

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.34.054

## 胎盘成熟畸胎瘤 1 例报道

李真子, 黄 威, 崔竟红, 郑英如

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所妇产科, 重庆 400020)

[中图分类号] R714.2

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)34-4890-02

畸胎瘤是一种来源于胚胎多能干细胞的肿瘤,其组成成分复杂,一般含有 2 个胚层以上的多种成分,结构混乱。常见发生部位为卵巢、睾丸、前纵隔、腹膜后腔及骶骨前的区域。胎盘部位畸胎瘤罕见,其发生可能是来源于卵黄囊背侧生殖细胞异常迁移至胎盘形成,这些细胞在到达胎盘之前,先经过脐带,也有脐带畸胎瘤发生的报道。目前,关于胎盘畸胎瘤的报道极少<sup>[1]</sup>,现将本科收治的 1 例报道如下。

### 1 临床资料

患者,女,29 岁,公司职员,孕 1 产 0,因停经 40<sup>+</sup> 周,于 2014 年 8 月 12 日入院。末次月经 2013 年 11 月 4 日,预产期 2014 年 8 月 11 日。孕期经过顺利,常规产检。产前检查提示:TP 阳性,TRUST 阴性,既往无梅毒病史,其余检查均正常,入院前本院 B 超估测胎儿大小约 3 800 g。入院查体:体温 36.7 °C,脉搏 85 次/分,呼吸 19 次/分,血压 122/83 mm Hg,神志清楚,心肺听诊无异常。产科情况:宫高 33 cm,腹围 100 cm,胎心 132 次/分,先露头,宫口未开,胎膜未破,不规则宫缩,骨盆外测量正常。诊断为:(1)孕 40<sup>+</sup> 周 G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>LOA 先兆临产;(2)巨大儿? 入院后完善相关检查,沟通病情后,于 2014 年 8 月 12 日,因“巨大儿?”患者及家属要求在腰硬联合麻醉下行子宫下段剖宫产术,术中取出一 3 600 g 活男婴,1 min 及 5 min 新生儿 Apgar 评分均评 10 分,外观无畸形。3 min 后,胎盘完整娩出,检查胎盘,见胎儿面有一直径约为 3 cm 的球形突起肿块,无蒂,表面光滑质软(图 1),剖开见少许淡黄色液体(约 2 mL)及含有胎盘样组织,取肿块组织送病理检查(图 2)。手术经过顺利,术后患者恢复良好。术后肿块病理检查报告为:(胎盘)畸胎瘤,未见明确未成熟成分;免疫组织化学:Nestin(+),GFAP(+),EMA(上皮+),CK(上皮+),P53(散在+),Ki-67(+). 嘱患者出院后随访 1 年,目前一般情况好。



图 1 胎盘胎儿面见直径约为 3 cm 的球状肿块(→所示)

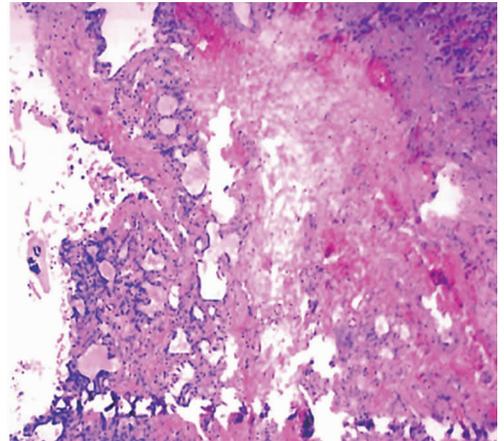


图 2 胎盘样肿块组织病理检查结果(HE,×40)

### 2 讨 论

胎盘畸胎瘤是性腺或胚胎剩件中全能干细胞发生的肿瘤,一般含有多个胚层的多种成分,结构混乱,最常见发生于性腺,如卵巢及睾丸,也可出现在心脏、肺部、大脑等部位<sup>[2-3]</sup>。性腺外的畸胎瘤可能为胚胎发育早期结构失常而引起<sup>[2]</sup>。胎盘畸胎瘤是极为罕见的胎盘肿瘤,国内文献报道罕见<sup>[4]</sup>。其发病机制可能为原始生殖细胞通过原始消化道进入脐带,最后在羊膜与绒毛膜之间形成肿瘤,如果这些细胞群停滞于脐带,则可以发生脐带畸胎瘤。

