

• 个案报道 •

Serious bile-pleural fistula after drug-eluting bead TACE for cholangiocarcinoma: Case report

导管载微球 TACE 治疗胆管细胞癌后并发 严重胆汁胸腔瘘 1 例

柴杰^{1,2}, 鲁东², 吕维富², 成德雷², 殷亮², 储森林²(1. 皖南医学院研究生院, 安徽 芜湖 241000; 2. 中国科学技术大学附属第一医院
介入放射科, 安徽 合肥 230001)

[Keywords] bile duct neoplasms; chemoembolization, therapeutic; complications; biliary fistula

[关键词] 胆管肿瘤; 化学栓塞, 治疗性; 并发症; 胆瘘

DOI: 10.13929/j.issn.1672-8475.2022.06.015

[中图分类号] R575.7; R815 [文献标识码] B [文章编号] 1672-8475(2022)06-0381-02

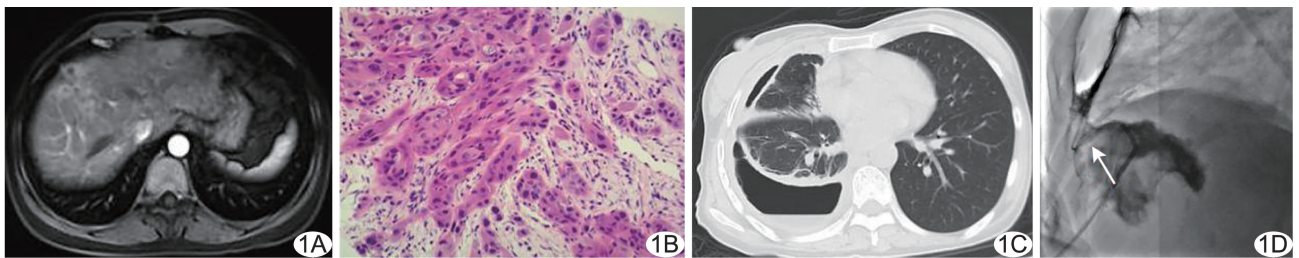


图 1 D-TACE 治疗胆管细胞癌后并发严重胆汁胸腔瘘 A. D-TACE 前腹部 MRI; B. D-TACE 前活检病理图(HE, ×100); C. D-TACE 后 4 个月复查腹部 CT 图; D. D-TACE 后 6 个月胆道 DSA 图, 箭示对比剂自脓腔流入胸腔

患者女, 41 岁, 右上腹间歇性疼痛 3 个月、加重 1 周, 无发热、恶心、呕吐等; 4 年前因多发肝内胆管结石接受肝内外胆管取石+肝总管空肠内引流术, 1 年前因胆囊结石接受胆囊切除术。查体: 腹部见陈旧性手术瘢痕, 右上腹部压痛(+), 无反跳痛及肌紧张。实验室检查: CA199 326.0 U/ml。肝脏 MRI: 肝右前叶多发异常高信号, 考虑肿瘤性病变可能(图 1A)。CT 引导下肝脏穿刺活检术后病理提示肝脏低分化腺癌, 倾向胆管源性(图 1B)。以 100~300 μm 微球、吡柔比星 80 mg 行经导管载药微球 TACE (drug-eluting bead TACE, D-TACE)。术后第 4 天持续发热, 最高 39.8℃; 血培养未见明显细菌生长; CT 示肝右叶 97 mm×81 mm 低密度区伴少许积气; 考虑肝脓肿形成可能, 常规治疗效果欠佳, 乃于术后第 14 日行肝脓肿穿刺引流术, 引流液培养未见明显细菌生长, 之后患者体温恢复正常并出院。D-TACE 后 1 个月患者再以“胸痛”入院, CT 及 MRI 提示胸腔右侧纵隔旁脓肿形成, 行纵隔脓肿穿刺抽吸术, 引流液培养检出大肠

埃希菌, 予抗感染治疗后好转; 1 个月后复查 CT 提示肝内脓肿形成可能, 行肝脓肿穿刺引流术, 引流液培养检出大肠埃希菌, 予抗感染治疗后好转。D-TACE 后 4 个月患者“咯血”, CT 示右肺炎性病变, 肝内病灶边缘模糊, 考虑残余瘤组织; 行支气管动脉栓塞术+TACE 后止血。D-TACE 后 6 个月患者再因“咳嗽、胸闷、胸痛、气促半个月”入院, CT 提示胸腔右侧大量积液, 原肝右叶病灶坏死区少量积气, 未见肝内胆管扩张(图 1C); 行胸腔置管, 引流液为黄色浑浊液体, 胆红素 83.60 $\mu\text{mol/L}$, 胆道造影示胆肠吻合口通畅, 未见胆管胸腔瘘; 穿刺造影见肝脓肿紧贴右侧膈肌, 与胸腔右侧相通, 瘘口直径约 2 cm(图 1D); 诊断: 胆汁胸膜瘘。因患者心肺功能差、无法耐受手术, 尝试以组织胶及弹簧圈封堵瘘口, 但因瘘口过大而未成功, 遂于脓腔内留置引流管。半年后患者死于心肺功能衰竭。

讨论 胆汁胸膜瘘是罕见且严重的肝胆疾病并发症, 为胆道系统与胸膜腔之间出现病理性连通所致。本例 D-TACE 后肝