

Odjel za patologiju i citologiju,*
Odjel za ginekologiju i porodništvo,** Opće bolnice Zabok

VELIKI KORANGIOM POSTELJICE U IZNOŠENE TRUDNOĆE BEZ KOMPLIKACIJA PO MAJKU I ČEDO

BIG PLACENTAL CHORANGIOMA IN TERM PREGNANCY WITHOUT COMPLICATION FOR MOTHER AND CHILD

Cvjetko Lež, Rajko Fureš***

Stručni članak

Ključne riječi: korangiomi, tumori posteljice, komplikacije trudnoće

SAŽETAK. Korangiomi posteljice je rijedak tumor, učestalost mu je oko 1%. Pojavljuje se kao solitarni čvor, ali se može javiti i multiplo. Smješten je na fetalnoj površini posteljice ili u tkivu posteljice. Većina korangioma su maleni i nemaju kliničkog značaja. Korangiomi veći od 5 cm, ili multipli, često su povezani s komplikacijama trudnoće. Slučaj kojega prikazujemo spada u rjeđe opisane korangiome, u kojem njegova prisutnost i veličina nisu bili povezani s poremećenjima trudnoće ili s razvojnim anomalijama ploda.

Professional paper

Key words: chorangioma, pregnancy disorders, placental tumors

SUMMARY. Chorangioma of the placenta is a rare tumor with a frequency of about 1%, which usually presents as a solitary nodule or, less frequently, as multiple nodules. It is found on the fetal surface of the placenta or in placental parenchyma. Most chorangiomas are small and have no clinical significance. On the contrary, clinically significant chorangiomas, greater than 5 cms or multiple, may be associated with pregnancy complications. The case presented is one of the uncommon presentations of chorangioma, in which its presence and size were not related to a pregnancy disorders or developmental anomalies of the fetus.

Uvod

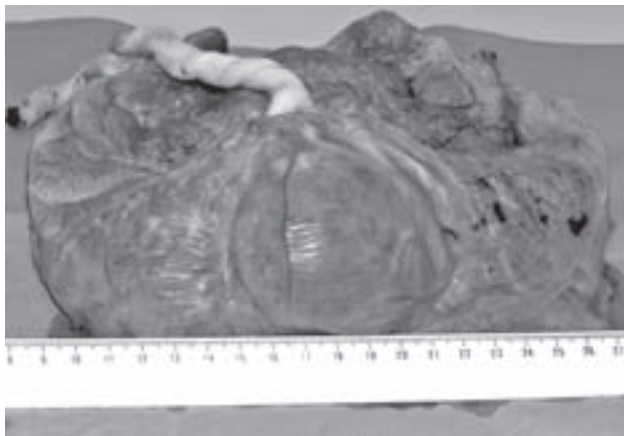
Nedvojbeno je da je korangiomi placente rijedak tumor, a prema podacima iz novije literature učestalost mu je oko 1%.¹ Pojavnost korangioma raste gotovo linearno sa životnom dobi trudnica te se najčešće nalaze u žena starijih od 30 godina. Često se nalaze u prvotkinja i kod blizanačkih trudnoća. Povišeni krvni tlak i šećerna bolest češće se vidaju u kombinaciji s korangioma nego u normalnim trudnoćama.² Makroskopski, korangiomi su dobro ograničeni. Može se pojaviti na fetalnoj površini posteljice ili kao malena intraplacentarna lezija. Izgledom ga se lako može zamijeniti s infarktom ili interviloznim trombom.³ Korangiome svrstavamo u hemangiome, a pojavljuju se u nekoliko histoloških tipova. Razlikujemo endoteliomatozni, kapilarni, kavernozi i fibromatozni tip, pri čemu je kapilarni tip najčešći. Formalno genetski je korangiomi blizak nakaznostima krvnih žila. Imunohistokemijski, tumorske stanice pokazuju žarišni pozitivitet na citokeratin 18, što upućuje na porijeklo od krvnih žila korijske ploče i fiksacijskih resica.⁴

