

• 个案报道 •

Heparin-induced thrombocytopenia after interventional therapy of deep venous thrombosis with pulmonary embolism: Case report

介入治疗下肢深静脉血栓合并肺栓塞后肝素诱导血小板减少 1 例

朱楠¹, 周春泽², 成德雷², 吕维富^{2*}

(1. 安徽省五河县人民医院影像科, 安徽 五河 233300;

2. 中国科学技术大学附属第一医院 安徽省立医院影像科, 安徽 合肥 230001)

[Key words] Thrombocytopenia; Heparin; Venous thrombosis; Interventional therapy

[关键词] 血小板减少; 肝素; 静脉血栓形成; 介入治疗

DOI: 10.13929/j.1672-8475.201803015

[中图分类号] R558.2; R619.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-8475(2018)12-0773-02

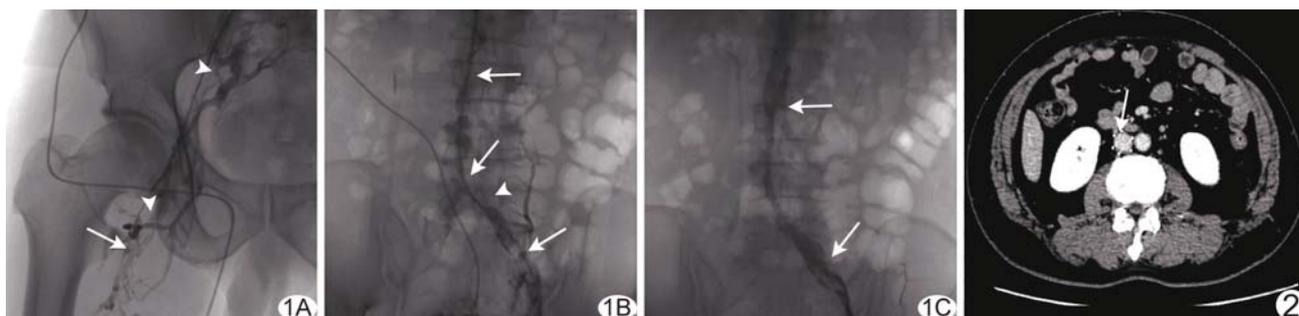


图 1 静脉造影图像 A. 血栓分布于右侧髂股静脉(箭), 并见侧支循环(箭头); B. 抗凝溶栓 4 天后下腔静脉滤器以下及左侧髂股静脉内大量血栓(箭), 左髂股静脉近端闭塞(箭头); C. 口服利伐沙班配合球囊扩张+溶栓后 4 天, 髂静脉、下腔静脉血栓部分清除而再通(箭)
图 2 增强 CT 图像 出院 2 个月下腔静脉通畅(箭)

患者男, 58 岁, 1 个月前因右下肢深静脉血栓(deep venous thrombosis, DVT)于当地医院接受患肢制动、肝素抗凝治疗 7 天后症状好转出院; 10 余天前因咳嗽、胸痛再次入当地医院诊治, CT 肺动脉造影示肺栓塞, 遂行下腔静脉滤器置入术+肺动脉置管溶栓术, 术后胸痛及咳嗽症状好转, 但右下肢肿胀加重, 以肝素抗凝溶栓 5 天后无缓解, 转入我院。查体: 右下肢增粗, 皮肤张力增高。实验室检查: 白细胞 $7.72 \times 10^9/L$, D-二聚体

20.76 mg/L, 纤维蛋白原 4.93 g/L, 血小板 $132.0 \times 10^9/L$ 。静脉造影示下腔静脉滤器以下腔静脉及右髂静脉、右下肢深静脉大范围血栓形成。经深静脉置管溶栓(尿激酶 30~80 万 IU/天)、低分子肝素钙(4 100 IU, 皮下注射次/12 h)抗凝等治疗 5 天后, 右下肢肿胀未缓解, 并出现左下肢肿胀, 血小板 $41 \times 10^9/L$, 抗心磷脂抗体、自身抗体等检查均为阴性, 抗血小板复合物抗体(+); 静脉造影示双下肢 DVT。考虑肝素诱导血小板减少症(heparin induced thrombocytopenia, HIT)。立即停用肝素, 改口服利伐沙班, 每 48 h 复查血常规及静脉造影, 血小板逐渐回升, 出院时血小板 $156 \times 10^9/L$, 下腔及髂静脉血流部分再通(图 1)。出院后口服华法林, 随访 2 个月血栓无复发(图 2), 血小板计数正常。

讨论 HIT 为免疫性疾病, 是肝素类药物的少见严重并发症, 一般发生于使用肝素后的 5~14 天, 若不及时诊治, 可继发致命性血栓或出血。诊断 HIT 依靠临床评估和 HIT 抗体检

[基金项目] 国家卫计委医学科研专项项目(w2015xr13)、安徽省科技攻关项目(1704a0802152)。

[第一作者] 朱楠(1985—), 男, 安徽蚌埠人, 硕士, 主治医师。

E-mail: 1057710133@qq.com

[通信作者] 吕维富, 中国科学技术大学附属第一医院 安徽省立医院影像科, 230001。E-mail: lwf99@126.com

[收稿日期] 2018-03-06 [修回日期] 2018-07-02

查。本例患者30天前有肝素接触史,入院后使用低分子肝素前血小板计数正常,无感染指征,未应用其他导致血小板急速减少的药物;治疗期间常规抗凝溶栓后症状未缓解,使用低分子肝素第5天,血小板下降至基础值50%以下,且造影发现血栓进展,4Ts评分系统评分为7分,高度怀疑HIT;停用肝素、改

