

Chorioangioma and pregnancy

Bakitkaly Ibraimov¹, Kenjegul Ibraimova¹, Aigerym Nurmanova¹.

¹Corporate fond «University Medical Center» National Research Center for Maternal and Child health, departments of obstetrics and gynecology and pathoanatomical, Astana, Kazakhstan.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

J CLIN MED KAZ 2017; 3(45 SUPPL 3):73-76

Автор для корреспонденции: Ибраимов Б. А. Корпоративный фонд «UniversityMedicalCenter» Национальный научный центр материнства и детства, патолого анатомическое отделение, ул.Туран 32, Астана, Казахстан. Телефон: 8-701-354-41-50, E-mail: Ibraimov@inbox.ru

ЖҮКТІЛІК ЖӘНЕ ХОРИОНАНГИОМА

Ибраимов Б. А.¹, Ибраимова К.С.¹, Нурманова А.М.¹

¹Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы «University Medical Center» корпоративтік қоры, акушерлік - гинекология және патологоанатомиялық бөлімшелері, Астана, Қазақстан.

ТҰЖЫРЫМДАМА

Мақалада жүктілік кезінде хорионангиома ағықталған науқастың жүктілігі мен босану ағымының клиникалық жағдайы сипатталған. Хорионангиома - хорион талшықтарының құрамына кіретін ұрық капиллярларынан пайда болатын жаңа құрылым. Көптеген жағдайларда хорионангиома асимптоматикалық болып келеді және бала жолдасын қарау кезінде кездейсоқ табылуы мүмкін. Бұл ісік көбінесе көпсулықпен (яғни, амниотикалық сұйықтықтың көбеюі) және ұрықта кемістіктерімен қатарлас кездесуі мүмкін. Жүктілік ағымы, ең алдымен, ісік мөлшеріне байланысты. Хорионангиомада ең көп кездесетін - көпсулық. Оның көріну дәрежесі ісік мөлшеріне байланысты. Үлкен көлемдегі ісігі бар науқастардың 18-35% -ында көпсулық кездеседі.

ХОРИОНАНГИОМА И БЕРЕМЕННОСТЬ

Ибраимов Б.А.¹, Ибраимова К.С.¹, Нурманова А.М.¹

¹Корпоративный фонд «University Medical Center» Национальный научный центр материнства и детства, отделения акушерства-гинекологии и патологоанатомии Астана, Казахстан.

РЕЗЮМЕ

В статье описывается клиническая картина беременности и рождаемости пациента с хорионангиомой во время беременности. Хорионангиома – доброкачественное новообразование, развивающейся из капилляров плода, входящих в состав ворсин хориона. В большинстве наблюдений хорионангиома остается бессимптомной и может стать случайной находкой при осмотре последа. Достаточно часто эта опухоль сочетается с многоводием (т.е. повышенным количеством околоплодных вод) и пороками развития у плода. Течение беременности при хорионангиоме зависит в первую очередь от размеров опухоли. Наиболее часто при хорионангиоме отмечается многоводие. Степень выраженности многоводия зависит от размеров опухоли. Многоводие отмечается у 18-35% пациентов с большим узлом.

ABSTRACTION

The article describes a clinical picture of pregnancy and fertility of a patient with a chorionangioma during pregnancy. Chorionangioma is a benign neoplasm that develops from the fetal capillaries that form part of the chorion villus. In most cases, the chorionangioma remains asymptomatic and can become an accidental finding when examining the afterbirth. Quite often this tumor is combined with polyhydramnios (ie, increased amount of amniotic fluid) and malformations in the fetus. The course of pregnancy in chorionangiomas depends primarily on the size of the tumor. The most common in chorionangiomas is polyhydramnios. The degree of expression of polyhydramnios depends on the size of the tumor. Polyhydramnios is noted in 18-35% of patients with a large node.

Введение

Хорионангиома является, как правило, одиночной опухолью, но может быть представлена несколькими мелкими узлами. Обычно она располагается на плодовой поверхности плаценты. Реже хорионангиома может

локализоваться на материнской поверхности плаценты, на амниальных оболочках, прикрепляясь к плаценте сосудистой ножкой, а также на корне пуповины. Хорионангиома относится к доброкачественным опухолям, никогда не дает метастазов в другие органы. Потенциальное вредное