Klinički značaj korangioma vezan je uz veličinu tumora. Mali korangiomi, koji predstavljaju većinu slučajeva, bez kliničke su važnosti. Tumori veći od 5 cm, ili mnogostruki, obično su povezani s različitim komplikacijama koje zahvaćaju majku, fetus u razvoju ili novorođenče.^{5,6} Antenatalna dijagnoza korangioma posteljice, naročito onih koji su dovoljno veliki da budu od kliničkog značaja, moguća je ultrazvučnim pregledom.⁷

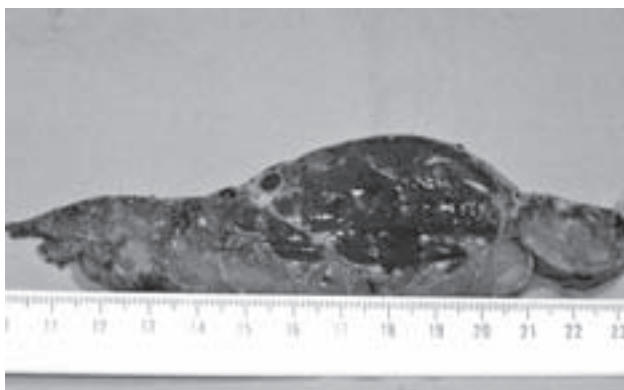
Prikaz slučaja

U našem radu prikazujemo slučaj korangioma nađenog tijekom rutinskog makroskopskog pregleda posteljice tridesetogodišnje višerotkinje čija je trudnoća bila normalna. Serijskim i redovitim UZV pretragama nije opisan prikaz navedenog tumora placente. Zaprimitelna je u bolnicu zbog trudova u 41. tjednu trudnoće. Porod je prošao bez komplikacija i rođeno je zdravo žensko dijete duljine 52 cm, težine 4050 g, s urednim Apgar indeksom 1' = 9, 5' = 10. Posteljica je bila veličine 19:19:2,3 cm, težine 750 g, s centralnim hvatištem pupkovine i radijarnom razdiobom alantoidalnih krvnih žila. Na fetalnoj strani posteljice nađen je solitarni, ovoidan čvor duljeg promjera 7 cm, mekane i tamnocrvene rezne površine (slika 1,2).

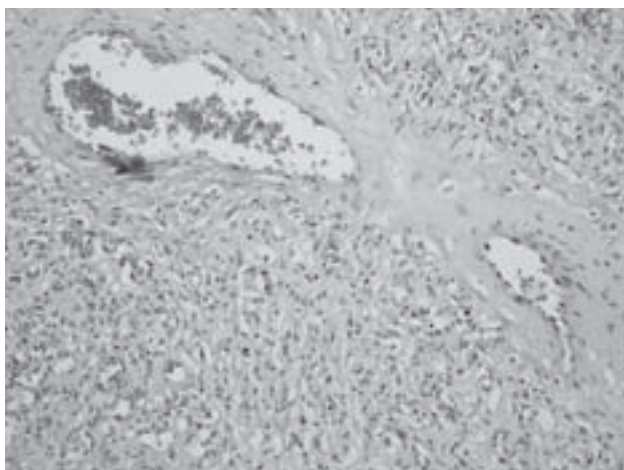
Mikroskopski, korijske resice su bile pravilnog izgleda, s vidljivim sincicio-kapilarnim membranama u terminalnim resicama. Pupkovina i plodovi ovojci nisu pokazivali promjena. Histološka osobina prikazanog korangioma je bila nazočnost svih razvojnih faza angioblastema – endoteliomatozne, kapilarne, kavernozne – u vezivnoj stromi (slika 3). Imunohistokemijska analiza, napravljena kako bi se istražila raznolikost diferencijacije posteljicnog angioblastoma, prikazala je različitu reaktivnost endotelne stanice na CD34. U kapilarnom angioblastomu je reakcija bila negativna, a u kapilarnim pupoljcima i nezrelim kapilarama slaba. Endotelne stanice diferenciranih kapilara pokazivale su jaku reaktivnost na CD34 (slika 4). Proliferacijski indeks, mjeren s Ki67, bio je nizak: ≤ 4% (slika 5).



