



LOẠN SẢN TRUNG MÔ BÁNH NHAU: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Placental mesenchymal dysplasia: case report

Nguyễn Hoàng Long, Hà Tố Nguyên**, Võ Văn Đức**

ABSTRACT:

Introduction: Placental mesenchymal dysplasia (PMD) is a rare vascular anomaly characterized by mesenchymal stem villous hyperplasia. It is important to distinguish PMD from partial hydatidiform mole or a twin pregnancy with a normal fetus and coexistent complete mole and placenta mosaicism due to the completely difference in prediction and prognosis. It is also crucial to manage PMD because the association between this problem and severe pregnancy outcomes.

Case report: 02 outpatient PMD cases was diagnosed and monitored at Obstetrics and Gynecology Department, Hue University Hospital during pregnancy. The placental histopathologic and grossly findings correspond to the diagnosis of PMD and the prenatal ultrasound findings. The results was similar with other publications worldwide. There was no severe pregnancy outcomes on two pregnant woman, but 1 of 2 fetus was suspected intrauterine growth restriction.

Conclusion: It is necessary to evaluate morphology carefully to make a suitable diagnosis. Amniocentesis should be thought. PMD relates to some pregnancy outcomes, however it is a benign disease so we should evaluate carefully the fetal growth and pregnancy outcomes.

Keywords: Placental mesenchymal dysplasia, fetal growth, pregnancy outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loạn sản trung mô bánh nhau là một bất thường mạch máu hiếm gặp, tỷ lệ ước tính khoảng 0,02% trên tổng số thai kỳ, đặc trưng bởi tình trạng tăng sản thân nhung mao ở màng đệm. Các đặc điểm đại thể của loạn sản trung mô bánh nhau bao gồm bánh nhau lớn, dẫn các mạch máu nguyên bào nuôi, có những vùng chiếm dịch tích lớn có vi nhung mao dạng nang bên cạnh vùng mô nhau bình thường. Hình ảnh vi thể bao gồm loạn sản trung mô của bánh nhau với các mạch máu có thành dày, giãn phình các mạch máu thân nhung mao và có thể có tăng sinh mạch máu và tế bào liên kết mức độ vừa tại thân nhung mao. Tại thời điểm quý 1, các đặc điểm của Loạn sản trung mô bánh nhau trên siêu âm tương tự với bệnh lý thai trứng, như bánh nhau lớn có nhiều nang và những tổn thương giảm âm.

Mặc dù đa số các trường hợp loạn sản trung mô bánh nhau đều có hình thái học thai nhi bình thường, đặc điểm phân biệt với thai trứng, tuy nhiên cần phải cẩn trọng phân biệt loạn sản trung mô bánh nhau với thai trứng bán phần hoặc song thai có một thai bình thường và một thai trứng toàn phần cùng tồn tại vì tiên lượng và điều trị hoàn toàn khác nhau.

Loạn sản trung mô bánh nhau có liên quan đến rất nhiều biến chứng kể cả ở thai phụ lẫn thai nhi, vì vậy việc theo dõi lâm sàng kỹ là điểm chính yếu khi chẩn đoán bệnh lý này, bao gồm đánh giá sự phát triển của thai, các chỉ số sinh học, các chỉ số doppler như động mạch rốn, động mạch não giữa và ống tĩnh mạch. Có khoảng 20% các trường hợp loạn sản trung mô bánh nhau có liên quan đến hội chứng Beckwith – Wiedemann (thường có các triệu chứng như thai to, lười to, thoát vị rốn, tật cằm nhỏ, các dấu hiệu ở mặt – não, bất thường tai). Những trường hợp thai không kèm hội chứng Beckwith – Wiedemann, tỷ lệ thai chậm

