

Guz łożyska – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa

Placental tumor – a case report and literature review

Katarzyna Pankiewicz¹, Renata Jaczyńska¹, Marzena Jurczak-Czaplicka¹,
 Aneta Kowalska-Kańska¹, Piotr Węgrzyn², Tomasz M. Maciejewski¹

¹Klinika Położnictwa i Ginekologii, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

²Klinika Położnictwa i Perinatologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Guzy łożyska zwykle przebiegają bezobjawowo i są wykrywane jedynie podczas rutynowego badania histopatologicznego. Najczęściej występującym guzem jest *chorangioma*, czyli naczynek łożyska. Wiąże się on z występowaniem licznych powikłań ciąży, takich jak wielowodzie oraz niedokrwistość, małopłytkowość, kardiomegalia i niewydolność krążenia u płodu. Prezentujemy przypadek guza łożyska z obrazem ultrasonograficznym typowym dla *chorangioma* z towarzyszącą kardiomegalia u płodu, który rozpoznano ostatecznie w badaniu histopatologicznym jako *hamartoma*.

Słowa kluczowe: guz łożyska, naczynek łożyska, kardiomegalia u płodu

Gin. Perinat. Prakt. 2017; 2, 3: 101–104

Wstęp

Guzy łożyska są patologią występującą stosunkowo często, jednak zazwyczaj, w związku z bezobjawowym przebiegiem klinicznym, pozostają nierozpoznane lub też rozpoznaje się je jedynie w rutynowym badaniu histopatologicznym łożyska wykonywanym z innych przyczyn po porodzie [1]. Najczęściej występującym guzem łożyska jest *chorangioma*, czyli naczynek łożyska, stwierdzany w 1/100 łożysk. Duże guzy (o średnicy > 5 cm) wiążą się z występowaniem istotnych powikłań, takich jak wielowodzie, wewnątrzmaciczne ograniczenie wzrastania płodu (IUGR, *intrauterine growth restriction*), niedokrwistość i małopłytkowość u płodu, obrzęk płodu oraz kardiomegalia i niewydolność krążenia u płodu. W takich przypadkach śmiertelność płodów i/lub noworodków sięga nawet 30–40% [1].

Opis przypadku

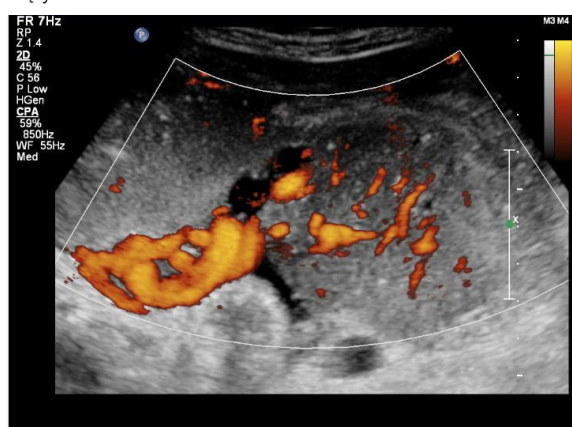
Trzydziestodwuletnia pierwiastka w 30. tygodniu ciąży została przyjęta do Kliniki Położnictwa i Ginekologii

Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie z rozpoznaniem guza łożyska i kardiomegalii u płodu. Ciężarna miała negatywny wywiad w kierunku chorób przewlekłych, nieistotny wywiad rodzinny, nie była operowana, nie stosowała długotrwale żadnych leków. W I trymestrze ciąży była leczona preparatami progesteronu i jego pochodnych z powodu zagrażającego poronienia. W II trymestrze stwierdzono infekcję grzybiczą pochwy, którą leczono nystatyną. Od I trymestru ciąży obecna była także niedokrwistość, leczona doustnymi preparatami żelaza. W II trymestrze ciąży na podstawie wykonanego badania ultrasonograficznego wysunięto podejrzenie guza łożyska i skierowano pacjentkę do szpitala wojewódzkiego. Ze względu na podejrzenie niedokrwistości u płodu [nieprawidłowa maksymalna prędkość skurczowa przepływu krwi (PSV, *peak systolic velocity*) w tętnicy środkowej mózgu] ciężarna została skierowana do I Kliniki Położnictwa i Ginekologii WUM w Warszawie, a następnie do Kliniki Położnictwa i Ginekologii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.

