

经阴道超声诊断异位葡萄胎的价值探讨

于娜 王军梅 罗佳敏 秦佳乐

摘要 **目的** 分析异位葡萄胎的经阴道超声特征,探讨超声对其的诊断及在随访中的临床价值。**方法** 选取经病理诊断为异位葡萄胎的患者9例,回顾性分析其临床资料、超声图像、手术情况及病理特征。**结果** 9例患者平均年龄(37.30±5.33)岁,首发临床症状均为停经、阴道异常流血和腹痛,均行手术治疗。超声检查示4例葡萄胎发生部位为输卵管,3例为前峡部疤痕处,2例为宫角,所有病灶定位均与手术一致。超声表现为6例见不均质回声,3例见形态不规则胚囊样无回声区或不伴卵黄囊及胚芽。**结论** 经阴道超声可对异位葡萄胎病灶部位做出准确判断,具有较好的临床应用价值,但其诊断金标准仍依赖于病理学检查。

关键词 超声检查,经阴道;异位葡萄胎

[中图分类号]R445.1;R714.22

[文献标识码]A

Value of transvaginal ultrasonographic in diagnosis of ectopic molar pregnancy

YU Na, WANG Junmei, LUO Jiamin, QIN Jiale

Department of Ultrasound, Gynecology and Obstetrics Hospital Affiliated to Medical College of Zhejiang University, Hangzhou 310006, China

ABSTRACT **Objective** To analyze the ultrasonographic features of ectopic molar pregnancy, and to explore the clinical value of ultrasonic diagnosis and follow-up. **Methods** Nine cases with ectopic molar pregnancy confirmed by pathologic diagnosis were enrolled. The clinical data, ultrasound files, surgical conditions and pathological features were reviewed. **Results** The average age of 9 patients was (37.30±5.33) years old. The initial clinical symptoms were menopause, abnormal vaginal bleeding and abdominal pain. Ultrasound images showed that the location of hydatidiform mole was fallopian tube (4 cases), anterior isthmic scar (3 cases) and uterine horn (2 cases), which were totally consistent with the situation in the operation. The sonographic appearance of the lesion was heterogeneous echo region (6 cases), embryo sac-like heterogeneous echo with or without follicular sac and germ (3 cases). **Conclusion** Transvaginal ultrasound is able to identify the location of ectopic molar pregnancy, but diagnostic gold standard still depends on pathological diagnosis.

KEY WORDS Ultrasonography, transvaginal; Ectopic molar pregnancy

葡萄胎是一种来源于胎盘滋养层细胞的疾病,表现为妊娠后胎盘绒毛滋养细胞增生,间质水肿,形成大小不一的水泡,水泡间借蒂相连成串形如葡萄。葡萄胎主要发生于宫腔内,发生于宫腔外者非常罕见,称为异位葡萄胎(ectopic molar pregnancy, EMP)。目前国内外对EMP的研究较少,缺少对该疾病的系统性研究。本研究从EMP患者临床资料、超声图像、手术情况、病理特征及随访情况等方面系统分析该疾病,探讨超声对其的诊断及在随访中的临床价值。

资料与方法

一、临床资料

选取2012年1月至2018年12月经我院诊断为EMP的患者9例,年龄29~48岁,平均(37.30±5.33)岁,首发临床症状为停经8例,阴道异常流血8例,腹痛4例;EMP发生部位为输卵管4例,前峡部疤痕处3例,宫角2例。纳入标准:①均经病理诊断为EMP;②临床资料完整;③超声资料完整。本研究经我院医学

基金项目:国家自然科学基金青年项目(81601515);浙江省医药卫生一般研究计划(2016KYB164, 2019KY092);浙江省公益技术研究社会发展项目(2016C33153)

作者单位:310006 杭州市,浙江大学医学院附属妇产科医院超声二科;浙江省子宫恶性肿瘤诊治技术研究中心(秦佳乐)

