

## ·病例报告 Case report·

## 锁骨下动脉入路介入治疗多发内脏动脉瘤 1 例

张文君, 周朋利, 韩新巍

【关键词】 多发内脏动脉瘤; 锁骨下动脉; 介入治疗

中图分类号: R543.1 文献标志码: D 文章编号: 1008-794X(2019)-05-0504-02

**Interventional therapy via subclavian artery approach for the treatment of multiple visceral artery aneurysms: report of one case** ZHANG Wenjun, ZHOU Pengli, HAN Xinwei. Department of Interventional Radiology, First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou, Henan Province 450052, China

Corresponding author: HAN Xinwei, E-mail: hanxinwei2006@163.com (J Intervent Radiol, 2019, 28: 504-505)

【Key words】 multiple visceral artery aneurysm; subclavian artery; interventional therapy

内脏动脉瘤(visceral artery aneurysm, VAA)指腹腔干、肠系膜上动脉、肠系膜下动脉及各分支处的动脉瘤<sup>[1]</sup>。内脏动脉瘤的发病率占人群的 0.01%~2%, 其中脾动脉瘤是 VAA 中最常见的类型, 其次为肝动脉瘤、肠系膜上动脉瘤、腹腔动脉瘤等<sup>[2]</sup>, 肾动脉瘤也是一种常见的内脏动脉瘤<sup>[3]</sup>。目前关于内脏动脉瘤的病因仍不清楚, 可能与动脉粥样硬化、胰腺炎、外伤等有关<sup>[4]</sup>。现将我院 2017 年 8 月收治的 1 例患者报道如下。

## 临床资料

患者男, 55 岁, 以“间歇腹痛 1 个月余”为主诉入院。1 个月余前无明显诱因出现持续性脐周疼痛, 无发热、恶心、呕吐, 无腹泻、腹胀、反酸。至当地医院按“慢性胃炎”, 给予抑酸对症治疗稍好转。半月前患者于进食后出现中上腹部持续性隐痛, 后交替出现上腹部隐痛与绞痛, 绞痛时伴恶心呕吐、大汗淋漓。遂来我院就诊。患者既往有“神经纤维瘤病”、“高血压”病史, 平素血压控制良好。无腹部外伤史。查体: 中上腹部压痛, 余查体无异常。实验室检查无异常。上腹部增强 CT 示: 肠系膜上动脉分支、右肾动脉近肾门处、腹腔干近分叉处分别可见 11.47 mm×10.26 mm、12.22 mm×9.68 mm 和 21.24 mm×11.64 mm(图 1)瘤样凸起各 1 枚。诊断为多发内脏动脉瘤。予介入手术治疗。

治疗经过: 常规准备, 局麻后穿刺右股动脉, 置 5 F 动脉鞘。经鞘引入导丝时感阻力明显, 经鞘造影见股动脉近端未见显影。同法穿刺左股动脉, 置鞘管后引入 5 F RH 导管行

肠系膜上动脉造影: 肠系膜上动脉远端分支动脉瘤显影。引入微导管及微导丝跨瘤体栓塞动脉瘤远、近端: 远端置入 2 枚 6 mm×14 cm 和 3 枚 3 mm×3 cm 弹簧圈, 近端置入 3 枚 6 mm×14 cm 和 5 枚 3 mm×3 cm 弹簧圈。复查见瘤体远端及瘤体内无对比剂通过。更换 7 F 翻山鞘, 引入加硬导丝及 5 F 蛇管行腹腔干及右肾动脉造影: 右肾动脉及腹腔干动脉瘤显影。因腹腔干、右肾动脉角度过大, 无法固定翻山鞘, 遂从左锁骨下动脉穿刺并置入翻山鞘, 经鞘引蛇管至右肾动脉, 将翻山鞘插至右肾动脉开口, 引入覆膜支架(GORE ECLUDER)准确定位并释放(图 2)。复查造影动脉瘤未再显影。将翻山鞘插至腹腔干造影证实动脉瘤位置并测量动脉瘤远近端腹腔干直径后引入支撑导管, 分别置入 8 mm×40 cm 及 8 mm×50 cm WallStent 支架(Boston Scientific), 复查瘤腔内见少量对比剂。手术结束。

