

Porod plodu s triploidní mozaikou a chorangiózou placenty

Lubušký M.¹, Procházka M.¹, Čapková P.², Geierová M.³, Míčková I.², Machač Š.¹

¹Gynekologicko-porodnická klinika LF UP a FN v Olomouci,
přednosta prof. MUDr. Milan Kudela, CSc.

²Ústav lékařské genetiky a fetální medicíny LF UP a FN v Olomouci,
přednosta prof. MUDr. Jiří Šantavý, CSc.

³Ústav patologické anatomie LF UP a FN v Olomouci,
přednosta prof. MUDr. Zdeněk Kolář, CSc.

MUDr. Marek Lubušký, Ph.D. (č.ú. - 103504818/0300)

MUDr. Martin Procházka, Ph.D.

MUDr. Pavlína Čapková

MUDr. Marie Geierová

MUDr. Ivana Míčková

MUDr. Štěpán Machač

tosner@fnhk.cz

redakce@gyne.cz

Prohlašuji, že text nebyl a nebude publikován v jiném časopise.

Dne 16. 11. 2005

MUDr. Marek Ľubušký

ÚVOD

Na příkladě kazuistiky uvádíme po porodu diagnostikovanou triploidní mozaiku plodu a placenty se současně přítomnou chorangiózou placenty.

KAZUISTIKA

Pacientka R. K., 29 let, III. gravida, III. para. V I. těhotenství ve 30. týdnu porodila plod s mnohočetnými VVV (syndromologicky se jednalo o VACTERL asociaci, karyotyp 46,XX), nyní těhotenství s novým partnerem. V 16. týdnu byl pozitivní biochemický screening s rizikem m. Down pro plod v termínu porodu 1 : 95, hodnota hCG 3,16 MoM. V 17. týdnu byla provedena amniocentéza, dle cytogenetického vyšetření šlo o normální ženský karyotyp. Během těhotenství pacientka opakovaně vyšetřena ultrazvukem na Ústavu lékařské genetiky a fetální medicíny. Ve 20. týdnu s normálním nálezem, ve 34. týdnu diagnostikováno jen zvýšené množství plodové vody. Těhotenství bylo ukončeno akutně císařským řezem ve 34. týdnu pro abrupci placenty po spontánním odtoku plodové vody. Bez komplikací porozen živý plod, děvče, 2040 g, 42 cm, Apgar score: 7 / 9 / 10. Peroperačně v dutině peritoneální serosanguinolentní výpotek, placenta prosáklá, hmotnosti 1300 g. Při revizi adnex zjištěna oboustranně polycysticky zvětšená ovaria do velikosti cca 8 cm v průměru. Plod umírá za 20 hodin po porodu na respirační selhání. Při histopatologickém vyšetření placenty stanovena diagnóza chorangiózy. Cytogenetické vyšetření placenty po porodu diagnostikuje přítomnost triploidního buněčného klonu. Přibližné zastoupení triploidního klonu stanovené z nekultivované tkáně je 1 : 4, kultivací došlo ke snížení zastoupení triploidních buněk

na 1 : 7. Zpětnou revizí výsledku kultivace z plodové vody bylo zjištěno zastoupení triploidního klonu i zde 69,XXX (2) / 46,XX (11). Větší počet metafází nebyl k dispozici.

DISKUSE

Diagnostická kritéria placentární chorangiózy stanovil v roce 1984 Altshuler. Pro chorangiózu svědčí přítomnost minimálně 10 klků obsahujících nejméně 10 cévních průsvitů ve více než 10 polích prohlížených objektivem č. 10 ve 3 různých oblastech placenty, v nichž není přítomen infarkt (3). Lézi je nutno odlišit od překrvení, kde není zvýšený počet kapilár v klcích a od chorangiómu, který má stejný histologický obraz jako chorangióza, ale jde o ložiskovou změnu. Ložiskově se podobný histologický obraz může objevit i v okolí infarktu, kde dochází však současně i ke kondenzaci klků (8). Současně bývá často přítomna placentomegalie a opožděné dozrávání klků (10).

Etiologie chorangiózy není zcela jasná. Většina autorů se přiklání k názoru, že vzniká v důsledků protrahované placentární hypoperfúze nebo při nízkém stupni tkáňové hypoxémie (2, 8, 9, 10). Řada patologických stavů během těhotenství může ovlivňovat tkáňovou hypoxií v placentě proliferaci endoteliálních buněk a hypervaskularizaci placentárních klků.

