

## 脾脏恶性肿瘤介入治疗二例

陈 虎 周 健 杨德琪

脾脏原发恶性肿瘤很少见,作者诊治 2 例,经病理证实,并作动脉插管化疗,报告如下。

例 1 男 52 岁。患者左上腹持续性隐痛不适伴消瘦 2 个月。体检:一般情况尚好,全身浅表淋巴结未及,心肺听诊正常。腹平软,左上腹经度压痛,肝脾未及。B 超检查揭示“脾脏实质性占位病变”。外科剖腹探查见:脾脏增大,质硬,固定。因与周围组织广泛粘连而无法切除,取少量脾组织后关腹。病理报告:脾脏恶性淋巴瘤。术后第 8 天转本科插管化疗,术中脾动脉造影显示脾脏中度增大,部分脾动脉有浸润,脾内血管移位明显,可见病理血管存在,肿块基本无染色。采用 CHOP-PDD 方案,经 2 个疗程动脉插管化疗,肿块明显缩小,自觉症状完全消失(见图 1,2)。术后 B 超复查脾脏内  $8 \times 6\text{cm}$  肿块缩小至  $4 \times 2\text{cm}$ ;另一  $4 \times 3\text{cm}$  肿块则基本消失。再经 1 年半静脉化疗后,B 超复查脾脏肿块已消失,追踪 4 年无复发。

例 2 女,39 岁。患者左上腹疼痛不适伴纳差 3 个月。查体:一般情况尚好,全身浅表淋巴结未及,心肺听诊正常。腹软,左季肋部略饱满,脾肋下 4cm,质硬,有轻度叩压痛,肝未及。CT 检查:脾脏增大,其内可见  $10 \times 8\text{cm}$  不均质低密度区,不强化,肝胰正常,诊断:脾脏恶性肿瘤。血管造影:脾脏巨大,脾动脉干及主分支明显受压右移,脾内血管呈抱球状改变,脾脏上部见一  $10 \times 7\text{cm}$  多血管区。其间可见不规则病理血管伴轻度染色(见图 3,4)。采用 CHOP-PDD 方案作脾动脉化疗并栓塞。一周后手术见:脾脏增大,肿瘤约  $14 \times 10 \times 8\text{cm}$  大小,色白,质硬,表面不规则。脾实质,脾胃韧带和脾结肠韧带等见化疗后反应,有明显水肿,萎缩等改变,作全脾切除。病理报告:脾脏恶性网织细胞肉瘤。

脾脏原发恶性肿瘤。主要症状为左上腹疼

痛和进行性脾脏肿大。临床表现缺乏特征,易被忽视。CT 和 B 超检查对本病诊断有价值,脾动脉造影对诊断脾脏占位有较高的准确性,而确诊则有赖于病理检查。

本组 2 例患者临床属 III 期。手术切除治愈率也不高,故常以化学治疗为主。笔者采用 CHOP-PDD 方案,经导管在脾动脉内一次缓慢注入 CT  $\times 800\text{mg}$ , EADR60mg, VCR2mg, PDD60mg,再口服 PDN5 天( $80\text{mg/d}$ )为一个疗程。例 1,手术不能切除,经 2 个疗程的脾动脉插管化疗,再继续经 1 年半的静脉化疗,患者肿块和症状消失,获完全缓解。例 2 患者脾动脉插管化疗后切除脾脏,再结合静脉化疗,获部份缓解。患者化疗后反应较轻,有利于恢复和下一个疗程的进行。

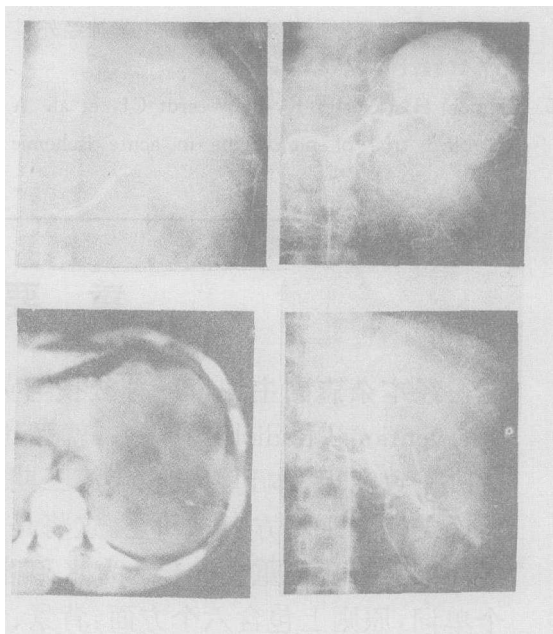


图 1.2. (上)示动脉插管化疗前后脾内肿块明显缩小  
图 3.4. (下)CT 和血管造影显示脾内占位

作者单位: 310006 杭州市第一医院放射科