

· 病例报告 ·

迷走脾动脉瘤一例

王玉红 陈月芹 王林省 孙占国 张谷青 李慧 王皆欢

患者 女, 50 岁, 因“体检发现内脏动脉瘤”于 2010 年 6 月 22 日就诊。临床及实验室检查无明显异常。外院超声检查显示: 于肠系膜上动脉起始处前方探及一囊状无回声区, 大小约为 2.6 cm × 2.4 cm × 3.0 cm, 壁上可见点片状强回声。超声多普勒诊断为肠系膜上动脉动脉瘤。

腹部 CTA 显示: 脾动脉异位开口于肠系膜上动脉近段, 距起始处 0.2 cm 处右后壁见囊状膨出呈梨形, 借助颈部与脾动脉相连, 颈部内径约 0.4 cm, 瘤体大小约 2.8 cm × 2.4 cm × 3.1 cm, 瘤壁见弧形钙化(图 1~3)。诊断为迷走脾动脉瘤。

手术所见: 脾脏大小正常, 脾动脉起源于肠系膜上动脉近段, 于脾动脉起始部可扪及直径约 3.0 cm 的不规则球状物, 与心脏搏动一致, 界清。瘤体与周围结构易于分离, 结扎瘤体颈部。术后 3 个月复查 CT 示瘤体内未见对比剂进入, 其内呈低密度(图 4), 提示血栓形成。

讨论 脾动脉瘤(splenic artery aneurysms, SAA)是一种少见病^[1], 而迷走脾动脉瘤罕见。脾动脉大多起源于腹腔动脉, 但也可发生变异, 起源于肠系膜上动脉或直接来自腹主动脉等^[2]。本例为异位起源于肠系膜上动脉的 SAA。SAA 的确切病因尚不清楚^[3], 异位起源可能是本例动脉瘤形成的原因。SAA 好发于 50~60 岁, 女性多见, 男女之比约为 1:4^[4,5]。绝大多数 SAA 患者无症状, 在体检、剖腹探查或动脉造影时偶然发现^[6], 破裂出血是 SAA 最主要的并发症。

迷走 SAA 常发生于异常起源的脾动脉近段^[2], 影像上表现为瘤动脉局部呈囊状膨出, 瘤体大小不等, 与载瘤动脉

之间通过长短不一狭颈相交通, 少数囊壁可见钙化。本例影像表现与文献报道相似。超声检查是首选的检查手段, 常表现为与迷走脾动脉相交通的无回声暗区, 但该检查易受肠气影响, 对体积较大动脉瘤的定位困难。目前, DSA 仍是诊断 SAA 的金标准, 近年来 CTA 和 MRA 结合其后处理技术既可从多方位清楚显示病变位置、瘤体与脾动脉的关系, 显示其狭颈的长短、动脉瘤的钙化、血栓等多种病理改变, 还可进行术后效果的评价及动态随访, 为 SAA 的诊断和治疗方式的选择提供准确的信息, 且为微创性检查, 已成为 SAA 非介入治疗首选的检查手段。

因 SAA 易于破裂、致死率高, 所以发现 SAA 后应积极及时治疗。

参 考 文 献

- [1] 谢春, 沈文, 祁吉. MSCT 血管成像诊断脾动脉瘤伴门静脉高压症的临床价值. 放射学实践, 2009, 24: 54-58.
- [2] 郑幼伟, 梅志军, 景在平, 等. 异位起源于肠系膜上动脉的脾动脉瘤四例报告. 中华肝胆外科杂志, 2011, 17: 345-347.
- [3] Agrawal GA, Johnson PT, Fishman EK. Splenic artery aneurysms and pseudoaneurysms: clinical distinctions and CT appearances. AJR, 2007, 188: 992-999.
- [4] 高兴汉, 嵇鸣, 滑炎卿, 等. 脾动脉瘤一例. 中华放射学杂志, 2006, 40: 334-335.
- [5] Tochii M, Ogino H, Sasaki H, et al. Successful surgical treatment for aneurysm of splenic artery with anomalous origin. Ann Thorac Cardiovasc Surg, 2005, 11: 346-349.
- [6] 范荣, 金中高. 16 层螺旋 CT 血管成像诊断脾动脉瘤的价值. 中国医学影像学杂志, 2008, 16: 310-312.

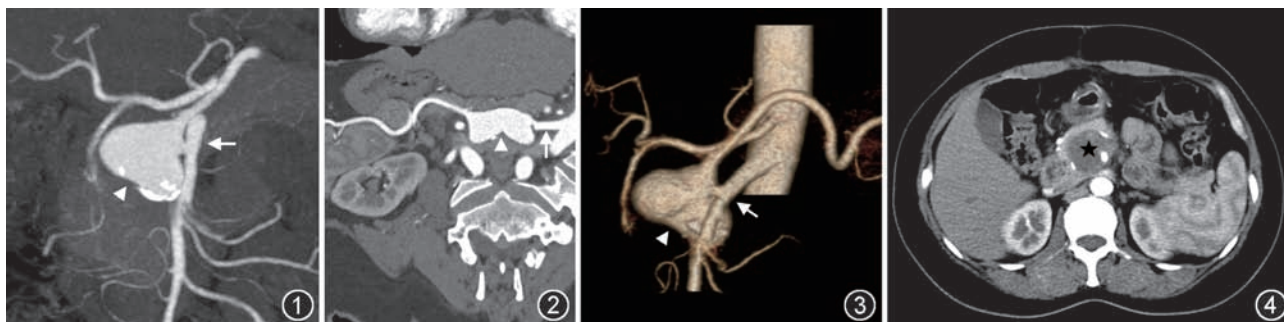


图 1 CT 扫描, MIP 显示脾动脉起源于肠系膜上动脉(箭), 近段见囊状结构(箭头)与脾动脉及周围大动脉同步强化 图 2 CPR 图像显示迂曲的迷走于肠系膜上动脉(箭)的脾动脉拉直展示在同一层面上, 清晰显示动脉瘤(箭头)钙化 图 3 VR 显示迷走于肠系膜上动脉(箭)的脾动脉瘤(箭头)呈囊状, 与载瘤动脉窄颈相连, 瘤壁可见钙化 图 4 迷走脾动脉瘤行结扎手术后复查 CT 示充盈缺损(★)

(收稿日期: 2011-09-01)

(本文编辑: 张晓冬)