用利伐沙班之后血小板逐渐恢复,症状改善,且抗心磷脂抗体、自身抗体等阴性,可排除其他可能引起血小板减少的疾病因素,抗血小板抗体(+),亦支持HIT的诊断。以肝素治疗DVT、肺栓塞等血管疾病时,当短期内接触肝素的患者血小板迅速下降时,应警惕HIT。

Oligoastrocytoma in fourth ventricle: Case report 第四脑室少突星形细胞瘤 1 例

赵 丽¹, 刘卓航¹, 张秀梅¹, 周华康²

(1. 吉林大学第一临床医院放射科, 2. 神经外科, 吉林 长春 130000)

[Key words] Oligoastrocytoma; Fourth ventricle

[关键词] 少突星形细胞瘤; 第四脑室

DOI: 10.13929/j.1672-8475.201805013

[中图分类号] R739.41; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1672-8475(2018)12-0774-01

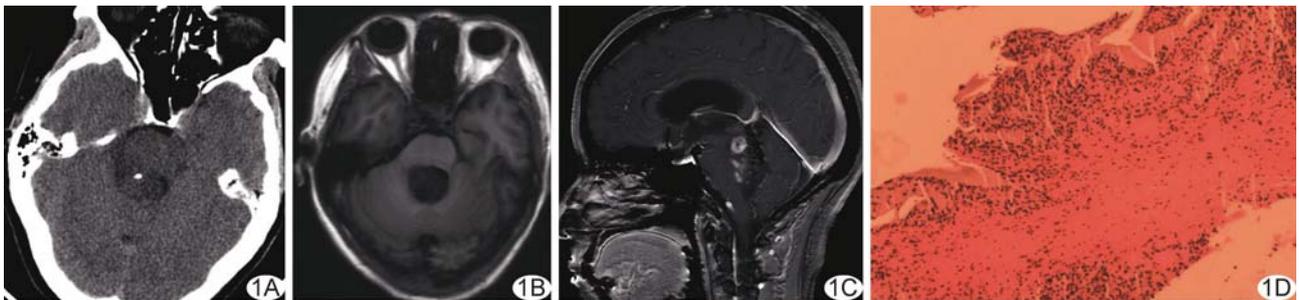


图1 第四脑室少突星形细胞瘤 A. CT平扫; B. 平扫MR T1WI; C. 增强MR T1WI; D. 病理图(HE, ×100)

患者女,48岁,无明显诱因进行性加重恶心、喷射性呕吐35天,呕吐物为胃内容物;实验室检查及神经系统检查均未见明显异常。CT:第四脑室内可见边缘较清楚、形态不规则的低及稍低密度肿块,约4.0 cm×3.5 cm×2.0 cm,密度略欠均匀,CT值约15~27 HU,病灶边缘可见结节样、颗粒状粗糙样钙化(图1A),肿块沿中脑导水管向上生长至右侧环池,中脑及脑干受压、变形,第四脑室、中脑导水管及四叠体池被肿块占据,双侧侧脑室扩张,侧脑室旁白质呈对称性密度减低。MR:第四脑室内病灶平扫T1WI呈低信号(图1B),内可见局灶性更低信号区;增强T1WI显示病灶周边呈环状强化,中心区域呈轻度强化或无强化(图1C)。影像学诊断:第四脑室脉络丛乳头状瘤或室管膜瘤可能性大。行颅内病灶切除术,术中见肿块呈淡红色,与第四脑室顶粘连紧密,与周围脑组织边界不清,质地较软,血供中等。术后病理:部分瘤细胞呈多角形、圆形,弥漫分布,

核浓染,胞浆红染;其他瘤细胞呈大圆形或多边形,蜂窝状、片块状排列(图1D)。免疫组化:Ki-67(阳性细胞约10%),GFAP(+),ligo-2(+),S-100(+),Nestin(+),Syn(+),Map2(+). 病理诊断:第四脑室少突星形细胞瘤。

讨论 少突星形细胞瘤是少突胶质细胞瘤的一种变异类型,为混合性肿瘤,既有少突胶质细胞成分,又有星形细胞成分,属WHO II级中枢神经系统肿瘤。本病好发于幕上脑皮质,常见于额叶,发生于第四脑室者罕见。少突星形细胞瘤最常见的临床症状为癫痫发作,发生率为80%,这可能与肿瘤浸润脑组织的部位和程度有关;其影像学表现也具有一定特点,CT常可见肿瘤边缘结节样、短粗状钙化,MR检查在定位病灶、识别肿瘤成分方面具有优势。本例增强T1WI病灶周边呈环状强化,表明肿瘤内含有部分实质成分,而病灶中心区域表现为轻度强化或无强化,提示可能含有囊变或钙质成分。少突星形细胞瘤与少突胶质细胞瘤术前鉴别诊断困难,发生于第四脑室内时更难以鉴别。少突星形细胞瘤可退变成多形性胶质母细胞瘤,但前者预后相对较好。

[第一作者] 赵丽(1991—),女,山东新泰人,在读硕士。

E-mail: 2402132819@qq.com

[收稿日期] 2018-05-15 [修回日期] 2018-10-14