

· 病例报告 ·

甲状腺癌多发骨转移的综合介入治疗一例

袁敏 杨继金 杨朝爱 田建明 张火俊

患者女 46 岁,因右下肢跛行 10 个月余,加重伴右髂腰部疼痛 1 个月于 2001 年 2 月就诊我院,门诊 X 线检查提示右侧髂骨恶性肿瘤,转移瘤可能大。入院检查浅表淋巴结未触及肿大,右甲状腺下叶可扪及一约 3.0cm×3.0cm 大小肿块,质硬,活动度差,边界尚清。右侧髂部巨大肿块,约 20.0cm×18.0cm,质硬,局部皮肤温度不高,轻压痛。X 线、CT 及 MRI 均提示右髂骨、第 4 腰椎椎体右后方及右椎弓根溶骨性破坏,伴较大软组织肿块(图 1),考虑转移瘤。CT 引导下髂骨转移瘤软组织肿块活检病理提示转移性腺癌,免疫组化 Tg(+),NSE(±)。结论:右髂骨转移瘤,来源于甲状腺滤泡样癌可能性大。B 超右甲状腺下部 2.5cm×2.5cm×2.4cm 非均质性肿块。放射性核素扫描提示甲状腺右叶冷结节。血清 TT3、TT4、TSH、FT3、FT4 均正常。先后在我院住院治疗 4 次,先行静脉化疗 1 个疗程,方案为表阿霉素

60mg,顺铂 80mg 静滴 1 次/周×4 周,肿块明显缩小,甲状腺肿块直径缩小至 2.0cm,右髂骨病灶缩小至 10.0cm 左右,1 个月先后共行 CT 及 B 超引导下甲状腺肿块经皮穿刺无水酒精注射(PEI)5 次,每次注射酒精 2~4ml 不等;CT 引导下髂骨、第 4 腰椎椎体附件转移瘤软组织肿块 PEI 共 9 次,每次注射酒精总量 15~40ml;此后行右髂骨转移瘤动脉插管化疗栓塞(TACE)2 次,造影见肿瘤以增粗的右臀上动脉供血为主(图 2),对供血动脉进行化疗栓塞,用药分别为表阿霉素 60mg、顺铂 80mg、博莱霉素 8mg、碘油 20ml、明胶海绵及丝裂霉素 20mg、5-氟尿嘧啶 1000mg、博莱霉素 16mg、碘油 20ml。经上述治疗,目前患者甲状腺肿瘤直径缩小至约 1.0cm,右髂骨转移瘤软组织肿块明显萎缩(图 3),右髂腰部疼痛和右下肢跛行症状明显缓解。



图 1 X 线平片右髂骨溶骨性破坏,伴较大软组织肿块,考虑转移瘤

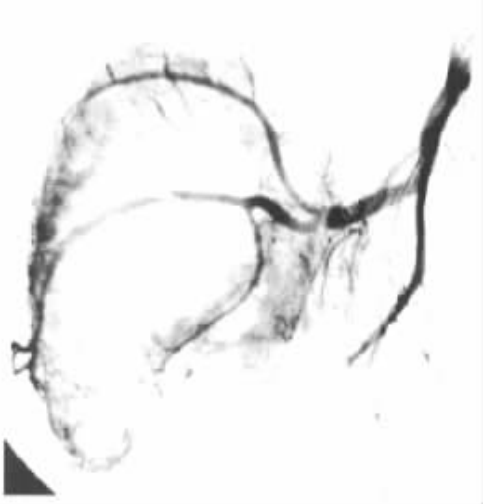


图 2 CT 引导下因甲状腺肿块 PEI



图 3 治疗前后右髂管转移瘤软组织肿块明显萎缩

讨论 甲状腺癌较易发生骨转移,骨转移好发于中轴骨和扁骨,以溶骨性破坏多见<sup>[1]</sup>,甲状腺癌最常以颈部肿块起病而就诊,本例患者虽然甲状腺也出现肿块,但由于相对较小而未发现,而以右髂骨巨大肿块引起局部疼痛及右下肢跛行为首发症状而来院就诊,相对少见。甲状腺癌以手术切除为首选治疗方法,而对放化疗不甚敏感<sup>[2]</sup>。放射性碘治疗只有在切除全部甲状腺后才可对远处转移病灶起到治疗效果<sup>[3]</sup>。考虑到本例患者有多处骨转移,且右髂骨软组织肿块巨大,局部治疗效果欠佳,故而首先参照头颈部肿瘤化疗方案设计了静脉化疗方案,近期效果明显,但不良反应较大。待肿瘤缩小到一定程度后,采取了局部 PEI 和 TACE 治疗。对于 PEI 治疗甲状腺良性结节国内外已有较多报道<sup>[4-6]</sup>,受肝癌无水酒精消融治疗的启发,我们对甲状腺癌肿、腰椎及右髂骨转移病灶均进行了 PEI(甲状腺癌肿内注射无水酒精 2~4ml,腰椎转移灶内注射 4~7ml,髂骨转移灶内注射 20~30ml)结果原发灶效果最明显,PEI 术后第 2 天即明显萎缩,腰椎转移瘤次之,而髂骨转移瘤因中央液化坏死区较大,酒精进入坏死区,效果欠佳。故我们又间断行两次髂内动脉 TACE 术,并利用博莱霉素的祛血管作用,将其粉剂加入

碘化油中进行肿瘤栓塞,联合其他化疗药物进行动脉内化疗灌注,再用明胶海绵栓塞供血动脉,取得了极为明显的效果,目前患者已健康生存 2 年。这种综合的介入治疗值得推广应用。需要注意的是,博莱(平阳)霉素的祛血管作用可引起非靶脏器的损伤,所以超选择性插管非常重要。

