

گزارش یک مورد کوریوآنژیومای جفتی

دکتر سیده اعظم پورحسینی^{۱*}، دکتر سمانه فیروز^۲، دکتر نغمه خورسند^۲

۱. استادیار گروه زنان، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۲. دستیار تخصصی زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۴/۲۸

خلاصه

مقدمه: کوریوآنژیومای جفتی، تومور نادری با فراوانی حدود ۱٪ است که معمولاً با یک ندول منفرد و با شیوع کمتر چند ندول تظاهر می‌یابد. کوریوآنژیوما در سطح جنینی و یا در پارانشیم جفت یافت می‌شود. بیشتر کوریوآنژیوماها کوچک و بدون اهمیت بالینی هستند، اما کوریوآنژیوماهای با سایز بزرگ‌تر از ۵ سانتی‌متر یا دارای ندول‌های متعدد ممکن است با عوارض بارداری همراه باشد. در این مطالعه یک مورد کوریوآنژیومای جفتی بزرگ که باعث آنمیک شدن جنین شده گزارش می‌شود.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۲۴ ساله G1Ab1 که در تاریخ ۹۴/۱/۳۰ به دلیل آبریزش واضح مراجعه کرده بود و بر اساس سونوگرافی انجام شده در هفته ۱۳ حاملگی در زمان مراجعه، سن حاملگی ۳۰ هفته و ۲ روز بوده و فقط در این سونوگرافی بود که به وجود توده‌های هایپواکوی جفتی اشاره شده بود و در بقیه سونوگرافی‌ها جفت نرمال گزارش شده بود. بیمار به دلیل تاکی‌کاری جنین همراه با افت‌های متغیر و کاهش beat to beat مورد سزارین قرار گرفت و نوزاد پسر پره ترم با آپگار دقیقه اول ۳ و دقیقه پنجم ۴ و وزن ۱۲۴۰۱ گرم متولد شد. جفت بزرگ و مولتی لوبوله و رحم آتون بود. نوزاد بسیار آنمیک و IUGR بود و گزارش پاتولوژی جفت، کوریوآنژیومای جفتی بزرگ بود. **نتیجه‌گیری:** توصیه می‌شود که در سونوگرافی‌های حاملگی به ویژگی‌های جفت دقت کافی مبذول شود تا با تشخیص به موقع پاتولوژی‌های جفتی امکان انجام مداخلات لازم جهت کاهش پیامد‌های نامطلوب بارداری وجود داشته باشد...

کلمات کلیدی: کوریوآنژیوما، سرنوشت بارداری، عوارض جنینی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر سیده اعظم پورحسینی؛ مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن:

۰۵۱-۳۸۰۲۲۶۰۸ : پست الکترونیک: pourhoseainia@mums.ac.ir

مقدمه

کوریوآنژیومای جفتی به عنوان یک تومور نادر در جفت مشاهده می‌شود، اما در مقالات اخیر فراوانی آن حدود ۱٪ گزارش شده است (۱). این تومور خوش خیم، بافتی مشابه عروق خونی و استرومای ویلوس‌های کوریونیک دارد (۲). میزان وقوع کوریوآنژیوما با افزایش سن مادران تقریباً رابطه خطی داشته و اغلب در زنان بالای ۳۰ سال مشاهده می‌شود، و غالباً در زایمان اول و بارداری دوقلو مشاهده می‌شود. دیابت و هایپر تانسینون اغلب اوقات در همراهی با کوریوآنژیوما مشاهده می‌شود (۳). کوریوآنژیوماهای جفتی کوچک اغلب بدون علامت هستند و به ندرت حاملگی را عارضه‌دار می‌کنند، در حالی که کوریوآنژیوماهای جفتی بزرگ (دارای قطر بیشتر از ۴ سانتی‌متر) باعث بروز عوارضی در حاملگی از قبیل زایمان زودرس، دکولمان، پلی هیدروآمنیوس، هیدروپس جنین و نارسایی قلبی می‌شود و میزان شیوع آن بین ۱ در ۹۰۰۰ تا ۱ در ۵۰۰۰۰ حاملگی متفاوت است (۴). کوریوآنژیوماها بر اساس ظاهر پاتولوژیک به انواع کاپیلری، سلولار و دژنراتیو تقسیم می‌شوند که نوع کاپیلری شایع‌ترین نوع آن است (۵).

