

·病例报告 Case report·

经颈内静脉门腔分流术治疗肝外门静脉分叉部门静脉瘤 1 例

丁鹏绪, 刘超, 韩新巍, 化召辉

【关键词】 门静脉瘤; 门脉高压; 肝硬化; 经颈内静脉肝内门体分流术

中图分类号: R 文献标志码: A 文章编号: 1008-794X(2017)-09-0862-02

Successful treatment of portal vein aneurysm at portal bifurcation with transjugular intrahepatic portosystemic shunt: report of one case DING Pengxu, LIU Chao, HAN Xinwei, HUA Zhaohui.
Department of Interventional Radiology, First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou, Henan Province 450052, China

Corresponding author: DING Pengxu, E-mail: jieru375@sina.com

【Key words】 portal vein aneurysm; portal hypertension; cirrhosis; transjugular intrahepatic portosystemic shunt(J Intervent Radiol, 2017, 26; 862-863)

门静脉瘤(portal vein aneurysm,PVA)是门静脉系统的梭形或瘤样扩张,临床罕见,治疗以外科手术为主。本中心采用 TIPS 术治疗门静脉分叉部门静脉瘤 1 例,术后门静脉瘤逐渐缩小消失,现报道如下。

临床资料

患者男,48 岁。以“感染乙肝 15 年,反复消化道出血 6 个月”为主诉入院。5 年前,因上消化道出血曾行脾切除断流术。

患者入院时未诉腹痛、腹胀。体格检查未见明显阳性体征。患者肝功能 Child-Pugh 分级为 B 级,评分 7 分。上腹部增强 CT 扫描显示肝硬化,食管胃底静脉曲张中度曲张,门脉主干近心端瘤样扩张,直径 70 mm,累及门脉左、右支起始部,而门脉左支远端及主干远端管腔正常,门静脉及门静脉瘤内未见血栓形成。

为防止再次消化道出血与门静脉瘤进一步扩张,决定采用 TIPS 术降低门静脉系统压力。局麻下,经右颈内静脉入路,使用 RUPS-100 经肝右静脉开口至正常门静脉左支间建立 TIPS 分流道。术中门静脉造影与 CT 结果一致,PVA 位于门静脉分叉部,直径为 53 mm×76 mm;未见粗大的胃冠状静脉显影。置入 TIPS 支架后,门静脉造影显示血流经 TIPS 分流道顺利回流至下腔静脉,PVA 充盈显著下降,门静脉压力梯度由 25 mmHg 降至 11 mmHg。术后给予低分子肝素皮下注射(5 000 U/12 h)×3 d,口服氯吡格雷(75 mg/d)1 年。

患者 TIPS 术后肝功能 Child-Pugh 分级恢复至 A 级,未再发生上消化道出血,也无肝性脑病发生。术后 6 个月 PVA

直径缩小至 23 mm×25 mm。术后 2 年门静脉 CT 血管成像及 DSA 造影显示 PVA 消失,TIPS 支架血流通畅。图 1。

讨论

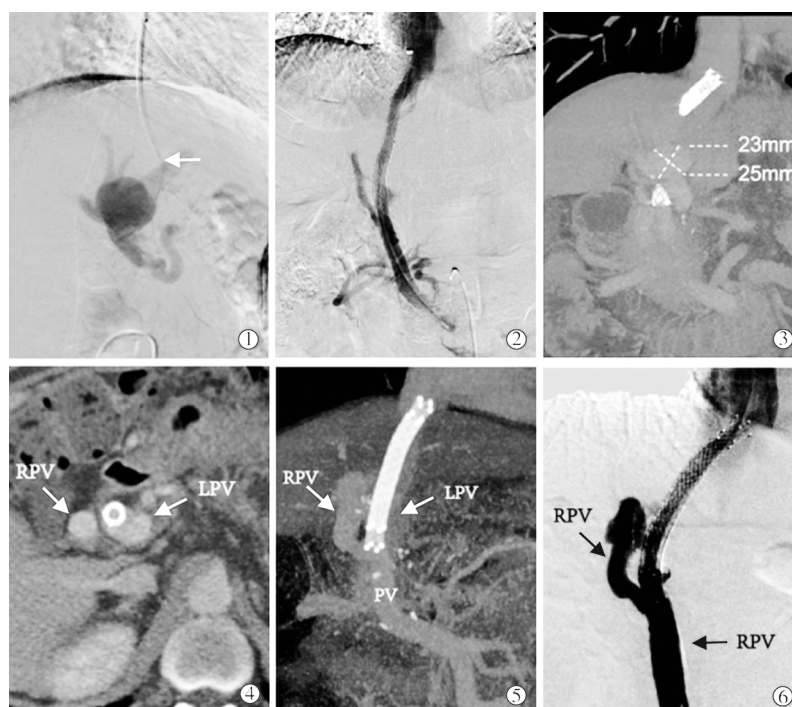
PVA 是门静脉系统罕见的血管畸形,自 1956 年由 Barzilai 等^[1]首次报道以来,至今报道尚不足 200 例,其发生率为 0.06%~0.43%。由于影像设备的提高和普及,PVA 的发现越来越多^[2]。