Mezi mateřské patologické stavy asociované s přítomností chorioangiózy patří preeklampsie a diabetes mellitus. Z patologií placenty a pupečníku jsou uváděny dvě cévy v pupečníku, abrupce placenty, placenta praevia, amnion nodosum a villitis (při rubeole, CMV, syfilis). Častou příčinou rozvoje chorioangiózy v placentě mohou být také vrozené vývojové vady plodu (3, 8). Asociace mezi

chromozomální aneuploidií a přítomností chorangiózy placenty není v literatuře popisována.

V roce 1993 Altshuler publikoval poměrně rozsáhlou studii zkoumající souvislost akutních i chronických hypoxických změn placenty a perinatální asfyxie plodu. Chorangióza je zde jmenována jako jedna z placentárních morfologických abnormit svědčící pro chronickou ischémii či hypoxémii, vedle chronických infarktů, avaskulárních kfků, nezralosti a přítomnosti jaderných erytrocytů. Mechanismus vlivu chorangiózy na poškození plodu není jasný. Byly vysloveny domněnky, že by se mohlo jednat o vzestup plicní cévní rezistence plodu při zvýšeném objemu proteklé krve, která nadto není v placentě dostatečně okysličená, a proto způsobuje chronickou hypoxémii (2)

ZÁVĚR

Úmrtí plodu a chorangióza placenty pravděpodobně souvisí s přítomnou triploidní mozaikou, která nebyla v 17. týdnu při cytogenetickém vyšetření z plodové vody prokázána. Opět to potvrzuje možnost diskrepance mezi cytogenetickými nálezy u plodu a v placentě.

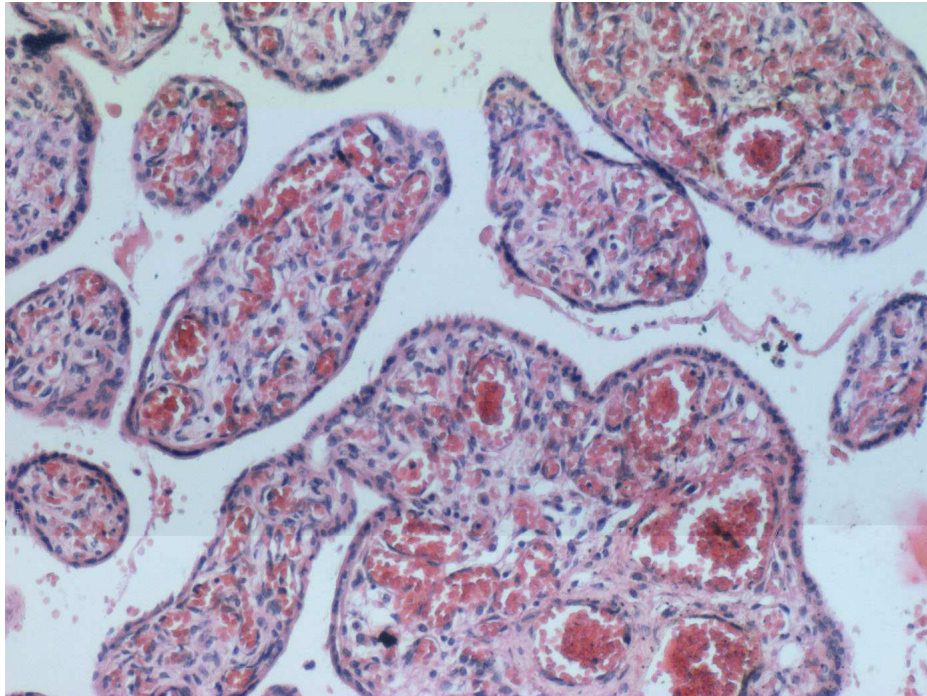
*MUDr. Marek Ľubušký, Ph.D.
Por. gyn. klinika FN a LF UP Olomouc
I. P. Pavlova 6, 77520 Olomouc
lubusky@email.cz*

Projekt byl podpořen studií LF UP v Olomouci "Bezpečnost ultrazvuku v medicíně"