*Bộ môn phụ sản – Đại Học Y Dược Huế

**Khoa CĐHA – Bệnh Viện Từ Dũ

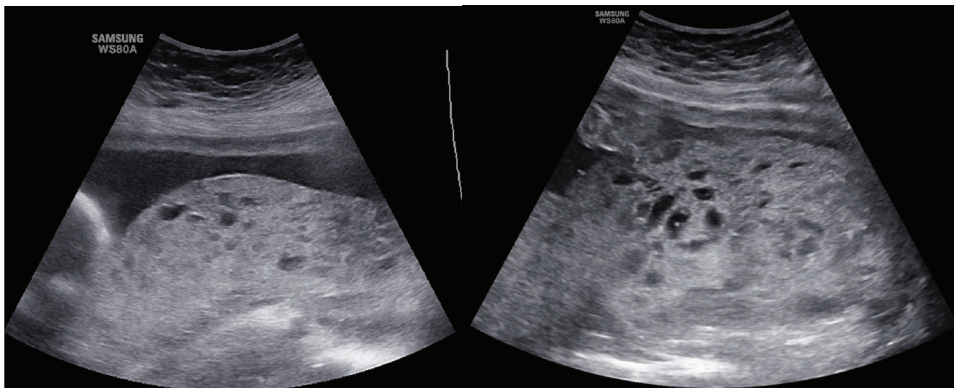
tăng trưởng trong tử cung và tỷ lệ thai chết trong tử cung lần lượt là 50% và 40%. Tỷ lệ sinh non là 53%, ối vỡ non và chấm dứt thai kỳ lần lượt là 17% và 19%. Tương tự, các biến chứng trên thai phụ có thể kể đến tăng huyết áp thai kỳ, tiền sản giật và sản giật chiếm 9%. Chỉ có 9% các trường hợp loạn sản trung mô bánh nhau không đi kèm các biến chứng trên thai phụ và sơ sinh.

Việc hiểu rõ bản chất và các tính chất đặc trưng của loạn sản trung mô bánh nhau có thể giúp giảm thiểu được việc chấm dứt thai kỳ không đúng cũng như theo dõi các biến chứng tốt hơn khi chẩn đoán loạn sản trung mô bánh nhau. Hai trường hợp loạn sản trung mô bánh nhau đã được theo dõi và chẩn đoán tại trung tâm của chúng tôi dựa vào các đặc điểm hình ảnh trước sinh và mô bệnh học sau sinh.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Trường hợp thứ 1:

Sản phụ Nguyễn Thị B. N., 28 tuổi. Nghề nghiệp: điều dưỡng. Mang thai lần thứ 2 PARA (1001). Không có tiền sử bệnh lý về cá nhân, gia đình và chồng. Lần mang thai trước mổ lấy thai do thai to 4200 gram, không có bất thường trong quá trình mang thai. Sản phụ đi khám lần tiên vào thời điểm 06/08/2016, ghi nhận thai 7 tuần 2 ngày có tim thai, bóc tách túi thai 30% tại phòng khám tư nhân. Quá trình theo dõi đến thời điểm 16 tuần chưa phát hiện bất thường về mặt siêu âm, sản phụ không có triệu chứng và dấu chứng gì bất thường về mặt lâm sàng. Ngày 14/10/2016, sản phụ được siêu âm tại phòng khám tư nhân với mô tả trên siêu âm bánh nhau có nhiều vùng echo trống, được chẩn đoán thai 16 tuần 4 ngày theo dõi thai trứng bán phần, đề nghị nhập viện.



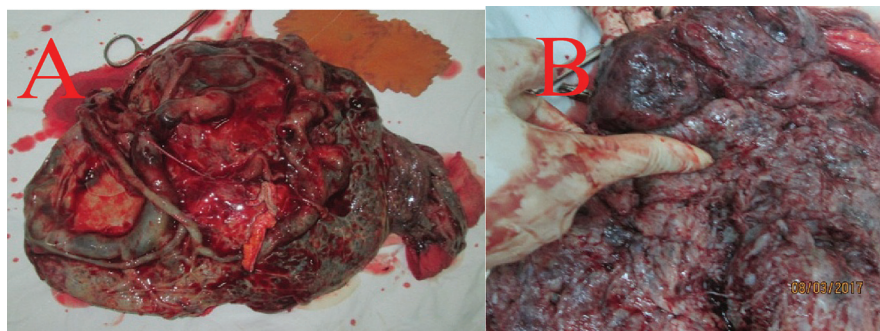
Hình 1. Hình ảnh siêu âm bánh nhau có dạng hình tổ ong của sản phụ N., 28 tuổi.

