

Spontánní potrat v prvním trimestru gravidity

Magdaléna Daumová^{1,2}, Šárka Hadravská^{1,2}, Martina Putzová²

¹ Šiklův ústav patologie LFP UK a FN Plzeň

² Bioptická laboratoř s.r.o., Plzeň

SOUHRN

Spontánní potraty v prvním trimestru představují klinicky významný problém, který může postihnout až 15 % rozpoznávaných gravidit. Příčiny časných těhotenských ztrát jsou velmi heterogenní a zahrnují faktory genetické, environmentální i imunologické. Ačkoli je hlavním úkolem patologa především vyloučení molární gravidity, může i konvenční histologické vyšetření v některých případech přispět k objasnění příčiny abortu a managementu další gravidity, zvláště v případě lézí s vysokým rizikem recidivy, které mohou vést k habituálnímu potracení.

Klíčová slova: spontánní potrat – první trimestr – hydropický potrat – abnormální karyotyp – trisomie – zánět

Spontaneous abortion in the first trimester of pregnancy

ABSTRACT

Spontaneous abortions in the first trimester of gravidity represent a clinically significant problem that can affect up to 15% of recognized pregnancies. The causes of early pregnancy loss are very heterogeneous and include genetic, environmental and immunological factors. Although the pathologist's main task is to exclude molar pregnancy, in some cases conventional histological examination can also contribute to the elucidation of the cause of miscarriage and the management of subsequent pregnancies, especially in the case of lesions with a high risk of recurrence that may lead to habitual abortion.

Keywords: spontaneous abortion – first trimester – hydropic abortion – abnormal karyotype – trisomy – inflammation

Cesk Patol 2023; 59(2): 60–63

Z morfolického i klinického hlediska lze časně těhotenské ztráty rozdělit na ztráty embryonální (potraty v 1. - 8. týdnu vývoje, což odpovídá 3. - 10. týdnu gestace) a ztráty fetální (potraty v období od 9. týdne vývoje, resp. 11. týdne gestace). Histologicky nacházíme v materiálu z potratu v časných stádiích prvního trimestru (< 8 týdnů) nedokonale vaskularizované choriové klky s edematózním stromatem bez signifikantní kolagenizace. V polovině prvního trimestru (8 - 10 týdnů) je již patrná počínající kolagenizace choria a proximálních choriových klků a relativně homogenní populace klků distálních s jasně patrnými vilózními kapilárami. Ke konci prvního trimestru (> 10 týdnů) lze pozorovat fúzi choria a amnia, kmenové klky s kolagenizací stromatu, silnostěnnými fetálními cévami a také početnější distální klky (1,2).

Příčiny spontánního abortu v prvním trimestru jsou velmi heterogenní. Z praktických důvodů lze aborty rozdělit do dvou velkých kategorií; a to na aborty s abnormálním karyotypem a aborty s normálním karyotypem.

Aborty s abnormálním karyotypem

Více než 50 % potracených konceptů v prvním trimestru má abnormální karyotyp (3). Nejvyšší podíl abortů s abnormálním karyotypem se vyskytuje v časných fázích prvního trimestru (4). V širším slova smyslu lze do této kategorie zařadit i hydatidózní molu, které je věnován samostatný prostor.

Klinický obraz bývá nespecifický, jedním z projevů může být příliš nízká nebo naopak zvýšená hladina lidského choriového

gonadotropinu (hCG), omezení růstu plodu nebo jeho abnormální srdeční frekvence či průkaz prázdného gestačního vaku (anembryomola) při ultrazvukovém vyšetření. Materiál z abortu je většinou tvořený poměrně velkým množstvím hemoragického korporálního endometria, krevními koaguly a částmi choria. Pokud je přítomno embryo/plod, bývá často autolyzované, menší, než by odpovídalo udávanému gestačnímu věku a v některých případech vykazuje určité známky dysmorfie (4).

Mikroskopicky nacházíme ve většině případů rovněž řadu nespecifických změn. U časných potratů jsou to objemné, málo rozvětvené choriové klky s chudou vaskularizací a edémem stromatu. Distální klky obvykle úplně postrádají fetální cévy a jsou hydropicky změněné (v důsledku přetrvávajícího transportu tekutin a elektrolytů z mateřského krevního oběhu). Pokud je konceptus po odumření delší dobu retinován v dutině děložní, dochází k hyalinizaci choriových klků. U potratů v pokročilejších fázích fetoplacentárního vývoje pozorujeme obvykle kombinaci hydropických a fibrózních změn distálních klků, často bývají patrná rezidua involujících fetálních cév (2,5). Přibližně v jedné čtvrtině případů lze pozorovat charakteristické změny, které jsou vysoce specifické pro aneuploidie a podle některých studií nález dvou a více těchto změn až v 90 % případů pozitivně koreluje s výsledky genetického vyšetření (2). Mezi tyto změny patří především nepravidelný tvar choriových klků s různě velkými zářezy a invaginacemi („irregularly irregular pattern“) (obr. 1) (6), dále přítomnost trofoblastických inkluzí (obr. 2) (7), nepravidelně větvené vilózní kapiláry (obr. 3) nebo neobvykle velké fetální cévy s muskularizací stěny (8), stromální buňky s velkými jádry (obr. 4) (9), hydropické změny (2,8) a v neposlední řadě nespecifická hyperplázie vilózního trofoblastu (obr. 5) (10). Většina aneuploidií vzniká sporadicky, nemá maligní potenciál a ani nepředstavuje zvýšené riziko recidivy v následující graviditě. Vzhledem k tomu, že některé znaky tyto „běžné“ aneuploidie sdílí s hydatidózní molou, je vhodné,

✉ Adresa pro korespondenci:

MUDr. Magdaléna Daumová, Ph.D.

Šiklův ústav patologie LFP a FN Plzeň

Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň

tel.: 377 402 089

e-mail: daumovam@fnplzen.cz