

# 胸廓内动脉瘤误诊为纵隔肿瘤 1 例报告

章春阳 石 帅 田永攀\*<sup>①</sup>

(重庆医科大学附属第一医院大足医院胸心外科, 重庆 402360)

文献标识: B 文章编号: 1009-6604(2019)07-0661-02

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2019.07.024

胸廓内动脉(internal thoracic artery, ITA)由锁骨下动脉发出,沿胸骨外侧缘约 1.5 cm 经第 1~7 肋软骨后面向下行走,沿途分支分布于胸前壁、乳房、心包和膈。胸廓内动脉瘤是外周动脉瘤中的少见类型,多数因外伤形成假性动脉瘤,根据其分支所在部位不同,影像学检查易误诊为心包、纵隔、肺部占位性病变。我院 2015 年 11 月收治 1 例左侧胸廓内动脉瘤,术前误诊为纵隔肿瘤,现进行分析,以期今后的诊断、治疗提供思路。

## 1 临床资料

患者女,45 岁,因咳嗽咳痰、痰中带血 10 余天入院。既往史无特殊,10 余天前无明显诱因出现咳嗽、咳痰,痰中带淡红色血丝,无发热、盗汗、胸痛、呼吸困难等。胸部 CT 平扫+增强(图 1):①左前上纵隔区占位性病变,纵隔肿瘤?左肺上叶肿瘤?请结合临床进一步明确;②左肺上叶前段节段性被动肺不张;③上纵隔及左侧颈根部多发淋巴结显示;④左肺少许纤维灶及钙化灶。胸片:左上肺前段 8 cm × 9 cm 包块,边缘光整,前下缘分叶呈凹凸及刺影。心电图、心脏彩超、肺功能、三大常规、肝肾功能、电解质、凝血、输血前检查等均无显著异常。术前诊断:“左胸腔占位性病变:纵隔良性肿瘤?”

行开胸探查,肿瘤位于左上纵隔,呈圆形,直径约 7 cm,质较硬,可见部分包膜,未扪及搏动感,肺门处见 2 枚肿大淋巴结,左上肺尖段与肿瘤胸膜顶部致密粘连。于肿瘤与左肺粘连处钝性分离包块,见包块部分浸润入肺内,切开部分包膜见内容物为暗黑色腐肉样血凝块组织,触碰易出血。进一步分

离肿瘤时发生大出血、心脏停跳致手术暂停,经抢救后继续分离肿瘤见包绕左侧头臂干、左锁骨下静脉,瘤体未能切除,止血后关胸,入住重症医学科 1 月余出院,仍间断咯血,每次 1~5 ml 鲜血。胸部 CTA(图 2):左上胸肿块内见一梭形明显强化影,供血动脉呈细支状由左前胸壁后缘发出,考虑假性动脉瘤。开胸术后 2 个月行介入治疗,于右股动脉穿刺并置入导丝,造影见动脉瘤来源于左胸廓内动脉(图 3A),置入弹簧圈封堵,微导丝推进到动脉瘤近心缘难以继续推进,考虑开胸手术中止血破坏血管走行致导丝通过困难,故释放 2 枚带纤维铂金弹簧圈封堵动脉瘤左胸廓内动脉近心端,5 min 后再次造影动脉瘤消失,左胸廓内动脉封堵器远心端以下无显影(图 3B)。行左、右肺支气管动脉造影,未见明显出血。介入手术后咯血症状消失,随访 36 个月,症状无复发,一般情况良好,胸腔内占位逐渐缩小、消失(图 4)。

## 2 讨论

临床上以咯血为表现的疾病种类繁多,非支气管性体动脉供血(nonbronchial systemic arteries, NBSA)现象<sup>[1,2]</sup>受到越来越多的关注。胸廓内动脉是 NBSA 中较常见的一支<sup>[3]</sup>,多种因素可使胸廓内动脉产生各种病理性改变导致咯血并参与肺内供血。胸廓内动脉瘤多为医源性动脉瘤,由既往胸骨切开创或心脏起搏器植入等引起。其他已知的病因是外伤、血管疾病或结缔组织疾病,如马方综合征、Ehler-Danlos 综合征或 1 型神经纤维瘤病。特发性胸廓内动脉瘤极为罕见。无外伤的胸廓内动脉瘤临

