

·病例报告 Case report·

粒子支架植入治疗Ⅳ型门脉癌栓 1 例

杨胜利, 顾俊鹏, 鲍应军, 纪卫政, 任伟新

【关键词】 门静脉; 癌栓; ^{125}I 粒子; 支架; 化疗栓塞

中图分类号: R735.7 文献标志码: D 文章编号: 1008-794X(2020)-11-1174-02

^{125}I seed stent implantation for type IV portal vein tumor thrombus: report of one case YANG Shengli, GU Junpeng, BAO Yingjun, JI Weizheng, REN Weixin. Department of Interventional Radiology, First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University, Urumqi, Xinjiang Uygur Autonomous Region 830011, China

Corresponding author: REN Weixin, E-mail: cjr.renweixin@vip.163.com (J Intervent Radiol, 2020, 29; 1174-1175)

【Key words】 portal vein; tumor thrombus; ^{125}I seed; stent; chemoembolization

原发性肝癌(HCC)是我国常见的恶性肿瘤之一。中晚期肝癌极易侵犯门静脉形成门静脉癌栓,对于门脉癌栓(PVTT)的肝癌治疗措施主要有TACE、TAIC、粒子植入、外科手术、消融、分子靶向及生物免疫治疗等综合治疗手段^[1]。现将我院收治的1例Ⅳ型门脉癌栓患者采用门静脉粒子条联合血管支架植入术的治疗情况报道如下。

临床资料

患者女,57岁。肝癌TACE术后1个月复查入院。既往慢性乙型病毒性肝炎,肝硬化。查体:脐周可见“水母头”样曲张静脉,腹部触诊未见异常,移动性浊音阴性。血液检查:AFP 1 300.77 ng/mL。增强CT((2018年9月6日))示:肝左叶病灶内仍有血供(图1①);门脉主干及肠系膜上静脉癌栓形成;腹腔间隙浑浊;肠管壁增厚、水肿(图1②)。为开通门脉癌栓及控制肝内肿瘤进展,向患者家属告知病情,签署手术同意书,于2018年9月7日行“门脉粒子支架植入术联合TACE”。

治疗经过:右侧腋中线入路,使用21 G Trocar 针(Argon Medical Devices,美国)穿刺肝右叶门静脉成功后,使用泥鳅导丝(泰尔茂公司,日本)通过门脉侧支循环血管进入远端,引入5 F单弯导管(康蒂思公司,美国)造影显示:门脉广泛侧支循环血管形成,肠系膜上静脉,门静脉主干及其左右支未见显影(图1③)。于门脉主干植入1枚8 mm×100 mm的血管支架(强生公司,美国),支架近端位于门脉右支开口处,

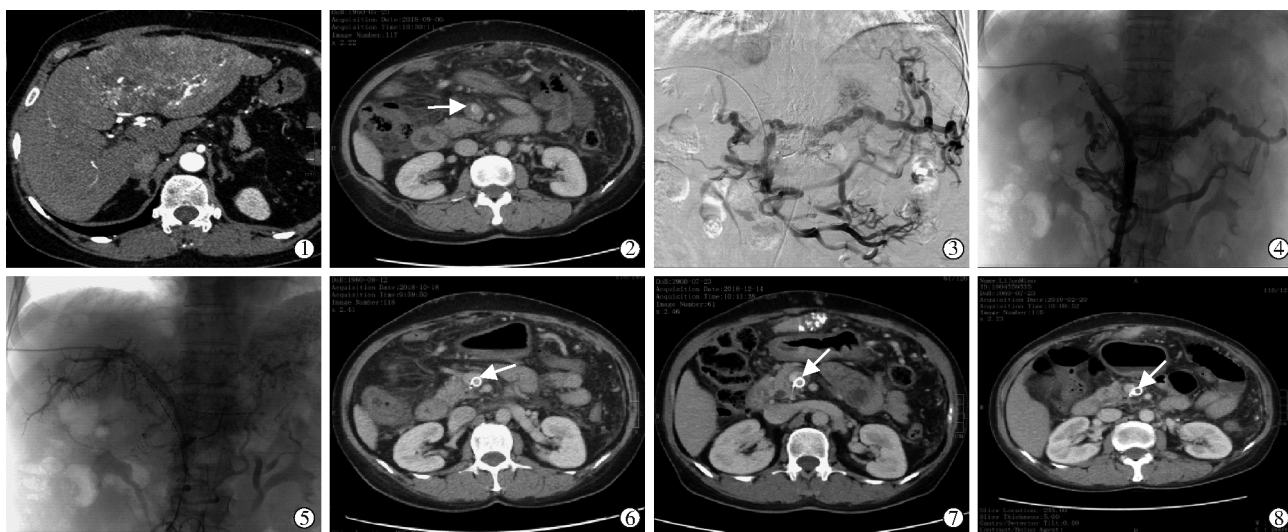
远端位于肠系膜上静脉内,植入肠系膜上静脉内的支架长度为40 mm,再于门脉主干至脾静脉主干及门脉主干至肠系膜上静脉主干各植入1条 ^{125}I 粒子条(共44枚粒子)。造影示门脉右支、门脉主干及肠系膜上静脉血管开通(图1④⑤),门脉左支完全闭塞,未行开通。后再行TACE治疗。术后患者未出现严重不良反应,给予保肝、抗凝及对症治疗,好转出院。

