комын байдалтай тус эмнэлэгт хэвтсэн. Тархины компьютерт томографиар баруун зулайд цусан хураа, цээжний компьютерт томографиар баруун уушгины оройд хавдрын үсэрхийлэл тодорхойлогдсон. 04 сарын өмнө жирэмсний 39 долоо хоногтойдоо эсэн мэнд эрүүл хүүхэд төрүүлсэн өгүүлэмжтэй байсан. Хэдий эрчимт эмчилгээ хийсэн боловч өвчтөн 01 хоногийн дараа нас барсан. Задлан шинжилгээгээр жирэмсний хориокарцином оношлогдсон. **Дүгнэлт:** Нөхөн үржих насны эмэгтэйчүүдэд шалтгааныг өөрөөр тайлбарлах боломжгүй тархины эдийн цус харвалт болсон тохиолдолд жирэмсний хориокарциномыг тооцох зүйтэй.

Удиртгал: Тархины эдийн цус харвалт (ТЭЦХ) залуу насныханд судасны цүлхэн, артери-венийн мальформаци зэрэг тархины судасны гажгийн шалтгаант байх нь түгээмэл бол тархины анхдагч болон хоёрдогч хавдрын хүндрэлээр илрэх нь маш ховор байдаг.[1]

Жирэмсний хориокарцином нь ихсийн гаралтай жирэмсний трофобластын бүлэг эмгэгт багтдаг, хүний ихсийн гонадотрофин даавар (HCG буюу human chorionic gonadotrophin hormone) ялгаруулдаг, хэсэг газарт нэвчих, үсэрхийлэх хоруу чанар өндөртэй, цэвэр хучуур эдийн өмөн юм.[2-4]

Эмэгтэй хүн жирэмслэхэд хэвийн трофобласт эд нь эхийн эндометрийн ханыг нэвчин ургах замаар ураг болон эхийн хоорондх ихэс хэмээгдэх цусны судсаар баялаг холбоосыг үүсгэдэг жамтай. Трофобласт эд нь синцитотрофобласт, цитотрофобласт, интермедиат трофобластаас гэсэн эрт үеийн бластоцистын 3 төрлийн эсүүдээс тогтоно. Цитотрофобласт эс нь ихсийн лактоген болон цэлмэнгийн гонадотропин даавар ялгаруулдаггүй бол харин синцитотрофобласт эс нь трофобластын гадна давхаргад байрлах ба эхийн цусан хангамжтай шууд харьцан ихсийн дааврыг ихээр ялгаруулдаг байна. Жирэмсний трофобластын эмгэгүүд, тэр дундаас хориокарцином ихсийн интермедиат трофобласт эсээс үүдэлтэй гэж үздэг. Жирэмсний хориокарциномын үед ихсийн сэртэнцэрүүд байхгүй л болохоос биш трофобластын бүх 3 төрлийн эсийн гажигшилтай хавдрын эсүүдээс бүрдсэн, мөн судасжилт ихтэй, амархан нэвчин, үсэрхийлдэг шинжээрээ жирэмсний трофобластын бүлгийн бусад эмгэгүүдээс ялгагдана.[5] Жирэмсний хориокарцином нь үр хөндөлт, умайн гадуурх жирэмслэлт болон цулцан хураа зэрэг эмгэг жирэмслэлтийн үед голдуу оношлогддог ч хэвийн жирэмслэлт, төрөлтийн үед мөн үүсч болдог. Судалгаагаар хориокарциномын 50 орчим хувь нь цулцан хураа үүссэний дараа, 25% нь үр хөндөлт, 3% нь умайн гадуурх жирэмслэлтийн дараа үүсдэг бол 22.5% нь хэвийн төрөлтийн дараах 6 сарын дотор оношлогдох нь түгээмэл байдаг.[6]

Хэдий жирэмсний хориокарцином ховор тохиолддог ч нөхөн үржих насны эмэгтэйчүүдэд анхдагч голомт тогтоогдохгүй байгаа хорт хавдрын үсэрхийлэл, цус алдалтын үед заавал сэжиглэх нь зүйтэй.[7] Бид эмгэг судлалын шинжилгээгээр оношлогдсон тархины эдийн болон торлог дорх цус харвалтаар илэрсэн жирэмсний хориокарциномын тохиолдлыг танилцуулж байна.

