

Diagnosis and Treatment of Ectopic Molar Pregnancy: Report of Two Cases

Liqun Xu, Wenfen Chen, Wenwen Xiong, Zhen Xu*

Gynecology Department, Women and Children Hospital of Guangdong Province, Guangzhou Guangdong
Email: xuliqunyang@126.com, *535379744@qq.com

Received: Sep. 24th, 2019; accepted: Oct. 18th, 2019; published: Oct. 25th, 2019

Abstract

Objective: To summarize the experience in the diagnosis and treatment of ectopic molar pregnancy. **Methods:** Clinical data of 2 cases of women with ectopic hydatidiform mole in Women and Children Hospital of Guangdong Province in recent 6 years were analyzed retrospectively. **Results** Two cases had history of menopause, one of them had irregular vaginal bleeding, and the other one had abdominal pain. Two cases received surgical treatment and diagnosed the oviduct hydatidiform mole by pathology examination after operation, both have a good prognosis. **Conclusions:** The clinical manifestation of ectopic hydatidiform mole and ectopic pregnancy is very similar, diagnosis is mainly based on pathologic results, main treatment is operation, chemotherapy should be given after operation individualized and close follow-up.

Keywords

Ectopic, Hydatidiform Mole, Pregnancy

异位葡萄胎的诊治探讨——附2例病例报告

徐丽群, 陈文芬, 熊文雯, 徐 珍*

广东省妇幼保健院妇科, 广东 广州
Email: xuliqunyang@126.com, *535379744@qq.com

收稿日期: 2019年9月24日; 录用日期: 2019年10月18日; 发布日期: 2019年10月25日

摘 要

目的: 探讨异位葡萄胎的临床特征和诊断治疗。 **方法:** 回顾性分析近6年广东省妇幼保健院收治的2例异位葡萄胎病例资料。 **结果:** 两例病例均有停经史, 一例表现为不规则阴道流血, 另一例为腹痛, 均行手

*通讯作者。

术治疗, 术后病理均证实为输卵管间质部葡萄胎, 一例为完全性葡萄胎, 另一例为部分性葡萄胎, 预后良好。结论: 异位葡萄胎同异位妊娠临床表现极相似, 确诊主要依据病理结果, 以手术治疗为主, 术后应根据个体化情况予以预防性化疗, 严密随访。

关键词

异位, 葡萄胎, 妊娠

Copyright © 2019 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

异位葡萄胎临床非常少见, 由于异位部位的解剖学特点, 使其临床表现与普通的异位妊娠类似。为探讨异位葡萄胎的诊断与治疗, 现将我院收治的 2 例异位葡萄胎的临床资料分析报告如下。

2. 病例资料

病例 1. 患者 45 岁女性, 因“外院清宫术后 80 天, 反复少量阴道流血 2+月”于 2017-05-11 入院。平素月经规则, 周期 28~30 天, 经期 3 天, 末次月经不详, G1P2A9, 10+年前上 O 型环 2 次, 自然脱落; 上 T 形环 1 次, 带环妊娠后行人流术。自诉 2017-02-21 外院因“胚胎停育”行清宫术(具体不详), 术后持续少量暗红色阴道流血, 约术后 1 月后开始有同房 3 次未避孕。2017-05-06 就诊外院复查超声示宫角见混合性回声团, 考虑组织物残留行二次清宫术(具体不详), 诉手术无法清除组织物建议患者来我院就诊。入院查体: 生命体征平稳, 外阴未见异常, 阴道畅, 可见少量淡粉色血性分泌物, 宫颈光滑, 无举痛及摇摆痛, 子宫前位, 增大如孕 7+周, 质软, 活动好, 无压痛。双侧附件区未及异常包块或压痛。辅助检查: 2017-05-10 我院超声: 子宫前位, 左侧宫角处见混合性回声团, 似见与宫腔相通, 与肌层分界不清, 大小: 31 mm × 30 mm。其边缘及内部见丰富彩色血流信号。双侧附件未探及明显包块。胸片未见异常。MRI 提示: 左侧宫角混合团块影, 考虑间质部妊娠物可能。2017-05-11 血 β -hcg: 24862.59 IU/L。2017-05-14 复查血 β -hcg: 20961.33 IU/L。2017-05-16 在气管插管全麻下行宫腔镜下行腹腔镜下左侧宫角楔形切除术 + 宫腔镜检查。宫腔镜下宫内未见孕囊或异常赘生物。腹腔镜下见: 子宫前位, 左侧宫角部膨大约 5 × 4 cm, 表面紫蓝色, 见丰富血管, 局部浆膜层菲薄。包块位于同侧圆韧带外侧。单极电刀于包块表面楔形切开约 3 cm, 见暗红色血液、血块及绒毛、水泡样组织涌出(图 1)。术中于左侧宫角浆膜下注射 MTX 50 mg。术后病理回报(图 2): (左侧输卵管间质部)血块及绒毛组织, 绒毛间质水肿, 滋养细胞增生, 结合免疫组化, 符合完全性水泡状胎块。免疫表型: p57 细胞滋养细胞(-), p53(+), PLAP(-), HCG(+), Ki-67 (90%+)。术后 5-18 复查血 β -hcg: 7253.43 IU/L, 5-19 血 β -hcg: 3010.26 IU/L, 5-21 血 β -hcg: 1709 IU/L。考虑诊断左侧输卵管间质部完全性葡萄胎。完善头颅 MRI、胸部 CT 未见明显异常, 经全科讨论, 术中已予以 MTX 局部注射, 未予以其他化疗方案, 门诊定期随访血 β -hcg 逐步降至正常。