Một ngày sau đó, sản phụ chuyển viện đến khoa Phụ Sản, Bệnh viện Đại học Y Dược Huế. Tại đây, chúng tôi ghi nhận 01 thai 17 tuần có hình thái học bình thường về mặt siêu âm, bánh nhau có dạng hình tổ ong chiếm 2/3 bánh nhau, 1/3 bánh nhau có cấu trúc bình thường. Dây rốn bám vào vùng mô nhau bất thường. Chẩn đoán được đưa ra ở trường hợp này là thai 17 tuần theo dõi loạn sản trung mô bánh nhau. Sản phụ được tư vấn và đồng ý chọc ối. Kết quả bộ NST bình thường là 46,XX.

Sản phụ được tư vấn tiếp tục theo dõi sự phát triển thai kỳ và đánh giá sự tăng trưởng của thai 4 tuần/lần với các nguy cơ cho thai và cho sản phụ đã được trình

bày ở trên. Trong quá trình theo dõi, chúng tôi ghi nhận, các số đo sinh học của thai nhi đều nằm trong khoảng bách phân vị từ 10th đến 90th, chỉ số nước ối trong giới hạn bình thường, không phát hiện các bất thường về mặt hình thái học thai nhi, không có bất thường trên Doppler màu. Bánh nhau vẫn còn dạng tổ ong với tỷ lệ nhau tổ ong/nhau bình thường là 2/1.

Đến ngày 08/03/2017, sản phụ nhập viện tại đơn vị của chúng tôi vì lí do vỡ ối. Sản phụ được chỉ định mổ lấy thai. Kết quả mổ lấy thai: sinh ra 01 bé Gái, cân nặng 2800 gram, chỉ số Apgar 8 điểm tại thời điểm 1 phút, 9 điểm tại thời điểm 5 phút. Trẻ hồng hào, bú tốt. Không phát hiện bất thường về mặt hình thái học.

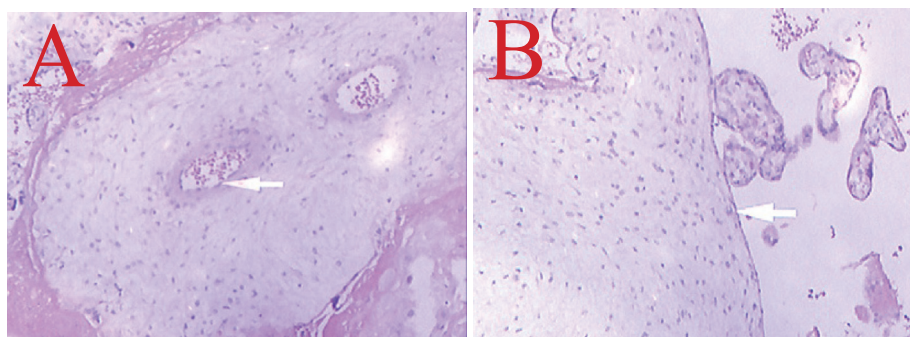


Hình 2. Hình ảnh đại thể bánh nhau sản phụ B.N., 28 tuổi.

Hình A: nhiều mạch máu tăng sinh giãn lớn, kích thước bánh nhau lớn

Hình B: vùng mô nhau bất thường với nhiều hình ảnh túi nước.

Kiểm tra bánh nhau thấy bánh nhau lớn, kích thước 40x40 cm, có nhiều cấu trúc dạng túi nước nhỏ dạng chùm nho ở vùng mô bất thường, có một phần mô nhau bình thường về mặt đại thể. Bề mặt thai của bánh nhau có nhiều mạch máu giãn lớn, ngoằn ngoèo. Kết quả mô học cho thấy không có hiện tượng tăng sinh tế bào nuôi, có hình ảnh các mạch máu vi nhung mao giãn lớn.



Hình 3. Hình ảnh mô bệnh học bánh nhau vùng bất thường của sản phụ B. N., 28 tuổi

Hình A: Hình ảnh lông nhau neo với các mạch máu giãn rộng, thành mạch dày

Hình B: Hàng tế bào biểu mô nuôi nhỏ, đều, không có hình ảnh quá sản (mũi tên); tăng sinh các tế bào mô đệm của lông nhau.

Ghi nhận nồng độ hCG sau sinh là 1075 mIU/ml, sau 1 tuần 7.05 mIU/ml, và âm tính trong lần xét nghiệm sau đó 4 tuần.