PVA 的确切病因尚不清楚,但其共同特征是门静脉壁的薄弱^[3]。其可分为先天性和获得性 2 种类型。前者可能由于右侧原始卵黄静脉远端部分变性或血管壁先天薄弱所致。后者常继发于不同原因导致的门静脉高压,此时门静脉血管壁内膜变薄,中膜代偿性肥大,并最终被薄弱的纤维组织代替。如同本例患者,PVA 通常位于肝外门静脉系统,也可位于肝内门静脉分支。

PVA 患者通常无症状,多意外发现^[4]。症状不典型,常表现为非特异性腹部疼痛和消化道出血症状。通常与 PVA 内血栓形成、瘤体多发或巨大有关。

关于 PVA 的治疗尚缺乏共识,可遵循以下治疗建议:无门脉高压或肝硬化、无症状、瘤体较小者可保守治疗,但应注意 PVA 大小变化以及有无 PVA 相关症状出现^[5-6]。如出现 PVA 相关症状,或者瘤体进一步扩张,瘤体内血栓形成或有破裂风险时,应考虑外科手术。PVA 手术方式取决于 PVA 大小、症状、并发症及患者临床状况。对于合并门静脉高压或门脉血栓形成患者,应行分流手术,如门腔分流术或肠腔分流术。该手术方式并不针对门静脉瘤本身进行治疗,而是主要通过降低门静脉压力来阻止门静脉瘤进一步扩张或使其回缩^[5,7]。而无门脉高压患者应选择门静脉切除术。

采用 TIPS 治疗 PVA 主要的难点在于穿刺门静脉时是



①分流前门静脉造影显示 PVA 位于门静脉分叉部,门静脉穿刺点位于门静脉左支正常的管腔(箭头);②分流后门静脉造影显示支架血流通畅,PVA 内对比剂充盈明显欠佳;③术后 6 个月冠状位 CT 图像显示门静脉明显缩小;④术后 2 年增强 CT 门静脉期横断位图像显示 PVA 消失;⑤术后 2 年增强 CT 门静脉血管成像显示门静脉主干及左右分支管腔正常,PVA 消失;⑥术后 2 年门静脉造影图像显示 TIPS 支架血流通畅,与 CT 结果一致

图 1 PVA TIPS 治疗前后图像

否能导致 PVA 破裂产生腹腔内大出血。本例患者虽然 PVA 体积大,但是门静脉左支基本正常,可以作为门静脉的穿刺点,避免该并发症的发生。另外,本例患者 PVA 体积大,累及门脉主干近心端及左右支,不宜使用弹簧圈栓塞或支架辅助弹簧圈栓塞或覆膜支架置入进行治疗。

近年来,TIPS 术的适应证在扩大,有文献报道采用 TIPS 治疗肝内门脉分支静脉瘤^[8]。本例肝外门静脉分叉部 PVA 患者采用 TIPS 治疗后 PVA 逐渐缩小消失,但是肝外门静脉分叉部 PVA 是否可以作为 TIPS 的适应证,尚需更多病例的支持。

参考文献

- [1] Barzilai R, Kleckner MS Jr. Hemocholecyst following ruptured aneurysm of portal vein: report of a case[J]. AMA Arch Surg, 1956, 72: 725-727.
- [2] 雷建明,李顺姬,全冠民,等. 门静脉瘤的 CT 血管成像诊断(3 例报告与文献复习)[J]. 临床放射学杂志, 2009, 28: 1474-1476.
- [3] Schwoppe RB, Margolis DJ, Raman SS, et al. Portal vein aneurysms: a case series with literature review[J]. J Radiol Case

Rep, 2010, 4: 28-38.

- [4] Sfyroeras GS, Antoniou GA, Drakou AA, et al. Visceral venous aneurysms: clinical presentation, natural history and their management: a systematic review[J]. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2009, 38: 498-505.
- [5] Laurenzi A, Ettorre GM, Lionetti R, et al. Portal vein aneurysm: What to know[J]. Dig Liver Dis, 2015, 47: 918-923.
- [6] Ma R, Balakrishnan A, See TC, et al. Extra-hepatic portal vein aneurysm: a case report, overview of the literature and suggested management algorithm[J]. Int J Surg Case Rep, 2012, 3: 555-558.
- [7] Andoh K, Tanohata K, Asakura K, et al. CT demonstration of portal vein aneurysm[J]. J Comput Assist Tomogr, 1988; 12: 325-327.
- [8] Tsao J, Li X. Portal vein aneurysm associated with Budd-Chiari syndrome treated with transjugular intrahepatic portosystemic shunt: a case report[J]. World J Gastroenterol, 2015, 21: 2858-2861.

(收稿日期:2017-01-01)

(本文编辑:俞瑞纲)