воздействие на плод может быть обусловлено большим размером опухоли. Имея разветвленную сеть собственных сосудов, хорионангиома может выступить как депо-ловушка для крови, протекающей через плаценту, и тем самым постоянно «обкрадывать» плод, что зачастую приводит к задержке его развития, реже - к серьезным патологическим состояниям вплоть до внутриутробной смерти. В настоящее время нет доказательных данных о достоверной связи хорионангиом с врожденными пороками плода. Однако прослеживается взаимосвязь между опухолью и единственной артерией пуповины (2,7% по сравнению с 0,7% в группе контроля), а также между гемангиомами кожи плода и хорионангиомой (12,2% против 2,1% в контроле). Первое сообщение о пренатальной диагностике хорионангиомы относится к 1978 г. При ультразвуковом исследовании хорионангиома представляет собой образование с четкими контурами сложной эхоструктуры с кистозным и солидным компонентом. Иногда хорионангиомы бывают гомогенными с множественными экзогенными септами или образованиями, локализованными на плодовой поверхности плаценты, пониженной эхогенности с неоднородной структурой. При прогрессировании беременности эхогенность опухоли может меняться. С. Caldwell и соавт. и L. Вгасего и соавт. диагностировали диффузный тип хорионангиомы с множественными округлыми эконегативными включениями в плаценте больших размеров.

В ряде случаев узлы хорионангиомы имеют большое эхографическое сходство с миоматозными узлами, гематомами в стадии организации, гидатидомольной трансформацией плаценты, липомой плаценты. В отличие от хорионангиом миоматозные узлы локализованы под материнской поверхностью плаценты, а не на ее плодовой поверхности. Гематомы любой локализации имеют изменяющуюся во времени эхоструктуру. Дифференциальный диагноз между хорионангиомой и гидатидомольной трансформацией плаценты весьма проблематичен в связи с высоким эхографическим сходством. Реальную помощь в верификации хорионангиомы может оказать ЦДК. При исследовании в режиме ЦДК внутри опухоли визуализируются сосуды разного калибра. Сосудистая сеть опухоли может иметь непосредственную связь с сосудами плаценты и пуповины.

Описание случая

В нашем наблюдении представлен случай развития беременности у пациентки с хорионангиомой, которая поступила в национальный научный центр материнства и детства с диагнозом: Беременность 26 недель+2 дня. Острое многоводие. Поперечное положение плода. Хорионангиома. УЗ маркеры ХА : гипоплазия костей носа.

При поступлении были жалобы на боли в животе распирающего характера.

Из анамнеза: Туберкулез, болезнь Боткина, кожно-венерологические заболевания отрицает. Операции отрицает. Гемотрансфузия в детстве. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность - не отягощена. Менструальная функция не нарушена. Менархе с 13 лет, регулярно, безболезненно. Дата п/м: 04.12.16г. Паритет родов: Беременность-2. Роды-2.

1 беременность - срочные роды в 2015г, вес ребенка 3200,0, жив, развивается соответственно возрасту. 2 беременность - данная. Состоит на Д учете с 12 недель беременности. Беременность протекала на фоне

угрозы прерывания беременности. В 20 недель по УЗИ диагностирована хорионангиома. В 24 недели - на УЗИ диагностировано острое многоводие. ИАЖ-34,3см., УЗ маркеры ХА: гипоплазия костей носа. Госпитализирована в ПЦ №1, получила профилактику РДС плода в полном объеме 02.06.-03.06.2017г

При поступлении состояние средней степени тяжести. Отеков нет. АД - 100/60 мм. рт. ст. на обеих руках, пульс 76 уд. в мин.; ЧД - 16 в мин.; Т - 36,0 С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, «чистые». Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки. Матка напряжена за счет многоводия. ВДМ 41 см. Положение плода поперечное. Сердцебиение плода выслушивается, ритмичное до 128 уд. в мин. Шевеление плода ощущается плохо из-за многоводия. Патологических выделений из половых путей нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный.

В отделении проведено полное клинико-лабораторное обследование:

ОАК: гемоглобин-98г/л, эритроциты-3,41, лейкоциты-11,39, тромбоциты-251,0.

Биохимический анализ крови: АлТ-14,90Ед/л; АсТ-21,00Ед/л.

УЗИ плода с доплерометрии: Срок беременности по УЗ фетометрии 26 недель 5 дней беременности. Поперечное положение плода. Нарушение сердечного ритма у плода: тахикардия у плода. Хорионангиома. Острое многоводие. ИАЖ-48.0см.

Маточно-плодово-плацентарный кровоток и гемодинамика плода (СМА) не нарушены.