W obrazie ultrasonograficznym łożyska w okolicy jego lewego rogu uwidoczniono strukturę o mieszanej



Rycina 1. Obraz ultrasonograficzny guza łożyska w 30. tygodniu ciąży



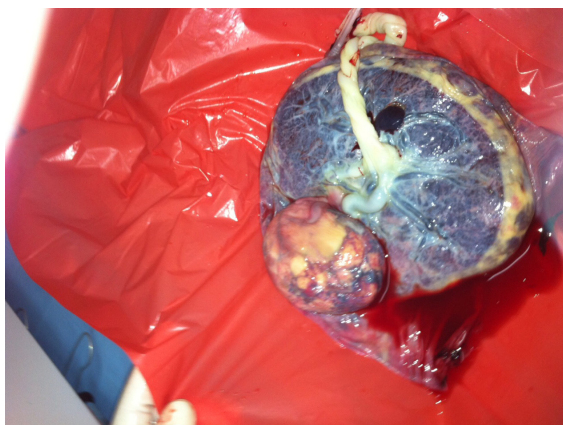
Rycina 2. Unaczynienie guza łożyska uwidocznione w badaniu dopplerowskim

echogeniczności o wymiarach 78 × 60 mm (ryc. 1), z poszerzonymi naczyniami krwionośnymi w jej obrębie (ryc. 2). Uzyskany obraz ultrasonograficzny sugerował, że zmiana może być naczyniakiem łożyska (*chorangioma*).

W wielokrotnie wykonywanych badaniach USG nie obserwowano hipotrofii płodu, a ilość płynu owodniowego była prawidłowa do 38. tygodnia ciąży. Seryjne badania metodą Dopplera przepływów naczyniowych krążenia płodowo-łożyskowego oraz badania kardiologiczne potwierdzały dobrostan płodu.

W badaniu echokardiograficznym serca płodu wykonanym w 30. tygodniu ciąży stwierdzono przewagę prawego przedsionka i prawej komory serca płodu z prawidłową anatomią serca oraz umiarkowaną kardiomegalię w okresie względnej wydolności układu krążenia. Badanie powtórzono w 32. tygodniu ciąży – przewaga prawej części serca utrzymywała się, jednak kardiomegalia była niewielka.

W 38. tygodniu ciąży pacjentkę zakwalifikowano do indukcji porodu z powodu małowodzia (AFI 35 mm) i guza łożyska. Ze względu na objawy zagrażającej zamartwicy płodu w I okresie porodu (pogłębiające się deceleracje zmienne i bradykardię serca płodu przy rozwarciu 9 cm



Rycina 3. Obraz makroskopowy łożyska wraz z guzem bezpośrednio po porodzie

i nieustalonej we wchodzie główce płodu) wykonano cięcie cesarskie. Pacjentka urodziła CŹD o masie 2740 g i długości ciała 51 cm, którą oceniono na 10 pkt w skali Apgar. Parametry gazometryczne krwi pępowinowej były prawidłowe (pH = 7,38; pO₂ = 8,4; pCO₂ = 39,4; BE = -2). Zabieg operacyjny przebiegł bez powikłań. Po wydobyciu łożyska na brzegu płyty łożyskowej stwierdzono obecność owalnego guza o wymiarach 6 × 5 × 3 cm, o niejednorodnej budowie, uwypuklającego się na powierzchni płodowej łożyska, z miejscowo widocznymi na przekroju szczelinami (ryc. 3). W badaniu histopatologicznym zmiana guzowata zbudowana była z doczesnej, częściowo wyrodniałej i szklawiejącej, z nieprawidłowym, częściowo patologicznym unaczynieniem. Opisywane w obrazie makroskopowym szczeliny okazały się być w części naczyniami, a w części przestrzeniami wysłanymi trofoblastem. Ostatecznie histopatolog rozpoznał guz hamartomatyczny, jednak bez cech charakterystycznych dla naczyniaka łożyska.

