

超声诊断小下颌伴左耳小耳并双耳位低畸形 1 例

王娟 白灵子

(湖北省宜昌市妇幼保健院 超声科,湖北 宜昌 443000)

1 临床资料

1.1 一般资料 孕妇,21岁,孕1产0,孕27⁺³周,无特殊家族史,母血清唐氏综合征筛查均为低危,来本院行产前超声检查。

1.2 方法 采用美国GE Voluson 730 Pro V彩色多普勒超声诊断仪 AB2-7 腹部、RAB2-5L 腹部容积探头。

1.3 二维及三维超声检查 单胎,头位,胎儿双顶径6.2 cm,头围22.1 cm,腹围20.4 cm,股骨长4.9 cm,肱骨长4.4 cm,胎儿脊柱、心脏、肝脏、胃泡、胆囊、双肾、膀胱均未见异常,正中矢状切面上,见前额低平,鼻和上唇前凸,而下颌长度明显较正常短小,下唇及下巴正常的“S”形曲线失常,下唇后移,下巴明显后缩,与颈部相连,使正常的“S”形曲线变为一小弧形。下颌骨中部与上颌骨不在一条直线上(图1、2),在冠状切面上,可见正常面颊至下颌的平滑曲线消失,此曲线在口裂以下突然内收,而使曲线失去正常的平滑特征,变为不规则或中断,左耳耳廓长约0.9 cm,右耳耳廓长约1.4 cm,耳廓位置明显下移(图3)。最大羊水深度8.0 cm,羊水指数31.3 cm。

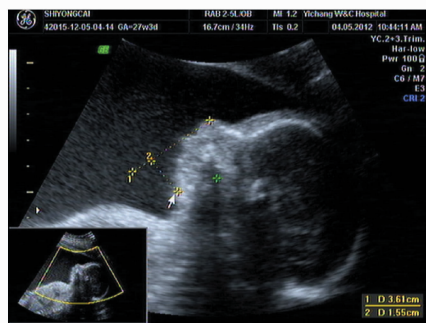


图1 正中矢状切面,鼻和上唇前凸,下颌明显小,下巴明显后缩,下颌骨中部与上颌骨不在一条直线上



图2 三维正中矢状切面,前额低平,鼻和上唇前凸,下颌长度明显较正常为小,下唇及下巴正常的“S”形曲线失常,下唇后移,下巴明显后缩,与颈部相连



图3 三维冠状切面,正常面颊至下颌的平滑曲线消失,此曲线在口裂以下突然内收,左耳耳廓长约0.9cm、外耳位置明显下移

1.4 超声提示 ①单活胎,超声估计孕周25⁺³周;②羊水量过多;③胎儿畸形——小下颌伴左耳小耳并双侧耳位低。

1.5 产后随访 2天后于外院引产1男婴,面部外观同超声提示,随后电话随访未行相关染色体检查。

2 讨论

轻微下颌短小可能是正常变异,在常规超声检查中常被忽略,而明显小下颌畸形目前病因尚不明确。小下颌畸形胎儿预后各不相同,小下颌畸形本

身即可导致新生儿死亡,主要原因是严重小下颌可导致胎儿呼吸困难而死亡。严重的伴发畸形也是新生儿死亡的原因之一^[1]。本例小下颌合并有左耳小耳畸形及双侧耳位低,因未做母血清唐氏综合征筛查,无法提示属何种染色体异常综合征。目前认为小下颌畸形最常见于染色体异常、骨骼发育不良及原发性下颌骨发育异常,而原发性下颌骨发育异常又包括一些以小颌畸形为特征的综合征^[2]。国外一项为期10年的研究^[3]显示,93%产前诊断为小下颌畸形的患儿均伴有其他畸形,73%伴有不同程度的软腭裂和(或)硬腭裂,54%的新生儿出现轻至重度呼吸困难,33%的新生儿出现原发性喂养困难,38%的新生儿出现生长发育受限。小下颌畸形时往往合并羊水过多和宫内生长受限^[4]。产前超声关于胎儿耳的观察文献报道也较少,因胎儿耳的显示受羊水量、胎方位及胎儿肢体遮挡等的影响,使胎儿耳廓异常地检出困难,漏诊率较高。耳畸形的预后取决于合并畸形的严重程度。

三维超声在产前筛查的广泛应用,通过三维表面成像,在胎儿正中矢状切面和冠状切面可立体、直

观显示胎儿颜面部和耳廓形态、位置、大小,耳轮上缘与周围结构的关系能得到更好地显示,提供更丰富的诊断信息,并可旋转不同角度进行观察分析,在羊水和胎儿体位合适的时候,有利于胎儿颜面部和外耳畸形的观察,为优生优育及提高出生人口质量提供有益的帮助。

参 考 文 献

- [1] 李胜利. 胎儿畸形产前超声诊断学[M]. 北京:人民军医出版社,2004. 6455-6459.
- [2] Paladini D, Morra T, Teodoro A, et al. Objective diagnosis of Micrognathia in the fetus; the jaw index[J]. Obstet Gynecol, 1999, 93:382-386.
- [3] Vettraino IM, Lee W, Bronsteen RA, et al. Clinical outcome of fetuses with sonographic diagnosis of isolated micrognathia [J]. Obstet Gynecol, 2003, 102(10):801-805.
- [4] 陈琮瑛,李胜利,欧阳淑媛,等. 胎儿小下颌畸形产前超声诊断[J]. 中华超声影像学杂志, 2004, 13(12):919-921.

编辑:孟梦

(收稿日期:2013-02-18)

视频导读

双胎输血综合征的内镜激光的处理

Dick Oepkes

(荷兰莱顿大学医学中心 产科)



双胎输血综合征(twin-twin transfusion syndrome, TTTS)是双胎妊娠中一种严重的并发症,围产儿死亡率极高。正如视频中 Oepkes 教授所讲的那样,患有 TTTS 的胎儿若未经治疗,死亡率可达 80%~90%,幸存者也会引起较高风险的脑损伤;经传统方法治疗之后,胎儿可于 29 周终止妊娠,存活率为 50%~60%,会引起 30% 的神经损伤;若采用激光手术治疗后,胎儿终止妊娠的时间可延长至 34 周,术后存活率上升至 75%,神经损伤率降至 7%(3%~12%)。

如何选择干预模式,以及介入干预的时机又是如何?在第二届“中国胎儿医学大会”上,来自荷兰莱顿大学的 Oepkes 教授详细介绍了 TTTS 内镜激光处理的指征、方案的选择以及技术原理。