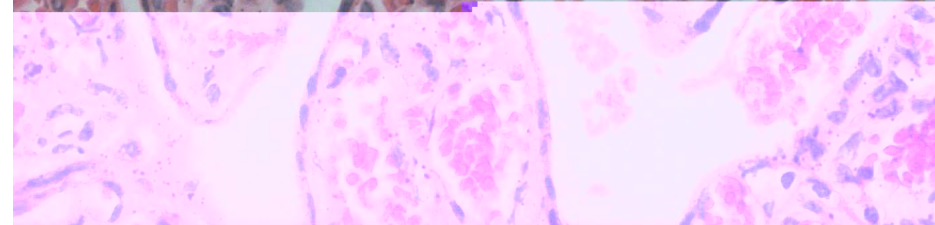
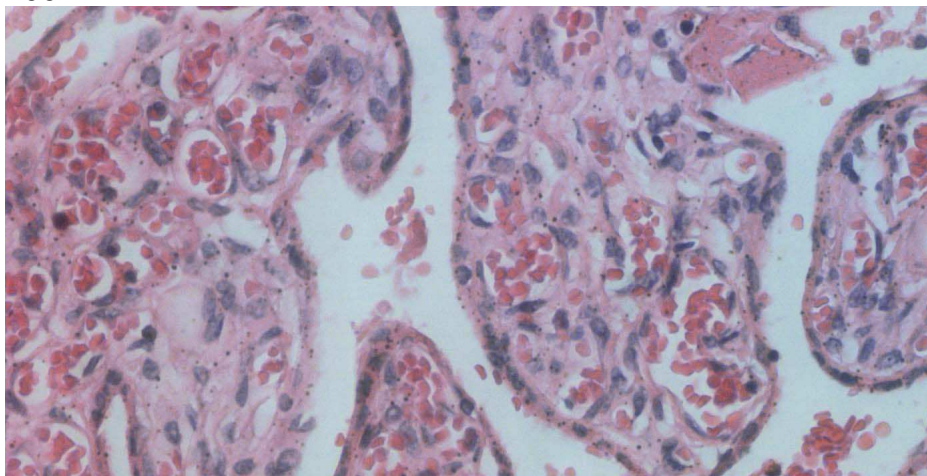
LITERATURA

1. Altshuler G.: Role of the placenta in perinatal pathology. *Ped Pathol Lab Med*, 16, 1996, p. 207-223.
2. Altshuler G.: A conceptual approach to placental pathology and pregnancy outcome. *Semin Diagn Pathol*, 10, 1993, p. 204-221.
3. Altshuler G.: Chorangiomas. An important placental sign of neonatal morbidity and mortality. *Arch Pathol Lab Med*, 108, 1984, p. 71-74.
4. Benirschke K., Franciosi R.: Placental pathology casebook. *J Perinatol*, 19, 1999, p. 393-394.
5. Benirschke K.: Recent trends in chorangiomas, especially those of multiple and recurrent chorangiomas. *Pediatr and Develop Pathol*, 2, 1999, p. 264-269.
6. Benirschke K., Driscoll S. G.: The pathology of the human placenta. Springer - Verlag, New York, 1995, p. 404-405, 715-718.
7. Caldwell C., Purohit D. M., Levkoff A. H. et al.: Chorangiomas of the placenta with persistent transitional circulation. *Am J Obstet Gynecol*, 127, 1977, p. 435-436.
8. De La Ossa M. M., Cabello-Inchausti B., Robinson M. J.: Placental chorangiomas. *Arch Pathol Lab Med*, 125, 2001, p. 1258.
9. Hustin J., Foidart J. M., Lambotte R.: Cellular proliferation in villi of normal and pathological pregnancies. *Gynecol Obstet Invest*, 17, 1984, p.1-9.
10. Ogino S., Redline R. W.: Villous capillary lesions of the placenta: distinctions between chorangioma, chorangiomas and chorangiomas. *Hum Pathol*, 31, 2000, p. 945-954.

Obr. 1. a 2. Chorangióza placenty. Diagnostická kritéria stanovil v roce 1984 Altshuler. Pro chorangiózu svědčí přítomnost minimálně 10 klků obsahujících nejméně 10 cévních průsvitů ve více než 10 polích prohlížených objektivem č. 10 ve 3 různých oblastech placenty, v nichž není přítomen infarkt.



100 x



200 x