多层螺旋 CT 血管成像诊断脾动脉多发动脉瘤 1 例

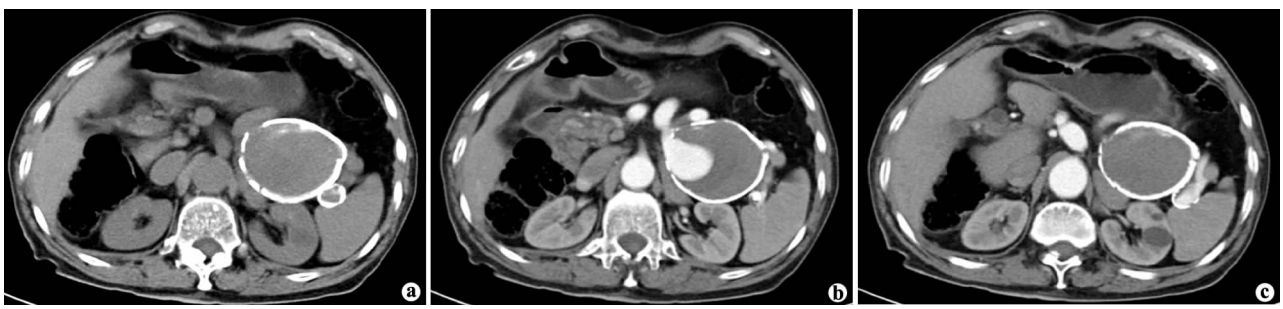
黄 涛[1],陈 伟[2],黄财军[3] (1. 泸州医学院附属中医院放射科,四川 泸州 646000;2. 第三军医大学西南医院放射科,重庆 400038;3. 重庆市沙坪坝区人民医院放射科,重庆 400030)

[关键词] 多层螺旋 CT 血管成像;脾动脉瘤;诊断
[中图分类号] R814.42;R654.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)02-0233-02

脾动脉瘤(splenic artery aneurysm,SAA)是脾动脉直径大于 1 cm 的异常扩张,是常见的内脏动脉瘤,常无临床症状,明确诊断后及时早期手术治疗非常重要,如果瘤体破裂或濒临破裂时手术其危险性、死亡率将成倍增加[1]。我院采用多层螺旋 CT 血管成像(multi-slice spiral CT angiography,MSCTA)诊断 1 例脾动脉多发动脉瘤,现报告如下。

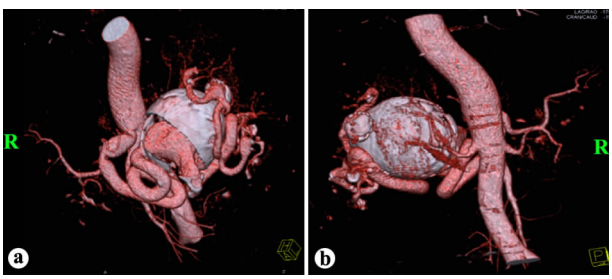
1 临床资料

患者,男,70 岁,进行性排尿困难 2 个月入院。上腹部 CT 示:左上腹见有 2 个大小不等的类圆形肿块影,均见有环形钙化(图 1a)。血管造影(CTA)示:动脉期中心强化,边缘见弧形充盈缺损区(图 1b、c)。容积再现(VR)示:脾动脉增粗且迂曲走行,动脉瘤呈球形,最大约 6 cm×7 cm×7 cm,小瘤体位于其外侧,腹主动脉发出脾动脉近心端见多处狭窄,其间脾动脉梭形膨大(图 2)。诊断为近端脾动脉瘤。



