

腹部巨大囊性病变 CT 诊断

陈凯 柳学国 杨林 王坚

【摘要】 目的:探讨腹部巨大囊性病变的CT诊断和鉴别诊断要点。方法:腹部巨大囊性病变30例,均经手术病理证实,分析其病变中心点、边界、囊壁、分隔、钙化、液平征、强化等要素。结果:中下腹包块14例,有15个包块。其中:卵巢浆液性囊腺瘤4例,5个包块。粘液性囊腺瘤3例,卵巢囊肿1例,卵巢—输卵管炎性囊肿1例,巨大膀胱憩室1例,成熟性囊性畸胎瘤4例;中上腹包块13例,其中:囊性淋巴瘤5例,肠重复畸形囊肿2例,小网膜囊内神经鞘瘤囊性变1例,胆总管囊肿3例,非胰腺性假性囊肿2例;腹膜后包块3例,有胰腺假性囊肿1例,重度肾积水2例。结论:腹部巨大囊性病变绝大多数为良性;包块中心点位于中下腹者以女性附件疾患发病率最高;囊性淋巴瘤在腹部囊性病变中占有一定比例,并且腹膜后发病也不少见。

【关键词】 囊性病变 巨大 体层摄影术 X线计算机

【中图分类号】 R814.42, R735 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2000)05-0330-03

CT diagnosis of the giant cystic lesions in abdomen Chen Kai, Liu Xueguo, Yang Lin, et al. Department of Medical Imaging of Zhuhai Medical Center 519000

【Abstract】 Objective: To study CT diagnosis and differential diagnosis of the giant cystic lesions in abdomen. **Methods:** 30 cases of the giant cystic lesions were confirmed by surgery and histopathology. The center of the lesion, attenuation, thickness of cystic wall and septa, calcification, fluid-fluid level sign and contrast enhancement were analyzed. **Results:** 14 cases of giant cystic lesions in the central-lower part of abdomen include 4 cases of ovarian serous cystadenoma, 3 ovarian mucinous cystadenoma, 1 ovarian simple cystic, 1 tubo-ovarian inflammatory cyst, 1 giant bladder diverticulum and 4 cystic teratoma. 13 cases of cystic mass in the central-upper part include 5 cases of cystic lymphangioma, 2 intestinal duplication, 1 giant cystic schwannoma in omental bursa, 3 common bile duct cyst and 2 peritoneal pseudocyst. 3 cases of retroperitoneal mass included 1 pancreatic pseudocyst and 2 giant hydronephrosis. **Conclusion:** Most of the giant cystic lesions in abdomen are benign. Ovarian cystadenoma is the most common. Cystic lymphangioma, retroperitoneal cystic mass and others should also be considered in differential diagnosis.

【Key Words】 Cystic lesion Giant Tomography, X-ray computed

腹部囊性病变常见的有十多种,当病变不大时,一般容易作出诊断。本文总结的一组腹部巨大囊性病变,其直径均在10cm以上。由于囊肿巨大,邻近解剖结构均发生严重改变,给诊断造成困难。作者通过对本组病例的总结,结合文献复习,提出了常见囊性病变的CT诊断和鉴别诊断要点。

材料和方法

本组病例共30例,男性12例,女性18例。年龄最大88岁,最小6天。临床症状有腹胀、腹痛,腹部包块。3例伴有发热。病程几天至数十年不等。其中,卵巢源性囊性肿瘤8例,淋巴瘤5例,畸胎瘤4例,肠源性囊肿2例,神经源性囊肿1例,炎性囊肿1例,巨大膀胱憩室1例,胆总管囊肿3例,腹腔假性囊肿2例,腹膜后囊性肿块3例。所有病例均手术和病理证

实。

采用德国SIEMENS公司SOMATOM PLUS-S全身CT扫描机,扫描范围覆盖病变整体,层厚10mm,层间距10mm,移行区加局部5mm扫描或螺旋扫描,所有病例均作平扫加静脉增强CT,造影剂为ULTRAVIST(300mgI/ml)100ml,2~3ml/sec团注。

