· 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

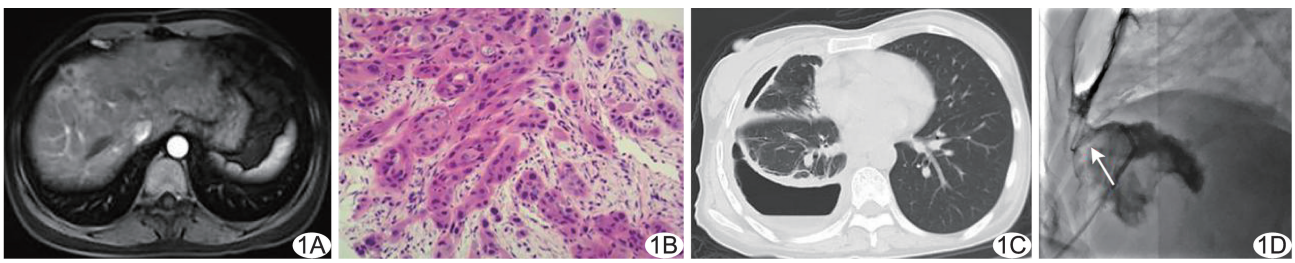


图 1　D-TACE 治疗胆管细胞癌后并发严重胆汁胸腔瘘　A. D-TACE 前腹部 MRI；B. D-TACE 前活检病理图（HE，×100）；C. D-TACE 后 4 个月复查腹部 CT 图；D. D-TACE 后 6 个月胆道 DSA 图，箭示对比剂自脓腔流入胸腔

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 天始持续发热，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 μmol/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

[第一作者]　柴杰（1995—），男，安徽淮南人，在读硕士，医师。E-mail：cj33824@126.com

[收稿日期]　2021-11-30　　[修回日期]　2022-03-24