

گزارش یک مورد تومور بزرگ جفت

دکتر فاطمه مستاجران*، دکتر مریم حاج هاشمی**.

* استاد گروه زنان و مامایی، دانشکده ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
** دستیار گروه زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تاریخ دریافت: ۸۶/۵/۸

تاریخ پذیرش: ۸۶/۱۰/۶

چکیده

مقدمه: کوریوآنژیوما فراوان‌ترین تومور عروقی جفت، با اندازه‌ای کوچک‌تر از ۴ سانتی‌متر و با شیوع ۱٪ می‌باشد؛ اما تومور بزرگ‌تر از ۴ سانتی‌متر نادر بوده، شیوع آن را $\frac{1}{3500}$ ذکر کرده‌اند.

گزارش مورد: خانم ۲۷ ساله‌ای در حاملگی چهارم با سابقه‌ی یک بار زایمان واژینال و دو نوزاد زنده (G4D1L2) در هفته‌ی ۳۳ حاملگی با تومور جفت در آذرماه سال ۸۵ به زایشگاه بیمارستان الزهرا (س) معرفی شد. بیمار به علت بزرگی بیش از حد شکم سونوگرافی گردید. بزرگی شکم در نتیجه‌ی کوریوآنژیومای جفت و پلی‌هیدرآمنیوس همراه با شروع علائم هیدروپس در جنین بود. بیمار خود به خود وارد جریان لیبر شد و زایمان واژینال انجام گردید. نوزاد با وزن ۲۲۵۰ گرم و آپگار ۱۰ متولد شد؛ در حالی که جفت آن به وزن ۱۱۰۰ گرم و حاوی یک تومور با اندازه‌ی ۸×۱۱×۶ سانتی‌متر بود. تومور به بخش آسیب‌شناسی ارسال و به عنوان تومور کوریوآنژیوما تشخیص داده شد.

تومور جفت، هیدروپس جنین، پلی‌هیدرآمنیوس، کوریوآنژیوما

واژگان کلیدی:

تعداد صفحات: ۵

تعداد جدول‌ها: ۰

تعداد تصاویر: ۲

تعداد منابع: ۹

دکتر فاطمه مستاجران، بیمارستان الزهرا (س)، اصفهان

آدرس نویسندهٔ مسئول:

E-mail: mostajeran@med.mui.ac.ir

مقدمه

کوریوآنژیوما فراوان‌ترین تومور خوش‌خیم عروقی جفت می‌باشد. این تومور به احتمال بسیار ناشی از هامارتوم‌هایی از مزانشیم کوریونی اولیه است (۱).

کوریوآنژیومای کوچک‌تر از ۴ سانتی‌متر در ۱٪ حاملگی‌ها دیده می‌شود و در بیشتر موارد علامتی ندارد ولی تومور بزرگ‌تر از ۴ سانتی‌متر نادر است (۱).

این تومورها ممکن است سبب خرابی گلبول قرمز و آنمی جنین شود و ممکن است به صورت شنت عمل کرده، موجب نارسایی قلب جنین، هیپوکسی و دیسترس جنین گردد. شکل و بافت آن به صورت یک توده‌ی هیپروواسکولار در سطح جنینی جفت دیده می‌شود و با سونوگرافی داپلر قابل تشخیص می‌باشد

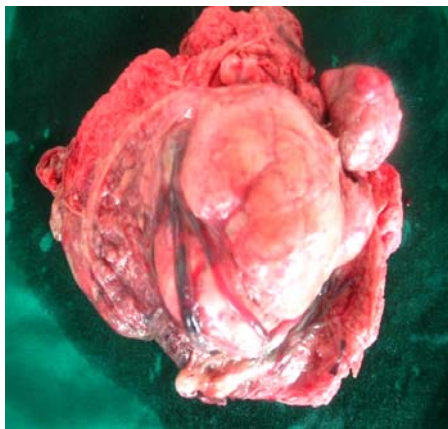
(۲). این مورد گزارش شده به کوریوآنژیومای بزرگ جفت مبتلا بود که در هفته‌ی ۳۳ حاملگی با شروع علائم هیدروپس خود به خود وارد مرحله‌ی لیبر شد.