Trường hợp thứ 2:

Sản phụ Nguyễn Thị H., 35 tuổi. Nghề nghiệp: công nhân may. Sản phụ mang thai lần thứ 3 PARA (1011). Không có tiền sử bệnh lý về cá nhân, gia đình và chồng. Lần mang thai sinh thường, không có bất thường trong quá trình mang thai, bổ sung viên sắt và đảm bảo dinh dưỡng. Sản phụ có đi khám thai thường xuyên, không phát hiện bất thường trên siêu trong quý 1 của thai kỳ. Sản phụ vào đơn vị siêu âm sàng lọc trước sinh để siêu âm sàng lọc quý II ngày 16/2/2017. Tại đây, chúng tôi

nhận thấy hình thái học thai nhi không có bất thường, tuy nhiên bánh nhau có nhiều hốc nhỏ dạng tổ ong, phần nhau bất thường chiếm phần lớn diện tích của bánh nhau, dây rốn bám vào vùng nhau bất thường. Sản phụ được chẩn đoán loạn sản trung mô bánh nhau, tuy nhiên sản phụ không đồng ý chọc ối và được tư vấn theo dõi mỗi 4 tuần. Trong quá trình theo dõi sau đó, chúng tôi ghi nhận thai phát triển bình thường, tỷ lệ mô nhau bất thường/bình thường không thay đổi, kích thước các hốc trên siêu âm có xu hướng giảm dần.



Hình 4. Hình ảnh siêu âm của sản phụ H.

Bánh nhau có dạng hình tổ ong và các chỉ số sinh học đều nhỏ hơn bách phân vị thứ 10th theo tuổi thai.

Đến thời điểm 30 tuần, chúng tôi ghi nhận trọng lượng thai nhỏ hơn bách phân vị thứ 10th, tăng trở kháng động mạch rốn (PI= 1,82), không có hình ảnh mất sóng/ đảo ngược sóng tâm trương động mạch rốn, chưa có biến đổi trên doppler động mạch não giữa, và ống tĩnh mạch, chỉ số rốn/não < 1,1. Sản phụ được chẩn đoán thai 30 tuần, chậm tăng trưởng trong tử cung độ I, loạn sản trung mô bánh nhau. Sản phụ được tư vấn theo dõi mỗi 2 tuần. Các lần siêu âm tiếp theo đều cho kết quả tương tự.

do đau bụng chuyển dạ. Kết quả CTG nhóm 1, sản phụ được chỉ định cho sinh thường. Kết quả sinh thường: 01 bé trai, cân nặng 2600 gram, chỉ số Apgar 8 điểm tại thời điểm 1 phút và 9 điểm tại thời điểm 5 phút. Trẻ hồng hào, bú tốt, phản xạ bình thường. Không phát hiện bất thường về mặt hình thái. Bánh nhau về mặt đại thể: kích thước không lớn 20 x 20 cm, bề mặt thai của bánh nhau có vài mạch máu tăng sinh giãn lớn, mô nhau bất thường chiếm 2/3 bánh nhau, bên trong có nhiều cấu trúc dạng bọt nước nhỏ.

Đến thời điểm 14/06/2017, sản phụ vào viện vì lý

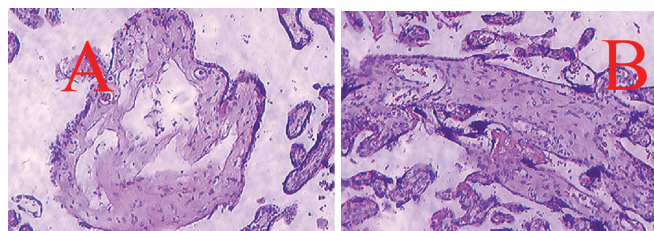


Hình 5. Hình ảnh đại thể bánh nhau của sản phụ H., 34 tuổi

Hình A: nhiều mạch máu tăng sinh giãn lớn, kích thước bánh nhau bình thường

Hình B: vùng mô nhau bất thường (bên phải) với nhiều hình ảnh túi nước.

Kết quả mô bệnh học: trực liên kết thoái hóa nước, tế bào liên kết giảm, quá sản tế bào biểu mô nuôi mức độ vừa . Sản phụ không theo dõi βhCG.