伦理委员会批准,所有患者均知情同意。

二、仪器与方法

使用GE Voluson E 8、E 6及三星 WS80A 彩色多普勒超声诊断仪,腔内探头,频率5~9 MHz。患者排空膀胱后取截石位,阴道探头包裹避孕套后缓慢插入患者阴道内,获取子宫正中矢状切面和横断面,观察宫腔内回声;缓慢移动和旋转探头,获取卵巢及附件异常包块的图像,应用彩色多普勒观察其血流特征,记录并存储图像资料以备分析。所有病例均行手术治疗,术后进行门诊随访或电话随访。

结 果

9例EMP的一般情况、超声表现、病理诊断及预后情况见表1。超声表现为6例异位妊娠部位见不均质回声,1例呈形态

不规则胚囊样无回声区伴卵黄囊,2例呈形态不规则胚囊不伴卵黄囊及胚芽。见图1,2。

9例患者均行手术治疗,7例完成2年随访,其中1例进展为葡萄胎后妊娠滋养细胞肿瘤,余均预后良好;2例仍在随访中,目前血hCG已降至正常。

讨 论

目前国内外对EMP的研究多以个例报道为主。本研究回顾分析了9例EMP病例资料,平均年龄(37.30±5.33)岁,其中35岁以上7例,发生年龄上分析可能与卵巢功能减弱和子宫卵巢的基础疾病有关,如输卵管炎症会改变输卵管的通畅性,导致胚胎在输卵管部位着床,形成输卵管葡萄胎;或是剖宫产瘢痕增加了瘢痕部位葡萄胎的风险等。

表1 9例EMP患者的一般情况、超声表现、病理诊断及预后情况

病例	年龄(岁)	首发症状	血hCG值(U/L)	病灶部位	超声表现	病理诊断	预后情况
1	29	停经5个月,阴道流血12d	31882	子宫角	形态不规则胚囊样无回声区大小2.4 cm×2.1 cm×0.5 cm,内见卵黄囊样回声,肌层较薄处厚度0.09 cm	葡萄胎	目前随访22个月,血hCG已降至正常
2	38	阴道流血8d,下腹隐痛2d	8800	子宫角	不均质回声大小1.8 cm×1.4 cm×1.9 cm,内见0.6 cm×0.5 cm×0.6 cm无回声区,距宫角浆膜层较约0.29 cm	极早期葡萄胎	发生葡萄胎后妊娠滋养细胞肿瘤
3	40	停经54d,阴道流血2d	7686	子宫前峡部疤痕处	不均质回声大小2.5 cm×0.9 cm×1.3 cm,内见2.0 cm×0.4 cm×0.7 cm形态不规则无回声区,内未见明显卵黄囊及胚芽	早期葡萄胎	未发生葡萄胎后妊娠滋养细胞肿瘤
4	48	停经50d,阴道少量流血17d	3151	子宫前峡部疤痕处	形态不规则胚囊样无回声区大小1.4 cm×1.2 cm×0.5 cm,内未见卵黄囊及胚芽回声,胚囊下缘稍突向前峡部,前峡部血流不明显	早期葡萄胎	未发生葡萄胎后妊娠滋养细胞肿瘤
5	30	停经60d,反复阴道流血30d	14193	子宫前峡部疤痕处	形态不规则胚囊样无回声区大小1.9 cm×1.0 cm×0.6 cm,周边见散在血流信号,下缘紧贴前峡部	葡萄胎	未发生葡萄胎后妊娠滋养细胞肿瘤
6	35	停经50d,阴道流血20d	1618	输卵管	不均质回声大小1.7 cm×1.2 cm×1.3 cm,内见0.4 cm×0.5 cm×0.4 cm无回声区,周边见血流信号	极早期葡萄胎	目前随访7个月,血hCG已降至正常
7	39	停经80d,下腹痛10d	14878	输卵管	不均质回声大小1.0 cm×1.0 cm×0.8 cm,内见0.6 cm×0.4 cm×0.4 cm无回声区,周边回声增强,周边血流丰富。其旁不均质回声大小4.2 cm×5.0 cm×5.3 cm,内见多个无回声区,内血流丰富	葡萄胎,滋养细胞轻度增生	未发生葡萄胎后妊娠滋养细胞肿瘤
8	38	停经60d,阴道流血伴下腹痛2d	82878	输卵管	不均质回声大小7.9 cm×5.0 cm×4.0 cm,周边见明显血流,内见多个大小不等无回声区	葡萄胎	未发生葡萄胎后妊娠滋养细胞肿瘤
9	39	停经49d,阴道流血20d,下腹痛9h	148721	输卵管	不均质回声大小9.7 cm×7.4 cm×5.1 cm,内见多个大小不等无回声区	葡萄胎,滋养细胞中度增生	未发生葡萄胎后妊娠滋养细胞肿瘤