3 个月后患者来我院复查 CTA 提示支架内血流通畅, 未见内漏及支架内狭窄(图 3)。后患者未规律复查, 电话随访患者诉未再出现腹部绞痛。

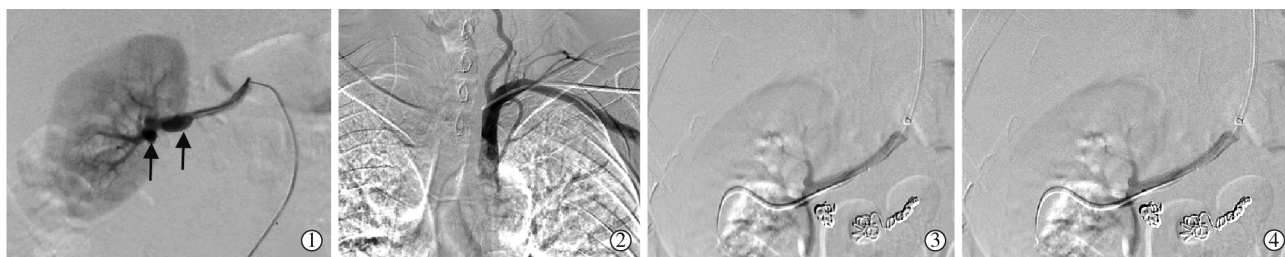
## 讨论

大多数内脏动脉瘤患者不表现出任何症状, 通常是在体检时行 CT 或 MRI 检查时发现<sup>[5]</sup>。逐渐增大和破裂的动脉瘤可表现为腹痛、消化道出血等。动脉瘤破裂的发生率及病死率都很高, 因此内脏动脉瘤的早期诊断和及时手术显得尤为重要。内脏动脉瘤的治疗方法主要包括外科手术治疗、血管腔内介入治疗及腹腔镜治疗。因血管腔内介入治疗具有微创、可重复及安全有效等优点, 几乎可以用于治疗所有类型的内脏动脉瘤。目前介入治疗方法主要包括: 栓塞封堵术及支架隔绝术。前者包括“三明治”法及“填塞法”; 后者包括覆膜支架植入双层密网支架植入<sup>[6]</sup>。



①增强 CT 示肠系膜上动脉瘤;②增强 CT 示右肾动脉瘤;③增强 CT 示腹腔干动脉瘤

图 1 多发性内脏动脉瘤增强 CT 所见



①DSA 造影示右肾 2 枚动脉瘤;②锁骨上动脉入路;③支架定位超过动脉瘤远近端;④支架释放后造影未见动脉瘤显影,支架通畅

图 2 经锁骨上动脉入路行支架植入



①DSA 示腹腔干动脉瘤;②第一枚裸支架置入后造影示动脉瘤显影;③术后 3 个月复查 CTA 提示:右肾动脉及腹腔干支架内通畅,肠系膜分支动脉走行区高密度金属影

图 3 术后所见

本病例因右肾动脉、腹腔干角度过大为避免造成血管损伤故采用经左侧锁骨上动脉入路分别肾动脉瘤覆膜支架及腹腔干动脉瘤密网支架置入术并获得了成功,为内脏动脉瘤的介入治疗时路径的选择提供了参考。

#### [参考文献]

- [1] Tulsyan N, Kashyap VS, Greenberg RK, et al. The endovascular management of visceral artery aneurysms and pseudoaneurysms [J]. J Vasc Surg, 2007, 45: 276-283.
- [2] 周 斌, 余 翀, 王 翔, 等. 腹部内脏动脉瘤与腔内治疗 [J]. 腹部外科, 2017, 30: 426-429.
- [3] 李 芳. 肾动脉瘤的诊治问题[J]. 中国实用外科杂志, 1993,

13: 560-561.

- [4] van Rijn ME, Ten Raa S, Hendriks JM, et al. Visceral aneurysms: old paradigms, new insights? [J]. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2017, 31: 97-104.
- [5] Pitton MB, Dappa E, Jungmann F, et al. Visceral artery aneurysms: incidence, management, and outcome analysis in a tertiary care center over one decade[J]. Eur Radiol, 2015, 25: 2004-2014.
- [6] 张萌帆, 韩新巍, 张 凯, 等. 覆膜支架和密网支架在复杂内脏动脉瘤的治疗应用(附 12 例病例分析)[J]. 临床放射学杂志, 2015, 34: 267-270.

(收稿日期:2018-07-19)

(本文编辑:俞瑞纲)