## 参 考 文 献

- 1 韦湘.甲状腺癌骨转移临床 X 线分析(附 28 例报告).广西医学杂志,2002,24:876.
- 2 冯懿正.甲状腺癌的诊断和治疗进展.中国实用外科杂志,1995,15:104-107.
- 3 吴阶平,裘法祖,主编.黄家驷外科学.第 5 版.北京:人民卫生出版社,1994:883.
- 4 Paracchi A, Ferrari C, Livraghi T, et al. Percutaneous intranodular ethanol injection: a new treatment for autonomous thyroid adenoma. J Endocrinol Invest, 1992, 15: 353-362.
- 5 姜玉新,常欣,杨志英,等.超声监视下无水酒精治疗甲状腺结节的临床研究.中华物理医学杂志,1996,18:147-149.
- 6 郑加生,赵霞,崔雄伟,等.CT 导引经皮注射无水乙醇治疗甲状腺腺瘤.中华放射学杂志,2001,35:776-778.

(收稿日期 2003-01-29)

## · 病例报告 ·

### 血管内医源性异物三例

郭金和 滕皋军 何仕诚 邓钢 朱光宇 方文

心脏大血管医源性异物虽属罕见,但近年来随着导管介入性诊疗术的开展,所用的各类导管、导丝及其他特殊器械在入血管内断裂的事件时有发生,处理不当会引起严重后果。作者从事介入放射工作 12 年间,已遇到 3 例血管内导丝、导管折断患者并成功地取出了异物。

病例 1 男性 40 岁。因原发性肝癌而经右侧股动脉 Seldinger 法行肝动脉栓塞术,在作肝右动脉选择性插管时白泥鳅导丝前端嵌入肝动脉并断裂,长度达 15cm。尾端挂在腹主动脉内,撤出断裂的导丝及肝动脉管经导管鞘插入鹅颈式抓捕套圈(环直径 15mm, BARD 公司生产),于断裂导丝所在的腹主动脉部位伸出鹅颈头,套住断裂导丝,收紧鹅颈,慢慢回撤抓捕器,连同导管鞘撤出体外,穿刺点压迫、止血、包扎,结束手术。

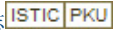
病例 2 男性 51 岁。因原发性肝癌而行肝动脉栓塞术,经右侧股动脉 Seldinger 插管,经导管鞘置入新的 RH 肝管,主动脉弓成形。当导管头挂住腹腔动脉口部并拟下拉右旋时,导管前端突然断裂,断裂导管长约 2.5cm 并随血流漂至右侧髂内外动脉开口处。为防止撤出肝管引起断裂导管进一部随血流向股动脉漂移,作者选择左侧股动脉穿刺,置

入 7F 导管鞘,经鞘插入鹅颈抓捕器导管,并用导丝导引将抓捕器导管置于右侧髂动脉开口处,然后插入抓捕器内芯(直径 10mm, BARD 公司生产)。调整抓捕器位置,于断裂导管远端伸出鹅颈,回拉套住断裂导管,收紧回撤抓捕器套装,并撤出体外。在整个抓捕过程中,让助手加压右股动脉以防断裂导管漂移至右下肢血管。取出断裂导管后,重新经左侧股动脉置入 RH 肝管,顺利完成肝动脉栓塞术。

病例 3 男性 67 岁。因消化道大出血而行腹部血管造影。经右侧股动脉 Seldinger 法穿刺,置入导管鞘,经鞘置入 RH 导管时,术者自觉有阻力,透视发现导管前端于髂外动脉,导管鞘前端约 5cm 处打褶,回撤导管时即发现导管前端断裂脱落,长约 2.5cm 并随血流向股动脉漂移。于导管鞘前端的下方 2cm 处停住。作者拟经左侧股动脉入路取出断裂的导管,但发现左侧股动脉无搏动,而经右侧导管鞘插管行对侧股动脉造影证实右股动脉几乎闭塞。我们试着下移右侧导管鞘,发现断裂导管并未随之下移。当导管鞘移至断裂导管下方时,插入取异物网篮(Cordis, 强生公司生产),于断裂导管远端伸展网篮并旋转之,待抓到断裂导管后,收紧网篮,撤出网篮到体外。

(收稿日期 2002-12-08)

# 甲状腺癌多发骨转移的综合介入治疗一例

作者: 袁敏, 杨继金, 杨朝爱, 田建明, 张火俊  
作者单位: 200433, 上海, 第二军医大学长海医院放射科  
刊名: 介入放射学杂志   
英文刊名: JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY  
年, 卷(期): 2003, 12(2)  
被引用次数: 0次

## 参考文献(6条)

1. 韦湘 甲状腺癌骨转移临床X线分析(附28例报告)[期刊论文]-广西医学 2002(06)
2. 冯懿正 甲状腺癌的诊断和治疗进展 1995(02)
3. 吴阶平, 裘法祖 黄家驷外科学 1994
4. Paracchi A, Ferrari C, Livraghi T Percutaneous intranodular ethanol injection: a new treatment for autonomous thyroid adenoma 1992
5. 姜玉新, 常欣, 杨志英 超声监视下无水酒精治疗甲状腺结节的临床研究 1996(03)
6. 郑加生, 赵霞, 崔雄伟 CT导引经皮注射无水乙醇治疗甲状腺腺瘤[期刊论文]-中华放射学杂志 2001(10)

本文链接: [http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_jrfsxzz200302035.aspx](http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200302035.aspx)

授权使用: 西安交通大学(xajtdx), 授权号: 32c9ee63-4b3f-4eda-ad77-9e4100d44bcc

下载时间: 2010年12月3日