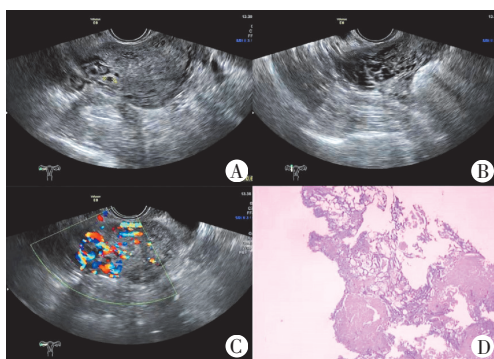


图1 输卵管间质部葡萄胎超声及病理图
A、B:经阴道超声示右侧间质部和右宫旁不均质回声,内见多个无回声区,周边回声增强;C:彩色多普勒示右侧间质部和右宫旁不均质回声,血流丰富;D:病理结果为右侧输卵管间质部葡萄胎,滋养细胞轻度增生(HE染色,×50)

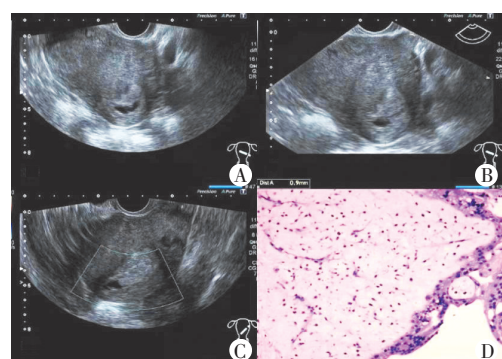


图2 宫角处葡萄胎超声及病理图
A、B:经阴道超声示左侧宫角内胚囊样无回声区,内隐约见卵黄囊,未见明显胚芽;C:彩色多普勒示左侧宫角胚囊样无回声区未探及明显血流信号;D:病理结果为左侧宫角处葡萄胎(HE染色,×200)

图2 宫角处葡萄胎超声及病理图

经阴道超声具有较好的空间分辨率,可探测细小结构和血流信号,是EMP的首选影像学检查方法。EMP的声像图特征可表现为宫腔外不均质团块状回声,内见多个无回声区,大小1~30 mm不等^[1]。本研究6例表现为宫腔外不均质回声,其中3例内见多个大小不等无回声区;余3例表现为形态不规则胚囊无回声区伴或不伴卵黄囊及胚芽,与宫内葡萄胎相似。

EMP临床诊断需要与异位妊娠鉴别,二者临床症状均可表现为停经、阴道异常流血和腹痛,超声图像也有一定的重叠,如不均质回声包块、内见无回声区、周边见血流等,因此二者鉴别诊断有一定的难度。Frates等^[2]报道225例正常异位妊娠患者血hCG水平为7~107 949 U/L,平均3258 U/L;本研究9例EMP患者血hCG水平为1618~148 878 U/L,平均34 867 U/L,高于文献报道,说明血hCG水平对于两者鉴别诊断有一定临床意义,但最终明确诊断仍需依赖组织病理学检查。

