

•临床研究 Clinical research•

肾上腺动脉化疗栓塞治疗肝癌肾上腺转移瘤的疗效评价

刘 琦, 侯毅斌, 汤日杰, 王 峻

【摘要】 目的 评价超选择性肾上腺 TACE 治疗肝癌肾上腺转移瘤的疗效。**方法** 2012 年 1 月至 2016 年 12 月, 42 例原发性肝癌并肾上腺转移患者接受 TACE 治疗, 治疗后随访复查, 观察患者生存时间及肾上腺转移瘤初次治疗后缓解时间。**结果** 所有患者均成功接受 TACE 治疗, 1 年生存率为 54.7%, 中位生存时间 14 个月; 肾上腺转移瘤初次治疗后缓解中位时间 10 个月。**结论** 超选择性肾上腺 TACE 是治疗肝癌肾上腺转移瘤安全、经济、有效的手段, 值得在临床推广。

【关键词】 肝癌肾上腺转移瘤; 化疗栓塞术; 疗效

中图分类号: R735.7 文献标志码: B 文章编号: 1008-794X(2019)-012-1190-03

Adrenal arterial chemoembolization for adrenal metastases from hepatocellular carcinoma: evaluation of curative effect LIU Qi, HOU Yibin, TANG Rijie, WANG Jun. Affiliated Cancer Hospital, Guangzhou Medical University, Guangzhou, Guangdong Province 510095, China

Corresponding author: HOU Yibin, E-mail: houyibin2006@sina.com

【Abstract】 Objective To evaluate the therapeutic effect of super-selective adrenal arterial chemoembolization in the treatment of adrenal metastases from hepatocellular carcinoma. **Methods** From January 2012 to December 2016, a total of 42 patients with primary hepatocellular carcinoma complicated by adrenal metastases received arterial chemoembolization. After treatment, all patients were followed up to observe the survival time of patients and the remission time of adrenal metastases after initial treatment. **Results** Successful arterial chemoembolization was accomplished in all patients. The one-year survival rate was 54.7%, and the median survival time was 14 months. The median remission time was 10 months after the initial treatment of adrenal metastases. **Conclusion** For adrenal metastases from hepatocellular carcinoma, super-selective adrenal arterial chemoembolization is a safe, economical and effective treatment. This therapeutic method is worth popularizing in clinical practice. (J Intervent Radiol, 2019, 28: 1190-1192)

【Key words】 hepatocellular carcinoma associated with adrenal metastasis; chemoembolization; effect

肾上腺是原发性肝癌较为常见的远处转移器官之一, 如何对转移灶进行有效的治疗一直是临床医师面临的课题。随着近年医疗技术及材料的发展, 介入治疗在肝癌并肾上腺转移瘤的治疗中正日益受到重视, 而 TACE 是其中主要的治疗手段之一, 本文回顾分析了 2012 年 1 月至 2016 年 12 月我院收治的接受 TACE 治疗的原发性肝癌并肾上腺转移瘤患者共 42 例, 探讨介入治疗的优缺点, 为

临床更好地治疗肝癌肾上腺转移瘤提供参考, 现报道如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料

2012 年 1 月至 2016 年 12 月我院收治原发性肝癌并肾上腺转移患者 42 例, 男 29 例, 女 13 例, 年龄 25~78 岁, 平均 53 岁。所有患者均为 BCLC-C 期原发性肝癌。肝功能 Child-Pugh 分级为 A、B 级, 符合介入治疗适应证。其中单侧肾上腺转移 39 例, 双侧肾上腺转移 3 例, 肾上腺转移灶直径 3.1~9.3 cm。42 例患者共行介入治疗 177 次, 其中肝脏原发病灶及肾上腺转移灶同时介入治疗 126 次, 随

访复查肾上腺转移灶无进展者而肝脏原发病灶进展者则只进行肝脏原发病灶介入治疗。

1.2 方法

1.2.1 治疗经过 肝脏原发病灶多与肾上腺转移灶同时介入治疗,常规选用表柔比星+奥沙利铂二联化疗方案,术前根据患者体表面积计算化疗药物使用剂量,对于多次治疗患者或肝功能较差患者酌情减少化疗药物剂量,超液化碘油单次剂量不超过 20 mL。患者仰卧位,常规双侧腹股沟区消毒、铺巾,2%利多卡因腹股沟区局部浸润麻醉,Seldinger 改良法穿刺股动脉,送入 5 F 血管鞘,经鞘内送入 5 F 猪尾巴导管至腹主动脉起始段造影,明确肾上腺病灶供血动脉起源及走行,结合术前影像学检查制定介入治疗方案。先用 5 F Yashiro 导管配合 Terumo 3 F 微导管对肝脏原发性病灶行超选择性化疗栓塞治疗。再用 5 F Yashiro 导管或 Cobra 导管配合 Terumo 3 F 微导管超选择肾上腺病灶供血动脉,再次造影明确病灶血供情况,用超液化碘油混合表柔比星及奥沙利铂制成混合乳剂,透视下缓慢注入病灶内,栓塞剂量根据实时血流速度及病灶内碘油沉积情况酌情调整。最后用 PVA 颗粒栓塞病灶动脉主干,直至血流完全阻断,再次动脉造影确认病灶不再显影证实栓塞彻底。术后穿刺点局部压迫 5 min,弹力绷带加压包扎止血。