Hình 5. Hình ảnh mô bệnh học bánh nhau vùng bất thường của sản phụ H., 28 tuổi

Hình A: Hình ảnh lông nhau neo (stem villi) với các mạch máu giãn rộng, thành mạch dày

Hình B: Hàng tế bào biểu mô nuôi nhỏ, đều, không có hình ảnh quá sản.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng hai trường hợp loạn sản trung mô bánh nhau

| Trường hợp | Trường hợp 1 | Trường hợp 2 |
|------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| Tuổi mẹ | 28 | 34 |
| Tiền sử sản khoa | 1001 | 1011 |
| Phương pháp thụ thai | Tự nhiên | Tự nhiên |
| Bộ nhiễm sắc thể thai nhi | 46, XX | Không làm |
| Kết quả thai kỳ | Thai sống (36 tuần) | Thai sống/ chậm tăng trưởng (38 tuần) |
| Phương pháp kết thúc thai kỳ | Mổ lấy thai | Sinh thường |
| Kích thước bánh nhau | 44 x 40 cm | 20x20 cm |
| Tỷ lệ mô nhau bình thường | 30% | 40% |
| Vị trí dây rốn bám | Vùng mô nhau bất thường | Vùng mô nhau bất thường |

III. BÀN LUẬN

Loạn sản trung mô bánh nhau là một bệnh lý hiếm gặp và đôi khi được xem là một “cái bẫy” của bác sĩ sản phụ khoa và bác sĩ siêu âm. Tỷ lệ loạn sản trung mô bánh nhau hiện nay ghi nhận là 0,02% trong tổng số thai kỳ [3], [4]. Thực tế, từ trường hợp được mô tả đầu tiên trên thế giới bởi Moscoso và cộng sự năm 1991 [5] đến năm 2013, có 212 trường hợp loạn sản trung mô bánh nhau đã được công bố trong y văn thế giới [7]. Những tính chất của loạn sản trung mô bánh nhau trên siêu âm trong quý một của thai kỳ rất giống với các trường hợp thai trứng bán phần hoặc song thai có một thai bình thường và một thai trứng toàn phần cùng tồn tại hoặc nhau thể khảm. Vì vậy, việc đưa ra chẩn đoán phân biệt trong giai đoạn sớm của thai kỳ là rất quan trọng do tiên lượng và xử trí hoàn toàn khác nhau. Hình ảnh bánh nhau của các dạng này đều được mô tả tương tự nhau là có bánh nhau có hình ảnh tổ ong. Để loại trừ trường hợp song thai có một thai trứng toàn phần cùng tồn tại, có thể trên hình ảnh siêu âm sẽ tương đồng với loạn

sản trung mô bánh nhau, nhưng có thể dựa vào các triệu chứng lâm sàng của thai trứng toàn phần để loại trừ như nồng độ β hCG tăng cao > 100.000 mUI/ml, tử cung lớn hơn tuổi thai thông thường, nôn nghén nhiều, có nang hoàng tuyến hai bên, cường giáp.... Khó khăn nhất trong việc chẩn đoán phân biệt bệnh lý này trong giai đoạn sớm của thai kỳ là thai trứng bán phần, vì triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu, hình ảnh trên siêu âm tương tự nhau với một phần bánh nhau có dạng tổ ong và đi kèm với một thai trong tử cung. Để nghi ngờ loạn sản trung mô bánh nhau, cần khảo sát kỹ hình thái học thai nhi. Trong trường hợp này, hình thái học thai nhi đa số đều bình thường theo tuổi thai vì không có lệch bội. Ngược lại, bộ nhiễm sắc thể trong thai trứng bán phần đa số đều là 69 nhiễm sắc thể. Khi có nghi ngờ, nên chọc ối hoặc làm sinh thiết gai nhau để chẩn đoán phân biệt. Ngoài hình ảnh đại thể bánh nhau sau sinh, việc chẩn đoán chắc chắn loạn sản trung mô bánh nhau được thực hiện bởi mô bệnh học [1], [2], [3], [7]. Hình ảnh mô bệnh học sẽ cho thấy có hiện tượng phù đoạn tận cùng vi lông nhau, phù thân lông nhau, giãn phình các mạch máu thân lông nhau nhưng không có hiện tượng tăng sinh tế bào nuôi [8].

