

恶性葡萄胎超选择性髂内动脉造影化疗栓塞的初步研究

安徽省马鞍山市人民医院放射科* 潘少辉 叶世培

三年来我们运用超选择性髂内动脉插管对 7 例恶性葡萄胎(下称恶葡)进行 15 次造影、化疗和栓塞。

资料和方法

7 例患者,年龄 21~33 岁,均有停经后不规则阴道流血史,清宫见葡萄胎组织和血块,血清绒毛膜促性腺激素(HCG)持续升高。7 例均进行了 B 超、髂内动脉造影和胸片检查,1 例还经手术证实。临床分期 7 例中 I 期 4 例,II 期 2 例,III 期 1 例。1 例动脉化疗前行 2 疗程静脉化疗,1 例动脉化疗间静脉化疗 10 天,余均未行静脉化疗。

采用 Seldinger 技术,股动脉穿刺插管,腹主动脉或髂内动脉选择性造影显示盆腔病变后两侧髂内动脉用 5-Fu,MMC,DDP 联合化疗。最后用明胶海绵粉和条作子宫、阴道、阴阜内动脉超选择性插管栓塞。7 例动脉化疗 15 次,5 例栓塞 6 次。

诊疗结果

动脉造影征象主要表现为:子宫壁病灶呈结节状血窦、片状坏死区和卷发样低密度影(图 1,2);动静脉瘘(图 3);以及肿瘤血管、转移病灶、侧枝循环,卵巢动静脉的增粗扭曲等。我们认为子宫壁病灶是葡萄胎肌层侵犯的特征,出现率高,可确定诊断,是鉴别良恶性葡萄胎的主要征象,具有特征性。

超选择性动脉化疗栓塞,可迅速控制阴道流血,尤其是对阴道转移结节出血疗效更显著。B 超、血管造影随访子宫壁肿瘤病灶及盆腔转移病灶经 1~2 次治疗后均有缩小或消失。肺转移 1 例,1 次化疗栓塞后 18 天见吸收,65 天两肺病灶全部消失。临床随访观察 7 例中仅 1 例复发,余 6 例均已随访 18 月以上未见复发。其中 1 例正常受孕分娩,另有 1 例现已受孕 5 月,正做产前观察。

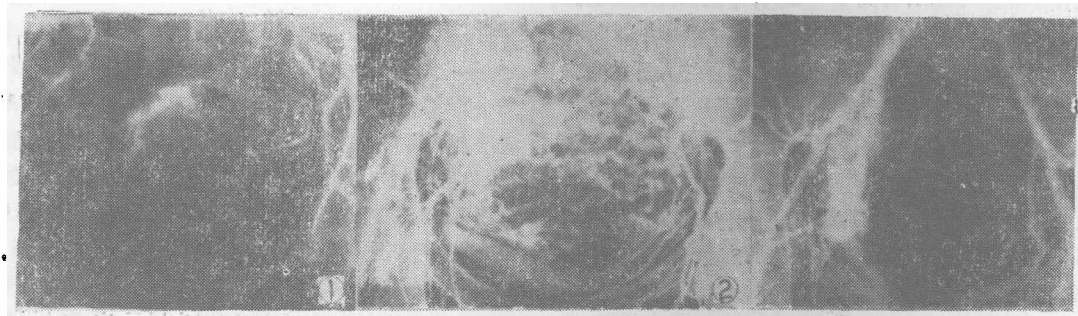


图 1: 子宫右侧壁病灶呈结节状血窦。

图 2: 宫体明显增大,宫壁病灶呈大片卷发状染色,内有低密度坏死区。

图 3: 动脉期显示右侧髂内静脉早期显影,有明显的髂内动静脉瘘。

讨论

一、动脉造影诊断价值

文献报道盆腔动脉造影可发现葡萄胎组织肌层侵犯征象^[1]。本组 7 例髂内动脉造影均见子宫壁病灶,和文献报道一致。其中 2 例虽子宫壁病灶较小,但见有肯定的 AVM 和转移病灶,所以应作恶性葡萄胎诊断。我们认为清宫不能肯定肌层病灶的存在,诊断价值不大。B 超有时亦难以确切地反映这种破坏性病变程度和范围,尤其是小病灶容易遗漏。子宫碘油造影如子宫

肌层病灶不与子宫腔相通或向浆膜外蔓延时,均可呈假阴性^[2,3]。故可将动脉血管造影视为恶性葡萄胎诊断的重要方法之一。良性葡萄胎在恶变判断困难时,动脉造影却能显示子宫壁小病灶和 AVM。动脉造影对良恶性葡萄胎的鉴别和临床治疗有十分重要的意义。

二、动脉化疗栓塞的疗效分析

恶性葡萄胎动脉化疗栓塞的机理主要是局部化疗药物浓度高,细胞周期特异性与非周期特异性药物联合应用,可在不同环节上干扰肿瘤细胞的分裂,对子宫动

(下转第 22 页)