1.2.2 术后处理及随访 介入治疗患者通常肝原发灶和肾上腺转移灶一次手术同时治疗,术后处理仍以护肝、抑酸、碱化尿液、维持水及电解质平衡为主,辅以镇痛、退热、止吐等支持治疗,患者一般住院 3~5 d。每次治疗后 1 个月随访复查 CT 及肿瘤标志物等评估治疗效果,如有必要则再次行介入治疗。直至患者死亡或失访。对复查病情稳定的患者可逐步延长复查间隔时间。

2 结果

本组 42 例患者均成功完成肝脏原发病灶及肾上腺转移灶的 TACE,共计转移瘤病灶 45 个(单侧 39 例、双侧 3 例)。其中转移瘤单支肾上腺动脉供血者 33 例(36 个病灶),两支动脉供血者 9 例。栓塞过程中均未出现明显血压波动。术后主诉发热患者 27 例,多为低于 38.5℃的低热,冰敷及口服退热药物可缓解;主诉肾区胀痛,查体有肾区叩击痛者 8 例,多与转移瘤体积相对较大有关,可自行缓解。本组患者 1 年生存率为 54.7%,中位生存时间约 14 个月。肾上腺转移瘤初次治疗后缓解期中位时间约为 10

个月。图 1、2。

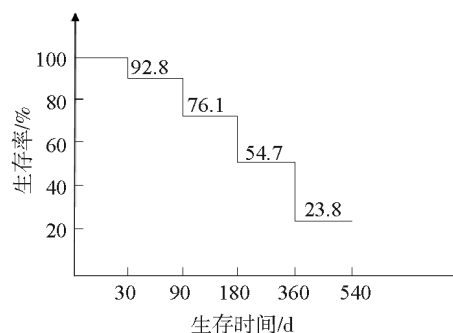


图 1 患者生存率

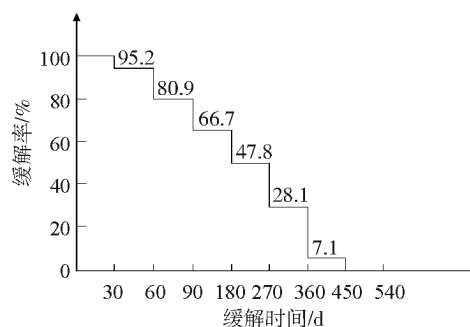
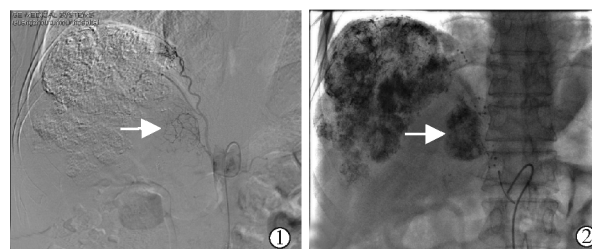
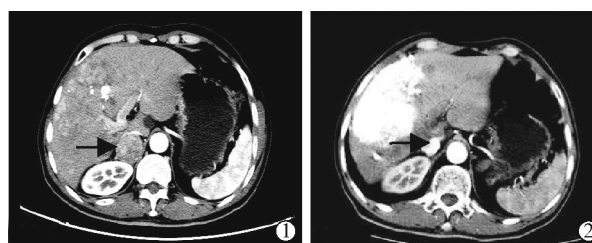