گزارش موردی این نوع تومور در مقالات شایع است، ولی موارد کوریوآنژیومای بزرگ (بزرگ‌تر از ۵ سانتی‌متر) نادر است. در گزارش یک مورد کوریوآنژیومای بزرگ که توسط سراک اشمیک دانداپانی و همکاران (۲۰۱۲) انجام شد، کوریوآنژیومای جفتی ۱۲ در ۱۲ سانتی‌متری که باعث پلی هیدروآمنیوس شدید و زایمان زودرس شده بود، گزارش شد (۶).

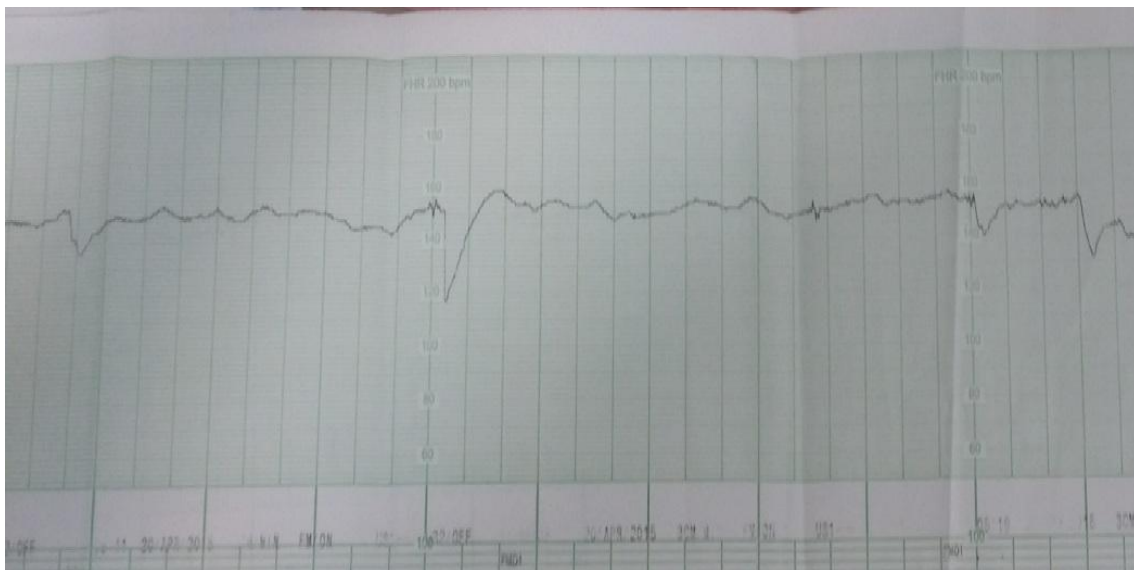
گزارش مورد

بیمار خانم ۲۴ ساله GIAb1 بود که در تاریخ ۹۴/۱/۳۰ به دلیل آبریزش واضح مراجعه کرده بود. سن حاملگی بر اساس LMP، ۳۱ هفته و ۴ روز و بر اساس سونوگرافی انجام شده در هفته ۱۳ حاملگی در زمان مراجعه، ۳۰ هفته و ۲ روز و ارتفاع رحم نیز ۳۲ هفته بود. بیمار سابقه یک بار کورتاژ در سال گذشته به دلیل سقط ناقص را ذکر می‌کرد و سابقه هیچ بیماری دیگری نداشت.

در سونوگرافی ۹۳/۱۰/۳، سن حاملگی بر اساس CRL، ۱۳ هفته و ۵ روز، کانون‌های هیپواکوی متعدد بدون جریان داخلی در جفت که می‌تواند مطرح کننده پلاستا lake و یا تغییرات مزانشیمال باشد، گزارش شده بود و این تنها سونوگرافی بود که به وجود کانون‌های هایپواکوی جفتی اشاره شده بود.