Wczesny okres połogu przebiegał prawidłowo. Noworodek w stanie ogólnym dobrym przebywał razem z matką, a w wykonanych u niego badaniach krwi oraz USG głowy i jamy brzusznej nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości. Kobietę z dzieckiem wypisano ze szpitala w 4. dobie po porodzie w stanie ogólnym dobrym, bez dolegliwości.

Dyskusja

Guzy łożyska dzieli się na pierwotne i wtórne. Guzy pierwotne dzielą się na zmiany trofoblastyczne i nietrofoblastyczne. Do guzów wywodzących się z trofoblastu zaliczamy: zaśniad groniasty częściowy i całkowity, zaśniad groniasty inwazyjny, *choriocarcinoma* (rak kosmówki) oraz guz miejsca łożyskowego (*placental site trophoblastic tumor*). Do guzów niewywodzących się z trofoblastu zaliczamy *chorangioma* (naczyniak łoży-

ska) oraz potworniaki (*teratoma*). Guzy wtórne, będące przerzutami pierwotnych nowotworów matki, takich jak czerniak, rak płuca, rak piersi i chłoniaki, są niezwykle rzadkie [2].

Najczęściej występującym guzem łożyska jest *chorangioma*, czyli naczynek łożyska. Jest to zmiana hamartomatyczna, która została opisana po raz pierwszy przez Clarke'a w 1798 roku. Jest ona zbudowana z małych naczyń krwionośnych, umieszczonych w podścielisku powiększonych kosmków łożyskowych, pokrytych warstwą trofoblastu. Częstość występowania *chorangioma* ocenia się na 1%, jednakże większość guzów, ze względu na małe rozmiary oraz brak objawów klinicznych, jest wykrywana przypadkowo w wykonanym z innych wskazań badaniu histopatologicznym łożyska [1]. W badaniu przeprowadzonym przez Guschmanna i wsp. opisującym serię 136 guzów typu *chorangioma* ponad połowa z nich została rozpoznana tylko na podstawie badania histopatologicznego [3]. Istotne klinicznie są guzy o średnicy powyżej 5 cm, które wpływają na krążenie maciczno-płodowe i powodują powikłania ciąży w postaci IUGR, małopłytkowości i/lub niedokrwistości u płodu, wielowodzia oraz kardiomegalii i niewydolności krążenia u płodu [1, 4]. Duże guzy występują z częstością określaną w literaturze na 1:9000 do 1:50 000 [5]. W diagnostyce prenatalnej najważniejsze znaczenie ma badanie ultrasonograficzne z funkcją kolorowego Dopplera, które pozwala zobrazować charakterystyczne unaczynienie guza, odróżniające go od innych zmian występujących w łożysku [6, 7].

W przypadku naszej pacjentki guz łożyska w badaniu USG wykazywał cechy charakterystyczne dla *chorangioma*. W przebiegu ciąży w 30. tygodniu stwierdzono kardiomegalię u płodu, która w dalszej obserwacji nie pogłębiała się, a krążenie płodu pozostawało wydolne. Nie towarzyszył jej obrzęk płodu ani wielowodzie. W guzach łożyska typu *chorangioma* kardiomegalia jest związana z obecnością w obrębie guza anastomoz tętniczko-żylnych, z nasilonym przepływem krwi. Prowadzi to do zwiększenia objętości krwi krążącej i powrotu żylnego u płodu, czego konsekwencją jest przeciążenie prawego serca płodu i jego powiększenie [4]. W literaturze opisywane są przypadki samoistnej regresji guza, spowodowanej pojawieniem się w jego obrębie zmian degeneracyjnych i włóknienia, zmniejszeniem objętości guza i jego unaczynienia (tzw. autoembolizacja). Proces ten może prowadzić do cofnięcia się powikłań przebiegu ciąży, takich jak wielowodzie, kardiomegalia i niewydolność krążenia u płodu, a więc stanowi pewnego rodzaju „mechanizm ochronny” dla płodu [8, 9].

Innym powikłaniem charakterystycznym dla *chorangioma* jest niedokrwistość i małopłytkowość u płodu. Jest ona również związana z obecnością anastomoz tętniczko-żylnych, przez które guz staje się martwą przestrzenią

gromadzącą krew i pułapką dla erytrocytów i płytek krwi. U opisywanej pacjentki ostatecznie nie potwierdzono jednak rozpoznania niedokrwistości u płodu.

