

Effect of transjugular intrahepatic portosystemic shunt in treatment of hepatic sinusoidal obstruction syndrome induced by *Gymura segetum*

经颈静脉肝内门体静脉分流治疗土三七致肝窦阻塞综合征

李岩¹, 邹显志¹, 褚建国², 卜文哲¹, 郭青¹

(1. 烟台市奇山医院放射介入科, 山东 烟台 264001; 2. 空军特色医学中心放射介入科, 北京 100089)

[Keywords] liver; portosystemic shunt, transjugular intrahepatic; hepatic sinus obstruction syndrome; gymura segetum

[关键词] 肝; 门体分流术, 经颈静脉肝内; 肝窦阻塞综合征; 土三七

DOI: 10. 13929/j. issn. 1672-8475. 2021. 01. 014

[中图分类号] R657. 3; R815 [文献标识码] B [文章编号] 1672-8475(2021)01-0060-03

肝窦阻塞综合征 (hepatic sinus obstruction syndrome, HSOS) 是肝窦内皮细胞损伤致肝窦流出道阻塞所引起的肝内窦性门静脉高压。HSOS 发病原因在欧美国家主要为造血干细胞移植及移植术后大量使用化学治疗药物, 而国内主要为服用含有吡咯烷生物碱的中草药^[1], 尤以土三七最为常见。HSOS 起病急, 进展快, 严重影响患者生活质量, 如治疗不及时死亡率较高。本研究观察经颈静脉肝内门体静脉分流术 (transjugular intrahepatic portosystemic shunt, TIPS) 治疗 HSOS 的有效性及安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2017 年 1 月—2018 年 12 月 9 例 HSOS 患者, 男 5 例, 女 4 例, 年龄 15~69 岁, 平均 (51.3±19.7) 岁; 均有顽固性腹腔积液, 肝功能 Child 分级 B 级 2 例、C 级 7 例。纳入标准: 符合西雅图与巴尔的摩 HSOS 诊断标准; 有明确服用土三七病史, 服药时间 1~3 个月, 剂量 30~500 g; 服药期间体质量增加、腹胀伴腹痛; 腹部增强 CT 显示肝脏体积增大, 并见典型“花斑”样或“地图”样不均匀强化^[2]; 经内科对症治疗, 顽固性腹腔积液无明显吸收。

1.2 仪器与方法 采用 Philips FD-20 DSA 机为介入引导设备。术前行门静脉 CT 三维成像以及冠状位

及矢状位重建, 明确下腔静脉是否存在明显狭窄, 遇下腔静脉明显狭窄时, 首先植入支架恢复下腔静脉血流: 常规消毒右股部, 行局部麻醉, 经右股静脉置入 5F 静脉鞘, 采用 5F 猪尾巴导管行下腔静脉造影及测压; 明确狭窄段后, 以 ATLAS 球囊导管 (20 mm×40 mm) 进行扩张, 并植入三节“Z”型支架 (20 mm×75 mm, 北京安泰), 之后复查造影及测压; 术毕拔管, 术后 1 周行 TIPS 治疗。对下腔静脉无明显狭窄者直接行 TIPS。

TIPS 流程: 右颈部常规消毒、铺巾, 行局部麻醉后, 穿刺右颈内静脉, 引入 RUPS-100 穿刺套装至肝后段下腔静脉; 如下腔静脉已植入“Z”型支架, 经支架菱形区域间隙穿刺门静脉左支, 对无支架者经肝后段下腔静脉穿刺门静脉左支。穿刺成功后, 采用 Cook Advance 8 mm×60 mm 球囊导管扩张穿刺道, 建立门—体静脉通道, 并于其内植入 Lifestene 裸支架叠加 Fluency 覆膜支架 (支撑下腔静脉“Z”型支架) 或单纯 Lifestene 裸支架衬层, 保证覆膜支架植入肝实质内但不突入血管中。

1.3 相关指标观察 术前及术后测量门静脉压力。术后给予保肝、利尿等对症治疗, 观察临床症状、腹腔积液吸收情况; 术后予以常规口服氯吡格雷 (75 mg/d)。术后 6 个月复查肝功能及肝脏增强 CT。