سونوگرافی بعدی بیمار در تاریخ ۹۴/۱/۲۲ انجام شده بود که در آن تصویر یک جنین زنده با قرار طولی و پرزانتاسیون بریچ درون حفره آندومتر، سن حاملگی بر اساس FL و BPD، ۳۰ هفته و جفت فوندال خلفی و گرید ۱ گزارش شده بود و ضربان قلب جنین و حرکات آن و حجم مایع آمنیوتیک نیز نرمال گزارش شده بود.

بیمار به دلیل آبریزش بستری و آمپی سیلین و بتامتازون دریافت کرد. سپس بیمار منتقل بخش گردید که به علت انقباض‌دار شدن ۲ روز بعد منتقل زایشگاه شد و تحت مانیتور قرار گرفت. چند ساعت بعد بستری در زایشگاه به دلیل تب مادر، آمپی سیلین و جنتامایسین و کلیندامایسین دریافت کرد و به دلیل ادامه تاکی‌کاری جنین همراه با افت‌های متغیر و کاهش تغییرپذیری ضربان قلب جنین (شکل ۱) در تاریخ ۹۴/۱/۳۱ مورد سزارین قرار گرفت.



در سطح جنینی آن یک توده 6×10 سانتی متری وجود داشت که جهت پاتولوژی ارسال شد.

گزارش پاتولوژی جفت:

گزارش سزارین: نوزاد پسر پره ترم با آپگار دقیقه اول ۳ و دقیقه پنجم ۴ و وزن ۱۲۴۰ گرم متولد شد. جفت بزرگ و مولتی لوبوله و رحم آتون بود. نوزاد بسیار آنمیک و IUGR بود که بعد تولد هموگلوبین ۶ جهت نوزاد گزارش شد. جفت کاملاً رنگ پریده و ادماتو بود و



Figure2



Figure3

مناطق هموراژیک وسیع که به بخشی از توده مذکور
پرده‌های جفتی متصل بود (شکل ۲، ۳).

شرح ماکروسکوپی: جفت به ابعاد ۱۷*۱۵*۴
سانتی‌متر به وزن ۷۰۰ گرم و قطعه بافتی دیگر با سطح
محتقن و لوبوله به ابعاد ۱۵*۱۲*۶ سانتی‌متر دارای