病例 2. 患者 23 岁女性, 因“停经 9+周, 下腹痛 1+月”于 2019-05-21 入院。平素月经规则, 周期 30 天, 经期 4~5 天, LMP: 2019 年 03 月 14 日, G2P0A1。入院查体: 生命体征平稳, 妇科检查: 外阴发育正常, 阴道通畅; 宫颈光滑, 闭合, 无举痛及摇摆痛; 子宫前位, 无压痛; 右侧宫角处可扪及一 4 × 5 cm 包块, 质中, 活动可, 轻压痛; 双侧附件区未及异常包块或压痛。2019-05-21 我院经阴道超声(图

3): 右侧宫底近宫角处向外突起一混合性回声团,大小 67 mm × 44 mm, 内见孕囊回声,大小 35 mm × 20 mm, 囊内可见卵黄囊回声, 可见胚胎, 长 20 mm, 未见胎心搏动及彩色血流信号。该混合性回声团与宫腔内膜回声不相连, 其周边未见明显肌层组织回声——右侧输卵管间质部妊娠。2019-5-21 孕酮: 32.5 nmol/L; 血 β -hcg: 53124.39 IU/L。于 2019-05-21 行腹腔镜下右侧宫角楔形切除术。术中见(图 4): 子宫前位, 正常大小。右侧宫角部膨大约 7 × 6 cm, 表面紫蓝色, 见丰富血管, 局部浆膜层菲薄, 包块位于同侧圆韧带外侧。单极电刀于包块表面楔形切开 4 × 5 cm, 见暗红色血液、血块及绒毛、蜕膜组织涌出, 未见明

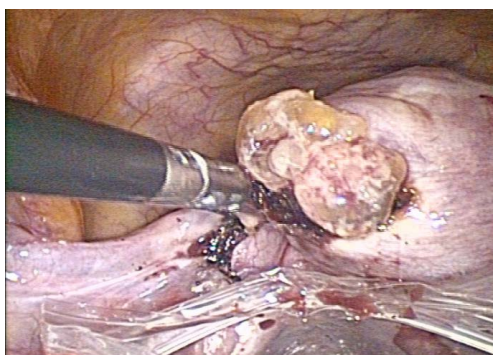


Figure 1. Cutting the left side of the palace to see the blister-like tissue

图 1. 切开左侧宫角见水泡样组织

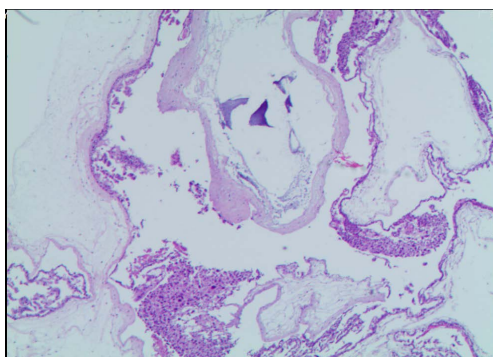


Figure 2. Villus interstitial edema, trophoblastic hyperplasia (HE×200)