* 邮政编码 243000

择上具有互补性。

二、PLD 进针路线

选择适当的穿刺点和最佳的进针路线是 PLD 的关键步骤。我们通常从患侧进针,在病变椎间盘中心平面上选择皮肤穿刺点和椎间盘穿刺点,两点间的连线即为进针路线。如以椎体后缘为标准,其前方 1cm 处为椎间盘穿刺点,该点固定不变;其后方 1cm 处为皮肤穿刺点。该点必要时可以改变,此时进针路线为常规进针路线,它与椎间隙成角(进针角)约正 10 度。针尖进入椎间盘后,与椎间隙大致平行,容易抽吸切割出两侧后部髓核,且切除髓核量也较多,减压效果明显。特别对那些双侧均有症状的病人,一次穿刺可同时解决双侧问题,可避免对侧再穿刺。在 L₄₋₅ 椎间盘穿刺中,有一半可采取上述常规进针路线,另一半由于髂骨翼高出 L₄₋₅ 椎间盘平面挡住进针路线,而不得不将皮肤穿刺点向后移以躲过髂骨翼最高点,同时增大进针角度,甚至可达 45° 左右。此时穿刺针主要在腰大肌内行进,较为安全,只不过髓核切割量相对少些,尤其是对侧。如将皮肤穿刺点前移,减少进针角甚至成负角时,穿刺针通过腹腔损伤脏器特别是结肠的机率大大地增加了,所以我们通常采用皮肤穿刺点后移的办法解决髂骨翼过高的问题。我们发现,70%(11/16)的男性患者髂骨翼高出 L₄₋₅ 椎间盘,而 80%(8/10)的女

性患者髂骨翼低于 L₄₋₅ 椎间盘。

三、PLD 的术后处理:

30 例住院治疗的患者中,27 例出现术后腰疼,占 90%。仅少数腰疼较重,需给止痛药。这可能由于术后椎间盘水肿或穿刺局部少量出血所致。随着腰疼的消失,临床体征也随之减轻或消失。但有 1 例患者行 L₄₋₅ 椎间盘 PLD 后 16 天出现剧烈腰腿疼,持续不减轻。经 CT 复查发现突出的椎间盘无明显回缩,故行二次 PLD 治疗,术后症状明显好转,估计为 L₄₋₅ 椎间盘 PLD 术后复发。除了腰疼外,PLD 无严重的并发症出现^[3,6]。

总之,PLD 作为一种治疗腰椎间盘突出症的新疗法,适用于保守疗法无效的一部分病人,且疗效显著,无严重并发症。

参 考 文 献

- 1 Onik G, et al. Percutaneous lumbar diskectomy using a new aspiration probe. AJR 1985; 144:1137.
- 2 Onik G, et al. Automated Percutaneous diskectomy: initial patient experience. Radiology 1987; 162:129.
- 3 周义成,等. 经皮穿刺切割椎间盘治疗腰间盘脱出症. 临床放射学杂志 1991;3:144.
- 4 陈桂生,等. 骨科手术学. 第 1 版北京人民卫生出版社, 1982:1097.
- 5 杨广夫,等. 磁共振诊断学. 第 1 版,西安:陕西科技出版社, 1991:130.
- 6 孙 钢,等. 自控式经皮穿刺椎间盘抽吸仪及临床应用. 中华放射学杂志 1992;26:367.

(上接第 47 页)

脉用明胶海绵条和粉双重栓塞主干和末梢血管以阻断肿瘤血供。动脉化疗栓塞使肺部转移病灶吸收尚未见文献报道,其机理推测与恶性葡萄胎原发病灶得以有效治疗,肿瘤细胞失活或死亡,机体免疫抑制解除及化疗药物随静脉途经达肺部有关。

三、动脉化疗栓塞与生育

本组 1 例动脉化疗栓塞后 22 月月经尚未来潮,考虑可能是该病例病变范围广,子宫内层破坏程度深所致,以及是否因化疗药物抑制了卵巢功能或栓塞后子宫内层基底缺血坏死较严重有关。宋鸿钊^[4]认为化学药物治疗恶性葡萄胎可保留生育能力,废胎率、畸胎率并

不明显增加。本组有二例正常受孕其中 1 例已分娩,即证上述结论。

参 考 文 献

- 1 中国医学科学院首都医院妇产科. 滋养细胞肿瘤的诊治和预防. 第 1 版北京:人民卫生出版社, 1981:115.
- 2 高永良主编. 妇科恶性肿瘤. 第 1 版 杭州:浙江科技出版社, 1985:112.
- 3 杨秀玉,宋鸿钊,王元萼,等. 子宫碘油造影对绒毛膜癌的诊治价值. 中华妇产科杂志 1990;9:23.
- 4 宋鸿钊,董淑瑛,杨秀玉,等. 恶性滋养细胞肿瘤病人化疗治愈后再妊娠结果的长期观察. 中华妇产科杂志 1987; 6:339.