[第一作者] 李岩 (1982—), 男, 山东烟台人, 硕士, 主治医师。研究方向: 肝脏介入。E-mail: 18660070878@163.com

[收稿日期] 2020-06-02 [修回日期] 2020-11-10

2 结果

9 例治疗均成功(图 1)。2 例下腔静脉狭窄明显,于 TIPS 术前 1 周植入 1 枚“Z”型支架;7 例下腔静脉未见明显狭窄,直接行 TIPS。术中均未发生手术相关并发症。术后患者腹胀症状显著改善,未出现手术相关并发症。

9 例 TIPS 术中共植入 23 枚裸支架、2 枚覆膜支架,7 例植入 3 枚、2 例植入 2 枚支架;共使用 11 条球囊导管,7 例 1 条、2 例 2 条。门静脉压力由术前(39.30 ± 4.90) cmH_2O 降为术后(26.10 ± 2.60) cmH_2O 。

术后 6 个月患者均未出现腹胀等症状,肝功能均恢复至 Child A 级。肝脏增强 CT 示肝脏强化均匀,其中 5 例支架完全闭塞,4 例支架大部闭塞、仅少许血流通过。

3 讨论

服用中草药导致肝脏损害相对常见,尤其是误服土三七导致的 HSOS,起病急、进展快,可致严重肝衰竭、顽固性腹腔积液等并发症,死亡率较高。目前治疗 HSOS 的方法有限,主要包括给予保肝、降黄、抗凝等对症治疗,效果欠佳;且此病误诊率较高,易延误治疗时机。探索行之有效的治疗 HSOS 方法已成为临床迫切需要。

服用土三七导致 HSOS 发生的肝脏损害取决于摄入土三七总量和肝脏对毒性物质的敏感性。文献^[3]报道,肝移植是治疗重症 HSOS 的最终方案,但创伤大、费用高,使其临床应用受限。TIPS 可在门静脉与下腔静脉之间的肝实质内建立分流道,以微创方式降低门静脉压力,使闭塞的肝窦在短时间内重新开放。TIPS 治疗后,门静脉压力可迅速下降甚至恢复正常,患者腹胀程度明显缓解,生活质量显著改善,并减低肝性脑病及肝肾综合征的发生率。