图 2. 绒毛间质水肿, 滋养细胞增生(HE×200)

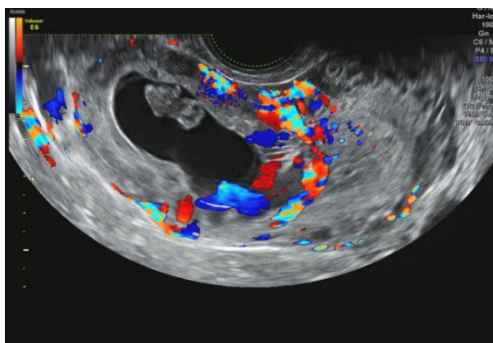


Figure 3. The right side of the palace corner mixed echo 67 × 44 mm

图 3. 右侧宫角混合性回声 67 × 44 mm

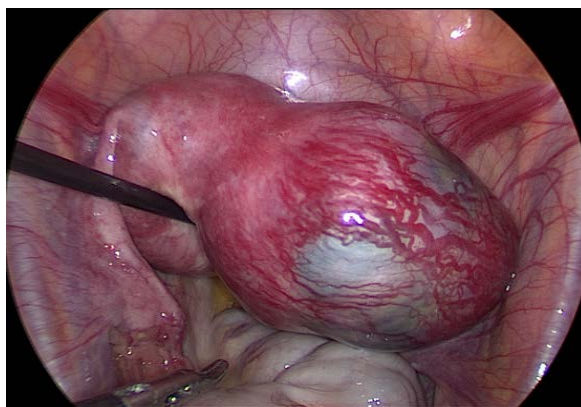


Figure 4. The right side of the palace is enlarged, and the surface is rich in blood vessels

图 4. 右侧宫角膨大，表面血管丰富

显葡萄籽样结构。术中于右侧宫角浆膜下注射 MTX 50 mg。术后病理：(右侧输卵管间质部)绒毛及蜕膜组织，局部滋养细胞轻度增生。结合 HE 形态及免疫组化结果，病变符合部分性水泡状胎块。免疫表型：p57 细胞滋养细胞(+), Ki-67 (约 80%+)。诊断：右侧输卵管间质部葡萄胎。2019-5-22 查血 β -hcg: 18197.70 IU/L。2019-05-30 复查血 β -hcg: 522 IU/L，目前仍在随访中。

3. 讨论

3.1. 发病率

异位葡萄胎临床上非常罕见，因缺乏系统的临床资料，目前无发病率的统计，国内外多数为个案报道[1]。异位葡萄胎完全符合葡萄胎的病理改变，只是病变的部位不同，异位的部位在盆、腹腔，如常见的输卵管、卵巢、阔韧带及盆腔腹膜表面。

3.2. 临床表现

与异位妊娠相似，临床表现为停经、腹痛、不规则阴道流血，发生在输卵管峡部、壶腹部，卵巢部位的葡萄胎，可以较早发生破裂，并导致严重的内出血[2]，位于间质部的异位葡萄胎发生破裂时间相对较晚，但危险性更大。如例 2 患者腹腔镜下见右侧输卵管间质部包块表面血管丰富，怒张，一旦发生破裂将导致严重的内出血，后果不堪设想。阔韧带、盆腔表面等少见部位的异位葡萄胎，出现症状的时间会较晚，不容易被较早诊断。

3.3. 诊断

术前诊断异位葡萄胎比较困难，除借助临床表现外，血清 β -hcg 一般会比异位妊娠明显升高[3]。一般异位妊娠患者血 β -hcg 水平多在 10,000 IU/L 以下，如果达到近 10,000 IU/L，异位妊娠包块在未破裂情况下，阴道超声检查通常能见到卵黄囊、胎芽、胎心。遇有可疑异位妊娠者，同时血清 β -hcg 水平异常增高，但超声检查未能见到孕囊、胚芽等，则要警惕有异位滋养细胞疾病的可能。