Pomimo charakterystycznego obrazu ultrasonograficznego oraz wystąpienia powikłania ciąży pod postacią kardiomegalii u płodu, w przypadku opisywanej pacjentki histopatolog nie potwierdził rozpoznania *chorangioma*. Głównym elementem, z którego zbudowany był guz, była wyrodniewająca i szkliwiejąca doczesna, z częściowo tylko nieprawidłowym unaczynieniem. Doszło jednak do rozwoju powikłań ciąży, choć ograniczonych w swoim zakresie (kardiomegalia umiarkowana, a potem niewielka z przewagą prawej części serca płodu). Można przypuszczać, że nie doszło do pogłębiania się już istniejących powikłań czy też pojawienia się nowych właśnie ze względu na budowę guza. Jauniaux i wsp. wskazują, że unaczynienie guza jest najważniejszym (oprócz jego wielkości) czynnikiem prognostycznym wystąpienia powikłań. Opisali oni 9 przypadków guzów łożyska i stwierdzili, że nawet duże guzy, ale o słabym unaczynieniu, nie wiążą się z rozwojem istotnych dla przebiegu ciąży powikłań [6]. Zwyrodnienie w obrębie guza również może prowadzić do cofnięcia się stwierdzanych nieprawidłowości w przebiegu ciąży. Opisywano przypadki, w których na skutek zmian zwyrodnieniowych i zmniejszenia unaczynienia w naturalnym przebiegu ciąży dochodziło do przejścia z wielowodzia do małowodzia oraz do nagłego rozwoju objawów niedotlenienia u płodu, zmuszających do szybkiego zakończenia ciąży [10].

Pacjentki, u których w badaniu ultrasonograficznym stwierdza się duży guz łożyska (o średnicy > 5 cm), powinny być hospitalizowane w specjalistycznych ośrodkach, gdzie możliwe będzie monitorowanie przebiegu ciąży pod kątem rozwoju powikłań (IUGR, niedokrwistość u płodu, wielowodzie, niewydolność krążenia u płodu) i w razie ich wystąpienia podjęcie odpowiedniego leczenia. Postępowanie zależy od momentu wystąpienia powikłań. Jeżeli pojawią się one pod koniec III trymestru ciąży, gdy płód jest dojrzały, postępowaniem z wyboru będzie zakończenie ciąży. Najczęściej jednak powikłania pojawiają się w II trymestrze, kiedy to poród wiązałby się ze skrajną niedojrzałością płodu i noworodka, dlatego podejmuje się działania mające na celu ograniczenie i złagodzenie powikłań, takie jak amnioredukcja w przypadku wielowodzia, leczenie przezłożyskowe niewydolności krążenia u płodu digoksyną czy też transfuzje wewnątrzmaciczne w przypadku ciężkiej niedokrwistości u płodu [4]. Proponuje się także laserowe zamknięcie naczyń doprowadzających krew do guza [11, 12]. Inne, bardziej inwazyjne metody, takie jak iniekcje alkoholu absolutnego do guza, ze względu na duże ryzyko z nimi związane, są stosowane tylko w bardzo rzadkich przypadkach i opisywane przez nielicznych badaczy [13].

Wnioski

1. Ultrasonografia z funkcją Dopplera i oceną unaczynienia jest podstawową metodą diagnostyczną oraz umożliwia przewidywanie wystąpienia powikłań w przebiegu guzów łożyska.
2. Ze względu na możliwość rozwoju ciężkich powikłań w przebiegu dużych guzów łożyska pacjentka powin-

na pozostawać pod opieką ośrodka referencyjnego, zapewniającego właściwy przebieg procesu diagnostyczno-terapeutycznego i dostęp do odpowiednich metod leczenia zarówno płodu, jak i noworodka.

Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Abstract

Placental tumors are usually asymptomatic and diagnosed only during routine histopathological examination. The most frequent placental tumor is chorangioma. It is associated with a number of pregnancy complications, such as polyhydramnios, fetal anemia and thrombocytopenia, cardiomegaly and heart failure. We present a case of placental tumor with ultrasound presentation typical of chorangioma and accompanying fetal cardiomegaly, but finally in the histopathological examination diagnosed as hamartoma, and not chorangioma.