Был проведен консилиум в составе руководителя отдела акушерства и гинекологии национального научного центра материнства и детства, профессорами. Заключение: Учитывая малый срок гестации (26 недель), критически низкую массу тела (950 грамм), острое многоводие - высокий риск перинатальной смертности в виду риска ранних преждевременных родов. Учитывая острое многоводие (ИАЖ-48,0см), наличие болевого синдрома рекомендована амниоредукция в объеме 300-500,0 мл, с последующим молекулярно-генетическим исследованием полученных околоплодных вод. С беременной в присутствии матери проведена подробная разъяснительная беседа. Письменное информированное согласие на проведение инвазивной процедуры получено. При нарастании многоводия показано досрочное родоразрешение. При угрожающем состоянии плода родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. Проведен амниоцентез с амниоредукцией с лечебно-диагностической целью, выведено 1000,0мл околоплодных вод.

В стационаре при сроке 26 недель+4дня произошли преждевременные, быстрые, живым недоношенным ребенком женского пола, без видимых пороков развития, массой - 979,0 гр., ростом - 30 см, с оценкой по Апгар 4-5 б. Родовые пути: целы. Кровопотеря - 200,0 мл. Новорожденный переведен в ОАРИТН. Ребенок экзотирован ОАРИТН. Выписывается в удовлетворительном состоянии на 4-е сутки послеродового периода домой под наблюдение врача женской консультации.

Обсуждение

Прогноз в большинстве случаев неблагоприятный. Более серьезный прогноз при развитии органических осложнений. В данном случае у беременной пациентки были проведены профилактические мероприятия. После родов

рекомендовано медико-генетическое консультирование совместно с супругом.

Макроскопически плацента (рисунок №1) размерами 20,0x14,5x2,0 см., с наличием опухоли расположенная в толще центральной части, ближе к хориальной пластинке. Отмечено оболочечное прикрепление пуповины с участками кровоизлияния. Сама опухоль неправильной формы, размерами 9,0x7,0x4,5 см., с наличием капсулы, темно-багрового цвета, плотно-эластической консистенции. На разрезе (рисунок №2) имеет пестрый вид, за счет очагов кровоизлияния.

Микроскопически опухоль представлена большим количеством капилляров и широких сосудистых просветов кавернозного характера (рисунок №3,4,5). В периферических отделах отмечались спавшиеся капилляры, лишенные просвета, в виде компактных гнезд эндотелия. Нередко определяются участки тромбоза, некроза и очаги обызвествления (рисунок №6). Строма и капсула опухоли представлены волокнистой соединительной тканью, капсула

построена из послойно располагающихся пластинок соединительной ткани, внутренняя поверхность капсулы выстлана эпителием трофобласта. Таким образом имело место доброкачественной сосудистой опухоли - капиллярно-кавернозной гемангиомы плаценты. В ткани в самой плаценте выявлены признаки компенсированной формы хронической плацентарной недостаточности (ворсинчатый хорион представлен в основном терминальными, выстланными синцитиотрофобластом, местами образующие синцитиальные узлы - синцитиальные почки, строма представлена с множественными петрификатами и гиперплазированными капиллярами с выраженной гиперемией, формирующие умеренное количество синцитиокапиллярных мембран, межворсинчатое пространство с неравномерным полнокровием и единичными тромбами, на базальной пластинке и в межворсинчатом пространстве очаги отложения фибриноида). Кроме этого имело место кровоизлияние в хориальную пластинку (рисунок №7).



Рисунок 1 - Плацента с опухолью.

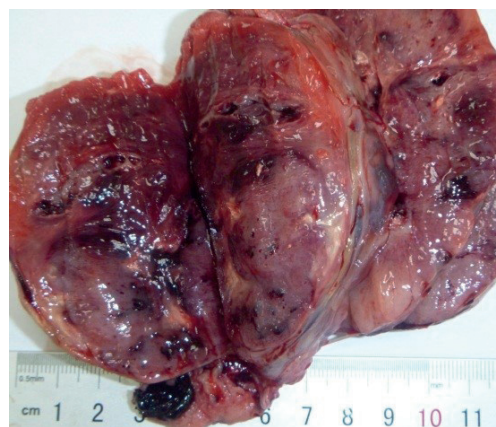


Рисунок 2 - Опухоль на разрезе.

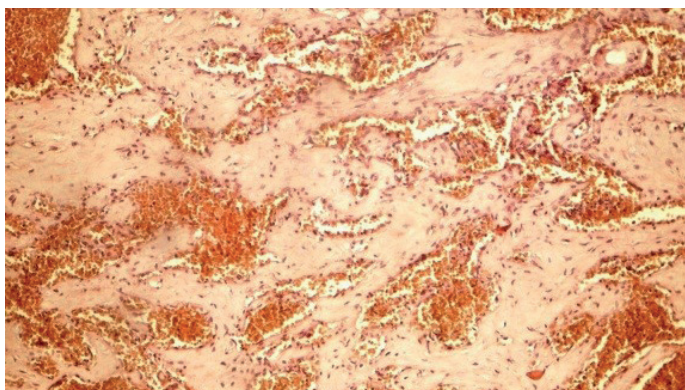


Рисунок 3 - Мелкие сосудистые полости заполненные эритроцитами.