\* 通讯作者, E-mail: 121377232@qq.com

① 神经内科

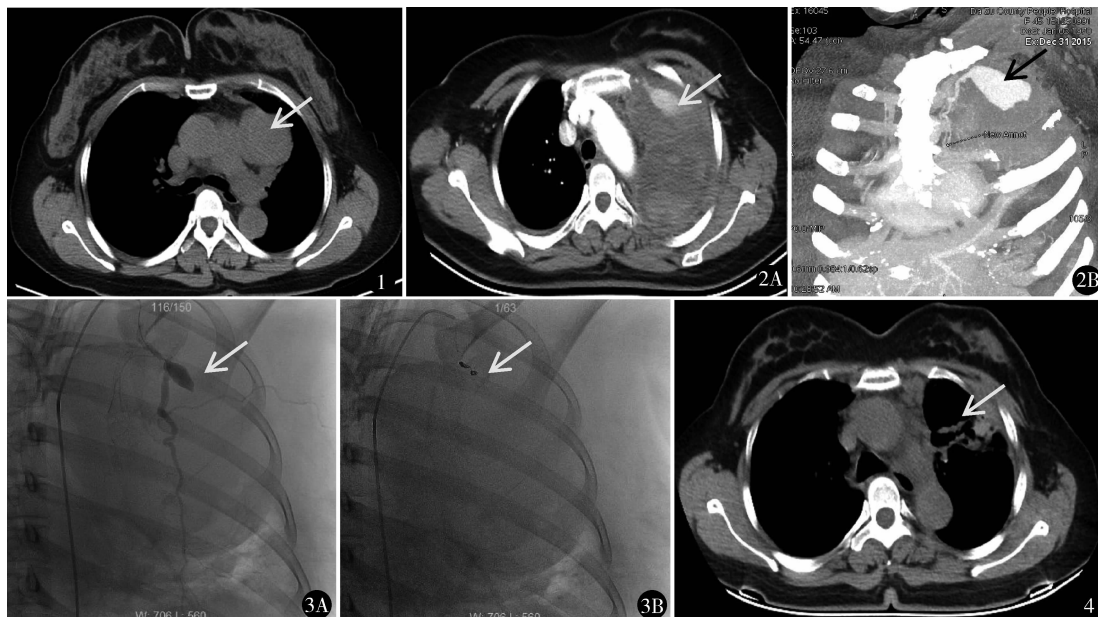


图 1 CT:左侧胸腔内占位性病变,考虑纵隔来源,与肺动脉分界不清 图 2 胸部 CTA:左上胸肿块内见一梭形明显强化影,供血动脉由左前胸壁后缘发出 图 3 介入术中:封堵前可见供血动脉为胸廓内动脉 (A),封堵后封堵器远心端未见显影 (B) 图 4 介入治疗后 2 年胸部 CT:胸腔内占位已基本吸收

床少见且无特异性临床表现,部分患者因时间长、瘤体内血液机化等因素致胸部 CT 增强扫描无明显强化而容易误诊为纵隔肿瘤、肺部肿瘤等疾病<sup>[4]</sup>。未觉察的小动脉出血往往因术前准备不充分致后果严重<sup>[5]</sup>,因此对于 CT 示肿瘤与周边血管(包括小血管)关系紧密者,术前行 CTA 或 MRA 检查十分必要<sup>[6]</sup>。

术前详细检查分析出血来源,对手术指征的把握和手术安全有重大意义。对于明确诊断的外周血管动脉瘤,部分患者因解剖位置关系暴露困难而致手术难度大、风险高,目前腔内隔绝治疗或栓塞治疗可取得与手术相当的效果,并且具有安全、创伤小、疗效确切的优点<sup>[7]</sup>。封堵供血动脉后,瘤体可自行机化吸收,远期效果满意。

分析本例漏诊原因如下:①临床表现不典型。本例表现为咳嗽、痰中带血,该类患者常以肺部疾病为诊断思路的方向。②影像学表现缺乏特异性。本例术前胸部 CT 表现为左侧胸腔内表面光滑的占位性病变,增强后未见明显强化,因而忽视了血管瘤可能。术中探查肿瘤质硬、无搏动感等均是漏诊的因素。③医师对疾病认识不够,考虑实质性肿瘤较多,容易忽视较罕见的血管瘤可能性,而且对影像学资

料阅读分析不够仔细,本例术前 CT 检查提示肿瘤贴近前胸壁及纵隔,与肺动脉、锁骨下动脉、胸廓内动脉等结构关系紧密,但未进一步鉴别诊断。

## 参考文献

- 1 Orriols R, Nunez V, Hernando R, et al. Life-threatening hemoptysis: study of 154 patients. Med Clin (Barc), 2012, 139 (6): 255 - 260.
- 2 金书强,徐伟,白彬.非支气管性体动脉参与供血的大咯血的急诊介入栓塞治疗.医学影像学杂志,2014,24(1):36-39.
- 3 刘晓龙,史中兴,李颖,等.急诊经肱动脉入路行胸廓内动脉栓塞术治疗大咯血.中国介入影像与治疗学,2016,13(4):200-203.
- 4 Okura Y, Kawasaki T, Hiura T, et al. Aneurysm of the internal mammary artery with cystic medial degeneration. Intern Med, 2012, 51: 2355 - 2359.
- 5 Rickard PF, Vitas Z, Andreas L, et al. Even small aneurysms can bleed: a ruptured small idiopathic aneurysm of the internal thoracic artery. Interact Cardiovasc Thorac Surg, 2013, 17(3): 583 - 585.
- 6 梁忠诚,陈栩俊,陈建成,等.迷走右锁骨下夹层动脉瘤误诊为纵隔肿瘤病例分析.中国实用医药,2016,11(34):46-47.
- 7 陈亮,顾建平,楼文胜,等.覆膜支架腔内隔绝术治疗外周动脉瘤.介入放射学杂志,2012,21(2):107-110.

(收稿日期:2018-12-27)

(修回日期:2019-02-19)

(责任编辑:王惠群)