

3027 - 3030.

[10] 王 皓, 王俊杰, 袁慧书, 等. 放射性 ¹²⁵I 粒子植入治疗椎体及椎旁肿瘤[J]. 现代肿瘤医学, 2010, 18: 146 - 148.

[11] Hulme PA, Krebs J, Ferguson SJ, et al. Vertebroplasty and

kyphoplasty: a systematic review of 69 clinical studies[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2006, 31: 1983 - 2001.

(收稿日期:2013-07-02)

(本文编辑:俞瑞纲)

•病例报告 Case report•

介入栓塞宫颈癌出血伴异位卵巢动脉供血并左髂内动脉缺如一例

吴普照, 张跃伟, 赵广生, 刘 影

【关键词】 介入; 化疗栓塞; 宫颈癌; 出血; 血管变异

中图分类号:R737.33 文献标志码:D 文章编号:1008-794X(2014)-03-0230-02

Interventional embolization for the treatment of hemorrhage due to cervical cancers associated with ectopic ovarian arterial blood supply and absence of left internal iliac artery: report of one case WU

Pu-zhao, ZHANG Yue-wei, ZHAO Guang-sheng, LIU Ying. Zunyi Medical College, Zunyi, Guizhou Province 563000, China(J Intervent Radiol, 2014, 23: 230-231)

Corresponding author: ZHANG Yue-wei, E-mail: zhangyuewei1121@sina.com

【Key words】 intervention; chemoembolization; cervical cancer; hemorrhage; vascular variation

临床资料

患者,女,43岁。因“阴道接触性出血30个月,发现宫颈癌17个月”入院。患者2010年10月无明显诱因出现接触后阴道出血,伴血块及腐肉样物质排出,患者未进一步检查。2011年9月,患者出现下腹部疼痛并加重,于当地医院行阴道镜检查,显示宫颈部突起肿物,重度糜烂、质地脆、易出血。宫颈组织活检病理示:宫颈低分化鳞状细胞癌。2011年11月入我院肿瘤科行化疗增敏加放疗,治疗方案:DT:4 500 cGy/25 F/180 cGy 联合顺铂 30 mg/周,治疗期间偶有阴道流血、出血,恶心呕吐可耐受。患者因经济原因要求出院,治疗方案未完成,以后亦未再继续行放化疗。2013年4月患者因阴道大出血,经当地医院内科止血治疗无效,为求止血治疗入我院。入院后急诊行盆腔CT检查显示:子宫颈增大,右前壁增厚明显,约3.2 cm,肿瘤境界欠清,密度尚均匀,CT值约29 Hu,宫颈与膀胱后壁分界欠清。生化检测:HGB:90 g/L,

MCV:78.2 fL、肝肾功、电解质、凝血象均未见异常,CA125:15.37 U/ml。既往无高血压、糖尿病病史。

2013年4月24日患者于我院行盆腔区域动脉化疗栓塞术。术中造影未见左髂内动脉显影,宫颈肿瘤供血来自右侧子宫动脉及发自左肾动脉的异位卵巢动脉(该动脉纤细,迂曲,经左肾动脉起始段约2 cm处发出),并见盆腔肿瘤染色(图1)。确认无遗漏供血动脉后,微导管超选,应用表柔比星10 mg配伍注射用水15 ml分别于右侧子宫动脉及左侧卵巢动脉内缓慢灌注,然后以表柔比星10 mg溶入注射用水15 ml和350~560 μm明胶海绵微粒(gelatin sponge particles,GSPs)50 mg混合均匀,分别于右侧子宫动脉及左侧卵巢动脉缓慢栓塞,再次造影显示肿瘤染色消失(图2)。术后给予抑酸、止血、抗感染及对症支持治疗。术后患者仅有轻度下腹疼痛,无恶心呕吐,无发热。3 d后复查CT平扫示治疗靶区见蜂窝样坏死灶。随访6个月,止血彻底,现仍在随访中。

讨论

髂内动脉变异多见于其分支变异,髂内动脉主干先天缺如极为罕见^[1-3]。本例患者系宫颈癌出血行盆腔区域动脉栓塞止血治疗时,DSA显示左侧髂内动脉缺如,宫颈部肿瘤由右髂内动脉及异位的左侧卵巢动脉代偿供血。子宫及子宫颈肿

DOI:10.3969/j.issn.1008-794X.2014.03.012

作者单位:563000 贵州 遵义医学院(吴普照,在读研究生);辽宁 大连大学附属中山医院介入治疗科(张跃伟、赵广生、刘影)