Эмнэлзүйн тохиолдол: 34 настай, эмэгтэй амьсгаадаж, цээжээр нь хөндүүрлэж өвдөж, огиж бөөлжиж эхэлсэн тул түргэн тусламжаар харьяаллын Нэгдсэн эмнэлэгт хэвтэн цээжний хөндийн тодосгогчтой компьютерт томографи (КТ) хийлгэхэд уушгины хавдар оношлогдсон тул Хавдар судлалын үндэсний төв (ХСҮТ)-д хандахад уушгины хавдар үгүйсгэгдсэн. Удалгүй өвчтөний хэл нь ээдрэн, зүүн гар хөлийн мэдээ сулран, толгойн хүчтэй өвдөлт илэрсэн тул тархины КТ хийлгэхэд ТЭЦХ илэрсэн тул төрсний дараах цус бүлэгнэлтийн эмгэг, тархины аалзавч дорх цус харвалт оношоор Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг (УГТЭ) рүү хүргэгдсэн. Тус эмнэлэгт ирээд удалгүй таталт өгч төвийн гаралтай амьсгал, зүрх судас үйл ажиллагаа дарангуйлагдан, зүрх зогссон тул амилуулах лавшруулсан тусламж үзүүлэн Эрчимт эмчилгээний нэгдсэн тасагт яаралтай журмаар хэвтүүлэн давтан тархины КТ хийхэд бүх ховдол руу цөмөрсөн баруун зулайн дэлбэнгийн цусан хураа илэрсэн. Өгүүлэмжээр 04 сарын өмнө амаржсан ба нярайн чөлөөтэй байсан. Нийтдээ 03 удаа жирэмслэснээс хоёр удаа өөрөөр амаржсан, нэг удаа үр хөндүүлж байсан. Сүүлийн төрөлт 39 долоо хоногтойд буюу хугацаандаа, төрөх замаар, хүндрэлгүй явагдсан. Сүүлийн сарын тэмдэг нэг сарын өмнө ирсэн. 05 жилийн умайн ёроолд оношлогдсон 0.5 см ургацгаас дурангаар эдийн шинжилгээ хийлгэж байсан өгүүлэмжтэй.

Эрчимт эмчилгээний нэгдсэн тасагт хэвтэх үеийн үзлэгт биеийн ерөнхий байдал туйлын хүнд, гүн комын байдалтай, амьсгал болон зүрх судасны үйл ажиллагааны бүрэн дэмжлэгтэй байсан. Уушги чагналтаар баруунд талд цулцангийн сул, зүүн талд цулцангийн ширүүн амьсгалтай. Зүрхний авиа бүдэг, хэм жигд, 101 удаа/мин, артерийн даралт 76/38/45 мм муб. Мэдрэлийн үзлэгт хүүхэн харааны хэлбэр зөв дугараг, 2 талд ижил, 6 мм өргөссөн ба гэрлийн ямар ч урвалгүй. Нүдний алим төвдөө, эвэрлэг, сормуусны рефлекс болон хүүхэлдэйн нүдний шинж үүсэхгүй байсан. Мөчдөд тонус сул, гүний болон өнгөц рефлексүүд болон эмгэг рефлексүүд үүсэхгүй. Мэнэнгийн хам шинжийн илрэлгүй байсан. Тархины харвалтын эрүүл мэндийн үндэсний хүрээлэнгийн үнэлгээгээр 30 оноо. Комын Глазго үнэлгээгээр 03 балл тул тархи чөлөөлөх болон цусан хураа авах мэс засал хийх боломжгүй гэж үзсэн тул эмийн эмчилгээг үргэлжлүүлэхийн хамт тархины судасны гажиг, үсэрхийлсэн хавдрын задралаас ялган оношлогоог хийж байсан боловч биеийн байдал дордсоор 01 хоногийн дараа нас барсан.