口服对比剂,全部病例均口服2%泛影葡胺500ml~1000ml,服完药后30~60min开始扫描。

结果

30例腹部巨大囊性病变的组织学类型与CT表现见表1。

1. 卵巢粘液性囊腺瘤 女,39岁,中下腹至盆腔于腹膜腔内有一巨大囊性肿块,大小约26cm×13cm×27cm,壁薄,约2~3mm,囊内靠腹侧另套有子房,子房壁薄,房内密度不均,并可见多个细条样间隔形成的小囊,增强无强化。手术后病理诊断卵巢粘液性囊腺瘤(图1)。

表1 腹部巨囊性病变组织学类型与CT表现

组织学类型	例数	CT表现											
		中心点	单房	多房	囊性	囊实性	分隔	薄壁	厚壁	边界清	边界模糊	钙化	脂肪液平征
卵巢浆液性囊腺瘤	4	中下腹	4	1	3	2	1	3	1	1	1	1	1
卵巢粘液性囊腺瘤	3	中下腹	1	2	2	1	2	2	1	2	1		1
卵巢囊肿	1	中下腹	1		1			1		1			
卵巢输卵管炎性囊肿	1	中下腹		1	1		1	1		1			
巨大膀胱憩室	1	中下腹	1					1		1			
成熟性囊性畸胎瘤	4	中下腹	3	1	1	3	1	2	2	3	1	3	4 4
淋巴管瘤	5	中上腹	1	4		5	4	3	2	2	2		2
(腹膜后2例)													
肠重复畸形囊肿	2	中上腹	1	1		2	1	1	1	1	1		
小网膜囊内神经鞘瘤囊性变	1	中上腹	1			1	1		1	1		1	
胆总管囊肿	3	中上腹	3					1	2	1	2		
腹腔假性囊肿	2	中上腹	1	1	2		1		2		2		
胰腺假性囊肿	1	腹膜后	1		1			1		1			
重度肾积水	2	腹膜后			2		2	2		2			
合计	30		18	12	13	14	14	18	12	17	10	5	4 8

2. 腹膜后巨大淋巴管瘤合并感染 男,4岁,腹痛伴发热2月余,左侧腹部可触及肿块,有压痛,CT平扫左侧腹膜后腔见囊实性等低密度肿块,囊内有嵴状突起,壁厚,与周围组织界限不甚清晰。诊断腹膜后脓肿。经手术证实为腹膜后淋巴管瘤并感染(图2)。

3. 小网膜囊内神经鞘瘤囊性变 女,60岁。腹部胀痛不适13年多,呈渐进性加重。CT平扫见胰腺前、胃后方有巨大混杂密度包块,最大平面直径14.9cm×12.9cm,壁厚,肿块内密度不均,呈多个大小不等的囊腔,部分为实性成份,并有点状钙化,增强后肿块不均质轻度强化。诊断腹膜后神经源性肿瘤,手术证实为小网膜囊内神经鞘瘤囊性变(图3)。

4. 输卵管—卵巢炎症后囊肿 女,30岁。下腹隐痛半年。CT平扫见盆腔子宫前方有一葫芦状囊性肿块,CT值与水密度近似,大小约17cm×5.5cm,壁厚5mm,与子宫及周围脏器分界不清,囊内有分隔,增强后囊壁及分隔显著强化。诊断卵巢囊肿。病理证实为输卵管—卵巢炎症后囊肿。追问病史半年前有妇科急性炎症病史(图4)。

讨 论

1. 位于中下腹的巨大囊性包块 ①卵巢囊腺瘤:好发育龄妇女,有浆液性与粘液性囊腺瘤之分,浆液性囊腺瘤好双侧发病,薄壁,单房或多房;粘液性为单侧发病,壁较厚,多房,偏大^[1],肿瘤可为囊性或囊实性,包膜完整,边界清楚。浆液性囊腺瘤CT值偏低,囊壁可钙化;粘液性CT值稍高,但低于软组织,且壁厚于浆液性,多为多房性囊肿。但当浆液性囊腺瘤伴有出血时其密度可增高,此时根据密度判断浆液性与粘液

