

部分性膜状胎盘合并胎盘早剥的超声表现 1 例

Ultrasonic manifestations of a partial placenta membranacea with placental abruption: report of one case

刘添铭, 肖彬, 彭芳 (湖北医药学院附属人民医院超声影像中心, 湖北 十堰 442000)

LIU Tian-ming, XIAO Bin, PENG Fang

(Department of Ultrasound, Renmin Hospital, Hubei University of Medicine, Shiyan Hubei 442000, China)

[关键词] 胎盘疾病; 胎盘早剥; 超声检查

[中图分类号] R714.56; R445.1

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-1062(2024)12-0910-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.12.019

病例 女, 22 岁, 因“停经 24^w 周, 间断阴道流血 1 d”入院。平素月经规律, 既往因“宫腔粘连”在外院行宫腔镜下粘连松解术。孕 4 产 0, 生化妊娠 2 次, 稽留流产 1 次。孕早期行封闭抗体及肝素抗凝治疗。1 月前门诊超声检查: 胎儿生物测量大小符合临床孕周, 无生长发育受限征象。胎盘附于宫底、左侧壁及后壁, 明显增厚, 较厚处约 6.0 cm, 胎盘内正常实质回声减少, 其内可见大片无回声及高回声区, 呈分层状, 另见部分正常胎盘组织(图 1)。胎盘边缘圆顿、隆起, 轻按压腹壁, 胎盘内大片状高回声区内可见液体流动征(图 2)。超声提示: 中孕(单活胎), 膜状胎盘。孕 1 d 前无明显诱因自觉阴道流血, 无阴道流血, 伴有腹部发紧, 急诊来我院。体格检查: 血压 111 mmHg/76 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa)。产检: 20 min 内触及 2 次弱宫缩, 胎心 140 bpm。阴道窥诊: 阴道后穹隆少

许清亮液体聚积, 宫口闭合, 暂未见血性液体流出, pH 试纸变蓝色。临床以“胎膜早破”收入院。急诊超声检查: 胎儿各径线稍小于临床孕周, 胎盘明显增厚, 胎盘胎儿面见范围 12.8 cm×5.8 cm 不均质回声团, 内未见明显血流信号(图 3), 脐动脉舒张期血流消失。超声提示: 膜状胎盘并胎盘早剥。经多方会诊并经孕妇及家属知情同意后终止妊娠, 行引产术, 自阴道排出一死胎, 胎盘娩出后大体见: 胎盘组织部分完整, 部分呈薄膜状伴大量血管生成。镜下: 膜状胎盘区域正常胎盘结构消失, 被增生变性的纤维结缔组织及增生粗壮血管取代, 局灶坏死彻底, 并可见灶状细菌菌落形成, 其中可见少许被包裹的退变绒毛组织(图 4), 结合大体及镜下所见, 病理诊断为部分性膜状胎盘。

讨论 膜状胎盘是一种罕见的胎盘发育异常^[1], 临床发

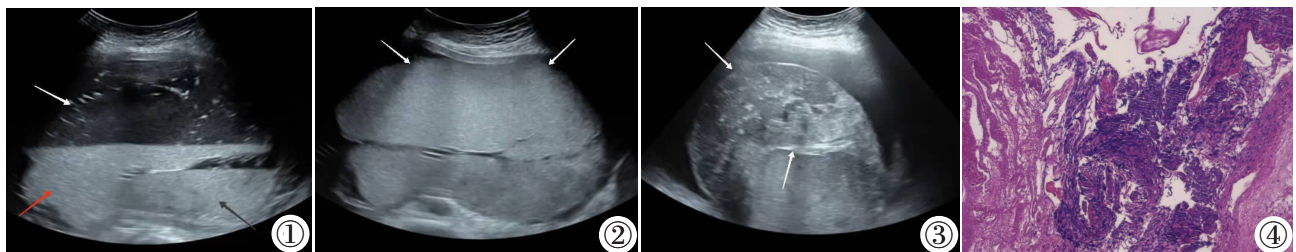


图 1 产前超声示胎盘明显增厚, 胎盘内正常实质回声减少, 其内可见大片无回声(白色箭头示)及高回声区(红色箭头示), 呈分层状, 另见部分正常胎盘组织(黑色箭头示)。图 2 产前超声示胎盘边缘圆顿、隆起, 轻按压腹壁, 胎盘内大片状高回声区内见液体流动征(白色箭头示)。图 3 急诊超声示胎盘胎儿面另见范围 12.8 cm×5.8 cm 不均质回声团, 内未见明显血流信号(白色箭头示)。图 4 镜下示膜状胎盘区域正常胎盘结构消失, 被增生纤维结缔组织及血管取代。