a:CT 平扫横断面左上腹见 2 个大小不等结节影,可见环形钙化;b、c:CTA 横断面图像见大小 2 个瘤体中心强化,边缘见附壁血栓

图 1 脾动脉多发动脉瘤影像资料



a:脾动脉增粗,走行迂曲,动脉瘤呈球形,钙化成包壳样,脾动脉近心端见两处狭窄,其间脾动脉梭形膨大;b:壳状钙化小瘤体位于大瘤体外侧

图 2 脾动脉多发动脉瘤 VR 图像

2 讨论

SAA 临床非常少见,大部分发生在中间和末梢 1/3 的脾动脉处,在发现时直径常常小于 2 cm[2]。而本例发生在脾动脉多枚动脉瘤,其体积巨大更属罕见。SAA 病很少发生在肝移植后[3]。此例患者脾门血管见多处钙化,推测是跟动脉粥样硬化有关。SAA 的临床症状各异,并发症包括自发破裂和对临近腹部脏器和血管壁的侵蚀,未破裂时表现常不典型,仅部分病人表现为腹痛、厌食、恶心、呕吐,往往易归因于胆结石或消化性溃疡所致,极少是因为腹部搏动性肿块而被诊治,其中非特异性症状者最后的诊断几乎总是由偶然腹部影像发现[2]。此例就是无明显相关症状,以其他原因入院,检查腹部时偶然发现,这也可能是动脉瘤体积巨大的原因之一。超出 2 cm 直径的动脉瘤破裂的风险大大增加。破裂后的死亡率为 25% ~70%[3]。此例还未破裂原因可能跟瘤壁的钙化及脾动脉近心端多处狭窄导致脾动脉血流压力降低有关。SAA 虽然发病率低但死亡率高,因此及时正确的诊断至关重要。可采用超声、CT 和磁共振(MR)等检查方法,而超声检查对操作者依赖性大,易受到肥胖、肠气干扰及动脉硬化等原因限制,诊断阳性率及准确性不及 CT 和 MR,尤其对小病灶容易漏诊。MR 对脾动脉的诊断准确性较高,但是对于安装起搏器和动脉瘤夹的患者检查受到限制。MPR 图像清晰度、对比度好,利于观察钙化和血栓;VR 图像可进行任意形式旋转、切割,多角度、多方位观察 SAA 的三维解剖关系,对病变整体情况和周边关系能够完整清晰显示[1]。本例采用上述方法清楚显示瘤体大小,在血栓占据瘤体大部分,钙化掩盖瘤体情况时,通过旋转和切割清楚显示多发动脉瘤间相互关系,VR 还可以对 MPR、MIP 图像难以发现的近端动脉瘤明确诊断。文献及本例 SAA 的 MSCTA 诊断,充分说明 MSCTA 具有创伤小和能清楚显示 SAA 的大小、位置及与相应血管的关系

DOI:10.11659/jjssx.1672-5042.201302056
[收稿日期] 2012-07-09 [修回日期] 2012-07-25

等明显的优势,在确定治疗方案方面有很重要的价值,是一个首选的影像检查方法。

[参考文献]

[1] Mazza A, Montemurro D, Zattoni L, et al. Management in an emergency department of a splenic artery aneurysm[J]. Intern Emerg Med, 2010, 5(2): 173 – 174.

[2] Debnath J, George RA, Raob PP, et al. Splenic artery aneurysm--a rare cause for extrahepatic portal venous obstruction: a case report[J]. Int J Surg, 2007, 5(5): 351 – 352.

[3] Al Habbal Y, Christophi C, Muralidharan Y. Aneurysms of the splenic artery-a review[J]. Surgeon, 2010, 8(4): 223 – 231.

(编辑:余汇洋)

髂总动脉和髂外动脉弯曲畸形 1 例

余修贵[1],江会勇[1],徐 健[1],李立新[1],齐爱青[1],江银丽[2],辛宾宾[2] (九江学院:1. 基础医学院人体解剖学与组织胚胎学教研室;2. 临床医学本科 2010 级,江西 九江 332000)