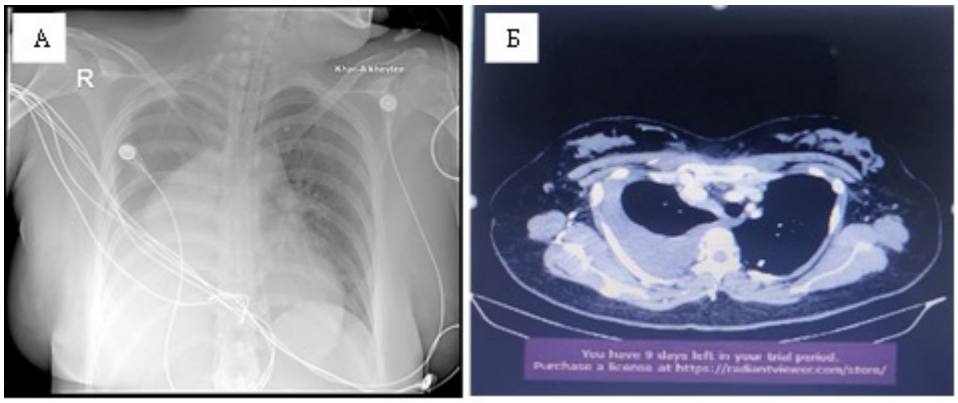
Хийгдсэн шинжилгээнүүдэд гарсан өөрчлөлтүүд:

Лабораторийн шинжилгээ:

1. ЦДШ: Гипохромын микроцитын хүнд зэргийн цус багадалт
2. Эсийн шинжилгээнд: хорт хавдрын эс тодорхойлогдоогүй ч лимфоцит болон цөөн тооны мезотелийн эсүүд харагдана.

Багажийн шинжилгээ:

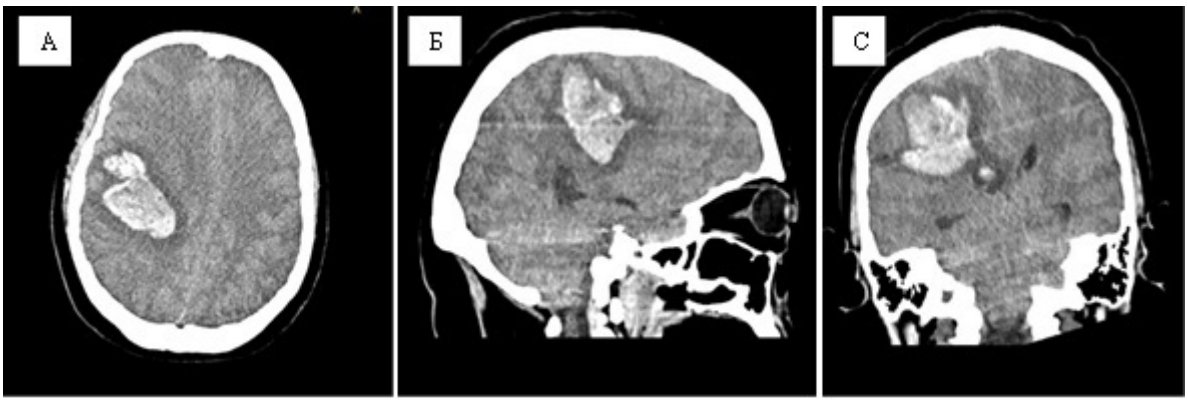
1. Цээжний рентген зураг: Баруун уушгины агааржилт тархмал буурсан. Зүрх хөндлөн тийш эрс томорсон ба үүний улмаас баруун талын доод талбай ялгаран харагдахгүй. Өрцний синус тод бус. 2 талын уушгины зураглал дотор болон дунд зоноор олширсон. (Зураг 1А)
2. Цээжний КТ: Баруун уушгины дээд дэлбэнгийн урд сегментэд байрласан 9.6x8.6x6.0 см хэмжээтэй нягт багатай, жигд бус тодролтой, голомтот үүсгэвэртэй. Уг үүсгэвэр нь зүрхний баруун тосгуур, дээд хөндий венийг бага зэрэг дарсан. Баруун уушигны оройн хэсэгт 1.9x1.8 см плевртэй холбоотой голомттой. Баруун плеврийн хөндийд шингэнтэй. Баруун уушгины орой шалчийсан. Дүгнэлт: Баруун уушгины оройн хавдар, плевр руу үсэрхийлсэн. Баруун уушгины пневмоторакс. (Зураг 1Б)



Зураг 1. Цээжний рентген зураг (А) ба КТ (Б).

