

• 病例报道 •

脾动脉全程动脉瘤及胃左动脉瘤一例

闫庆, 陈卫霞, 谢晓东, 王朝华, 路涛

【中图分类号】R814.42; R543.5; R657.31 【文献标识码】D 【文章编号】1009-0313(2006)10-1086-01

病例资料 患者,女,54岁,脾大40年,上腹部不适2个月。40年前患者体检发现脾大,当地医院检查排除血吸虫病,一直未予特殊治疗。2个月前自觉上腹不适伴右肩部背心轻微疼痛,疼痛与进食无明显关系。查体:肝肋下未及,脾大达肋弓下4cm。

胃镜:食管、胃底静脉曲张。血常规:PLT $27 \times 10^9/L$, WBC $1.93 \times 10^9/L$, HGB $117 g/L$, 乙肝指标均(-)。出凝血功能正常。总胆红素 $39.5 \mu mol/L$, 直接胆红素 $12.5 \mu mol/L$ 。

腹部B超示脾大,脾静脉扩张,胰周血管畸形。

CT示腹腔动脉干左侧至脾门区域可见多个大小不等的类圆形及条形等密度影,下界达左肾下极,部分见蛋壳样钙化(图1)。动脉期腹主动脉明显强化,脾动脉起始处部分病变可见与腹主动脉强化相似并达脾门,其起始处内径约3.5cm,其余部分未见强化,脾轻度强化。胃小弯侧胃壁旁可见小结节样明显强化影。门静脉期其余病变可见强化(图2),门静脉主干变细,内可见稍低密度充盈缺损(图3),门静脉周围可见侧支血管。肝体积变小,测量其体积大小约 $654 cm^3$ (Siemens sensation 16 volume 软件)。脾脏大。食管、胃底静脉及左侧膈下静脉迂曲扩张。CT诊断:脾动脉全程动脉瘤可能,胃左动脉瘤? 门静脉海绵样变性并侧支循环形成,肝体积缩小,脾大。

DSA示腹腔干造影示脾动脉迂曲,明显瘤样扩张,胃左动脉分支瘤样扩张(图4),门静脉海绵样变,脾静脉异常增粗、扩张,门静脉内为反向血流。

讨论 内脏动脉瘤较少见,发病率约占人群总数的0.2%。文献报道内脏动脉瘤真正病因不明,其形成原因可能与感染、门静脉高压、动脉粥样硬化、多次妊娠、先天性因素及创伤等因素有关。临床常无症状,少数迅速增大的内脏动脉瘤可有上腹痛,并放射至肩背部^[1]。内脏动脉瘤中脾动脉瘤较为常见,约占60%,多为节段性扩张,而全程扩张较少见,胃左动脉瘤则更罕见。本例CT动脉期腹腔干左侧至脾门区域类圆形等密度影



图1 CT动脉期腹腔干左侧至脾门区域部分类圆形高密度影与腹主动脉强化程度相似,边缘可见蛋壳样钙化(箭)。图2 CT门静脉期其余部分亦强化。

图3 CT门静脉期冠状面重组示门静脉主干未见强化,胃小弯侧胃壁旁可见小结节样明显强化影(箭)。图4 DSA腹腔干造影示胃左动脉局部瘤样扩张(箭)及迂曲扩张的脾动脉。

与腹主动脉强化程度相似,其中部分边缘可见蛋壳样钙化,提示上述病变为迂曲瘤样扩张的脾动脉,其管壁存在粥样硬化。其余部分在门静脉期强化,结合其走行特征,考虑为迂曲扩张的脾静脉。动脉期在胃左动脉走行区域出现明显强化异常扩大的结节,可考虑胃左动脉瘤诊断。目前DSA仍是内脏动脉瘤确诊的金标准。本例患者存在门静脉血栓及门静脉海绵样变性,DSA证实门静脉内为反向血流,脾动脉瘤及胃左动脉瘤形成原因考虑可能与门静脉高压致脾动脉及胃壁血管高动力循环状态有关,扩张的脾动脉可能继发压迫脾静脉进一步加剧局部高阻力、高动力循环状态所致。

参考文献:

- [1] 石美鑫,张延龄.现代外科学[M].上海:复旦大学出版社,2002.1077.

作者单位:610041 成都,四川大学华西临床医学院附属华西医院放射科

作者简介:闫庆(1977-),男,山西大同人,硕士,住院医师,主要从事影像诊断与介入治疗工作。

(收稿日期:2006-03-09 修回日期:2006-04-12)