Slika 1. Korangiom na fetalnoj površini posteljice
Figure 1. Chorangioma on fetal surface of the placenta



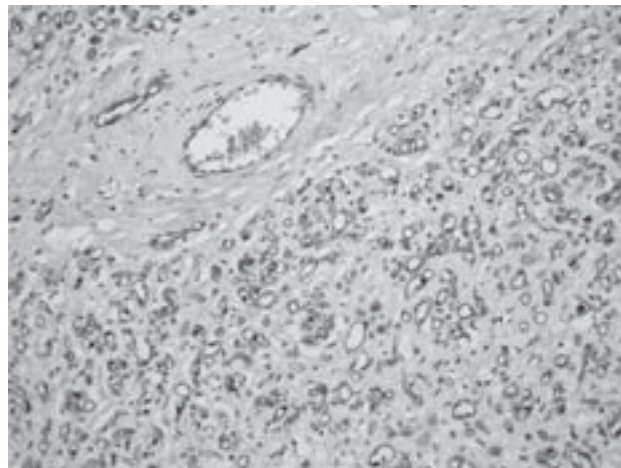
Slika 2. Korangiom – tamnocrvena rezna površina
Figure 2. Chorangioma – dark red cut surface



Slika 3. Dominantno kapilarni tip umnoženih krvnih žila (hematoxylin-eosin $\times 200$)
Figure 3. Dominantly capillary type of multiplied blood vessels (hematoxylin-eosin $\times 200$)

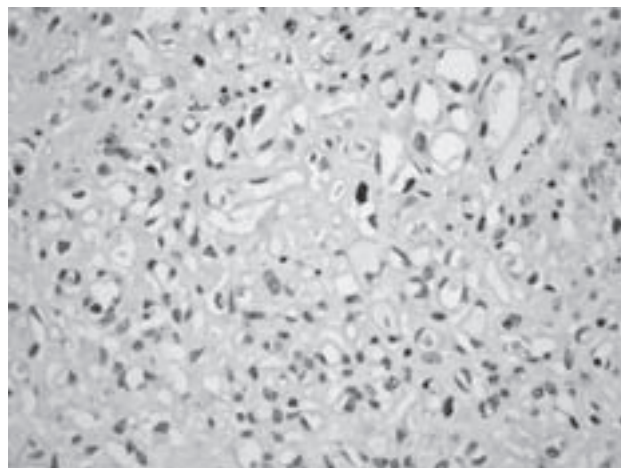
Rasprava

Sam korangiom je netrofoblastični tumor karakteriziran abnormalnim razvojem krvnih žila u tkivu po-



Slika 4. Jaka reaktivnost na CD34 izražena u endotelnim stanicama (MSIP $\times 200$)

Figure 4. High reactivity to CD34 expressed in endothelial cells (MSIP $\times 200$)



Slika 5. Izraženost Ki67 vidljiva u nekoliko endotelnih stanica (MSIP $\times 400$)

Figure 5. The expression of Ki67 seen in some endothelial cells (MSIP $\times 400$)

steljice. Najčešće se opaža u trećem, a rijetko u drugom trimestru trudnoće. Pojavljuje se kao solitarni čvor, ali se može javiti i multiplo. Obično se slučajno pronađe tijekom mikroskopskog pregleda tkiva posteljice. Iako nema vezivne čahure, oštro je ograničen od okolnog tkiva posteljice od kojeg je odijeljen s jednim, rjeđe s dva sloja korijskog epitela. Najčešće je smješten na fetalnoj površini posteljice, češće u blizini insercije pupkovine, a veći tumori su intimno povezani s korijskom pločom. Mekane je do tvrdo-elastične konzistencije, a boja mu varira od tamnocrvene do svijetlosmeđe, ovisno o proporcionalnom odnosu krvi i veziva u njemu, odnosno o sekundarnim promjenama u vidu tromboze, infarkta, odlaganja hemosiderina ili vapna. Učestalost mu je 1%, iako se u literaturi navode i drugi podaci. Po biološkom ponašanju je korangiom dobroćudna tvorovina. Naziva ga se i hemangiomom posteljice, odnosno hemangioblastomom. Histološki je građen od um-