对于妊娠者来说,如 B 超发现宫腔内团状强回声块,除想到畸胎瘤可能,也应想到无定型无心畸形可能,无定型无心畸形是单卵双胎的罕见并发症,是其中一胎的畸形,而不是真正的畸胎瘤,无定型无心畸胎有属于自己的脐带,连接于另一胎儿的胎盘或者自己的胎盘。无定型无心畸胎中枢骨骼发育相对完善(部分或完全发育的脊柱、肋骨、骨盆及颅底较为容易鉴别)。另外,大多数情况下,比较容易区分畸胎的头部与尾部<sup>[4]</sup>。本科发现的病例及相关报道均未见这种程度的发育。因此,胎盘畸胎瘤是在胚胎发育过程中,脐带形成后,部分原始细胞逆行至胎盘而形成的。胎盘畸胎瘤一般在孕期 B 超检查中被偶然发现或者在生产过程中被发现,对妊娠和胎儿发育没有影响,大多没有临床意义<sup>[5]</sup>;相反,在双胎中,无定形无心畸胎常可导致正常胎儿发生充血性心力衰竭以及其他并发症,包括早产、羊水过多,以及正常胎儿的死亡。如果能正确鉴别无定形无心畸胎与胎盘畸胎瘤,就有可能在正常胎儿心衰发生之前,阻断异常血管挽救正常胎儿<sup>[5]</sup>。

另外,根据畸胎瘤分化程度,可以分为两大类:(1)良性畸胎瘤即成熟畸胎瘤;(2)恶性畸胎瘤即未成熟畸胎瘤与恶性畸胎瘤<sup>[3]</sup>。大多数畸胎瘤均为良性,恶性畸胎瘤因具有恶性行为

倾向,可以发生浸润与转移。本例胎盘畸胎瘤考虑来源于胎儿,但是,毕竟生长在母体子宫内,是否会通过羊水、胎膜在母体内浸润、转移等情况难以确定,鉴于胎盘畸胎瘤为非自身器官出现的肿瘤,且病理检查提示为成熟畸胎瘤,位于胎盘胎儿面,未与母体有连接关系,且随着胎盘的排出,肿瘤已离开母体,未发现未成熟成分,因此,不需要作进一步的治疗。患者出院后,为了安全起见,嘱患者出院后随访 1 年,密切关注盆腹腔异常肿块。

## 参考文献

- [1] Chandy RG, Seshadri L. Teratoma of the placenta[J]. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 2002, 42(5): 556-557.
- [2] Cabral FC, Krajewski KM, Rosenthal MH, et al. Teratoma with malignant transformation: report of three cases

and review of the literature[J]. Clin Imaging, 2014, 38(5): 589-593.

- [3] Chen T, Wang X, Guo L, et al. Embryonic stem cells promoting macrophage survival and function are crucial for teratoma development[J]. Front Immunol, 2014, 5: 275.
- [4] 杨琰, 贾贺. 胎盘继发性肿瘤的影像学诊断、鉴别诊断及处理[J]. 中国实用医药, 2009, 4(21): 114-115.
- [5] Anuradha K, Thomas S, Revadi PS, et al. A case report of placental teratoma: an unusual primary non-trophoblastic tumor of placenta[J]. Indian J Pathol Microbiol, 2005, 48(2): 223-224.

(收稿日期: 2015-05-27 修回日期: 2015-07-10)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.34.055

# 1 例糖尿病合并睾丸生殖细胞肿瘤患者的诊疗过程

张玉海, 刘海蔚, 林璐, 陈道雄

(海南省人民医院内分泌科, 海口 570311)

[中图分类号] R587.1; R737.21

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)34-4891-03

糖尿病患者中发生肿瘤的风险比非糖尿病患者明显增加, 糖尿病糖脂代谢紊乱、胰岛素抵抗及免疫力的降低, 促进了恶性肿瘤的发生。睾丸生殖细胞瘤占人类恶性肿瘤的 1.0%~1.5%, 临床少见。本文介绍 1 例糖尿病合并睾丸生殖细胞瘤患者的诊治过程, 旨在分析其临床特点及整个诊疗思维过程, 希望对广大的医务工作者有所启示, 现报道如下。

