doi:10.11659/jjssx.03E022014

·病例报道·

超声引导下聚多卡醇联合大隐静脉高位结扎治疗淤积性溃疡1例

陈 勤[1],宋志强[1],卢 红[2],李 玲[1],罗 娜[1] (1.陆军军医大学第一附属医院皮肤科,重庆 400038;2.陆军军医大学第一附属医院放射科,重庆 400038)

Ultrasound-guided polidocanol combined with high ligation of great saphenous vein in the treatment of stasis ulcer:a case report

CHEN Qin[1],SONG Zhi-qiang[1],LU Hong[2],LI Ling[1],LUO Na[1] (1.Department of Dermatology,First Affiliated Hospital of Army Medical University,Chongqing 400038,China;2.Department of Radiology,First Affiliated Hospital of Army Medical University,Chongqing 400038,China)

[关键词] 超声引导;聚多卡醇;下肢大隐静脉高位结扎;淤积性溃疡;弥漫性大B细胞淋巴瘤;下肢静脉功能不全
[中图分类号] R658.3 [文献标识码] B [收稿日期] 2022-03-03

慢性下肢皮肤溃疡通常是外周血管疾病(如下肢静脉功能不全、闭塞性血栓性脉管炎)、皮肤软组织感染、糖尿病和肿瘤性疾病等的常见并发症。皮肤溃疡的治疗只有在明确潜在病因的情况下采用正确的治疗手段方可获得成功。弥漫性大B细胞淋巴瘤是临床上最常见的淋巴瘤类型,在非霍奇金淋巴瘤中占30%~40%。皮肤是结外非霍奇金B细胞淋巴瘤中第二大易受累部位,可表现为丘疹、结节、斑块、脓肿或溃疡。我院收入1例下肢皮肤淤积性溃疡患者,采用聚多卡醇联合大隐静脉高位结扎微创治疗,成功治愈,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,男,50岁,重体力劳动者。2017年12月,患者因言语障碍及行走不稳行颅内增强MRI发现颅内占位,行肿瘤切除术后病理诊断为"原发性弥漫性大B细胞淋巴瘤",术后6个月先后完成自体干细胞移植治疗及6次联合化疗,化疗后白细胞及血小板长期处于较低状态(白细胞最低为0.5×10^9/L,血小板计数最低为30×10^9/L)。2019年8月患者不慎碰撞右小腿后,右胫前出现破溃糜烂,表面形成钱币大小溃疡,疼痛明显,于当地医院行脓液细菌培养提示金黄色葡萄球菌阳性,诊断为皮肤软组织感染,予以抗感染及清创换药治疗20余天后,溃疡无好转,考虑溃疡可能与原发病淋巴瘤相关,再次行联合化疗,但溃疡仍反复发作、持久不愈。

患者遂于2020年1月于我院就诊,查体见右小腿大片肿胀性暗红斑,胫前见直径约1 cm×2 cm深在性溃疡,表面有脓血性分泌物,右下肢无明显静脉曲张;溃疡组织病理活检提示淤积性溃疡(图1);下肢超声示右下肢大隐静脉增粗、反流明显,小腿溃疡区皮下见粗大反流交通支静脉;CTV检查发现右下肢大隐静脉扩张增粗、深静脉通畅,深浅静脉交通支增多(图2)。遂以"右下肢静脉曲张、淤积性皮炎、淤积性溃疡、原发性弥漫性大B细胞淋巴瘤化疗及自体干细胞移植术后"收入院。术前检查显示白细胞为3.0×10^9/L,血小板为50×10^9/L,其他检查未见绝对手术禁忌证,建议患者行微创手术,局部麻醉后行右下肢大隐静脉高位结扎联合聚多卡醇(硬化剂)注射、交通支静脉结扎及浅表静脉点状剥脱术。

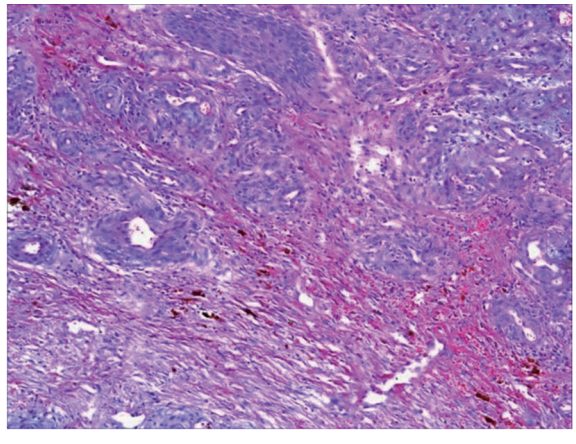


图1 皮肤溃疡组织病理表现(HE染色×100)