معرفی بیمار

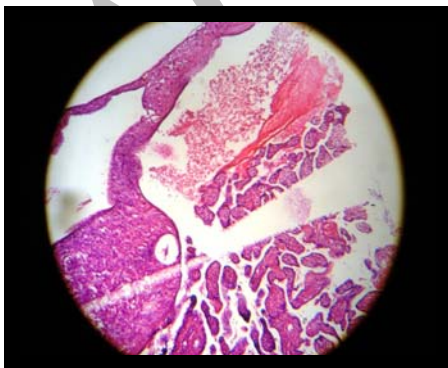
خانم ۲۷ ساله‌ای حاملگی چهارم با سابقه‌ی یک بار زایمان واژینال و دو نوزاد زنده (G4DIL2) در هفته‌ی ۳۳ حاملگی با خونریزی واژینال و احتمال تومور جفت در آذرماه ۱۳۸۵ به بیمارستان الزهرا (س) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان معرفی شد. از این خانم در حاملگی اول ترم، به دنبال زایمان واژینال نوزادی سالم متولد شده و در حاملگی دوم نوزاد وی به علت بیماری قلبی فوت نموده و در حاملگی سوم، نوزاد مبتلا به بیماری قلبی متولد شده بود که در قید حیات است. در حاملگی اخیر تا هفته‌ی ۳۲ بیمار مشکلی نداشت و به علت بزرگی بیش از حد شکم برای وی سونوگرافی انجام و جنین سالم در مایع آمنیوتیک بیش از حد طبیعی و جفت خلفی همراه با

یک ناحیه‌ی هیپواکوکیستیک به اندازه‌ی ۸×۱۱×۶ سانتی‌متر تا حدودی مشخص در سطح جنینی جفت دیده شد که در پی آن ابتدا هماتوم، مالفورم‌اسیون عروقی و کوریوآنژیوما مطرح و پس از سونوگرافی داپلر، تومور از نوع کوریوآنژیوما تشخیص داده شد.

بیمار به علت خونریزی واژینال و انقباضات پراکنده بستری و برای او خون رزرو شد. در این حال وی خود به خود وارد فاز فعال لیبر شده، نوزادی دختر با آپگار ۹ و ۸ با وزن ۲۲۵۰ گرم متولد شد. در حین زایمان جفت بزرگ حاوی توده‌ای ۱۱×۸ سانتی‌متری در سطح جنینی با وزن ۱۱۰۰ گرم خارج شد (شکل ۱) و برای پاتولوژی ارسال شد که نوع تومور کوریوآنژیوما اعلام گردید (شکل ۲).



شکل ۱: نمای ماکروسکوپی تومور



شکل ۲: نمای میکروسکوپی تومور

پس از آن نوزاد به وسیله‌ی متخصص نوزادان معاینه شد و مشاوره‌ی قلب و عروق نیز انجام گرفت و در مرحله‌ی اکوکاردیوگرافی، هیپرپلازی خفیف سپتوم بطن نشان داده شد. نوزاد یک هفته پس از زایمان با حال عمومی خوب مرخص گردید.

بحث

تومورهای جفت نادر بوده، بیشتر به شکل توده‌های جفت، مالفورمسیون‌های عروقی یا هماتوما دیده شده‌اند. بیشتر تومورها بدون علامتند ولی گاهی ممکن است روی پیش‌آگهی حاملگی اثر سوء داشته باشند. از تومورهای بسیار نادر به تراتوما جفت اشاره شده است. در بررسی‌های گذشته از تومورهای متاستاتیک مادر یا جنین، به ویژه از ملانوما نام برده‌اند که در این راستا کوریوآنژیوما شایع‌ترین تومور جفت به شمار می‌رود (۱).

تومور کوریوآنژیوما در بیشتر موارد کوچک‌تر از ۴ سانتی‌متر است و کم‌تر از سایر تومورها عوارض جنینی مادری پدید می‌آورد، اما در مواردی که بزرگ‌تر از ۴ سانتی‌متر باشد موجب آنمی، پلی‌هیدرامنیوس، زایمان زودرس و هیدروپس جنین می‌شود. مرگ و میر پرناتال را تا ۴۰٪ گزارش کرده‌اند. برای این بیماری، درمان‌هایی به طور موردی در بررسی‌های گذشته گزارش شده است.