noženih krvnih žila, u raznim fazama njihova razvoja i diferencijacije, i vezivne strome. Odnos vaskularne i fibrozne komponente može varirati. Diferencijalno dijagnostički korangiom je potrebno razlikovati od korangioze, odnosno korangiomatoze, koja predstavlja difuznu, češće žarišnu proliferaciju viloznog angioblastema uz prisutnost resica, kojih u području korioangioma nema. Klinički značaj korangioma ovisi o njegovoj veličini. Mali korangiomi nemaju kliničke važnosti. Klinički signifikantni korangiomi, veći od 5 cm ili multipli, mogu biti povezani s hidramnionom, krvarenjem, preranim porodom, preranim odljuštenjem posteljice i placentom previjom.⁵ Ova stanja mogu dovesti do teških oštećenja ploda i intrauterine smrti. Može nasatati i ne-imuni hidrops fetalis.^{5,8} Opisuju se i anemija, trombocitopenija te kongestivno zatajenje srca u novorođenčeta.¹

Prikazani slučaj korangioma zanimljiv je iz dva razloga:

1. Iako dimenzijama navedeni tumor ubrajamo među velike tumore posteljice (dulji promjer tumora iznosio je 7 cm), samo postojanje i veličina tumora nisu bili povezani s poremećenjem trudnoće ili razvojnim anomalijama ploda.
2. Sam tumor može poslužiti kao model za istraživanje formalne geneze vaskularnih nakaznosti.

Članak primljen: 18. 09. 2009.; prihvaćen: 9. 11. 2009.

Literatura

1. Wallenburg HCS. Chorangioma of the placenta: thirteen new cases and a review of the literature from 1939 to 1970 with special reference to clinical complications. *Obstet Gynecol Survey* 1971;26:411–25.
2. Guschmann M, Henrich W, Entezami M, Dudenhausen JW. Chorangioma – new insights into a well-known problem. I. Results of a clinical and morphological study of 136 cases. *J Perinat Med* 2003;31:163–9.
3. Kaplan C, Lowell D, Salafia C. Structural changes associated with abnormal function in the maternal /fetal/ unit in the second and third trimesters. *Arch Pathol Lab Med* 1991;115:709–16.
4. Lifschitz-Mercer B, Fogel M, Kushnir I, Czernobilsky B. Chorangioma. A cytoskeletal profile. *Int J Gynecol Pathol* 1989;8:349–56.
5. Asadourian LA, Taylor HB. Clinical significance of placental hemangiomas. *Obstet Gynecol* 1968;31:551–5.
6. Leonidas JC, Beaty EC, Hall RT. Chorangioma of the placenta: a cause of cardiomegaly and heart failure in the newborn. *Am J Roent Rad Ther and Nuc Med* 1975;23:703–7.
7. Liang ST, Wood JSK, Wong VCW. Chorangioma of the placenta: An ultrasonic study. *Br J Obstet Gynecol* 1982;89:480–2.
8. Singh M. *Care of the Newborn*. 4th ed. New Delhi: Sagar Publications, 1991:318–39.

Adresa autora: Dr. Cvjetko Lež, Odjel za patologiju i citologiju, Opća bolnica, Bračak 8, 49210 Zabok



**VIJESTI
NEWS**

GLOBAL CONGRESS OF MATERNAL AND INFANT HEALTH Barcelona, Spain, 22–26. IX. 2010

Pozvani predavači 220; Pretkongresni tečajevi 8; 22 radionice; 58 simpozija; 40 posebnih predavanja; 16 kontroverzi; 6 foramskih sjednica: Mediteran, Latinskoameričke zemlje, Azijska i Oceanija, Drednje-europske zemlje, Arapske zemlje.

Glavne sjednice. Zdravlje majke i djeteta u Africi, Zdravlje majke i djeteta u Aziji i Oceaniji, Zdravlje majke i djeteta u Latinskoj Americi;

Kotizacija ovisno o trenutku uplate i statusu sudionika od 107 € do 695 €.

Informacije. Znanstveni sekretarijat: MATRES MUNDI, Londres 6–8, 08029, Barcelona, Spain; e-mail: barcelona2010@matres-mundi.org; Tehnički sekretarijat: GRUPO PACIFICO, Congress Division, Mariano Cubi, 4, 08006, Barcelona, Spain; e-mail: maternal2010@pacifico-meetings.com.

www.globalcongress2010.com