Хэвлийн эхо: Элэгний эхо ойлт жигд бус ихэссэн, гадаргуу жигд, хэмжээ хэвийн. SIII сегментэд 2x1.4 см хэмжээний, SVIII сегментэд 0.6x0.8 см хэмжээний нягтрал буурсан хүрээтэй голомтуудтай. Баруун плеврт сул шингэнтэй.

Тархины КТ: Баруун тал бөмбөлгийн зулайн дэлбэнд дунджаар 31x51x54 мм хэмжээний жигд бус өндөр нягтралтай цус хуралттай. Хажуу ховдолд цустай. Дунд бүрдэл зүүн тийш 15 мм хазайсан. (Зураг 2)



Зураг 2. Толгойн КТ.

Эмгэг судлалын шинжилгээ: Тархины эд ба зөөлөн бурхүүлийн судас, дээд, доод хөндийн венийн хөндийд цусан болон өмөнгийн бүлэн, уушгины эдэд цэлмэнгийн хэлбэрийн завсрын трофобластын үржил ба цитотрофобласт, синцитотрофобласт эсийн 2 давхарга үүссэн анаплазитай эсүүдийн хүрээ бүхий жирэмсний хориокарциномын зураглалтай. Эмгэг судлалын онош: Ихсийн өмөн. Их тархины баруун зулайн дэлбэн, уушгины баруун дээд дэлбэн, дээд болон доод хөндийн хураагуур судас рүү үсэрхийлсэн хориокарцином. aM0N0M1b, FIGO stage IV. ӨОУА-ХС:М-9100/3. Элэгний эсийн аденом. Уушги болон тархины хаван. Зүрхний булчингийн жижиг голомтот склероз. Бөөрний сувганцарын тархмал үхжил. Дотор цуллаг эрхтэнүүдийн цус эргэлтийн хямрал, тэжээл хувирал илэрсэн. Үүнээс үүдэн уушги болон тархины эдэд үсэрхийлсэн хориокарцинома хорт хавдартай байсан өвчтөний уушгины голомт задарч цээжний хөндийд цус алдан, гиповолемийн шокоор хүндэрч, тархи хавагнан уртавтар тархи шаантаглан, төвийн гаралтай амьсгал, зүрх судасны цочмог дутагдалд орж нас барсан гэж дүгнэсэн.

Хэлцэмж: Жирэмсний хориокарцином нь Хойд Америк, Европын орнуудад 40,000 жирэмслэлт тутамд 1, Зүүн өмнөд Ази, Япон Улсад 3-9 тохиолддог. Судалгаагаар цус болон тунгалагийн булчирхайгаар дамжин биеийн бараг бүх хэсэг руу тархдаг. Уушги, тархи, элэг, бөөр, ходоод гэдэс, үтрээ зэрэг эрхтэнүүд рүү маш богино хугацаанд үсэрхийлдэг хорт хавдар болох нь тогтоогдсон ба үсэрхийлсэн газартаа цус алдалтаар илэрдэг онцлогтой ажээ.[4]

Хэвийн төрөлтийн дараах жирэмсний хориокарцином нь 160,000 хэвийн төрөлтөд 1 буюу маш ховор тохиолддог ба ихсийн дотор үүсч үсэрхийлэл өгдөг гэж үздэг тул бараг оношлогддоггүй байна.[7,8] Жирэмсний хориокарцином нь ургийн цулцан, хэвлий дэх ургийн нас баралт, ураг, эхийн цус алдалт зэрэг жирэмсний хүндрэлээр илрэх нь түгээмэл байдаг бол хэвийн төрөлтийн дараах жирэмсний хориокарциномын үед хэвийн төрснөөс хойш дунджаар 05-06 сарын дараа үсэрхийлэл өгсөн эрхтэн тогтолцооны үйл ажиллагааны алдагдлын шинжээр илэрдэг онцлогтой.

Жирэмсний хориокарциномын тархины үсэрхийлэл өгөх нь 11 хувьтай гэж үздэг.[9] Энэ хорт хавдар маш хурдацтай үсэрхийлэлдэг ба ингэхдээ цус алдалтаар голлон илэрдэг ба тархинд үсэрхийлэл өгөх нь төгсгөлийн үе шатад тооцогдох нь их байдаг.[10] Тархины үсэрхийлэл нь уушгины үсэрхийллээс үүдэлтэй тул уушгины үсэрхийлэлтэй бараг 100 хувь нэгэн зэрэг оношлогддог онцлогтой.