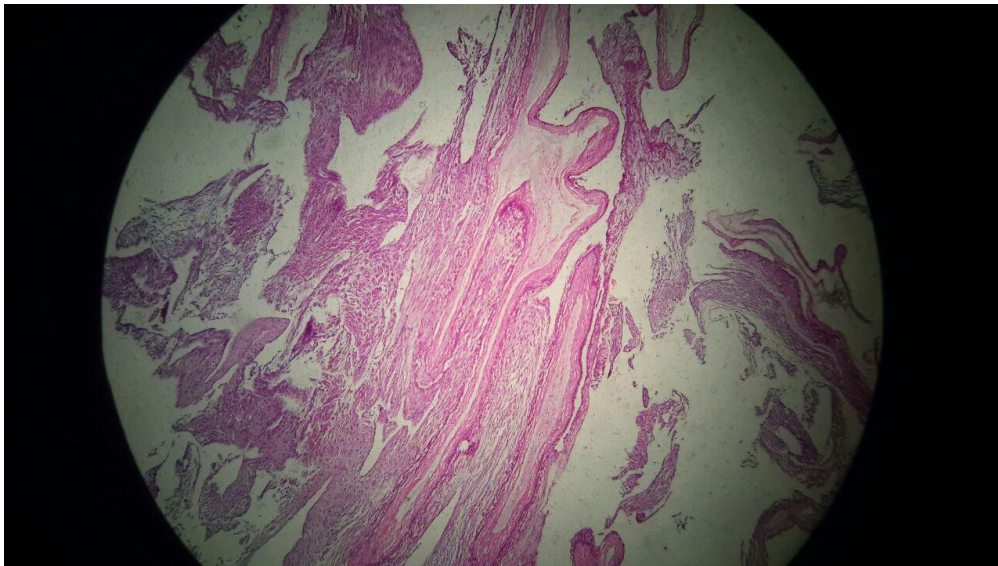


Figure4

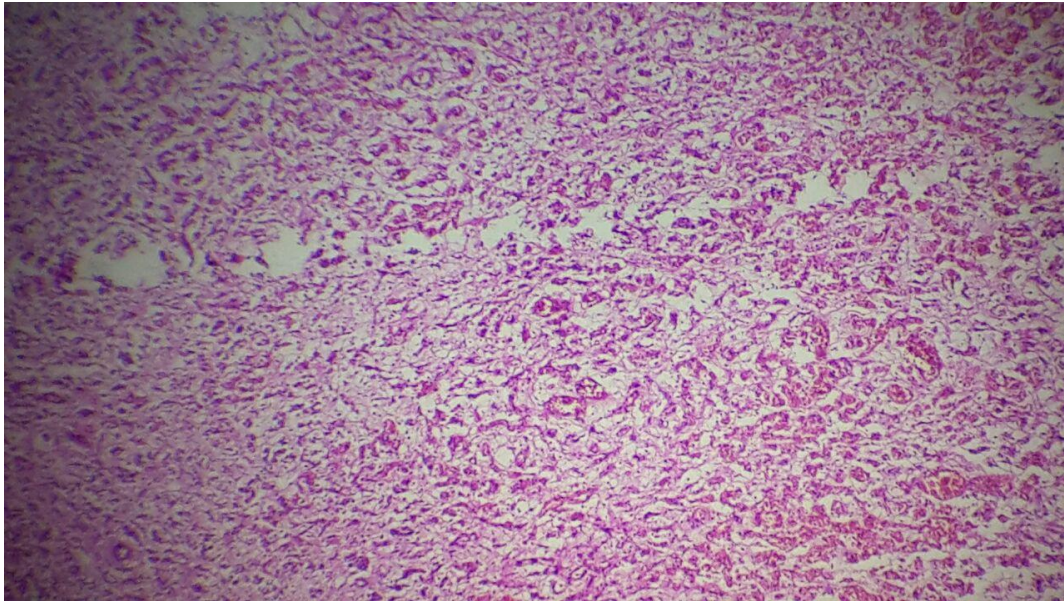


Figure5

با سایز 12×6 سانتی‌متر، باعث ایجاد آنمی شدید و محدودیت رشد جنین و پارگی کیسه آب و شروع انقباضات زودرس زایمان شده بود.

متأسفانه به جز در سونوگرافی ۱۳ هفتگی، در سونوگرافی بعدی بیمار توجهی به وجود توده در جفت نشده بود و لذا بررسی‌های دقیق‌تر از نظر سایر عوارض جنینی ناشی از کوریوآنژیوم مانند کاردیومگالی و بررسی از نظر وجود آنمی در جنین انجام نشده بود.

در گزارش یک کوریوآنژیومای جفتی بزرگ توسط حسین‌زاده و همکاران (۲۰۱۵) عنوان شده که شنت‌های شریانی- وریدی محیطی باعث افزایش برون ده قلبی، کاردیومگالی و نارسایی قلبی می‌شوند و از طرفی وجود این شنت‌ها باعث ایجاد آنمی در جنین نیز می‌شوند که در case ما نیز ممکن است به دلیل وجود همین شنت‌ها آنمی شدید در جنین ایجاد شده باشد (۸).

در گزارش لوتگارد و همکاران (۲۰۱۲) عنوان شد که در صورت بروز عوارض ناشی از کوریوآنژیومای جفتی در اواخر حاملگی بهترین انتخاب ختم بارداری است و در صورتی که عوارض به صورت زودرس ایجاد شده باشد و جنین نارس باشد از مداخلات دیگری برای کاهش عوارض استفاده می‌شود که از درناژ مایع آمنیون برای درمان پلی هیدروآمنیوس و تزریق خون داخل

شرح میکروسکوپی: آزار تومورال خوش خیم متشکل از فضاهای عروقی مویرگی فراوان با سلول‌های آندوتلیال در زمینه میگزوئید مشهود است که منطبق با کوریوآنژیومای جفتی می‌باشد. (شکل ۴، ۵).