Ở cả hai trường hợp của chúng tôi, tuổi mẹ lần lượt là 28 và 34 tuổi. Hầu hết các kết quả nghiên cứu trước đây cho thấy loạn sản trung mô bánh nhau có thể xuất hiện ở tất cả các độ tuổi khác nhau. Theo Paradinas (2001), trong 11 trường hợp ghi nhận, tuổi mẹ thấp nhất là 16 tuổi và lớn nhất 38 tuổi, tuy nhiên tập trung vào nhóm nhỏ hơn 20 tuổi và trên 30 tuổi [8]. Tương tự, kết quả nghiên cứu của Nayeri (2009) cho thấy độ tuổi trung bình là 28.2 ± 0.7 [7]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của Truc Pham (2006) cho thấy tất cả các trường hợp đều có tuổi mẹ lớn hơn 25 tuổi [1]. Hai trường hợp chúng tôi ghi nhận đều là những sản phụ đã từng mang thai đủ tháng trước đây, điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nayeri (2009) chỉ có 21% mang thai con so có loạn sản trung mô bánh nhau [7]. Cả hai trường hợp đều có thai tự nhiên, điều này tương tự kết quả nghiên cứu của Tanuma (2015) [2]. Các nghiên cứu khác không ghi nhận phương pháp mang thai.

Ở trường hợp thứ 1, tại thời điểm siêu âm lần đầu tiên vào lúc 17 tuần, sở dĩ chúng tôi nghĩ đến loạn sản

trung mô bánh nhau vì các dấu hiệu trên siêu âm ngoài bánh nhau có 2/3 diện tích có dạng hình tổ ong với các hốc trống âm nhỏ, chúng tôi khảo sát kỹ về mặt hình thái học tương ứng với thai 17 tuần chưa có dấu hiệu bất thường, các lần siêu âm tiếp theo cho kết quả tương tự, càng củng cố chẩn đoán của chúng tôi. Tương tự, đối với trường hợp thứ 2, đến với đơn vị của chúng tôi vào tuổi thai 24 tuần, với bánh nhau có dạng hình tổ ong chiếm hầu hết diện tích của bánh nhau nhưng kích thước bánh nhau có vẻ bình thường trên siêu âm, với tuổi thai này chúng tôi khảo sát về mặt hình thái thai nhi tốt hơn. Ở trường hợp thứ 1, tuổi thai còn nhỏ khi đến đơn vị chúng tôi, chưa cho phép khảo sát toàn diện hình thái học thai nhi, cùng với đó chưa có các biến chứng xảy ra trên sản phụ và thai nhi vì vậy cần thiết phải làm nhiễm sắc đồ để loại trừ thai trứng bán phần, thường đi kèm với một thai đa dị tật hoặc thai ngừng phát triển với tam bội thể (69 nhiễm sắc thể). Ở trường hợp thứ 2, chúng tôi không làm nhiễm sắc đồ vì hình thái học thai nhi bình thường, kích thước bánh nhau không lớn và sản phụ không đồng ý chọc ối. Chúng tôi không nghĩ đến song thai có một thai bình thường và một thai trứng toàn phần vì sản phụ không có các triệu chứng điển hình của thai trứng toàn phần, bánh nhau không quá lớn tương quan với kích thước thai. Chúng tôi nghĩ rằng không cần thiết chẩn đoán phân biệt trường hợp bánh nhau dạng khảm vì hướng xử trí tương tự với loạn sản trung mô bánh nhau là theo dõi thai kỳ và có thể chẩn đoán phân biệt dựa vào mô bệnh học sau sinh.