病率约千分之一^[2]。其发病机制是在孕 8~10 周时滋养层的丛密绒毛膜和平滑绒毛膜分化失败, 包蜕膜血管过度增生导致膜下的平滑绒毛膜不萎缩、不退化而持续存在^[3], 病理学上表现为羊膜和绒毛膜层缺失, 被平滑绒毛膜取代^[4]。目前认为膜状胎盘与子宫内膜炎、孕卵着床深、子宫内发育不良等因素相关^[5]。本例患者曾有多次宫腔手术史, 其发病原因可能与手术损伤子宫内有关。

膜状胎盘根据病变范围可分为完全性和部分性^[6]。完全性膜状胎盘因胎盘面积增大, 覆盖宫腔 2/3 以上的区域, 在超声声像图上表现为胎盘薄而大, 厚薄不均, 内可见大片液性暗区, 呈漩涡样、喷泉流动的光点, 极似一层薄膜包裹大量血

液的“血袋”; 部分性膜状胎盘表现为胎盘部分膜状化, 部分为正常胎盘实质^[7]。本例超声诊断为部分性膜状胎盘, 扫查过程中改变患者体位并放大图像观察胎盘内部回声, 可见膜状胎盘中存在部分正常胎盘实质, 后经病理证实, 得以确诊。因部分性膜状胎盘膜状化部分胎盘实质菲薄, 常造成宫壁与极薄的胎盘难以区分, 易漏诊、误诊, 故检查中嘱患者左、右侧卧位检查以全面显示胎盘结构, 同时仔细分析声像图特点以提高对本病的确诊率。

膜状胎盘内缺乏正常绒毛组织, 母-胎之间进行血氧交换的有效面积缩小, 胎盘供给胎儿营养不良, 孕妇妊娠期间易发生流产、早产、胎儿生长受限、胎盘早剥等情况^[8]。本例患

[收稿日期] 2024-03-11; [修回日期] 2024-04-02

[作者简介] 刘添铭(1998-), 男, 重庆人, 在读硕士研究生。E-mail: 503800136@qq.com

[通信作者] 彭芳, 十堰市人民医院·湖北医药学院附属人民医院超声影像中心, 442000。E-mail: 912974797@qq.com

[基金项目] 湖北省十堰市引导性科研项目(22Y59)。

者出现腹痛、腹壁肌张力高等症状,孕早期超声检查高度提示膜状胎盘,急诊超声上表现为胎盘胎儿面血肿征象,故考虑膜状胎盘并发胎盘早剥。该合并症常起病急,进展快,易导致失血性休克。故超声检查在此类疾病的早期发现及预后评估中具有重要作用。胎盘发育异常可导致胎盘早剥^[9],临床医生应熟悉膜状胎盘和胎盘早剥的超声表现,从而提高诊断准确性,为患者提供及时有效的治疗^[10]。

综上,膜状胎盘发病罕见,且膜状胎盘孕妇应当警惕胎盘早剥,孕期加强随访,产前超声检查有较高的诊断价值,产前明确诊断膜状胎盘对母胎健康有重要意义。

[参考文献]

- [1] Davis CL, Fogarty C, Hyne S, et al. Placenta membranacea associated with a normal pregnancy and term vaginal delivery[J]. Pathology, 2020, 52(2): 281-283.
- [2] Tang L, Xu L, Hu Y, et al. Placenta membranacea: an anomaly of the placenta: Three case reports[J]. Medicine(Baltimore), 2019, 98(26): e16166.
- [3] Matsuzaki S, Ueda Y, Matsuzaki S, et al. Relationship between Abnormal Placenta and Obstetric Outcomes: A Meta-Analysis[J]. Biomedicine, 2023, 11(6): 1522.
- [4] Pereira N, Yao R, Guilfoil DS, et al. Placenta membranacea with placenta accreta: radiologic diagnosis and clinical implications[J]. Prenat Diagn, 2013, 33(13): 1293-1296.
- [5] 杨智宇,郑迎奥,孟祥莲,等. 妊娠合并膜状胎盘 1 例文献学习[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2022, 43(3): 231-233.
- [6] 文娟,宋清芸,罗红. 超声诊断膜状胎盘伴胎盘早剥 1 例报告[J]. 四川大学学报(医学版), 2018, 49(3): 435.
- [7] 马娅,张居杰,杨晓娟. 探头下孕妇腹壁低频振动法对膜状胎盘的诊断[J]. 中华医学超声杂志(电子版), 2017, 14(5): 349-353.
- [8] Ide R, Oda T, Todo Y, et al. Comparative analysis of hyperfibrinolysis with activated coagulation between amniotic fluid embolism and severe placental abruption[J]. Sci Rep, 2024, 14(1): 272.
- [9] 兰月,陈俊雅. 胎盘早剥的超声表现及临床诊断价值分析[J]. 中国临床医学影像杂志, 2023, 34(12): 883-886.
- [10] 卫炜,王红,李国静,等. 胎盘异常的产前超声诊断及妊娠结局分析[J]. 中国临床医学影像杂志, 2017, 28(6): 434-437.