Жирэмсний хориокарциномын үед трофобласт эсүүд нь төрөлхийн судасны ханыг нэвчин ургах чанартай, трофобласт хавдрын доторх судсуудын хана нимгэн байдаг тул ТЭЦХ-аар голлон илэрдэг ч аалзавч дорх цус харвалт, онкотик буюу хавдрын цулхэн, маш ховор тохиолдолд тархины цус тасалдах харвалтаар илэрч болно.[11] Тархины үсэрхийлэл ихэвчлэн баруун тал бөмбөлөгт, голлон зулай болон чамархайн, цөөн тохиолдолд духны дэлбэнд оношлогдох ба толгойн өвдөлт, дотор муухайрал зэрэг тархины ерөнхий шинж тэмдгээс гадна таталт, саа саажилт зэрэг шинж тэмдгүүдээр илэрдэг.[12] Жирэмсний хориокарциномын шалтгаант цулхэн нь нэг эсвэл олон тоогоор тархины судасны захын салаануудад оношлогддог онцлогтой ба маш ховор тохиолддог ажээ.[13-14] Төрөлхийн болон атеросклерозын шалтгаант цулхэн тархины судасны захын салаануудад байх нь маш ховор байдаг бол хавдрын цулхэн нь зүрхний миксомын эмболоос гадна үхжсэн хавдрын эмболоос үүдэлтэй ба энэ нь захын судсыг бөглөн улмаар судасны ханыг эвдлэн цус харвалтад хүргэдэг гэж үздэг.[15-16] Уушгины үсэрхийлэл нь амьсгаадалт, гялтан хальсны шингэн хуралдалт, цээжний өвдөлтөөр голлон илэрдэг байна.

Жирэмсний хориокарциномын шалтгаант ТЭЦХ-ын ялган оношилгоонд бусад хавдрын үсэрхийлэл, цус харвалт бүхий тархины анхдагч хавдар, жирэмсний бус хориокарцином, тархины судасны шалтгаант харвалтууд багтана. Ялган оношилгооны зорилгоор хэдий жирэмсний хориокарциномыг амьд сорьцын эд судлалын шинжилгээгээр төгс оношлох ч сийвэн дэх хүний ихсийн β гонадотрофин даавар (β-HCG буюу β human chorionic gonadotrophin hormone)-ыг тодорхойлоход л хангалттай.

Манай тохиолдолд жирэмсний хориокарцином нь уушги, тархи болон венийн судсууд руу үсэрхийлсний улмаас нас барсаны дараа эмгэг судлалын шинжилгээгээр оношлогдсон нь бидний практик дахь анхны тохиолдол, эх барих, эмэгтэйчүүдийн өвүүлэмжийг анхааралагүй, цусанд хүний ихсийн β гонадотрофин даавар үзээгүй зэрэг нөлөөлсөн гэж үзсэн. Ихсийн доторх хориокарцином нь жирэмсний хориокарцином дотор хамгийн ховорт

тооцогддог.[17,18] Манай тохиолдолд жирэмсний хориокарциномын эх голомт нь ихэст байсан байх магадлалтай байсан. Учир нь задлан шинжилгээгээр умай, түүний дайвар эрхтэнүүдэд голомтот өөрчлөлт илрээгүй тул амаржсаны дараа ихэст нүдээр харахад буюу макро үзлэгээр өөрчлөлт илрээгүй тул эмгэг судлалын шинжилгээ рүү илгээгээгүй болов уу. Монгол Улсад дэлхийн бусад улс оронтой адил хэвийн төрөлтийн дараа ихсийг эмгэг судлалын шинжилгээнд илгээж шалгадаггүй шалтгаан, эмнэлзүйн шинж тэмдэг бараг үгүй байдал нь ихсийн доторх хориокарциномыг алдахад хүргэсэн байх боломжтой.[19-21] Г.Ганхүү нарын судалгаагаар 2016-2020 онд жирэмсний трофобласт хавдрын 29 тохиолдол, 40000 төрөлтөд 3.0 тохиолдож байгаа буюу Монгол Улсад тохиолдлын тоо өндөр болохыг тогтоож, цаашид ихсийг сайтар шалгаж, гистологийн шинжилгээнд явуулж байх практикийн эмч нарт зөвлөмжийг хүргүүлж байсан.[22]