1个月后(2018年10月18日)患者复查入院,AFP 387.58 ng/mL,增强CT示:肝内病灶仍见不均匀性强化,门脉支架通畅(图1⑥),肠管壁水肿、增厚症状较前(2018年9月6日)略改善。管壁周围渗出明显,腹膜炎征象明显。再次行TACE治疗控制肝内病灶进展。

3个月后(2018年12月17日)患者复查,AFP 524 ng/mL,增强CT提示:肝内病灶仍见强化,门脉支架通畅,肠管壁未见明显水肿增厚症状,管壁周围渗出减少,腹膜炎征象较前(2018年10月18日)明显缓解(图1⑦)。建议患者再次行TACE治疗并口服靶向药物治疗,患者因经济原因未行TACE及靶向治疗。

5个月后(2019年2月17日),患者复查再入院,实验室检查AFP>2 000 ng/mL,增强CT提示肝内多发强化灶,门脉支架内低密度癌栓形成,肠管壁增厚水肿,腹腔及腹膜后多发转移淋巴结(图1⑧),双肺多发转移灶。考虑患者病灶进展,已无介入治疗指征。

6个月后(2019年3月23日),患者因肝内病灶进展死亡。



①示动脉期肝左叶不均匀性强化结节;②示门脉期肠系膜上静脉低密度癌栓形成(箭头所指);③示门脉多发侧支血管形成;④、⑤显示肠系膜上静脉、门脉主干及右支开通;⑥显示门脉期支架内高密度血流信号影;⑦示门脉期支架内高密度血流信号影,管壁周边渗出征象较前明显好转;⑧示门脉期支架内低密度癌栓。

图 1 患者诊治过程图像

讨论

HCC 患者合并 PVTT 的概率为 10%~40%,如不积极治疗,中位生存期仅为 2.7~4 个月^[1]。欧美肝癌指南推荐服用索拉非尼(sorafenib)和乐伐替尼(lenvatinib)等靶向治疗作为一线治疗药物^[2]。索拉非尼治疗 HCC 合并 PVTT 的相关研究显示中位生存期为 3.1~6.0 个月^[3]。¹²⁵I 粒子条联合门静脉支架及化疗栓塞术治疗 HCC 合并 PVTT 已在临床广泛开展,但该治疗仅将 I 型、II 型及 III 型门脉癌栓作为纳入标准,IV 型门脉癌栓为排除标准。我国专家共识建议对 IV 型门脉癌栓患者行化疗联合放疗或中医中药对症支持治疗^[4]。本例患者明确诊断为 IV 型门脉癌栓,治疗中成功开通门静脉右支、门脉主干及肠系膜上静脉,同步植入 ¹²⁵I 粒子条控制癌栓进展,提高支架开通率,增加肝内血流灌注,再行化疗栓塞控制肝内肿瘤进展。1 个月后患者再次接受 TACE 治疗,并且出院后规律口服替吉奥胶囊抗肿瘤治疗,3 个月后患者复查 CT 显示门脉支架仍然通畅,肠管壁水肿增厚症状消失,周围渗出症状亦较前明显改善,认为植入的 ¹²⁵I 粒子发挥了其控制癌栓进展的作用。但患者肝内病灶进展,且 ¹²⁵I 粒子半衰期仅为 59.6 d,如不积极诊治,支架内可能形成癌栓,并且肝内肿瘤进展会加速肝功能衰竭。此时应积极行 TACE、靶向治疗联合化疗等治疗,以控制肝内肿瘤进展及降低门静脉支架内癌栓形成,减轻患者肝功能损害情况,但有限的经济能力使得患者无法继续接受治疗。5 个月后患者支架内癌栓形成,肝内肿瘤进展,说明患者停止治疗后病灶进展加快。该病例实施了门脉粒子支架+TACE 治疗,以

及联合化疗药物的化学治疗方法,使患者生存期达 6 个月。

通过该病例,对于 IV 型门脉癌栓患者,应个体化考虑,实行包括介入治疗在内的综合治疗方案,控制肝内病灶进展的同时,开通门静脉,恢复肝内血流灌注,改善肝功能,延长患者生存时间。

[参考文献]

- [1] Huang M, Lin Q, Wang H, et al. Survival benefit of chemoembolization plus Iodine125 seed implantation in unresectable hepatitis B-related hepatocellular carcinoma with PVTT: a retrospective matched cohort study [J]. Eur Radiol, 2016, 26: 3428-3436.
- [2] European Association for the Study of the Liver, European Organisation for Research and Treatment of Cancer. EASL - EORTC clinical practice guidelines: management of hepatocellular carcinoma[J]. J Hepatol, 2012, 56:908-943.
- [3] Kim PH, Choi SH, Kim JH, et al. Comparison of radioembolization and sorafenib for the treatment of hepatocellular carcinoma with portal vein tumor thrombosis: a systematic review and meta-analysis of safety and efficacy[J]. Korean J Radiol, 2019, 20:385-398.
- [4] 中国医师协会肝癌专业委员会. 肝细胞癌合并门静脉癌栓多学科诊治中国专家共识(2018 年版)[J]. 中华医学杂志, 2019,99:579-586.

(收稿日期:2019-10-12)

(本文编辑:俞瑞纲)