[基金项目] 陆军军医大学第一附属医院临床创新基金(SWH2014LC16)
[通信作者] 罗 娜,E-mail:ronaderma@163.com

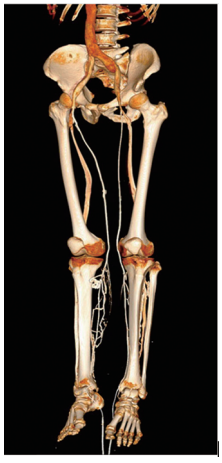


图2 右下肢影像学表现



术前 术后1个月

图3 患者手术前后外观对比

1.2 方法

患者取头高足低仰卧位,常规消毒铺巾。在彩色多普勒超声引导下,于右大腿隐股交界处行局部麻醉,作2 cm直接切口,暴露并游离大隐静脉近端(直径约1.5 cm),两端结扎离断。按照Tessari法采用三通管将3%聚多卡醇注射液(Polidocanol德国赫尔布兰德制药厂)与空气按1∶4比例混合制备泡沫硬化剂,于结扎大隐静脉远端缓慢注入,速度为0.2 mL/s,总量约10 mL,彩色多普勒超声全程观察大隐静脉及其分支至小腿段扩张浅静脉内硬化剂充盈情况。超声定位右小腿溃疡周边反流,于交通支静脉上方切开约0.5 cm点状切口,使用血管钩将异常交通支静脉钩出,并结扎离断;溃疡周边迂曲浅静脉予以2 mm小切口点状剥脱;术中总出血量5 mL左右。术毕,可吸收线缝合皮下组织,4-0外缝线缝合皮肤切口,并穿戴二级压力长筒露趾弹力袜行压迫治疗。

2 结果

患者术后即刻下地行走,观察30 min无异常后步行至病房,未诉疼痛、麻木、酸胀等不适。嘱患者平日抬高患肢,作肢踝屈伸运动。次日出院,3 d后复查,伤口无明显渗血渗液,下肢无肿胀、疼痛,可自由活动。超声复查见病变大隐静脉完全闭合,无异常反流。术后2周拆线,小腿处溃疡基本愈合;术后1个月溃疡完全愈合,小腿段暗褐色斑片颜色变淡(图3)。嘱患者术后定期随访,随访期间溃疡无复发。

3 讨论

慢性下肢皮肤溃疡发病原因相对复杂,包括血管、神经、感染、外伤、人工刺激等多种因素。其中血管源性皮肤溃疡较为常见,其可由动脉异常(如下肢闭塞性动脉硬化症、闭塞性血栓性脉管炎)引起,也可由静脉异常诱发,如慢性下肢静脉功能不全可导致静脉淤积性溃疡。下肢静脉功能不全常由静脉瓣膜破坏或静脉阻塞导致静脉高压引起,而静脉高压可使静脉血回流障碍、血液含氧量和营养成分减少、微静脉内皮损伤、毛细血管通透性增加、组织肿胀、皮肤营养障碍、炎症反应等加重,从而形成糜烂溃疡[1-2]。因下肢组织肿胀,部分静脉功能不全患者可无明显静脉曲张表现,仅表现为静脉性溃疡,同时易合并感染,进一步加重肿胀,因而常易被误诊漏诊[3]。本例患者在出现溃疡前有明确的外伤史,溃疡表面分泌物培养为金黄色葡萄球菌阳性,按照感染性溃疡长时间使用抗生素治疗仍无好转,说明感染并非溃疡的主要诱因。

弥漫性大B细胞淋巴瘤是非霍奇金淋巴瘤的常见类型,临床上多为侵袭性或中高度恶性淋巴瘤,20%的病例为弥漫性大B细胞淋巴瘤的特殊类型,其可原发于淋巴结或结外病变,包括胃肠道、骨、睾丸、脾、咽淋巴环、唾液腺、甲状腺、肝、肾和肾上腺等部位,而皮肤型弥漫性大B细胞淋巴瘤则是较为少见的特殊类型,通常表现为初发于皮肤的累及一侧或双侧小腿、单发或多发的快速增生性紫红色结节,易破溃出现皮肤溃疡,也容易与皮肤感染等其他原因导致的皮肤溃疡相混淆[4-7]。本例患者有明确的原发性弥漫性大B细胞淋巴瘤史,反复出现小腿部位的溃疡,然而患者在化疗及干细胞移植治疗后溃疡仍无好转,加之抗感染治疗无效,故而需排除其他原因导致的皮肤溃疡;组织病理检查提示下肢淤积性溃疡,彩色多普勒超声及下肢CTV均证实右下肢存在大隐静脉反流及扩张,结合患者长期站立负重工作,故认为右下肢溃疡为慢性下肢静脉功能不全引发。该病的治疗需解除大隐静脉高压、阻断静脉反流,以缓解局部皮肤营养障碍及炎症,促进溃疡愈合[8-9]。