子宫颈癌肉瘤合并子宫高分化内膜样癌 1 例

Cervical carcinosarcoma complicated with well-differentiated endometrioid carcinoma of uterus: report of one case

韦兴勤,覃文华,廖仲军,程广明,韦浩,杨柳艳

(广州市妇女儿童医疗中心柳州医院放射科,广西柳州 545616)

WEI Xing-qin, QIN Wen-hua, LIAO Zhong-jun, CHENG Guang-ming, WEI Hao, YANG Liu-yan
(Department of Radiology, Liuzhou Hospital of Guangzhou Women and Children's Medical Center,
Liuzhou Guangxi 545616, China)

[关键词] 宫颈肿瘤;癌肉瘤;癌;子宫内膜样;磁共振成像

[中图分类号] R737.33;R445.2

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-1062(2024)12-0911-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.12.020

病例 女,49岁,已婚,不规则阴道流血半年。妇检:外阴发育正常,阴道通畅,内见少许白色分泌物,无异味,宫颈轻度糜烂样改变,子宫颈体积正常大小,质地软,无举摆痛,宫颈外口处可见一直径约 1 cm 的赘生物,子宫体积正常大小,活动度佳,无压痛,双附件区未触及明显异常。三合诊:宫旁组织软,盆腔未触及肿物,双侧骶韧带无增厚,直肠壁光滑,指套退出无血染。双侧腹股沟未触及肿大淋巴结。实验室检查:CA125 升高,为 58.70 U/mL(范围 0~35.0 U/mL),CA199、AFP、血 HCG 正常。11 岁初潮,经期 5 d,周期 28~30 d,半年前开始出现月经紊乱,不规律,末次月经记不清,量中,无痛经。

盆腔 MRI 检查:子宫呈前位,体积未见增大,宫体表面光滑,子宫颈管内见一卵圆形肿块影,T₁WI 呈等信号、T₂WI 呈高信号(图 1~7),DWI 弥散受限(图 8~9),其内见多发小囊状影,部分呈 T₁WI 高信号,增强扫描呈明显不均匀强化,囊状

病灶不强化,大小约 33 mm×26 mm×42 mm。子宫内膜稍增厚,增强后强化欠均匀,见片状低强化区(图 4~7),弥散可见受限(图 10~11)。

手术及病理(图 12~15):子宫颈管前壁内见一直径约 30 mm 灰白色病灶,肿物距离宫颈外口约 20 mm。病理诊断:子宫颈管癌肉瘤(肉瘤成分为低级别子宫内膜间质肉瘤,约 85%;癌成分为 HPV 相关型腺癌(普通型),约 15%),肿瘤最大径约 27 mm,浸润深度约 9 mm(厚约 10 mm),未见脉管内癌栓及神经侵犯,宫颈外口未见癌累及;子宫体高分化子宫内膜样癌,浸润深度约 2 mm(肌壁厚约 26 mm),未见脉管内癌栓及神经侵犯;两侧宫旁组织未见癌侵犯;(双附件)左侧输卵管腔内可见子宫内膜样癌侵犯,管壁见脉管内癌栓;右侧慢性输卵管炎;双侧卵巢未见特殊。

免疫组化:(16210-4)ER(-)、PR(-)、P16(+),Ki-67(+),

[收稿日期] 2024-03-20;[修回日期] 2024-04-22

[作者简介] 韦兴勤(1991-),男,广西柳州人,主治医师。E-mail:846454204@qq.com

[通信作者] 覃文华,广州市妇女儿童医疗中心柳州医院放射科,545616。E-mail:lzqwh267@126.com