

参 考 文 献

- Young RH, Kurman RJ, Scully RE. Proliferations and tumors of intermediate Shih IM, Kurman RJ. trophoblast of the placental site. *Semin Diagn Pathol*, 1988; 5(2): 223-237.
- Young RH, Kurman RJ, Scully RE. Placental site nodules and plaques. A clinicopathologic analysis of 20 cases. *Am J Surg Pathol*, 1990; 14(11): 1001-1009.
- Shih IM, Kurman RJ. The pathology of intermediate trophoblastic tumors and tumor-like lesions. *Int J Gynecol Pathol*, 2001; 20(1): 31-47.
- Shih IM, Seidman JD, Kurman RJ. Placental site nodule and characterization of distinctive types of intermediate trophoblast. *Hum Pathol*, 1999; 30(6): 687-694.
- 姚青, 张建民, 郭庆明等. 胎盘部位结节. *江苏医药杂志*, 2001; 27(5): 333-334.
- Shitabata PK, Rutgers JL. The placental site nodule: an immunohistochemical study. *Hum Pathol*, 1994; 25(12): 1295-1301.
- 粟占三, 刘保安, 杨定海. 胎盘部位结节 5 例报道. *诊断病理学杂志*, 2010; 17(2): 150-151.
- 沈丹华, 廖晓耘, 刘艳丽等. 胎盘部位过度反应及胎盘部位结节的临床病理分析. *中华病理学杂志*, 2004; 33(5): 441-444.
- Tsai HW, Lin CP, Chou CY, et al. Placental site nodule transformed into a malignant epithelioid trophoblastic tumour with pelvic lymph node and lung metastasis. *Histopathology*, 2008; 53(5): 601-604.
- Chen BJ, Cheng CJ, Chen WY. Transformation of a post-caesarean section placental site nodule into a coexisting epithelioid trophoblastic tumor and placental site trophoblastic tumor: a case report. *Diagn Pathol*, 2013; 8(1): 85. (2014-08-06 收稿, 2014-12-15 修回)

编辑 汤洁

DOI:10.13464/j.scuxbyxb.2015.03.036

胎盘间叶发育不良超声表现 2 例报告*

田甜¹, 杨太珠^{1△}, 王巍²

1. 四川大学华西第二医院 超声科(成都 610041); 2. 四川大学华西第二医院 病理科(成都 610041)

【关键词】 胎盘间叶发育不良 超声

病例 1 患者,女,23 岁,孕 12 周彩超提示宫内单活胎,胎儿颈部透明层厚度 1.3 mm,胎盘附着于后壁,呈大小约 8.8 cm×4.2 cm×7.6 cm 的蜂窝状团块,边界欠清,彩色多普勒显示其内未见明显血流信号,可疑部分性葡萄胎,至孕 35 周时彩超提示胎盘大小约 11.2 cm×7.8 cm×9.3 cm。孕期血人绒毛膜促性腺激素(HCG)在正常范围,孕 15 周唐氏筛查提示甲胎蛋白(AFP)为 6.22 MOM,患者拒绝行胎儿染色体核型检查。孕期患者无阴道流血等症状,于孕 35⁺周胎膜早破顺娩一女婴,体质量 1 800 g,身长 43 cm,外观未见明显异常,新生儿 Apgar 评分 10-10-10 分,胎盘自然剥离,大小约 23 cm×22 cm×2.5 cm,质量 760 g,胎盘母面查见约 10 cm×8 cm×7 cm 葡萄样组织分布于胎盘组织间,呈串珠样分布。病理诊断:胎盘间叶发育不良(placental mesenchymal dysplasia, PMD)。

病例 2 患者,女,32 岁,停经 50 d 行超声检查提示宫内早孕,孕期伴间断血性白带,行黄体酮肌注,孕 11⁺周超声提示宫内死胎,胎儿全身皮肤水肿,胸腹腔积液,胎盘厚约 2.8 cm,内散在多个大小不等的囊性暗区,未探及明显血流信号,考虑部分性葡萄胎可能。血 HCG > 200 000 mIU/mL。患者入院后行引产,经阴道顺娩一大小符合孕周的死胎,胎盘娩出不完整,钳夹出胎盘组织送检,胎盘

· 个案报告 ·

表面未见明显葡萄样组织,患者拒绝行胎儿尸检。病理诊断:PMD。术后 3 周患者血 HCG 降至正常水平。

讨论 PMD 是一种病因不明的罕见胎盘血管病变,发生率约为 0.02%。超声表现包括胎盘内部多发的无回声囊状区,胎盘增大和(或)增厚,绒毛膜血管扩张,胎儿结构大多正常,然而近 20% 病例可合并贝-威综合征(Beckwith-Wedman syndrome, BWS),表现为胎儿大于孕周,脐膨出,肝大、肾大、巨舌、羊水过多等。PMD 在超声图像上需要和一部分性葡萄胎鉴别:两者超声表现类似,一般无法由此区分两者;前者胎儿结构大多正常或合并 BWS,常可以存活至足月,而后者胎儿常胎死宫内或伴有多发畸形,极少有足月正常胎儿出生。此外,在 PMD 病例中 AFP 升高者更为多见,而部分性葡萄胎病例中 HCG 升高者更为多见。进行染色体核型检查可以发现大多数 PMD 胎儿染色体核型正常,以 46,XX 多见,而部分性葡萄胎多为三倍体。因此当超声发现胎盘回声改变可疑部分性葡萄胎时应考虑到 PMD 的可能,应仔细扫查胎儿结构排除 BWS,并结合实验室检查进行鉴别,可以更好地评估胎儿结局。

本病例 1 中胎儿结构正常,存活至近足月,伴有 AFP 明显升高,符合 PMD 的特征。而病例 2 中胎死宫内,伴有 HCG 明显升高,更倾向部分性葡萄胎的诊断,说明部分此类病例从临床上无法鉴别,最终诊断还需依靠病理检查。病理表现包括巨检可见胎盘长大,绒毛膜板血管扩张充血,绒毛干水肿形成葡萄状囊泡,镜下可见绒毛干明显长大,不同程度水肿,含异常厚壁胎儿血管,部分可见栓塞,无滋养细胞增生及包涵体。

(2014-09-22 收稿, 2014-11-06 修回)

编辑 余琳

* 四川省科技厅科技支撑计划项目(No. 2009SZ0189)资助

△ 通讯作者, E-mail: ytaizhu@sina.com