传统治疗慢性下肢静脉功能不全的方法为大隐静

脉结扎及剥脱术,该方法需要在全身麻醉或腰麻下进行,术中需要准确定位病变大隐静脉的近端反流点,但由于大隐静脉有不同的属支及分支,因而准确定位病变血管具有一定难度。同时,大隐静脉剥脱术创伤相对较大、出血量较多、隐神经损伤的风险也较高,术后需要压迫以防止出血或血肿形成,患者术后需要卧床休息,下地恢复时间相对较长,使下肢深静脉血栓形成的风险增加;此外,较多的皮下出血及较大手术切口亦会影响患者术后腿部美观度。由于本例患者有原发性弥漫性大 B 细胞淋巴瘤合并明显白细胞减少、贫血等,实施传统的全身麻醉或腰麻下大隐静脉剥脱术风险相对较高,需要采用更加微创的治疗手段以达到预期的治疗效果。

硬化剂治疗是一种采用化学消融的方式将硬化药物注入异常静脉,通过加压压迫使硬化药物与静脉管壁接触,诱发无菌性炎症,从而对血管内膜损伤、血管纤维化闭锁进行治疗的手段,具有操作简便、手术创伤小、患者恢复快的优点[10]。3% 聚多卡醇是目前国内唯一批准用于治疗下肢静脉功能不全的药物,安全性高、不良反应程度轻、治疗效果明显。在超声精准引导下,聚多卡醇可有效定位病变大隐静脉的高位反流点及导致溃疡产生的异常交通支静脉,并予以结扎离断,使用聚多卡醇闭锁病变血管,有效缓解了患者右下肢浅静脉的压力,同时结合局部皮肤抗炎治疗,可使小腿的淤积性溃疡快速愈合。该微创手段创伤小、出血量少,显著降低了患者的手术风险,患者术后可即刻下地行走,有效防止了下肢深静脉血栓形成,并大大缩短了患者溃疡的愈合时间,实现了精准化及个性化治疗。本例患者采用该微创方法治疗效果较好,随访未复发。

综上所述,慢性下肢皮肤溃疡需要明确溃疡的具体诱因,针对慢性下肢静脉功能不全导致的淤积性溃疡,需与肿瘤源性、感染等因素引发的溃疡相鉴别。采用超声引导下聚多卡醇联合大隐静脉高位结扎的微创手术,可有效减少患者的手术创伤,促进溃疡皮肤的愈合,对于合并特殊基础疾病的患者是一种较好的选择。

[参考文献]

[1] Kumar P, Khan IA, Das A, et al. Chronic venous insufficiency: part 1 pathophysiology and clinical features[J]. Clin Exp Dermatol, 2022, 47(7): 1228 - 1239. doi: 10.1111/ced.15143.

[2] Kılınç F, Akbaş A, Şener S, et al. Cutaneous findings in patients with chronic venous insufficiency[J]. J Cosmet Dermatol, 2022, 21(5): 2106 - 2112. doi: 10.1111/jocd.14337.

[3] Das A, Sil A, Kumar P, et al. Chronic venous insufficiency: part 2 diagnosis and treatment[J]. Clin Exp Dermatol, 2022, 47(7): 1240 - 1255. doi: 10.1111/ced.15152.

[4] Song H, Gong Y, Yan X, et al. A rare case of cutaneous diffuse large B-cell lymphoma presenting as a chronic "infectious" skin ulcer[J]. Ostomy Wound Manage, 2018, 64(4): 44 - 47.

[5] Grandi V, Alberti Violetti S, La Selva R, et al. Primary cutaneous B-cell lymphoma: narrative review of the literature[J]. G Ital Dermatol Venereol, 2019, 154(4): 466 - 479. doi: 10.23736/S0392 - 0488.17.05670 - X.

[6] Wilcox RA. Cutaneous B-cell lymphomas: 2019 update on diagnosis, risk stratification, and management[J]. Am J Hematol, 2018, 93(11): 1427 - 1430. doi: 10.1002/ajh.25224.

[7] Mehta R, Shah AP. Diffuse large B-cell lymphoma: an extensive, ulcerated, fungating cutaneous manifestation[J]. Br J Hosp Med (Lond), 2021, 82(2): 1 - 3. doi: 10.12968/hmed.2020.0402.

[8] Stücker M, Rabe E, Meyer K, et al. Therapeutic approach to chronic venous insufficiency-clinical benefits of red-vine-leaf-extract AS 195 (Antistax®)[J]. Pharmazie, 2019, 74(4): 193 - 200. doi: 10.1691/ph.2019.9326.

[9] 下肢浅静脉曲张诊治共识微循环专家组. 下肢浅静脉曲张诊治微循环专家共识[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2020, 19(1): 1 - 6. doi: 10.11915/j.issn.1671 - 5403.2020.01.001.

[10] 刘 鹏, 叶志东. 硬化剂治疗下肢静脉曲张的作用与地位[J]. 中国血管外科杂志(电子版), 2016, 8(3): 173 - 174. doi: 10.3969/j.issn.1674 - 7429.2016.03.002.

(编辑:龙小芬)