[关键词] 髂总动脉;髂外动脉;弯曲;畸形

[中图分类号] R322.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)02-0234-01

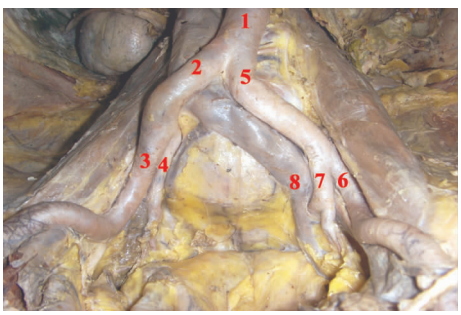
髂外动脉是髂总动脉的直接延续,很少发生畸形。作者在指导临床医学本科生局部解剖时,发现 1 例髂总动脉和髂外动脉弯曲畸形,为积累国人体质资料,给临床检查、诊断与治疗提供参考。现报告如下。

1 资料与方法

10% 的福尔马林固定的男尸 1 具,约 45 岁,身高 155 cm,发育正常,双下肢对称等粗,外观无任何畸形。解剖显露腹后壁及盆部的腹主动脉、髂总动脉、髂外动脉,用量角器测量其夹角,游标卡尺测量其径线。

2 结果

解剖观察腹后壁及盆部血管发现左、右髂总动脉和左、右髂外动脉出现弯曲畸形。腹主动脉在 L_4 椎间盘前方分为左、右髂总动脉,左髂总动脉垂直下行 11.42 mm 后转向左下外,呈 53.8°行 48.04 mm 至腰大肌内侧,骶髂关节前方分为髂内、外动脉,左髂外动脉呈半环形弯曲,至腹股沟韧带深面移行为股动脉,长 91.62 mm。右髂总动脉呈 28.2° 行向右下方,行 27.46 mm 出现弯曲,转向后下行 18.40 mm 至 L_5 椎间盘右侧分髂内、外动脉,右髂内动脉发出后在右髂外动脉内侧与之伴行,右髂外动脉在腰大肌内侧呈近似“U”形弯曲,长 125.94 mm,见图 1。髂总动脉出现转折弯曲后管径出现增粗,右髂总动脉转折前外径 12.04 mm,转折后外径 13.36 mm,左髂总动脉转折前外径 12.36 mm,转折后外径 13.78 mm。



1:腹主动脉;2:右髂总动脉;3:右髂外动脉;4:右髂内动脉;5:左髂总动脉;6:左髂外动脉;7:左髂内动脉;8:左髂总静脉

图 1 髂总动脉和髂外动脉弯曲畸形

3 讨论

在正常情况下,髂总动脉由腹主动脉自第 4 腰椎体下缘发出,长度男性左侧(46.8 ± 1.27) mm,右(42.8 ± 1.25) mm,沿腰大肌内侧下行至骶髂关节处分为髂内动脉和髂外动脉,髂外动脉长度男性左侧 105.50 mm,右侧 112.8 mm[1],本例左侧髂总动脉长 59.46 mm,右髂外动脉长 125.94 mm,较长,可能是出现动脉弯曲所致。髂动脉从起点至止点并非直线,而是出现了转折弯曲,我们可认为是弯曲畸形。李瑞芬等[2]在对 200 例心血管病患者的髂动脉采用彩色多普勒超声检查发现 11 例畸形。畸形主要是血管发育不良,国外也有这方面的报道,Koyama 等[3]报道过髂外动脉的先天性发育不良。这种畸形,对下肢动脉的血流可能有一定影响。同时,在经股动脉插管时有可能造成通过困难。因此,行某些手术(如冠状动脉造影)之前确定双侧髂动脉的行走情况、有无畸形对于手术成功很有意义,应引起足够重视。

[参考文献]

[1] 张培华,蒋米尔. 临床血管外科学[M]. 北京:科学出版社,2007:32.

[2] 李瑞芬,李晓青,张艳丽,等. 彩色多普勒超声在冠状动脉造影术前髂动脉畸形检出中的价值[J]. 中国煤炭工业医学杂志,2007,10(2):198 – 199.

[3] Koyama T, Kawada T, Kitanaka Y, et al. Congenital anomaly of the external iliac artery: a case report[J]. J Vasc Surg, 2003, 37(3): 683 – 685.

(编辑:左艳芳)

DOI:10.11659/jjssx.1672-5042.201302057

[收稿日期] 2012-10-11 [修回日期] 2012-10-23