

Application value of ultrasound in examination of placental chorioangioma 超声在胎盘绒毛膜血管瘤检查中的应用价值

范洪蓉 申 铎 归丽萍 朱亚梅 董静娴 陈 乔 周毓青

[中图法分类号] R714.5; R445.1

[文献标识码] B

胎盘绒毛膜血管瘤是最常见的胎盘肿瘤,文献^[1]报道发病率约为 0.7%~1.6%,肿瘤多位于胎盘实质内,无明显临床症状,较大的肿瘤可引起胎盘内静脉血管分流,造成羊水过多、早产、胎儿贫血、水肿,甚至胎死宫内及新生儿代谢异常等。本组回顾性分析 13 例胎盘绒毛膜血管瘤患者的产前超声检查结果及妊娠结局情况,探讨超声在胎盘绒毛膜血管瘤检查中的应用价值。

资料与方法

一、临床资料

选取 2013 年 1 月至 2015 年 12 月经我院和上海市长宁区妇幼保健院产后病理证实的胎盘绒毛膜血管瘤患者 13 例,年龄 21~38 岁,平均(28.6±4.2)岁,均为单胎妊娠;血管瘤直径 2.5~8.8 cm,平均(5.8±3.1)cm;其中 11 例初产妇,2 例经产妇。发现胎盘绒毛膜血管瘤时孕周为孕 16~36 周,平均孕(28.4±4.7)周。

二、仪器与方法

使用 GE Voluson 730、E 6 及西门子 Acuson X 300 彩色多普勒超声诊断仪,探头频率 1~5 MHz。孕妇取仰卧位,经腹超声常规测量胎儿双顶径、头围、腹围、股骨长度、肱骨长度、羊水最大深度或羊水指数、胎盘厚度及胎盘位置,重点观察胎盘内肿块的部位、大小、形态、边界、内部回声及血流情况,肿块内有血流信号者测量其最粗大血管的阻力指数(RI),并了解胎儿大小与孕周是否相符、胎儿有无水肿及胸腹水等情况。对于超过孕 32 周的胎儿,还需测量脐动脉和大脑中动脉血流情况,了解胎儿有无宫内窘迫。所有孕妇随访是否有妊娠并发症、分娩方式及新生儿情况等。

结 果

13 例胎盘绒毛膜血管瘤均经产前超声检出,均为单发,见图 1,2。其声像图特征为:胎盘实质内圆形或椭圆形肿块,部分向胎儿面突起,与胎盘实质分界较清晰,形态尚规则;其中 10 例表现为低回声,3 例表现为中高回声;9 例肿块内部见血流信号,4 例肿块内部未见明显血流信号;RI 值 0.16~0.42,平均 0.39±0.38。

13 例孕妇中,11 例足月分娩(6 例顺产、5 例剖宫产),孕期

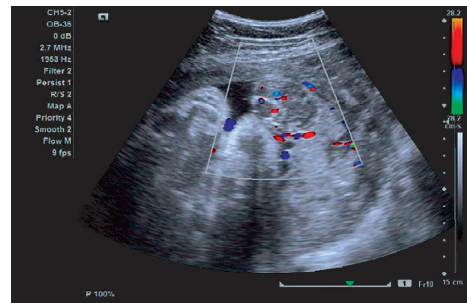


图 1 CDFI 示胎盘绒毛膜血管瘤内可探及血流信号



图 2 胎盘内小型血管瘤声像图

均无妊娠并发症,新生儿均正常;2 例中期引产,其中 1 例于孕 16 周超声发现胎盘肿块直径约 8 cm,当时胎儿发育无明显异常,孕 23 周系统超声检查发现胎儿小于 2 个标准差,胃泡及膀胱小于正常,胎儿心胸比例增大,肝内脐静脉增宽,心包少量积液,考虑胎儿心力衰竭,又因胎儿肠管强回声、羊膜绒毛膜未融合疑有染色体异常而引产;另 1 例于孕 23 周系统超声检查发现胎盘肿块直径约 8.8 cm,羊水过多,因同时合并心脏增大而引产。

讨 论

胎盘绒毛膜血管瘤实质是胎盘内的血管组织发育异常所形成的肿瘤样结构,是一种良性病变。产前超声检查可见胎盘实质内圆形、椭圆形的形态规则、边界清晰的肿块,部分突向胎儿面,一般表现为低回声,有时表现为中高回声,大多数肿块内可

作者单位:200336 上海市,上海交通大学医学院附属同仁医院 上海市同仁医院超声医学科(范洪蓉、申铎、归丽萍、朱亚梅、董静娴、陈乔);上海市长宁区妇幼保健院功能科(周毓青)

