

DOI:10.3724/SP.J.1008.2010.00348

双胎妊娠,部分性葡萄胎与胎儿共存伴持续性滋养细胞疾病 1 例报告

Twin pregnancy, partial hydatidiform mole coexist with persistent trophoblastic disease in one fetus; a case report

罗益滨^{1*}, 朱天怡², 王树鹤¹, 陈震³

1. 北京军区总医院妇产科, 北京 100700

2. 第二军医大学研究生院, 上海 200433

3. 北京军区总医院医务部, 北京 100700

[关键词] 双胎妊娠; 葡萄胎; 持续性滋养细胞疾病

[中图分类号] R 714.25

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2010)03-0348-02

1 病例资料 患者, 女性, 27岁, 孕2产1, 双胎妊娠16周。产前检查时发现异常, 超声检查提示: 双绒毛/双羊膜腔妊娠。其中, A胎儿小于正常孕周, 超声估测为13周, 胎盘重度增大且呈囊性; B胎儿大小接近正常孕周, 胎盘形态基本正常。初诊医师诊断A胎儿符合“部分葡萄胎”超声表现, 会影响B胎儿的发育, 建议终止妊娠, 但孕妇及家人仍要求继续妊娠。2d后, 该孕妇因阴道大量出血及急性腹痛就诊, 诊断为难免流产。当日行急诊清宫术, 并动态监测血 β -hCG的变化。血清 β -hCG浓度从清宫术当日的200 000 U/L降至4周后的778 U/L, 但之后3个月内一直保持在790 U/L左右而不降低。盆腔超声显示子宫内膜增厚, 并见蜂窝状囊状回声。行多普勒彩超发现子宫内膜内及增生的血管区的血流信号。病理检查结果为: 体型较小的A胎儿腿长1.2 cm, 符合超声估测的13周孕龄, 且部分绒毛呈典型水泡状改变, 镜下表现为滋养细胞局限增生, 间质内可见胎源性血管。较大的B胎儿腿长1.9 cm, 符合16周孕龄, 形态学检查无明显异常。基于以上结果, 结合CT检查排除了转移性肿瘤, 该患者诊断为双胎妊娠, 部分葡萄胎与胎儿共存伴持续滋养细胞疾病。考虑到患者为难免流产, 清宫术后确定无明显并发症, 且术后复查超声未发现葡萄胎影像, 故无需二次手术。血 β -hCG术后3个月内居高不下, 但并未继发阴道大量出血、妊娠高血压症等临床症状, 故随后试验性采取了甲氨蝶呤(MTX)疗法一个疗程(10 mg口服, 每周1次, 共3周), 取得了满意的效果。14周后, β -hCG降至正常范围, 无明显化疗并发症。随访时间6周。

2 讨论 双胎妊娠, 部分葡萄胎与胎儿共存为较少见病例, 合并持续性滋养细胞疾病则更为罕见。妊娠合并葡萄胎包括完全性葡萄胎(CHM)合并妊娠及部分性葡萄胎(PHM)合并妊娠^[1]。PHM患者的部分胎盘绒毛发生水泡状变, 胎儿多早期死亡, 发育到足月者极为少见。胎儿与PHM并存时^[2-3], 一般具有三倍体特征, 包括胎儿宫内发育迟缓, 多发性先天性畸形, 如并指、并趾和脑积水, 故多数学者建议终止妊娠, 首选清宫术为主的治疗方案, 且无需考虑患者子宫大

小。而本例孕妇产前检查仅发现双胎中的一胎小于正常孕周, 胎盘重度增大且呈囊性, 此外并未发现共存胎儿明显异常, 本人及家属也坚决要求继续妊娠, 故直到出现并发症才行清宫术。除部分葡萄胎与胎儿共存外, 本例患者还存在持续性滋养细胞疾病(persistent trophoblastic disease, PTD)。PTD是指葡萄胎排空后3个月, 血清 β -hCG仍持续阳性^[4]。本例患者完全符合该项条件, 此类情况国内罕见文献报道。PTD的发病特点是滋养细胞分泌过量 β -hCG, 故可以通过监测血清 β -hCG判断病情。但目前尚缺乏特异性的临床症状或病理指标可以提示葡萄胎排出后是否伴有PTD的发生^[5]。其发病机制尚未十分明确, 关于其流行病学调查的资料也少见文献。对于此类患者清宫术后是否需要化疗, 学术界尚有争议。Fisher等^[7]认为化疗药的毒副作用大于其疗效, 不建议化疗。另一些学者则认为术后应立即化疗^[8-10], 避免其进展为侵袭性葡萄胎或复发等。而Van Trommel等^[11]回顾性研究了294例PTD患者, 发现约9.4%患者只需进行二次手术就能完全治愈, 无需化疗。本例患者接受MTX一个疗程后, 取得了满意的效果。

[参考文献]

- [1] Hsu C, Lee I, Su M, Lin Y, Hsieh C, Chen P, et al. Triple genetic identities for the complete hydatidiform mole, placenta and co-existing fetus after transfer of a single *in vitro* fertilized oocyte; case report and possible mechanisms[J]. Hum Reprod, 2008, 23: 2686-2691.
- [2] Tidy J A, Gillespie A M, Bright N, Radstone C R, Coleman R E, Hancock B W. Gestational trophoblastic disease: a study of mode of evacuation and subsequent need for treatment with chemotherapy[J]. Gynecol Oncol, 2000, 78: 309-312.
- [3] Berkowitz S, Goldstein P. Molar pregnancy[J]. N Engl J Med, 2009, 360: 1639-1645.
- [4] 乐杰. 妇产科学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 319-322.
- [5] Berkowitz R S, Goldstein D P. Current management of gestational

[收稿日期] 2009-12-14

[接受日期] 2010-02-21

[作者简介] 罗益滨, 第二军医大学海军临床医学专业2005级学员。

* 通讯作者(Corresponding author). Tel: 010-66721925, E-mail: luoyibin@yeah.net

- trophoblastic diseases[J]. *Gynecol Oncol*,2009,112:654-662.
- [6] Pezeshkia M, Hancock B W, Silcocks P, Everarda J E, Coleman J, Gillespie A M. The role of repeat uterine evacuation in the management of persistent gestational trophoblastic disease [J]. *Gynecol Oncol*,2004,95:423-429.
- [7] Fisher P M, Hancock B W. Gestational trophoblastic disease and their treatment[J]. *Cancer Treat Rev*,1997,23:1-16.
- [8] Newlands E S, Bower M, Holden L, Short D, Seckl M J, Rustin G J, et al. Management of resistant gestational trophoblastic tumors[J]. *J Reprod Med*,1998,43:111-118.
- [9] Schlaerth J B, Morrow C P, Rodriguez M. Diagnostic and therapeutic curettage in gestational trophoblastic disease[J]. *Am J Obstet Gynecol*,1990,162:1465-1470.
- [10] Berkowitz R S, Goldstein D P. Chorionic tumors[J]. *N Engl J Med*,1996,335:1740-1748.
- [11] Van Trommel N E, Massuger L F A G, Verheijen R H, Sweep F C, Thomas C M G. The curative effect of a second curettage in persistent trophoblastic disease: a retrospective cohort survey [J]. *Gynecol Oncol*,2005,99:6-14.

[本文编辑] 周燕娟,邓晓群