درباره‌ی وجود کوریوآنژیوما‌ی کوچک نیاز به اقدام ویژه‌ای نیست و تشخیص آن با سونوگرافی داپلر انجام می‌گیرد (۲)، برای پی‌گیری آن به لحاظ ادامه‌ی رشد تومور نیز سونوگرافی لازم است. بررسی جنین از نظر پیدایش علائم هیدروپس نیز مهم می‌باشد و در مواردی که علائم هیدروپس پس از ۳۲ هفته مشاهده گردد، پایان دوره‌ی حاملگی توصیه می‌شود. در سال

۱۹۹۹ یک مورد در این خصوص گزارش شد که بیمار در هفته‌ی ۳۲ همراه با پلی‌هیدرامنیوس، هیدروپس جنین و کوریوآنژیوما‌ی بزرگ جفت $5/8 \times 4/4 \times 4/8$ سانتی‌متری و نارسایی قلب به مرکز درمانی مراجعه کرد و به علت پارگی کیسه‌ی آب زایمان انجام و نوزاد مبتلا به سندرم زجر تنفسی (ARDS)، پس از ۶۹ روز مرخص شد (۳). چهار مورد از این عارضه در سال ۲۰۰۲ گزارش گردیده است که سه مورد آن با توراکوستز با آمیوستز مکرر پی‌گیری شده و در هفته‌ی ۳۳ حاملگی، بیماران سزارین شده‌اند اما سه نوزاد پس از زایمان فوت کرده‌اند. در مورد چهارم با تومور ۸ سانتی‌متری مادر و جنین مشکلی نداشته و در هفته‌ی ۳۸ حاملگی زایمان انجام شده، نوزاد و مادر بدون عارضه مرخص شده‌اند (۴).

در سال ۲۰۰۰ میلادی در یک مورد، عارضه‌ی تومور به کوریوآنژیوما‌ی جفت بیمار در هفته‌ی ۲۰ حاملگی تشخیص داده شده و در هفته‌ی ۳۲ حاملگی در حالی که اندازه‌ی تومور به ۱۰ سانتی‌متر رسیده بود، بیمار همراه با علائم هیدروپس جنین، به علت هیپوکسی سزارین و نوزادی زنده متولد گردیده بود (۵). در سال ۲۰۰۲ یک مورد درمان کوریوآنژیوما با تزریق وریدی الکل در عروق وریدی تومور، با استفاده از سونوگرافی انجام گردید و هر دو جنین زنده ماندند. این روش به عنوان یک روش موفق درمان توصیه شده است (۶). در سال ۲۰۰۳ میلادی با استفاده از فتوسکپی عروق تومور بسته شد و در یک عمل موفقیت‌آمیز نوزاد متولد شد اما سه روز پس از تولد فوت نمود (۷).

در سال ۲۰۰۳ میلادی یک مورد با استفاده از Microcoil embolisation عروق بسته شد اما فقط به

تومور Stem cell تشخیص داده شد (۱۰). با توجه به رشد سریع کوریوانژیوما، سونوگرافی مکرر و مانیتورینگ جنین و تکرار اکوکاردیوگرافی قلب جنین لازم می‌باشد. تا زمانی که نتیجه‌ی اکوکاردیوگرافی طبیعی باشد ادامه‌ی حاملگی امکان‌پذیر است، در غیر این صورت خاتمه‌ی سریع زایمان ضرورت دارد. پژوهش‌های بیشتری در زمینه‌ی مداخلات پیش از زایمان لازم است تا از پیدایش هیدوپس جنین و زایمان زودرس پیشگیری شود.

علت طولانی شدن عمل و نبودن تحمل درد در مادر، این روش توصیه نشده است. مورد مشابه دیگری در سال ۲۰۰۲ گزارش شده است (۸).