Chúng tôi không ghi nhận các dấu hiệu bất thường về mặt hình thái học của cả hai thai trong các lần siêu âm theo dõi tiếp theo, chúng tôi loại trừ biến chứng thường gặp của loạn sản trung mô bánh nhau là hội chứng Beckwith – Wiedemann với các đặc điểm thai to, lƯơI to, thoát vị rốn, tật cằm nhỏ, các dấu hiệu ở mặt – não, bất thường tai. Tuy nhiên, ở trường hợp thứ 2, chúng tôi nghĩ rằng đây là một tình trạng thai chậm tăng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pham T, Steele J, Stayboldt C, Chan L, Benirschke K. Placental mesenchymal dysplasia is associated with high rates of intrauterine growth

restriction in tử cung độ I, với cân nặng dưới đường bách phân vị thứ 10th và có biến đổi trên doppler màu (chỉ số CPR < 1,1). Điều này phù hợp với các nghiên cứu của A. Nayeri (2009) với 33% [7], với Truc Pham là 6/11 trường hợp [1] có thai chậm tăng trưởng trong tử cung. Ở trường hợp thứ nhất ghi nhận trọng lượng thai nằm trong khoảng bách phân vị thứ 10th đến 90th, và tốc độ phát triển của thai hoàn toàn phù hợp theo biểu đồ tăng trưởng mặc dù dây rốn bám vào vùng mô nhau bất thường. Sở dĩ có sự khác biệt này là do sự gia tăng kích thước bánh nhau ở thai thứ nhất, đảm bảo cung cấp đầy đủ máu và chất dinh dưỡng cho thai nhi. Ở trường hợp thứ hai bánh nhau không lớn, vì vậy không đủ nuôi thai dẫn đến thai chậm tăng trưởng trong tử cung.

Kết quả mô bệnh học cả hai trường hợp này đều chẩn đoán loạn sản trung mô bánh nhau với các đặc điểm các mạch máu giãn lớn, trực liên kết thoái hóa nước, tế bào liên kết giảm, quá sản tế bào biểu mô nuôi mức độ vừa, không có hiện tượng tăng sinh tế bào nuôi.

Như vậy, các triệu chứng trên siêu âm, hình ảnh đại thể và vi thể của bánh nhau đều phù hợp với chẩn đoán loạn sản trung mô bánh nhau.

IV. KẾT LUẬN

Loạn sản trung mô bánh nhau là một bệnh lý hiếm gặp, các triệu chứng về mặt hình ảnh siêu âm gần giống với thai trứng bán phần, và cần phân biệt với song thai có một thai bình thường và một thai trứng toàn phần cùng tồn tại và tình trạng khảm của bánh nhau. Khi đặt ra chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt, cần khảo sát hình thái học thai nhi kỹ để có hướng chẩn đoán phù hợp. Để loại trừ thai trứng bán phần, cần làm nhiễm sắc đồ thai nhi. Loạn sản trung mô bánh nhau có liên quan đến một số biến chứng trong thai kỳ, tuy nhiên đây là bệnh lý lành tính vì vậy cần theo dõi sát sự phát triển của thai và sự xuất hiện các biến chứng nếu có.

restriction and fetal demise: a report of 11 new cases and a review of the literature. *Am J Clin Pathol.* 2006;126:67–78.

2. Akiko Tanuma et al, Prenatal imaging and pathology of placental mesenchymal dysplasia: a report of three cases, *Case Rep. Perinat. Med.* 2016; 5(1): 9–14.
3. V. Ulker et al, Placental mesenchymal dysplasia: A rare clinicopathologic entity confused with molar pregnancy, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, April 2013; 33: 246–249.
4. Maria Chiara Sudano et al, Placental mesenchymal dysplasia, a case of intrauterine sudden death in a normal-sized fetus, *Journal of Prenatal Medicine* 2013; 7 (1): 9-11.
5. Gregory W. Woo et al, Placental mesenchymal dysplasia, *Am J Obstet Gynecol* 2011.
6. Vaisbuch E, Romero R, Kusanovic JP, Erez O, Mazaki-Tovi S, Gotsch F. Three dimensional sonography of placental mesenchymal dysplasia and its differential diagnosis. *J Ultrasound Med.* 2009;28:359–68.
7. A. Nayeri, B. West, Grossetta Nardini, A. Copel, K. Sfakianaki, Systematic review of sonographic findings of placental mesenchymal dysplasia and subsequent pregnancy outcome, *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 41: 366–374.
8. F J Paradinas, N J Sebire, R A Fisher, Pseudo-partial moles: placental stem vessel hydrops and the association with Beckwith-Wiedemann syndrome and complete moles, *Histopathology* 2001,39, 447±454.

Người liên hệ: Hà Tố Nguyễn; Email: hatonguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/10/2017; Ngày chấp nhận đăng: 30/11/2017