本组 9 例 HSOS 患者经 TIPS 成功治疗,其共同点是服用土三七时间较短、服用量不高,且治疗及时。对于反复腹腔积液未获明确诊断、且治疗不及时的

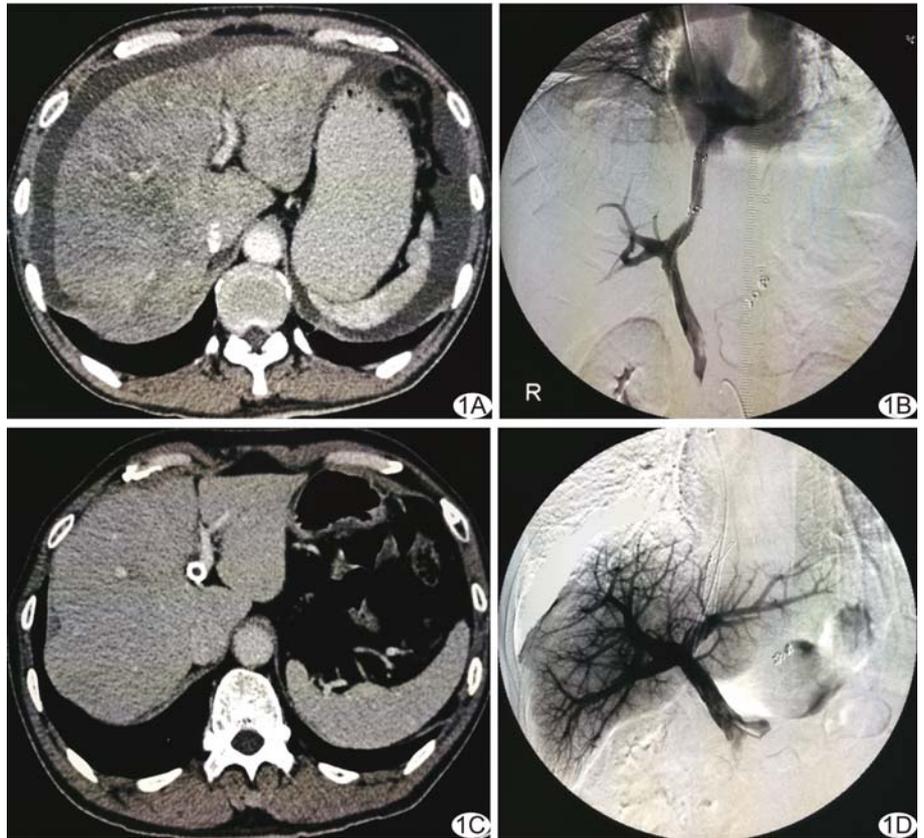


图 1 患者男,42 岁,HSOS,服用土三七后 2 个月,接受 TIPS A. 术前增强 CT 图像示肝内不均匀“地图”样强化,腹腔积液;B. 术中植入门-体静脉支架后造影显示支架通畅;C. 术后 6 个月复查增强 CT,肝内强化均匀,腹腔积液消失;D. 术后 6 个月复查门静脉造影,肝内属支形态自然,门-体静脉支架闭塞

HSOS 患者,TIPS 治疗后症状缓解、肝功能恢复相对缓慢,且部分患者肝内出现多发再生结节,与肿瘤鉴别困难。与常见的较宽的肝炎后肝硬化门静脉不同,HSOS 患者的门静脉常较为纤细^[4]。通常认为门静脉增宽时其压力升高,而本组 HSOS 患者门静脉虽纤细,但 TIPS 术中测得门静脉压力均较高,分析原因,可能与 HSOS 发病急、病情进展快,门静脉无法在短时间内实现代偿性增宽,且受淤血肿大的肝脏挤压,导致压力较高。

本组 9 例 HSOS 患者术后 6 个月内均未出现腹胀等症状,复查肝功能均恢复至 Child A 级,肝脏增强 CT 示肝脏强化均匀;5 例支架完全闭塞,4 例支架大部闭塞、其内仅有少许血流通过,提示随着门静脉压力降低,肝窦重新开放,门静脉恢复向肝血流,血流重新经肝窦至肝静脉,使支架血流逐渐减少,且随时间延长而狭窄直至闭塞。

上述结果表明,TIPS 治疗 HSOS 安全有效,正确诊断并及早行 TIPS 治疗可改善患者预后。

[参考文献]

[1] 任晓非, 诸葛宇征, 陈世耀, 等. 土三七相关肝窦阻塞综合征的全
国多中心临床调研分析[J]. 中华消化杂志, 2017, 37(8): 523-527.

[2] 俞傲, 吕维富, 周春泽, 等. 肝窦阻塞综合征 CT 和 MRI 表现[J].

中国介入影像与治疗学, 2020, 17(4): 220-223.

[3] 彭俏, 贺德志, 李建生. 肝小静脉闭塞病的临床现状及研究进展
[J]. 世界华人消化杂志, 2012, 20(12): 1030-1035.

[4] LUO S H, CHU J G, HUANG H, et al. Effect of initial stent
position on patency of transjugular intrahepatic portosystemic
shunt[J]. World J Gastroenterol, 2017, 23(26): 4779-4787.

Giant adrenal cavernous hemangioma: Case report

肾上腺巨大海绵状血管瘤 1 例

李 安, 王敬忠, 吴永娟, 施 平

(湖北文理学院附属医院 襄阳市中心医院放射影像科, 湖北 襄阳 441021)

[Keywords] adrenal gland neoplasms; hemangioma, cavernous; tomography, X-ray computed