بحث

کوریوآنژیوما یک تومور غیر تروفوبلاستی خوش‌خیم است که از بافت کوریونیک منشأ می‌گیرد (۶). کوریوآنژیومای جفتی کوچک بدون علامت بوده و به ندرت باعث ایجاد عارضه در حاملگی می‌شوند، ولی کوریوآنژیومای جفتی بزرگ که بزرگ‌تر از ۴ سانتی‌متر هستند اغلب با عوارض حاملگی مانند زایمان زودرس، دکولمان، هیدروپس، پلی هیدروآمنیوس، محدودیت رشد جنین و نارسایی قلبی و مرگ جنین همراه هستند (۴). تشخیص قبل از تولد این تومور با سونوگرافی است که با انجام سونوگرافی کالر داپلر می‌توان آن را از هماتومای جفتی متمایز نمود (۴). تشخیص افتراقی کوریوآنژیومای جفتی با تراتومای جفتی، میوم دژنره و خون لخته شده است (۷). تقریباً ۵۰٪ از کوریوآنژیومای جفتی بزرگ‌تر از ۴ سانتی‌متر با عوارض مادری و جنینی همراه اند که نیازمند مداخله برای انجام زایمان و محدود کردن اثرات تومور می‌باشند (۸). در بیمار ما یک کوریوآنژیومای جفتی بزرگ

انجام می‌شود، به ویژگی‌های جفت و پاتولوژی‌های آن دقت کافی مبذول شود، زیرا اختلالات جفتی بدون شک تأثیر بسزایی در سرنوشت بارداری خواهد داشت. از طرفی تشخیص به موقع این اختلالات جفتی می‌تواند امکان انجام مداخلات درمانی صحیح و به موقع را فراهم آورد.

رحمیبرای درمان آنمی جنین استفاده می‌شود. در بیمار ما متأسفانه به دلیل عدم تشخیص قبل از تولد، امکان استفاده از روش‌های درمانی فوق وجود نیز نداشت (۷).

نتیجه‌گیری

توصیه می‌شود که در همه سونوگرافی‌های حاملگی همان‌طور که بررسی دقیق جنین و مایع آمنیوتیک

منابع

1. Wallenburg HC. Chorangioma of the placenta. Thirteen new cases and a review of the literature from 1939 to 1970 with special reference to clinical complications. *Obstet Gynecol Surv* 1971; 26(6):411-25.
2. Qichang W, Wenbo W, Liangkai Z, Hui K, Xiaoqin H, Li S, et al. Pregnancy with concomitant chorioangioma and placental mesenchymal dysplasia: a rare placental abnormality. *Case Rep Obstet Gynecol* 2013; 2013:591956.
3. Guschmann M, Henrich W, Entezami M, Dudenhausen JW. Chorangioma-- new insights into a well-known problem I. Results of a clinical and morphological study of 136 cases. *J Perinat Med* 2003; 31(2):163-9.
4. Barros A, Freitas AC, Cabral AJ, Camacho MC, Costa E, Leitão H, et al. Giant placental chorioangioma: a rare cause of fetal hydrops. *BMJ Case Rep* 2011; 2011:0220113880.
5. Abdalla N, Bachanek M, Trojanowski S, Cendrowski K, Sawicki W. Placental tumor (chorioangioma) as a cause of polyhydramnios: a case report. *Int J Womens Health* 2014; 6:955-9.
6. Kodandapani S, Shreshta A, Ramkumar V, Rao L. Chorioangioma of placenta: a rare placental cause for adverse fetal outcome. *Case Rep Obstet Gynecol* 2012; 2012:913878.
7. García-Díaz L, Carreto P, Costa-Pereira S, Antiñolo G. Prenatal management and perinatal outcome in giant placental chorioangioma complicated with hydrops fetalis, fetal anemia and maternal mirror syndrome. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12:72.
8. Hosseinzadeh P, Shamshirsaz AA, Javadian P, Espinoza J, Gandhi M, Ruano R, et al. Prenatal therapy of large placental chorioangiomas: case report and review of the literature. *AJP Rep* 2015; 5(2):e196-202.