通信作者:周毓青,Email:doczhou@qq.com

见条状血流信号,RI 一般低于胎儿脐动脉^[2]。本组病例胎盘肿块 RI 为 0.16~0.42,与文献^[2]报道相符。临床工作中,由于部分胎盘绒毛膜血管瘤声像图不典型仍然容易漏误诊,所以需与隐性胎盘早期剥离、胎盘囊肿、胎盘内母体血池、副胎盘及部分性葡萄胎等鉴别,鉴别诊断时观察胎盘肿块内有无血流信号很重要,原因是胎盘绒毛膜血管瘤内的血流是胎儿动静脉血流支流,测量其 RI 值可作为鉴别诊断的依据^[3]。

较小的胎盘绒毛膜血管瘤一般对胎儿无影响,胎儿通常发育正常,本组 11 例胎盘绒毛膜血管瘤直径在 8 cm 以下者均足月分娩,新生儿检查无异常。较大的胎盘绒毛膜血管瘤可能因血管瘤内有动静脉分流,引起胎儿血流动力学的改变,增加胎儿心脏的负担。本组 1 例患者于孕 16 周时发现胎盘绒毛膜血管瘤,直径约 8 cm,当时胎儿无明显异常,系统超声检查时发现血管瘤大小无明显变化,但胎儿生长小于孕周 2 个标准差,且伴有少量心包积液、心胸比例增大、脐静脉增宽等,怀疑胎儿有心力衰竭表现,且胎儿肠管强回声、羊膜绒毛膜未融合,怀疑伴有染色体异常,最终选择引产;另 1 例表现为羊水过多,胎儿同时合并心脏增大,故行引产。本组 13 例胎盘绒毛膜血管瘤中,9 例肿

块内部见血流信号,4 例肿块内部未见血流信号;其中 2 例肿块较大(直径>8 cm)行引产的病例,1 例可见明显血流信号,另 1 例未见明显血流信号。

综上所述,超声检查若发现胎盘肿块呈低回声或中等回声,边界清晰,形态规则,应考虑胎盘绒毛膜血管瘤的可能,需进一步观察肿块内部是否有血流信号,同时应密切随访肿块的大小、胎儿情况及羊水情况等,确定最佳分娩时间,降低围产儿死亡率。

参考文献

- [1] Guschmann M, Henrich W, Dudenhausen JW. Chorioangiomas: new insights into a well-known problem. II. An immunohistochemical investigation of 136 cases[J]. J Perinat Med, 2003, 31(2): 170-175.
- [2] 严英榴, 杨秀雄. 产前超声诊断学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 112.
- [3] 李巧莲, 刘彩霞, 刘筱茂. 超声对胎盘绒毛膜血管瘤的诊断价值[J]. 陕西医学杂志, 2010, 39(7): 899-900.

(收稿日期: 2016-08-17)

· 临床报道 ·

Application value of ultrasound in examination of solitary osteochondroma 超声在单发性骨软骨瘤检查中的应用价值

王豪 邓雅琴 滕鑫

[中图分类号] R445.1

[文献标识码] B

单发性骨软骨瘤是最常见的良性骨肿瘤之一,其超声表现报道很少,本组回顾性分析 36 例骨软骨瘤患者的超声及临床资料,探讨超声在单发性骨软骨瘤检查中的应用价值。

资料与方法

一、临床资料

选取 2009 年 6 月至 2014 年 6 月经我院手术病理证实的单发性骨软骨瘤患者 36 例,男 23 例,女 13 例,年龄 12~35 岁,平均 25.8 岁。其中 16 例为无意扪及局部无痛性硬块,12 例为局部软组织隆起,4 例因外伤检查偶然发现,2 例为肢体感觉障碍就诊,2 例因软组织肿块检查意外发现。病变部位:股骨 12 例,肱骨 9 例,胫骨 8 例,腓骨 4 例,桡骨 2 例,掌骨 1 例。病灶大小 2.80 cm×1.50 cm×2.30 cm~6.23 cm×4.83 cm×4.2 cm。

二、仪器与方法

使用 Philips iU 22 彩色多普勒超声诊断仪,线阵探头,频率

7~12 MHz;凸阵探头,频率 3~5 MHz。受检者取仰卧位、俯卧位或侧卧位,对病灶行横切面及纵切面扫查。根据病灶选择超声探头,肿块较大或位置较深、衰减较明显的肿瘤选择低频探头;肿块较小或位置表浅的肿瘤选择高频探头。病灶均行手术切除,组织行病理学检查。术后至少随访半年。

结 果

一、超声检查情况

36 例单发性骨软骨瘤,声像图表现为自干骺端向外突出的骨性隆起,边缘清晰,基底部较宽或为细长蒂,与周围正常骨皮质相延续。位置表浅的肿瘤,高频超声可清晰显示其周边血管、肌肉及神经等软组织情况;彩色多普勒示肿瘤内部血流信号稀少,周边可点状血流信号(图 1,2)。36 例单发性骨软骨瘤,超声准确诊断 32 例,诊断准确率 88.9%。误诊 4 例,其中 2 例误诊为骨肉瘤,另 2 例分别误诊为软骨肉瘤和软骨母细胞瘤。