图 2 肾上腺转移灶初次治疗后缓解时间



①右肾上腺转移瘤血供主要来源于右肾上腺上动脉,由右侧膈下动脉发出;②微导管超选择右肾上腺上动脉,碘油沉积效果满意

图 3 肝癌右肾上腺转移介入治疗过程



①肝原发病灶介入治疗 3 个月后增强 CT 检查肾上腺转移瘤;②同时介入治疗肝内原发病灶及肾上腺转移灶 6 个月后复查,肾上腺转移灶明显缩小,碘油沉积满意

图 4 肝癌及肾上腺转移瘤同时治疗

3 讨论

肾上腺是原发性肝癌较为常见的转移目标器官之一,其可能的转移途径包括:①血运转移;②淋巴转移;③局部转移^[1]。对于原发性灶位于肝脏 S5、

S6 段的病例,出现肾上腺转移的概率较原发性灶位于肝脏其他部位的病例为高,推测该部位的肿瘤靠近肝脏裸区,与肾周间隙相通,肝癌细胞可直接播散至肾上腺^[2]。

肝癌肾上腺转移目前主要的治疗手段包括外科手术切除、介入栓塞治疗^[3]、放射性粒子植入治疗^[4]和放射治疗等^[5]。Momoi 等^[6]报道手术切除患者总体生存期与其他非手术治疗方法间无统计学差异。傅晓辉等^[7]将肝癌肾上腺转移分为三型。Ⅰ型为肝癌术后,肾上腺发现转移瘤,无肝内或肝外其他转移灶;Ⅱ型为初诊或复发性肝内病灶合并肾上腺转移;Ⅲ型为肿瘤广泛转移,即肝内和包括肾上腺在内的其他器官转移。本研究病例属于Ⅱ、Ⅲ型,无外科手术指征,故选择以延缓肿瘤进展为目的姑息治疗。

肝癌肾上腺转移灶具有与其原发病灶类似的血供特点^[8],因此经典的肝癌 TACE 治疗技术同样适用于其转移灶的治疗。肾上腺动脉通常左右各有上、中、下 3 个分支,但变异程度较大,故先行腹主动脉造影了解血管走行十分必要^[9]。多数转移灶以 1~2 个肾上腺动脉分支供血为主,应做到超选择插管,避免误栓正常肾上腺组织或其他器官。肾上腺动脉进入腺体实质后可形成丰富的交通支,且转移瘤为无功能性肿瘤,故介入治疗造成肾上腺缺血坏死至肾上腺功能减退或肾上腺危象等严重并发症的报道极为罕见^[10]。

TACE 治疗可一次手术同时治疗肝脏原发病灶及肾上腺转移灶,且操作技术易于掌握,不良反应及并发症较少,安全边际较高且住院时间较短,一般 3~5 d 即可出院,可显著减轻患者负担;另外介入治疗具有可重复性,对复查中发现病情进展的患者可行再次介入治疗,有效延长患者生存期。

本研究认为经 TACE 治疗肝癌肾上腺转移瘤

的治疗作用值得肯定。但此类患者的总体生存期与肝内原发病灶治疗效果密切相关,积极有效的处理肝内病灶仍是延长患者生存期的必要条件,鲜见有肾上腺转移灶直接导致患者死亡报道。综上所述超选择性肾上腺 TACE 是原发性肝癌肾上腺转移安全、经济、有效的治疗手段,值得在临床推广。

[参考文献]

- [1] Shuto T, Hirohashi K, Kubo S, et al. Treatment of adrenal metastases after hepatic resection of a hepatocellular carcinoma [J]. Dig Surg, 2001, 18: 294-297.
- [2] Lim JH, Auh YH, Suh SJ, et al. Right perirenal space. Computed tomography evidence of communication between the bare area of the liver [J]. Clin Imaging, 1990, 14: 239-244.
- [3] Tanai N, Egami K, Wada M, et al. Adrenal metastasis from hepatocellular carcinoma (HCC): report of 3 cases [J]. Hepato-gastroenterology, 1999, 46: 2523-2528.
- [4] 侯英文,刘瑞宝,孙厚宾,等. CT 引导下放射性¹²⁵I 粒子植入治疗肾上腺转移瘤的近期疗效观察 [J]. 介入放射学杂志, 2016, 25: 435-439.
- [5] Zeng ZC, Tang ZY, Fan J, et al. Radiation therapy for adrenal gland metastases from hepatocellular carcinoma [J]. Jpn J Clin Oncol, 2005, 35: 61-67.
- [6] Momoi H, Shimahara Y, Terajuma H, et al. Management of adrenal metastasis from hepatocellular carcinoma [J]. Surg Today, 2002, 32: 1035-1041.
- [7] 傅晓辉,储开建,姚晓平. 原发性肝癌肾上腺转移 56 例的诊治分析 [J]. 中华肝胆外科杂志, 2006, 12: 660-662.
- [8] 吴阶平,马永江. 实用泌尿外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1991: 488-490.
- [9] 姚红响,陈根生,颜志平,等. 肾上腺转移瘤介入化疗栓塞的探讨 [J]. 介入放射学杂志, 2005, 14: 139-141.
- [10] 李茂全,颜志平,李庆,等. 肾上腺动脉化疗栓塞治疗不能切除肿瘤的初步报告 [J]. 临床放射学杂志, 1995, 14: 118-120.

(收稿日期:2018-11-29)

(本文编辑:俞瑞纲)