Рисунок 4 - Капилляры (слева) и крупные сосудистые полости (каверны).

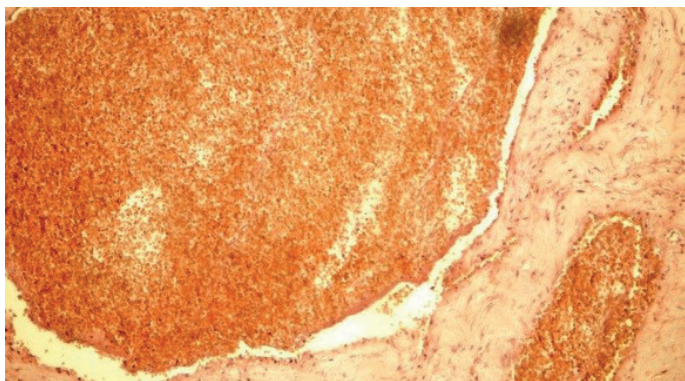


Рисунок 5 - Кавернозные полости, разделенные соединительнотканнми волокнами.

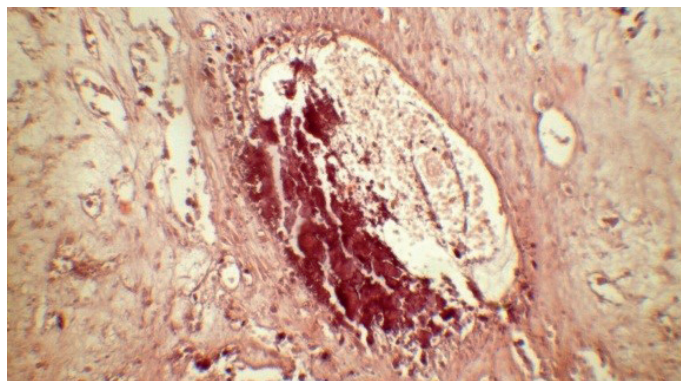


Рисунок 6 - Участок некроза и обызвествления в стенке сосуда.

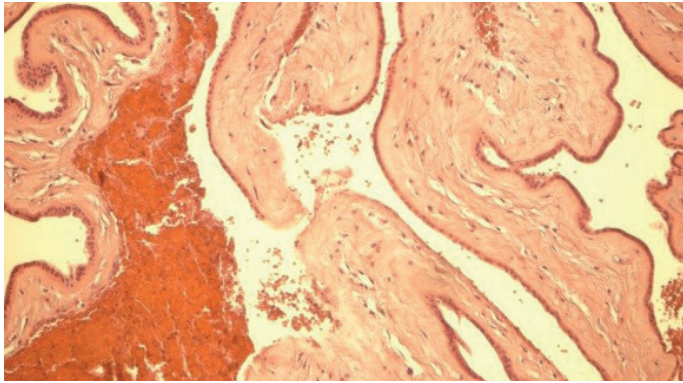


Рисунок 7 - Кровоизлияние в хориальную пластинку.

Выводы

Хориоангиома плаценты больших размеров имеет морфологическую картину капиллярно-кавернозной гемангиомы с участками некроза и обызвествления. Данная опухоль с признаками гипертрофии сосудов могут приводить к формированию патологического сосудистого шунта, нарушению функционального состояния плода и к

нарушениям плацентарно-плодового кровотока. Хориоангиому можно диагностировать при эхографическом исследовании состояния

плода и плаценты. Эхографический контроль в динамике позволяет своевременно определить увеличение размера опухоли плаценты и нарушение состояния плода, своевременно решить вопрос о родоразрешении, что способствует предотвращению случаев перинатальной смерти.

Литература:

1. Sokolova M.S. Ultrasonic diagnostics of an additional share of a placenta. *Materials of X Congress of the Russian Association of doctors of ultrasonic diagnostics in perinatology and gynecology*. 2010; 5(6):16-20.
2. Mitkova V.V., Medvedeva M.V., M. Vidar, *Clinical Guide to Ultrasound Diagnostics* 1996; 9(12):14-18.
3. Wilkins B.S., Batcup G., Vinall P.S. Partial placenta membranacea *Gynaecol.* 1991; 6(7): 44-48.
4. Fedorova M.V., Kalashnikova E.P. Placenta and its role in pregnancy 2001; 3(4):47.
5. Malkov P.G., Grinevich V.N., Morozova M.A. Giant placental hemangioma (chorionioma). *Archive of pathology*. 2009; 7(8):37-