## 1 病例资料

患者, 男, 48 岁。因“发现血糖升高 6 年, 腹痛、腹胀 5 d”于 2014 年 9 月入院。患者 6 年前体检时发现血糖升高, 空腹血糖为 10 mmol/L, 餐后血糖为 14.3 mmol/L, 当时无“三多一少”症状, 予二甲双胍降糖治疗, 监测血糖控制于 8~12 mmol/L。2 年前逐渐出现视物模糊、肢端麻木, 1 年前开始出现体质量下降, 至今体质量减轻约 10 kg。5 d 前无明显诱因出现腹痛、腹胀, 为剑突及右上腹持续性隐痛, 伴有乏力, 无恶心、呕吐、腹泻, 来本院就诊。于本院门诊查空腹血糖为 13.5 mmol/L, 为进一步治疗收入内分泌科。既往史: 有“便秘”病史, 无肿瘤病史, 无药物过敏史。个人史、婚育史、家族史无特殊。入院查体: 体温 36.6℃, 脉搏 104 次/分, 呼吸 20 次/分, 血压 126/93 mm Hg, 神志清楚, 无贫血貌, 体检合作。颈软, 甲状腺不大。双肺呼吸音清, 未闻及干湿性啰音。心率 104 次/分, 心律整齐, 各瓣膜听诊区未闻及杂音, 心、肺查体未见明显阳性体征。腹软, 剑突下及右上腹轻压痛, 无反跳痛, 左中下腹可触及条索状肿块(约 5 cm×3 cm), 质软, 边缘不清, 无触痛, 有压痛, 双下肢无浮肿, 四肢痛温觉、振动觉正常, 10 g 尼龙丝试验阳性。入院快速查指尖血糖为 15.4 mmol/L。入院诊断: 1、2 型糖尿病, 糖尿病视网膜病变? 糖尿病周围神经病变?

## 2 诊疗过程中的疑问及分析

2.1 入院后第 2 天 患者诉仍有腹胀、腹痛, 偶有胸闷, 查体左下腹可触及条索状肿块。因患者有便秘病史, 且糖尿病患者

易合并胃肠功能紊乱, 考虑是否为粪块堵塞肠管, 请消化内科会诊, 考虑与便秘有关, 予通便治疗, 症状稍好转。

2.2 入院后第 3 天 患者突然出现畏寒、发热, 呈间歇热, 最高体温 38.5℃。追问病史患者入院前半月自觉间断有畏寒、发热, 无寒颤, 未监测体温变化。详细查体补充: 左颈部、锁骨上窝可触及多发淋巴结肿大, 最大约 2.5 cm×3.0 cm, 边界欠清, 质硬, 活动度差, 无触痛。辅助检查回报, 血常规: 白细胞  $10.44 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞百分率 74.6%, 血红蛋白 113 g/L, 血小板  $454 \times 10^9/L$ ; 尿常规: 葡萄糖阳性(++++); 粪常规阴性; 糖化血红蛋白 8.5%; 血生化: 肾功能、血脂正常, 血清清蛋白 38.1 g/L, 乳酸脱氢酶 923.9 U/L,  $\alpha$  羟丁酸脱氢酶 1 123.0 U/L, 碱性磷酸酶 142.6 U/L, 血淀粉酶 24.7 U/L, C-反应蛋白 127.82 mg/L; 凝血 4 项: FIB 7.32 g/L, APTT 51.0 s; C-肽(0 min) 0.681 nmol/L, C-肽(120 min) 0.909 nmol/L; 甲功 3 项阴性; 糖尿病免疫 3 项阴性; 眼底检查未见异常, 心电图提示四肢周围神经远端感觉受累。心电图未见异常。目前, 明确诊断 2 型糖尿病及糖尿病周围神经病变明确。存在疑问: (1) 乳酸脱氢酶、 $\alpha$  羟丁酸脱氢酶升高原因? 文献报道乳酸脱氢酶、 $\alpha$  羟丁酸脱氢酶升高与淋巴细胞白血病有关<sup>[1]</sup>, 查体提示腹部有包块且颈部有淋巴结肿大, 考虑倾向于淋巴细胞瘤可能性大, 进一步完善肿瘤标志物及颈部 B 超、腹部 CT 检查; (2) 发热原因? ① 感染性? 患者入院前间断有发热, 入院后仍有发热, 入院查血常规提示白细胞及中性粒细胞比例升高, 支持此诊断, 尿常规及粪常规正常, 感染部位不明确, 因糖尿病患者合并肺部感染可能症状不典型, 完善胸部 CT 检查。② 肿瘤性? 如肿瘤诊断明确是否为肿瘤性引起。

2.3 入院第 6 天 腹部 CT: 腹腔内、腹膜后、肠系膜根部见多发肿大淋巴结, 脾脏饱满。双侧肾上腺区见团块状软组织影, 左侧较大, 约 4.1 cm×3.0 cm; 提示: 双侧肾上腺占位, 考虑肿