通信作者:张跃伟 E-mail: zhangyuewei1121@sina.com

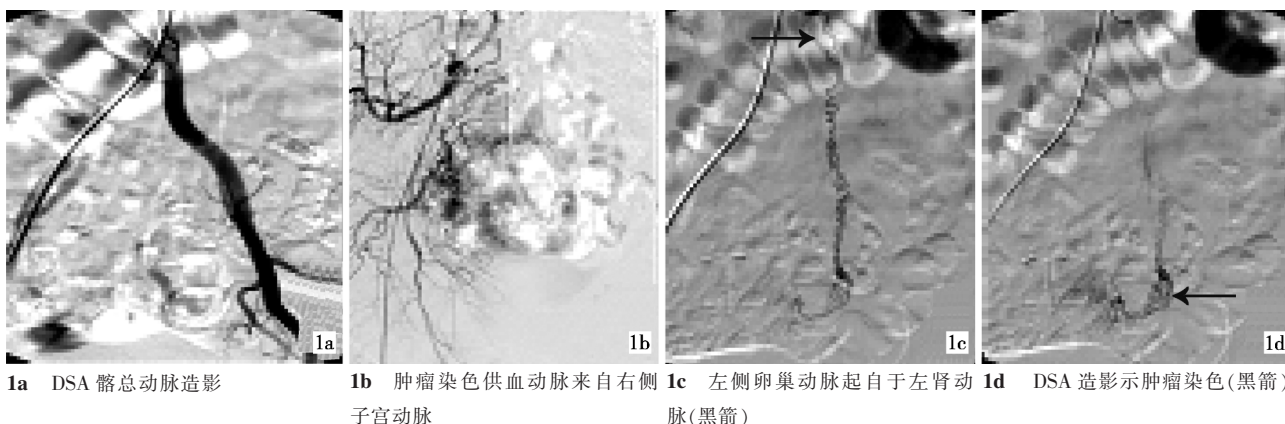
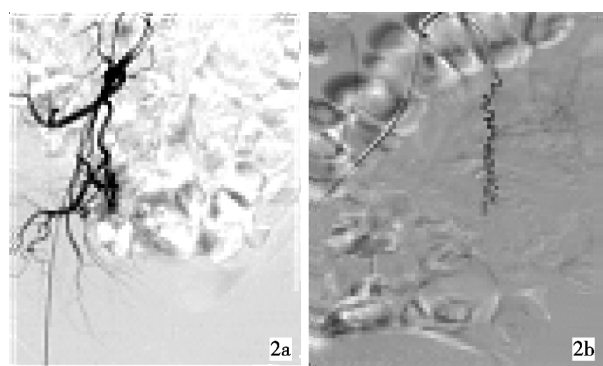


图 1 DSA 显示供应子宫的各支动脉



2a 治疗后肿瘤染色消失 2b 栓塞治疗后肿瘤染色消失
图 2 栓塞术后图像

瘤血供可来自于子宫动脉,肠系膜下动脉及卵巢动脉^[4-6]。本病例肿瘤供血血管之一源于左肾动脉近段异位的左侧卵巢动脉,而起源于腹主动脉的正常卵巢动脉未见显影。该患者既往无糖尿病、高血压病史,可排除动脉硬化性闭塞可能,且本病例病灶位置偏宫颈右侧,疗程短(患者中途放弃治疗),盆腔内动脉亦不在放疗靶区,综合考虑不存在放疗所致可能。

卵巢动脉参与宫颈癌供血的发生率约 26.9%^[4],异位卵巢动脉供血少见。本病例中,左侧卵巢动脉自左肾动脉起始段约 2 cm 处发出,该动脉纤细、迂曲,术中采用微导管超选技术,并事先给予 1%利多卡因 1 ~ 2 ml 经微导管缓慢推入,避免了血管痉挛的发生。

GSPs 为可吸收的中短期栓塞剂,可一次完全阻断富血供肿瘤的供血血管,起到止血和控制肿瘤的双重效果。对比其他永久栓塞颗粒,异位栓塞并发症发生率低。我们的前期临床研究已证实 GSPs(350 ~ 560 μm)治疗肝癌安全性高,疗效好,对于其他部位的肿瘤及其并发症的治疗具有借鉴意义^[7-8]。本病例采用 GSPs(350 ~ 560 μm)联合表柔比星化疗灌注及栓塞治疗宫颈癌并发出血,止血效果好,无不良反应及并发症,同时肿瘤栓塞缺血坏死及局部药物浓度增加,有可能起到事半功倍的效果,疗效值得期待。

介入治疗盆腔肿瘤及其并发症,选择合适的栓塞剂及化疗药非常重要,同时亦应考虑到血管变异及异位动脉供血存在的可能性,以免影响疗效。

[参考文献]

[1] Mehl R. Retro-iliac artery ureter [J]. J Urol, 1969, 102: 27 - 29.
 [2] Oduro GD, Cope LH, Rogers IM. Case report: lower limb arterial blood supply arising from the renal artery with congenital absence of the ipsilateral iliac arteries [J]. Clin Radiol, 1992, 45: 215 - 217.
 [3] Harb Z, Williams S, Rutter P. Bilateral congenital absence of internal iliac arteries, prominent lumbar arteries, and a ruptured mycotic aneurysm of the abdominal aorta [J]. Ann R Coll Surg Engl, 2006, 88: W3 - W5.
 [4] 陈凯, 王茂强, 刘凤永, 等. 宫颈癌的卵巢动脉供血及介入诊疗的临床研究 [J]. 中国临床医学影像杂志, 2012, 23: 136 - 139.
 [5] Mori K, Saida T, Shibuya Y, et al. Assessment of uterine and ovarian arteries before uterine artery embolization: advantages conferred by unenhanced Mr angiography [J]. Radiology, 2010, 255: 467 - 475.
 [6] McLucas B, Yaghmai B, Beller M. Computed tomography angiogram for failed uterine artery embolization [J]. Minim Invasive Ther Allied Technol, 2009, 18: 87 - 92.
 [7] 刘影, 张跃伟. 肝癌介入治疗用微颗粒栓塞剂的研究进展 [J]. 介入放射学杂志, 2012, 21: 969 - 972.
 [8] 孟冉冉, 赵广生, 张跃伟. 明胶海绵微粒联合 TACE 治疗肝癌合并弥漫性动静脉瘘一例 [J]. 介入放射学杂志, 2012, 21: 896 - 897.

(收稿日期:2013-09-20)
(本文编辑:俞瑞纲)