性则不可靠。

②囊性淋巴管瘤:是一种发育异常的疾病,系淋巴组织闭塞,缺如,淋巴管增殖,扩张的结果,生长缓慢^[2]。因其有沿腔隙生长的特点,一般病变小时占位效应不明显,肿瘤大时则有占位征象。本组有发生于盆腔、肠系膜及腹膜后共5例,曾有2例误诊。CT特征为边界清楚、壁薄、多房的囊性包块,有分隔,囊内可为水密度或负值(乳糜液),合并感染或出血时CT值可增高,并见液体分层。增强扫描囊内见有肠系膜血管显影时诊断本病可靠性较大^[3],据此可与其它疾病相鉴别。

③输卵管—卵巢囊肿:输卵管炎症累及卵巢后与之互相粘连,形成炎性输卵管—卵巢包块、积液,脓液吸收后可导致输卵管—卵巢囊肿,囊肿典型时可表现为曲颈瓶状,CT上表现为囊性肿块,壁厚、粗糙,多有分隔,与周围脏器粘连,边界模糊不清,囊内若有空气影则为其特征性改变。

④成熟性囊性畸胎瘤:又称皮样囊肿,由多胚层组织组成,有上皮、脂肪、牙齿、骨骼等。CT表现为单房、厚壁、边界清楚的混杂密度包块,包块内脂肪密度较皮下脂肪更低,可形成脂肪—液面征,毛发浮球征,CT诊断不难,但一定要有脂肪或钙化影存在(图5)。

2. 位于中上腹的巨大囊性包块 ①小网膜囊内神经鞘瘤囊性变:腹部神经鞘瘤多位于腹膜后,本组有1例发生于小网膜囊内者国内尚未见报道。病理上,肿瘤起源于周围神经鞘细胞^[4],为良性、孤立性病变,包膜完整、界限清楚。CT表现为密度均匀、边界清楚的实性肿块,可钙化,CT值介于水与肌组织之间,增强有轻度强化。本文图3为发生于小网膜囊内神经鞘瘤