[关键词] 肾上腺肿瘤; 血管瘤, 海绵状; 体层摄影术, X 线计算机

DOI: 10.13929/j.issn.1672-8475.2021.01.015

[中图分类号] R736.6; R814.42 [文献标识码] B [文章编号] 1672-8475(2021)01-0062-01

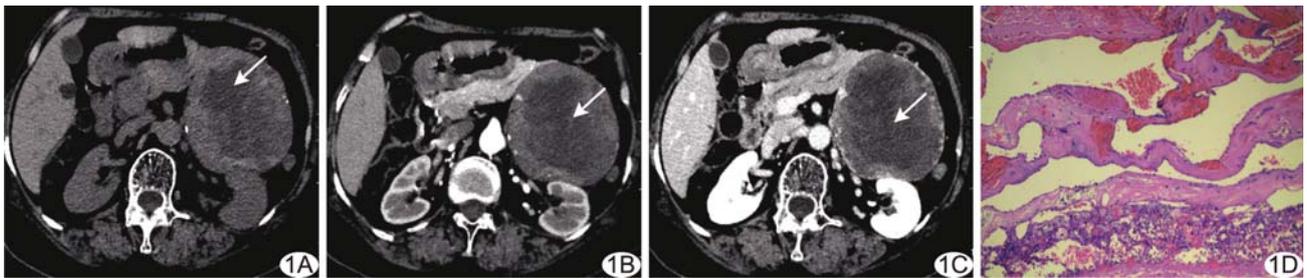


图 1 左肾上腺海绵状血管瘤 A~C. CT 平扫(A), 动脉期(B)及延迟期(C)增强 CT, 箭头示病灶; D. 病理图(HE, ×40)

患者女, 70 岁, 因“左上腹间断疼痛 1 个月”入院; 既往高血压病史十余年, 控制良好。查体及实验室检查均未见明显异常。CT 平扫示左侧腹膜后 13.8 cm×10.5 cm×8.7 cm 团块状混杂密度影, 边界清, 密度不均, 边缘散在斑点状钙化灶(图 1A), 增强后病灶不均匀强化, 外周见多发结节状高强化灶(图 1B、1C), 左肾上腺下缘与病灶分界不清; 诊断: 腹膜后巨大占位, 考虑肾上腺来源良性病变。1 周后于全身麻醉状态下行腹膜后肿瘤切除术。术后病理: 镜下见不规则血窦及少量肾上腺组织, 并见坏死、机化、血栓形成(图 1D)。免疫组织化学: CK18(-), CgA(-), Syn(-), CD56(-), Vim(+), S-100(-), Melan-A(-), Ki-67(-)。病理诊断: (左肾上腺)海绵状血管瘤。

讨论 肾上腺血管瘤是罕见的良性无功能肿瘤, 多单侧发病, 发病机制尚未明确, 男女比例约 1:2, 50~70 岁为发病高峰。多数患者无明显临床症状, 肿瘤体积增大可出现相应压迫

症状如腰腹部疼痛及腹胀等。海绵状血管瘤是本病最常见病理类型, CT 平扫主要表现为轮廓清晰的实性低密度肿块, 可散在钙化; 增强扫描动脉期常表现为周围斑点状、结节状明显强化, 静脉期及延迟期对比剂逐渐向病灶中央充填并呈均匀强化, 出血及坏死区域无强化。本例肿瘤内见散在钙化, 增强后周围结节状强化, 较少向中央填充, 可能因肿瘤体积巨大, 且肾上腺血管瘤较肝血管瘤内部更易出现坏死及纤维化, 致延迟期对比剂不能完全充盈。鉴别诊断: ①肾上腺无功能皮质腺瘤, 肿瘤边界清, 包膜完整, 增强 CT 动脉期快速强化, 静脉期迅速廓清, 因富含脂质成分, 反相位 MRI 信号强度明显下降; ②肾上腺皮质癌, 肿块内可见陈旧性出血、坏死所致不规则低密度区, 增强 CT 肿块不规则强化, 低密度区无强化, 可见下腔静脉受累、淋巴结及其他脏器转移; ③肾上腺嗜铬细胞瘤, 20~40 岁为发病高峰, 典型临床表现为阵发性高血压, 肿块因易出血、坏死、囊变而密度不均匀, 增强后明显强化, 坏死、囊变区无强化。

[第一作者] 李安(1991—), 男, 湖北十堰人, 硕士, 医师。E-mail: 805546540@qq.com

[收稿日期] 2020-06-25 [修回日期] 2020-10-28