彩色多普勒超声检查对于异位葡萄胎的诊断具有重要价值[4]。如超声能看到典型的葡萄胎表现即病灶区蜂窝状表现，无彩色血流信号，无孕囊，胚芽等，则是一种很好的提示。徐伯成等[5]报道，结合血 β -hcg 及超声图像成功于术前诊断了一例输卵管葡萄胎。除此之外，诊断性刮宫、腹腔镜检查、数字成像血管造影术及 MRI 对于异位葡萄胎诊断也具有一定的价值[1][6]。

发生于子宫的葡萄胎，在组织病理学上，区分完全性葡萄胎和部分性葡萄胎较为困难，二者临床特点及转归差别较大，部分性葡萄胎预后好于完全性葡萄胎。完全性葡萄胎不含母体核 DNA，而部分性葡萄胎 DNA 来自父母双方。P57 基因为父源性印记基因母源性表达，文献报道[7] [8]，P57 基因阴性表达支持完全性葡萄胎、而 p57 阳性表达支持部分性葡萄胎。例 1 中 P57 基因阴性表达，例 2 中 P57 基因阳性表达，与文献报道一致。

3.4. 治疗与随访

异位葡萄胎的治疗，如能早期诊断，可先行化疗，如术前未能明确诊断，术中应根据患者的年龄，有无生育要求，患者的意愿以及异位的部位等情况决定手术方式，术中应尽量切净病灶，尽量少挤压病灶以防滋养细胞扩散和转移。因为葡萄胎的病理特点，病变容易突破组织造成出血而使妊娠物混于其中[6]，术后最好行预防性化疗[9]，化疗方案参照子宫内葡萄胎化疗。本文中两例患者术前均未发生输卵管破裂，术中完整取出标本，病灶得以完全切除，减少了血行播散的机会，术后血 β -hcg 下降良好，故未行术后预防化疗。葡萄胎多在半年内恶变为侵蚀性葡萄胎，1 年内转变为绒癌，故对异位葡萄胎至少要随访 1 年，随访内容同一般葡萄胎。

参考文献

- [1] Yamada, Y., Ohira, S., Yamazaki, T. and Shiozawa, T. (2016) Ectopic Molar Pregnancy: Diagnostic Efficacy of Magnetic Resonance Imaging and Review of the Literature. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*, **2016**, Article ID: 7618631. <https://doi.org/10.1155/2016/7618631>
- [2] Gillespie, A.M., Lidbury, E.A., Tidy, J.A., et al. (2014) The Clinical Presentation, Treatment, and Outcome of Patients Diagnosed with Possible Ectopic Molar Gestation. *International Journal of Gynecological Cancer*, **14**, 366-369. <https://doi.org/10.1136/ijgc-00009577-200403000-00026>
- [3] Nishimura, R., Koizumi, T., et al. (1998) Molecular Heterogeneity of hCG Beta-Related Glycoproteins and the Clinical Relevance in Trophoblastic and on Trophoblastic Tumors. *International Journal of Gynecological Cancer*, **60**, S29-32. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(98\)80002-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(98)80002-7)
- [4] 徐晓红, 李英勇, 刘锋, 等. 彩色多普勒超声在滋养细胞肿瘤的鉴别诊断及治疗中的临床应用[J]. 广东医学院学报, 1998(16): 24-26.
- [5] 徐伯成, 许萍. B 超诊断异位葡萄胎一例[J]. 中华超声影像学杂志, 1998, 7(1): 25.
- [6] 马水清, 向阳, 杨秀玉, 等. 异位葡萄胎的诊断与治疗[J]. 中华妇产科杂志, 2001, 36(10): 618-620.
- [7] Chen, K.H., Hsu, S.C., Chen, H.Y., et al. (2014) Utility of Fluorescence *in Situ* Hybridization for Ploidy and p57 Immunostaining in Discriminating Hydatidiform Moles. *Biochemical and Biophysical Research Communications*, **446**, 555-560. <https://doi.org/10.1016/j.bbrc.2014.03.003>
- [8] 任晓燕, 陶玉梅. 水泡状胎块中 P57KIP2 的表达及其意义[J]. 医学临床研究, 2012, 29(3): 436-438.
- [9] 刘伟, 卓静, 黄恬, 等. 异位葡萄胎的临床特点及诊治[J]. 罕见疾病杂志, 2006, 13(1): 29-30.