در سال ۲۰۰۳ یک گروه بیمار (بیش از ۵۰ مورد) از نظر علائم کلینیکی مورد بررسی قرار گرفتند که در ۳۲ مورد آن، شایعترین علامت پلی‌هیدرآمنیوس (۵۷٪) بود که در پی آن احتمال زایمان زودرس وجود داشت (۹).

یک مورد مرگ داخل رحمی به علت تومور جفت همراه با آنومالی جنین در سال ۲۰۰۶ گزارش شد که پس از بررسی هیستومورفولوژی و هیستوکمیکال،

منابع

1. Fon H. Non-trophoblastic tumors of placenta. In: Fox H, Wells M, editors. Haines and Taylor Obstetrical and Gynaecological Pathology. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1987: 1031-44.
2. Shih JC, Ko TL, Lin MC, Shyu MK, Lee CN, Hsieh FJ. Quantitative three-dimensional power Doppler ultrasound predicts the outcome of placental chorioangioma. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 24(2):202-6.
3. Makino Y, Horiuchi S, Sonoda M, Kobayashi H, Kaneoka T, Kawarabayashi T. A case of large placental chorioangioma with non-immunological hydrops fetalis. *J Perinat Med* 1999; 27(2):128-31.
4. Mubiyi N, Cordonnier C, Le GF, Subtil D, Devisme L, Decocq J, et al. [Placental chorioangiomas diagnosed during the second trimester of pregnancy: four cases]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2002; 31(2 Pt 1):187-92.
5. Mara M, Calda P, Zizka Z, Sebron V, Eretova V, Dudorkinova D, et al. Fetal anemia, thrombocytopenia, dilated umbilical vein, and cardiomegaly due to a voluminous placental chorioangioma. A case report. *Fetal Diagn Ther* 2002; 17(5):286-92.
6. Wanapirak C, Tongsong T, Sirichotiyakul S, Chanprapaph P. Alcoholization: the choice of intrauterine treatment for chorioangioma. *J Obstet Gynaecol Res* 2002; 28(2):71-5.
7. Quintero RA, Reich H, Romero R, Johnson MP, Goncalves L, Evans MI. In utero endoscopic devascularization of a large chorioangioma. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996; 8(1):48-52.
8. Sepulveda W, Alcalde JL, Schnapp C, Bravo M. Perinatal outcome after prenatal diagnosis of placental chorioangioma. *Obstet Gynecol* 2003; 102(5 Pt 1):1028-33.
9. Zabka TS, Papendick RE, Benirschke K. Placental tumor from an East African bongo (*Eurycerus isaaci*) fetus. *Vet Pathol* 2006; 43(5):785-9.

Case Report

Journal of Isfahan Medical School
Vol 26, No 88, Spring 2008

Received: 30.7.2007

Accepted: 27.12.2007

A Case of Large Placental Tumor In Late Pregnancy

Fatemeh Mostajeran MD*, Maryam Hajhashemi MD**.

* Associate Professor of Obstetrics and Gynecology, Isfahan University of Medical Sciences

** Resident of Obstetrics and Gynecology, Isfahan University of Medical Sciences

Background:**Abstract**

Chorioangioma is the most common vascular placental tumor. Usually its size is less than 4 cm and its prevalence is 1% (pathologically examined). Rarely, with prevalence of 1/3500, it is larger than 4 cm. A multiparus 27 years old G₄D₁L₂ woman with gestational age of 33 weeks and with placenta tumor was referred to Al-Zahra hospital in December 2006. Due to abdominal distention, the patient underwent sonography and a large placenta chorioangioma was considered. Because of early onset of drops fetalis with spontaneous labor a newborn with 2250 gr weight and APGAR score of 10 was delivered; the weight of the placenta was 1100 gr with an 8×1×6cm tumor. The pathology result was chorioangioma.

Key words:**Pregnancy, placental tumor, hydrops fetalis, preterm labor****Page count:**

5

Tables:

0

Figures:

2

References:

9

Address of

Fatemeh Mostajeran MD, Alzahra hospital, Isfahan, Iran.

Correspondence:

E-mail: mostajeran@med.mui.ac.ir