个案与短篇

文章编号:1000-5404(2009)04-0372-02

肾癌合并下腔静脉和双侧肺动脉癌栓及双下肢静脉血栓栓塞外科治疗1例

肖颖彬[1],张艮甫[2],叶 刚[2],马瑞彦[1],王卫东[1] (第三军医大学新桥医院:[1]全军心血管外科中心,[2]泌尿外科,全军肾脏病中心,重庆 400037)

肾癌合并腔静脉癌栓是导致临床难以施行肾癌根治切除和手术困难的主要因素,同时合并肺动脉癌栓栓塞和下端腔静脉及双下肢静脉广泛血栓栓塞的病例非常罕见[1]。我们收治并在体外循环辅助下成功手术治疗1例患者,现报告如下。

1 临床资料

患者,男性,65岁。2008年8月15日因"双下肢肿胀、疼痛9 d"从外地急诊转入我院。查体腹部无明显包块,肝、脾未触及。双下肢膝关节以下明显肿胀,张力高,压痛明显。MRI和CTA检查提示:左肾巨大实质性占位病变,肾静脉、肝静脉开口以远下腔静脉栓塞,双下肢静脉广泛血栓栓塞,左肺上叶动脉和右肺上、中叶动脉栓塞(图1,2)。



图1 左肾占位病变的CT表现

图2 左肾静脉和下腔静脉内癌栓、远端腔静脉和双侧髂静脉血栓栓塞的MRI表现

手术方法:手术采用全静脉复合麻醉,气管插管,行正中纵劈胸骨联合腹正中切口直至耻骨联合。先开腹,行左肾全切除。之后,3 mg/kg肝素化,行升主动脉、上腔静脉和右心房,右上肺静脉插管,进行体外循环,全身降温。在肾静脉开口以下行下腔静脉切开,采用钳夹和带气囊血栓取出导管法清除下腔静脉内癌栓和血栓,采用带气囊血栓取出导管法清除下段下腔静脉、双侧髂静脉和股静脉血栓,至回血明显改善。直视下在肾静脉开口以下放置血栓过滤器。缝合下腔静脉切口。体温降至鼻咽温30 ℃,钳闭升主动脉,主动脉根部灌注冷血心脏保护液保护心肌。分别行左、右肺动脉切口,直视下取出肺动脉腔内癌栓。排除心内气体,缝合肺动脉切口。复温,开放升主动脉阻断钳,心脏自动复跳,循环平稳后,停体外循环。彻底止血,放置引流,关闭胸腹部切口。

术后患者平稳,呼吸机支持呼吸36 h,术后8 h,胸腹部引流较少后,开始采用低分子肝素钠抗凝,术后72 h后改为口服华法令持续抗凝治疗,维持凝血本酶原国际标准化比值(INR)在2.0~2.5。病理检查结果:左肾透明细胞癌,下腔静脉癌栓,双侧肺动脉癌栓。

患者伤口愈合好,双下肢水肿消退,顺利出院。术后随访3个月,患者无明显不适,已开始后续化疗和综合抗肿瘤治疗。

2 讨论

肾癌合并腔静脉癌栓可高达10%~15%,是影响肾癌手术切除和患者预后的重要因素[1]。Neves等[2]根据癌栓侵及范围,将肾癌合并腔静脉癌栓分为4级:Ⅰ级为癌栓仅限于肾静脉;Ⅱ级癌栓侵及肝段以下的下腔静脉;Ⅲ级指癌栓侵及肝段及以上的下腔静脉;Ⅳ级癌栓侵及右心房。本例患者属于Ⅲ级,同时合并双侧肺动脉癌栓栓塞及双下肢静脉血栓形成。