EMP主要处理方式是腹腔镜手术,不仅可以直接观察病灶,而且可以对其进行切除,术后标本送病理检查,实现病理组织学“金标准”诊断^[3]。本研究9例患者均行腹腔镜手术并切除病灶,观察病灶的部位与超声诊断一致,说明经阴道超声可对EMP的病灶部位进行准确判断。EMP的预后与宫腔内葡萄胎相似,存在术后进展为妊娠滋养细胞肿瘤的风险。本研究中

1例进展为妊娠滋养细胞肿瘤,故EMP术后应密切随访,有助于及早诊断妊娠滋养细胞疾病。因目前尚无专门针对异位葡萄胎的随访共识,我院EMP随访方案与宫内葡萄胎相同,为葡萄胎处理后随访2年。

综上所述,经阴道超声可对EMP病灶部位做出准确判断,具有较好临床应用价值,但其诊断金标准仍依赖于病理学检查。EMP也具有进展为葡萄胎术后妊娠滋养细胞肿瘤的可能,需要术后密切随访观察。

参考文献

- [1] Lima LL, Parente RC, Maestú I, et al. Clinical and radiological correlations in patients with gestational trophoblastic disease [J]. *Radiol Bras*, 2016, 49(4):241-250.
- [2] Frates MC, Doubilet PM, Peters, HE, et al. Adnexal sonographic findings in ectopic pregnancy and their correlation with tubal rupture and human chorionic gonadotropin levels [J]. *J Ultrasound Med*, 2014, 33(4):697-703.
- [3] Pasic RP, Hammons G, Gardner JS, et al. Laparoscopic treatment of cornual heterotopic pregnancy [J]. *J AM Assoc Gynecol Laparosc*, 2002, 9(3):372-375.

(收稿日期:2019-02-27)

·病例报道·

Prenatal ultrasonic diagnosis of fetal hypoplastic left heart syndrome: a case report

产前超声诊断胎儿左心发育不良综合征1例

王瑜 王玲 冯伟 安鹏 周素芬

[中图分类号]R445.1;R714.53

[文献标识码]B

孕妇,年龄31岁,孕24周,孕2产1,既往体健,无遗传及其他疾病史,来我院行常规产前超声检查。产前超声检查:中位肝,胎儿腹主动脉位于奇静脉前方,单心房结构,横径约23 mm,心室右祥,主动脉及肺动脉均起自左室,肺动脉瓣回声增强,肺动脉主干扩张,肺动脉瓣5.1 mm,主干内径7.3 mm,主动脉全程相对纤细,主动脉瓣隐约可见,瓣叶增厚,瓣口径2.7 mm,升主动脉内径2.0 mm,弓降部显示不清;四腔心切面示胎儿左右室极不对称,左室横径4.1 mm,右室横径13.1 mm,左室壁增厚,二尖瓣增厚,回声增强,未见启闭运动,三尖瓣回声正常,启闭运动可见(图1)。三血管切面示胎儿肺动脉左侧见一管状结构,连续追踪扫查见其汇入心房;CDFI:升主动脉管腔内探及双向五彩血流信号,其中正向峰值流速34 cm/s,负向峰值流速

21 cm/s;肺动脉内探及明亮血流信号,峰值流速60 cm/s;彩色M型超声示二尖瓣口见实性回声,未见彩色血流。超声提示:胎儿复杂先天性心脏病(左心发育不良综合征;永存左上腔静脉)。患者要求终止妊娠,引产后进行尸解及铸型(图2),证实超声诊断。

讨论:左心发育不良综合征病因不明,可能是由遗传因素引起的染色体核型改变,属于复杂性、致死性先天性心脏畸形,病变包括左心系统发育不良、主动脉瓣和(或)二尖瓣口狭窄或闭锁、升主动脉发育不良等。该畸形可分为4型:I型为主动脉瓣和二尖瓣均狭窄;II型为主动脉瓣和肺动脉瓣均闭锁;III型为主动脉瓣闭锁而二尖瓣狭窄;IV型为二尖瓣闭锁而主动脉瓣

(下转第460页)