Хэрэв амьд үед жирэмсний хориокарцином оношлогдвол КТ, СРТ шинжилгээгээр уушги, элэг, тархины үсэрхийлэлийг илрүүлэх шинжилгээг хийхийн хамт Эх барих, эмэгтэйчүүдийн дэлхийн холбооны үнэлгээ (the International Federation od Gynaecology and Obstetrics or FIGO staging)-гээр тавиланг тодорхойлж болдог.[23] Энэ үнэлгээгээр <7 оноо авбал бага эрсдэлтэй, >7 оноо авсан бол өндөр эрсдэлтэй гэж үнэлэн эмчилгээний стратегийг боловсруулах, эмчилгээний үр дүн, өвчний тавиланг тодорхойлох боломжтой юм.

Бид ТЭЦХ болсон нөхөн үржихүйн насны эмэгтэйчүүдэд эмэгтэйчүүдийн асуумжийг сайн авах, цаашлаад үр хөндөлт, цулцан хураа авах мэс засал хийлгэсэн тохиолдлуудад цусанд хүний ихсийн β гонадотрофин дааврыг үзсэнээр жирэмсний хориокарцином үүсэх болон түүний хүндрэлээс сэргийлж хүний амь нас аврах боломжтой болохыг энэхүү ховор тохиолдлоор дамжуулан хэлэхийг хүссэн. Одоо цагт жирэмсний хориокарциномыг эрт үед нь оношлон эмчилгээг эхлүүлбэл 98%-ийн буюу бараг бүрэн эдгэрэх боломжтой болсон.[24] Хожуу оношлогдсон, хими эмчилгээнд тэсвэртэй тохиолдолд л энэ өвчний улмаас нас барж байна.

Дүгнэлт: Нөхөн үржих насны эмэгтэйчүүдэд шалтгааныг өөрөөр тайлбарлах боломжгүй тархины эдийн цус харвалт болсон тохиолдолд жирэмсний хориокарциномыг тооцох зүйтэй.

Ном зүй:

1. *Turgut Tatlisumak, Brett Cucchiara, Satoshi Kuroda, Scott E. Kasner and Jukka Putaala. Nontraumatic intracerebral haemorrhage in young adults. Nat Rev Neurol. 2018 Apr;14(4):237-250.*
2. *Seckl MJ, Sebire NJ, Fisher RA, et al. Gestational trophoblastic disease: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2013;24 Suppl 6:vi39-vi50.*
3. *Lurain JR. Gestational trophoblastic disease II: Classification and management of gestational trophoblastic neoplasia. Am J Obstet Gynecol. 2011;204(1):11-8.*
4. *Jafari-Nozad AM, Jahani N. Pulmonary metastatic gestational choriocarcinoma following an uncomplicated term pregnancy: a case report. J Med Case Rep. 2024;18(1):298. Published 2024 Jun 30.*
5. *Soper JT. Gestational Trophoblastic Disease: Current Evaluation and Management [published correction appears in Obstet Gynecol. 2022 Jan 1;139(1):149.*
6. *Lee E, Cho H. A Case of Intraplacental Choriocarcinoma with Pulmonary Metastasis. Case Rep Oncol. 2019;12(3):802-806. Published 2019 Oct 29.*
7. *Katsanevakis E, Oatham A, Mathew D. Choriocarcinoma After Full-Term Pregnancy: A Case Report and Review of the Literature. Cureus. 2022;14(2):e22200. Published 2022 Feb 14.*
8. *Shreeja Singh, Chanchak kumari. Choriocarcinoma after full-term pregnancy: A case report and review of the literature. ISSN-2456-4184, Vol-9,Issue 3, page n.d206-d209, March-2014*
9. *Huang CY, Chen CA, Hsieh CY, Cheng WF. Intracerebral hemorrhage as initial presentation of gestational choriocarcinoma: a case report and literature review. Int J Gynecol Cancer. 2007;17(5):1166-1171. doi:10.1111/j.1525-1438.2007.00934.x*
10. *Gavanier D, Leport H, Massardier J, et al. Gestational trophoblastic neoplasia with brain metastasis at initial presentation: a retrospective study. Int J Clin Oncol. 2019;24(2):153-160.*
11. *Michael J Seckl, Neil J Sebire, Ross S Berkowitz. Gestational trophoblastic disease. Lancet. 2010 Aug 28;376(9742):717-29.*
12. *Zhou T, Zhang S, Qin Y, Zhu W. Intracerebral hemorrhage as initial presentation of metastatic choriocarcinoma: A case report. Radiol Case Rep. 2020;15(11):2335-2338. Published 2020 Sep 15.*
13. *Weir B, MacDonald N, Mielke B. Intracranial vascular complications of choriocarcinoma. Neurosurgery. 1978;2(2):138-142.*
14. *Chang IB, Cho BM, Park SH, Yoon DY, Oh SM. Metastatic choriocarcinoma with multiple neoplastic intracranial microaneurysms: case report. J Neurosurg. 2008;108(5):1014-7.*
15. *Pullar M, Blumbergs PC, Phillips GE et al. Neoplastic cerebral aneurysm from metastatic gestational choriocarcinoma. J Neurosurgery 1985;63:664–7.*
16. *Seigle JM, Caputy AJ, Manz HJ et al. Multiple oncotic intracranial aneurysms and cardiac metastases from choriocarcinoma: case report and review of the literature. Neurosurgery 1987;20:39–42.*
17. *Song L, Li Q, Yin R, Wang D. Choriocarcinoma with brain metastasis after term pregnancy: A case report. Medicine (Baltimore). 2018;97(42):e12904.*
18. *Kanehira K., Starostik P., Kasznica J., Khoury T. Primary intraplacental gestational choriocarcinoma: histologic and genetic analyses, Int. J. Gynecol. Pathol. 32 (2013) 71–75.*
19. *Jiao L, Ghorani E, Sebire NJ, Seckl MJ. Intraplacental choriocarcinoma: Systematic review and management guidance. Gynecol Oncol. 2016;141(3):624-631.*
20. *Chung C, Kao MS, Gersell D. Incidental placental choriocarcinoma in a term pregnancy: a case report. J Med Case Rep. 2008;2:330. Published 2008 Oct 16.*
21. *Brewer JI, Mazur MT: Gestational choriocarcinoma. Its origin in the placenta during seemingly normal pregnancy. Am J Surg Pathol 1981, 5(3):267-277.*
22. *Жирэмсний хориокарциномын шалтгаант нас баралтыг оношилсон тохиолдол. Г.Ганхүү, О.Энхээ, Ш.Энхтуяа, Э.Баярмаа. Монголын эмгэг судлал сэтгүүл. Vol 1. №10. 2024.*
23. *Santaballa A, García Y, Herrero A, et al. SEOM clinical guidelines in gestational trophoblastic disease (2017). Clin Transl Oncol. 2018;20(1):38-46.*
24. *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.*

Intracerebral haemorrhage as initial presentation of choriocarcinoma after full-term pregnancy

Nandinbayar M[1], Dembereldor S[1], Baigalmaa G[1], Otgonbayar B[2], Lkhamtsoo N[1]

[1]Third State Central Hospital
[2]Songinokhairkhan District Health Centre
E-mail: nandinbayarmunkhbat@gmail.com, Tel: +976-99972312

Abstract:
Background: Choriocarcinomas after full-term pregnancies are a rare entity.
Case presentation: A 34-year-old woman was admitted to the hospital with a seizure in a comatose state. A computed tomography scan revealed an intracerebral haemorrhage in the right parietal region. A chest CT scan showed a single metastatic lesion in the right upper lung field. The patient delivered a viable infant at 39 weeks of gestation, 4 months before the hospitalisation. Her pregnancy course was uncomplicated. Despite receiving intensive treatment, the patient died 1 day later. Choriocarcinoma was diagnosed at the autopsy.
Conclusion: Metastatic choriocarcinoma should always be in the differential diagnosis for women of childbearing age presenting with unexplained stroke-like symptoms.

Keywords: Metastasis, Placenta, Human chorionic gonadotropin (b-HCG).