肾癌合并腔静脉癌栓的外科治疗是具有挑战性的难题,对手术方式的选择也有较多争议。Ciancio等[3]主张应用钳夹方法,下端在肾静脉处钳夹腔静脉,然后采用肝脏移植的技术游离肝脏,在肝段腔静脉钳夹,整块切除受肿瘤侵及的下腔静脉,应用人造血管替换缺失的下腔静脉。但这种方法手术难度大,术中出血多,阻断下腔静脉血流对循环的影响也较明显。Granberg等[4]主张采用腔静脉转流技术切除受肿瘤侵犯下腔静脉,或清除癌栓。我们这1例患者癌栓侵及范围广,难以完全切除,并且合并双侧肺动脉癌栓栓塞和双下肢静脉广泛血栓栓塞。应用体外循环技术是合理的,可以同时彻底清除腔静脉癌栓和双侧髂静脉及股静脉的血栓,并且施行了双侧肺动脉癌栓的清除,达到了根治手术的目的。同期我们还结合介入技术,直视下置放腔静脉血栓过滤器,可以有效防止后期残留下肢血栓脱落导致肺梗塞。

肾癌合并腔静脉癌栓手术切除的预后取决于肿瘤的性质和转移程度,患者的5年生存率在40%~65%[5]。本例患者术后随访时间较短,其远期疗效还需继续观察。

关键词:肾肿瘤;癌栓;静脉栓塞

中图法分类号:R737.11 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] Rigaud J, Hetet J, Braud G, *et al*. Surgical care, morbidity, mortality and follow-up after nephrectomy for renal cancer with extension of tumor thrombus into the inferior vena cava: retrospective study since 1990s[J]. Eur Urol, 2006, 50(2): 302-310.

[2] Neves R J, Zincke H. Surgical treatment of renal cancer with vena cava extension[J]. Br J Urol, 1987, 59(5): 390-395.

作者简介:肖颖彬,男,河南省洛阳市人,博士,主任医师,教授,主要从事心血管疾病外科治疗临床和相关基础方面的研究,发表论文100余篇。电话:(023)68755607,E-mail:xiaoyb@vip.sina.com

收稿日期:2008-11-19;**修回日期**:2008-12-03

[3] Ciancio G, Livingstone A S, Soloway M. Surgical management of renal cell carcinoma with tumor thrombus in the renal and inferior vena cava: the University of Miami experience in using liver transplantation techniques[J]. Eur Urol, 2007, 51(4): 988 – 995.

[4] Granberg C F, Boorjian S A, Schaff H V, *et al*. Surgical management, complications, and outcome of radical nephrectomy with inferior vena cava tumor thrombectomy facilitated by vascular bypass[J]. Urology, 2008, 72(1): 148 – 152.

[5] Glazer A A, Novick A C. Long – term followup after surgical treatment for renal cell carcinoma extending into the right atrium[J]. J Urol, 1996, 155(2): 448 – 450.

(编辑 王 红)

文章编号:1000-5404(2009)04-0373-01

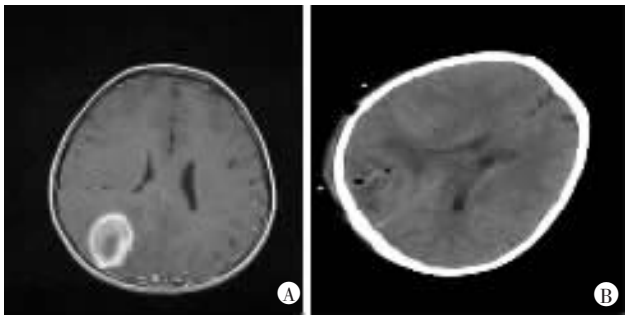
个案与短篇

颅内肺吸虫病伴出血1例

李昕宇,史建涛,赖召攀,高伯元 (第三军医大学西南医院神经外科,全军神经系统疾病微创诊治专科中心,重庆 400038)