Key words: placental tumor, chorangioma, fetal cardiomegaly

Gin. Perinat. Prakt. 2017; 2, 3: 101–104

Piśmiennictwo

1. Zanardini C, Papageorgiou A, Bhide A, et al. Giant placental chorioangioma: natural history and pregnancy outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010; 35(3): 332–336, doi: [10.1002/uog.7451](https://doi.org/10.1002/uog.7451), indexed in Pubmed: [19859897](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19859897/).
2. Ropacka-Lesiak M, Gruca-Stryjak K, Breborowicz G. Nontrophoblastic placental tumors. *Neuro Endocrinol Lett.* 2012; 33(4): 375–379, indexed in Pubmed: [22936260](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22936260/).
3. Guschmann M, Henrich W, Dudenhausen JW, et al. Chorioangioma – new insights into a well-known problem. I. Results of a clinical and morphological study of 136 cases. *J Perinat Med.* 2003; 31(2): 163–169, doi: [10.1515/JPM.2003.022](https://doi.org/10.1515/JPM.2003.022), indexed in Pubmed: [12747233](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12747233/).
4. Ropacka-Lesiak M, Gruca-Stryjak K, Breborowicz G, et al. [Intrauterine blood transfusion in case of placental chorangioma]. *Ginekolog Pol.* 2011; 82(4): 304–308, indexed in Pubmed: [21735699](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21735699/).
5. Lawrence GC, Rettenmaier MA, Heinemann S, et al. A precarious pregnancy involving a patient with a large placental chorioangioma: a case report. *Arch Gynecol Obstet.* 2008; 278(4): 383–386, doi: [10.1007/s00404-008-0596-5](https://doi.org/10.1007/s00404-008-0596-5), indexed in Pubmed: [18283474](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18283474/).
6. Jauniaux E, Ogle R. Color Doppler imaging in the diagnosis and management of chorioangiomas. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2000; 15(6): 463–467, doi: [10.1046/j.1469-0705.2000.00127.x](https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.2000.00127.x), indexed in Pubmed: [11005112](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11005112/).
7. Sepulveda W, Aviles G, Carstens E, et al. Placental chorioangioma. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2000; 16: 597–598.
8. Spirt BA, Gordon L, Cohen WN, et al. Antenatal diagnosis of chorioangioma of the placenta. *AJR Am J Roentgenol.* 1980; 135(6): 1273–1275, doi: [10.2214/ajr.135.6.1273](https://doi.org/10.2214/ajr.135.6.1273), indexed in Pubmed: [6779539](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6779539/).
9. Kirkpatrick AD, Podberesky DJ, Gray AE, et al. Best cases from the AFIP: Placental chorioangioma. *Radiographics.* 2007; 27(4): 1187–1190, doi: [10.1148/rg.274065207](https://doi.org/10.1148/rg.274065207), indexed in Pubmed: [17620474](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17620474/).
10. Shah P. Chorioangioma from poly to oligohydramnios. *Journal of SAFOG.* 2009; 1(3): 73–75, doi: [10.5005/jp-journals-10006-1015](https://doi.org/10.5005/jp-journals-10006-1015).
11. Quintero RA, Reich H, Romero R, et al. In utero endoscopic devascularization of a large chorioangioma. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1996; 8(1): 48–52, doi: [10.1046/j.1469-0705.1996.08010048.x](https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.1996.08010048.x), indexed in Pubmed: [8843620](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8843620/).
12. Quarello E, Bernard JP, Leroy B, et al. Prenatal laser treatment of a placental chorioangioma. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005; 25(3): 299–301, doi: [10.1002/uog.1848](https://doi.org/10.1002/uog.1848), indexed in Pubmed: [15736199](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15736199/).
13. Nicolini U, Zuliani G, Caravelli E, et al. Alcohol injection: a new method of treating placental chorioangiomas. *Lancet.* 1999; 353(9165): 1674–1675, doi: [10.1016/S0140-6736\(99\)00781-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)00781-3), indexed in Pubmed: [10335791](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10335791/).