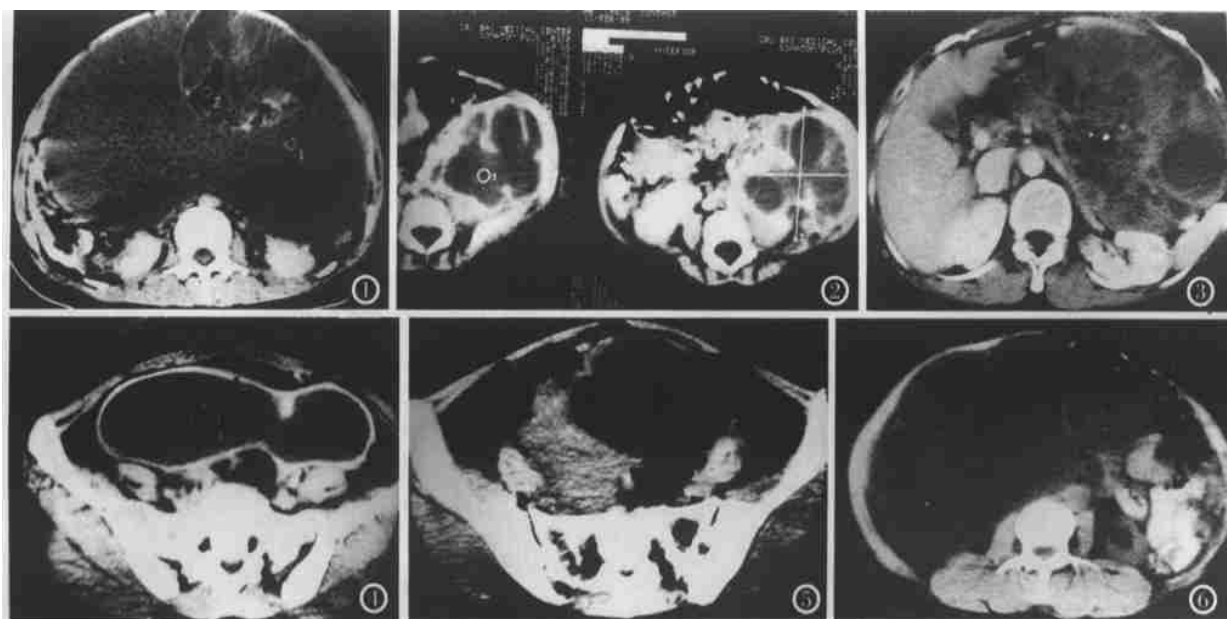


图1 卵巢粘液性囊腺瘤,壁薄,大囊中套小房,呈典型囊中囊改变。图2 腹膜后淋巴管瘤合并感染,壁厚,边界模糊,囊内嵴状分隔。图3 小网膜囊内神经鞘瘤囊性变,囊实性肿块不均质强化,内有点状钙化。图4 输卵管—卵巢炎症后囊肿,葫芦状囊性水密度肿块,增强无强化。图5 成熟性囊性畸胎瘤,囊内有分隔,可见脂-液平面征。图6 巨大肾积水,肾积水、扩张,肾皮质萎缩、变薄如纸。

囊性变,病例较特殊,与其它腹部囊性病变不易鉴别,术前易误诊。

②胆总管囊肿:胆道的局限性扩张形成囊肿,囊肿中心点位于中上腹,有胆道梗阻症状。肝内胆管扩张程度与胆总管扩张程度不呈比例,CT表现为边界光滑、壁偏厚、密度均匀的囊性包块,静脉注射胆影葡胺后造影剂可进入囊内,形成均一的高密度增强影。

③胃肠重复畸形囊肿:少见,系发育障碍性疾病,发病年龄小。重复肠有正常的粘膜、粘膜下层和内环肌,易形成肠梗阻、胃肠穿孔等急腹症^[5]。CT表现为管形、类圆形、单房、壁厚的囊性包块,合并脊柱畸形是诊断成立的有力佐证。

3. 位于腹膜后的巨大囊性包块 ①巨大肾积水:输尿管或膀胱梗阻引起肾盂积水、扩张,肾实质萎缩、变薄,最后全肾成为一个无功能的松弛巨囊,CT所见与病理改变相同,肾影巨大,肾收集系统囊形扩大,肾实质萎缩、变薄如纸,增强扫描无分泌功能(图6)。②巨大囊性淋巴管瘤并感染:淋巴管瘤好发颈胸部,腹膜后发病罕见,本组1例,但国外一组资料统计腹膜后发病者约占1/4^[6]。因属发育异常性疾病,所以本病易发于婴幼儿及胎儿,偶见于成人。胎儿期诊断须依赖超声检查。本文例2有发烧、血象升高等表现,其CT

所见为壁薄、边界不甚清楚、有分隔的囊性包块,周围脏器受压、移位,增强扫描囊壁及分隔有强化。

结 论

腹部巨大囊性包块绝大多数为良性,本组病例未发现恶性;包块中心点位于中下腹者以女性附件疾患发病率最高;囊性淋巴管瘤在腹部囊性病变中占有一定比例,并且腹膜后发病也不少见,鉴别诊断时应不忘考虑。

参考文献

- 1 冯亭,耿威军,李仲民. 400例卵巢囊性肿瘤B超和病理对照分析[J]. 医学影像杂志, 1995, 03, 01, 5(1): 18-19.
- 2 Fernandez-Hurtado I, Bregante J, Mulet-Ferragut JF, et al. Abdominal cystic lymphangioma; CirPediatri, 1998 Oct, 11(4): 171-3.
- 3 唐光才,朱晓华,明兵,等. 肠系膜淋巴管瘤的CT表现[J]. 中华放射学杂志, 1998, 02, 10, 32(2): 115-117.
- 4 Murakami R, Tajima H, Kobayashi Y, et al. Mesenteric schwannoma, Eur Radiol, 1998, 8(2): 277-9.
- 5 Koumanidou C, Montemarano H, Vakaki M, et al. Perforation of multiple gastric duplication cysts diagnosis by sonography; Eur Radiol, 1999, 9(8): 1675-7.
- 6 Merrot T, Chaumoitre K, Simeoni-Alain J, et al. Abdominal cystic lymphangiomas in children clinical, diagnostic and therapeutic aspects: apropos of 21 cases, Ann-chir, 1999, 53(6): 494-9.

(2000-05-17 收稿)