1 临床资料

患者,男性,10岁,因"头痛、恶心、呕吐10 d"入院,有生蟹接触史。入院查体:意识清楚,回答问题正确,双侧瞳孔等大等圆,直径2.5 mm,光反射灵敏,双侧视乳头无水肿,伸舌居中,颈软,四肢肌力、肌张力正常,深浅感觉无异常,生理反射存在,病理反射未引出。颅脑CT检查提示:右侧顶枕叶脑出血伴周围水肿;MRI检查提示:右侧顶枕叶病变信号不均,周围水肿明显,环形强化(图1A);CTA检查未见异常。术前连续3 d查血沉分别为53、70、63 mm/h,嗜酸性粒细胞分别是$1\ 500\times10^6$/L、$1\ 970\times10^6$/L、$2\ 230\times10^6$/L。肺吸虫对流免疫电泳试验阳性。在导航引导下行病变显微切除术,术中暴露右顶枕叶病变,沿病灶四周钝性分离,用棉片保护正常脑组织后,用脑穿针抽出黑色陈旧性血性液体约2 ml,肿物质地较软,血供丰富,沿穿刺处剪开,见病灶内有陈旧性血凝块,病变呈海绵状,病变中央有一个小囊,大小约0.5 cm×0.5 cm×0.5 cm,抽出1 ml黄色液体,再沿病灶四周仔细游离,完整切除病灶,大小约5 cm×4 cm×4 cm。术后病理报告:血肿伴大量嗜酸性粒细胞浸润,考虑寄生虫感染合并出血。术后患者恢复良好,无神经功能损害,康复出院(图1B)。



A:术前MRI表现; B:术后CT表现

图1 颅内肺吸虫病伴出血的影像表现

作者简介:李昕宇,男,河南省西平县人,医师,主要从事神经外科临床方面的研究,现在河南省西平县人民医院神经外科。电话:(023)68773073

收稿日期:2008-12-01;**修回日期**:2008-12-15

2 讨论

近年来,肺吸虫病的发病率有上升趋势,尤其是三峡库区儿童易发病,且不被医务工作者认识,常常误诊、误治,结合我院收治1例肺吸虫颅内感染合并出血的罕见病例,我们认为应引起大家的重视。肺吸虫常因摄取生食或半生的含有囊蚴的溪蟹、喇蛄而感染,除了寄生于肺部,还可游行于全身各器官与组织中,表现各器官的症状体征不同,发生于中枢神经系统的肺吸虫位于脑部可产生类似脑肿瘤、脑脓肿的临床表现,发生于脊髓的病变可致患者瘫痪。因此,在临床工作中,如果发现临床表现及影像学上无特异性,有食生蟹、喇蛄史,皮下有游走包块,血沉异常,外周血嗜酸性粒细胞增多现象时,应作肺吸虫抗原皮试及肺吸虫对流免疫电泳检查,一旦阳性,应考虑有肺吸虫感染的可能[1,2]。

本例肺吸虫感染合并出血,主要是虫体在脑内移行造成血管损伤出血,易误诊为动静脉畸形,不能按一般的自发性脑出血处理,外科手术治疗只是全身综合治疗的一部分,否则病情得不到有效控制。在手术时,切记对正常脑组织的保护,用棉片保护好病灶四周脑组织,防止肺吸虫毒素刺激产生脑膜炎、脑炎,加重神经功能的损害,切除病灶后应用生理盐水反复冲洗病灶区域,减少局部脑组织的非炎性水肿。总之,术中暴露病灶、切除病变,都必须重视对正常脑组织的保护。术前高度怀疑肺吸虫病时,我们主张先服用抗肺吸虫药物吡喹酮1周再手术,可减少手术时肺吸虫毒性的干扰,术后应常规药物全身治疗,效果满意。对中枢神经系统非重要部位的肺吸虫感染也可先按全身性服药治疗,定期影像复查,病灶消失可免除手术痛苦,如病灶不消失,又有占位效应,仍需外科手术切除。

关键词:颅内肺吸虫病;出血

中图法分类号:R532.2 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] 张敬如,王 英,杨 松,等. 三峡库区肺吸虫病临床表现和误诊原因分析[J]. 第三军医大学学报, 2003, 25(12): 1068 – 1072.

[2] 张锡林,王 英,黄 勇,等. 三峡建坝后库区环境变化对肺吸虫病流行的影响[J]. 中国寄生虫病防治杂志, 2002, 15(1): 30 – 32.

(编辑 王 红)