

• 病例报道 •

缩窄性肠系膜炎一例

胡茂清, 何茜, 邓亚敏

【中图分类号】R814.42; R445.1 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2005)07-0650-02

缩窄性肠系膜炎(retractile mesenteritis, RM)又称收缩性肠系膜炎,是一种罕见特发的、非肿瘤性、瘤样肠系膜炎性疾病,多好发于小肠系膜根部,以肠系膜增厚、缩短、脂肪组织非特异性炎症和坏死为主的病变。

病例资料 患者,女,80岁,左下腹包块伴疼痛、消瘦、便秘2个月余入院。查体:T 36.8°,P 88次/分,BP 16/9.3 kPa(120/70 mmHg)。一般状况差,皮肤巩膜无黄染,浅表淋巴结未触及。左下腹触及10 cm×8 cm×7 cm大小包块,质硬,表面光滑,位置固定,明显压痛。化验检查:血常规 RBC $3.77 \times 10^{12}/L$, Hb 80g/L, WBC $9.6 \times 10^9/L$, NE 0.75, LY 0.17, MO 0.057, ESR 40 mm/h。肝功能及乙肝五项正常,大便潜血(+)。

CT表现:患者分3次共口服5%泛影葡胺800 ml 3 h后CT扫描。见横结肠脾曲、降结肠、乙状结肠及直肠上段肠壁均匀增厚,肠腔狭窄,结肠袋形消失,肠管周围见环形脂肪肿块,

密度稍高于腹腔正常脂肪,脂肪肿块内有条状分隔及软组织小结节,病变与腹壁似有粘连,左侧腹壁局限性隆起(图1~3)。增强扫描增厚结肠及直肠壁与脂肪肿块均不强化(图4)。CT诊断:结肠慢性炎性病变,肿瘤不排除。

B超:子宫前方探及13.6 cm×11.4 cm×10.0 cm实性不均质包块,边界不清,未见血流信号,考虑多来源于肠道(图5)。

结肠镜检查见降结肠和乙状结肠气囊肿。

剖腹探查见横结肠脾曲、降结肠、乙状结肠、直肠壁增厚;相应结肠系膜增厚、僵硬、活动度差;后腹膜亦僵硬、肿大。病变范围大,无法行切除术故切除部分病变肠系膜送病检。

镜下所见:送检组织为成熟脂肪组织,内含大量增生纤维结缔组织,有炎性细胞浸润,以中性粒细胞、淋巴细胞为主,未见明显坏死(图6)。病理诊断:缩窄性肠系膜炎。

讨论 缩窄性肠系膜炎临床罕见。1955年Crane等^[1]首

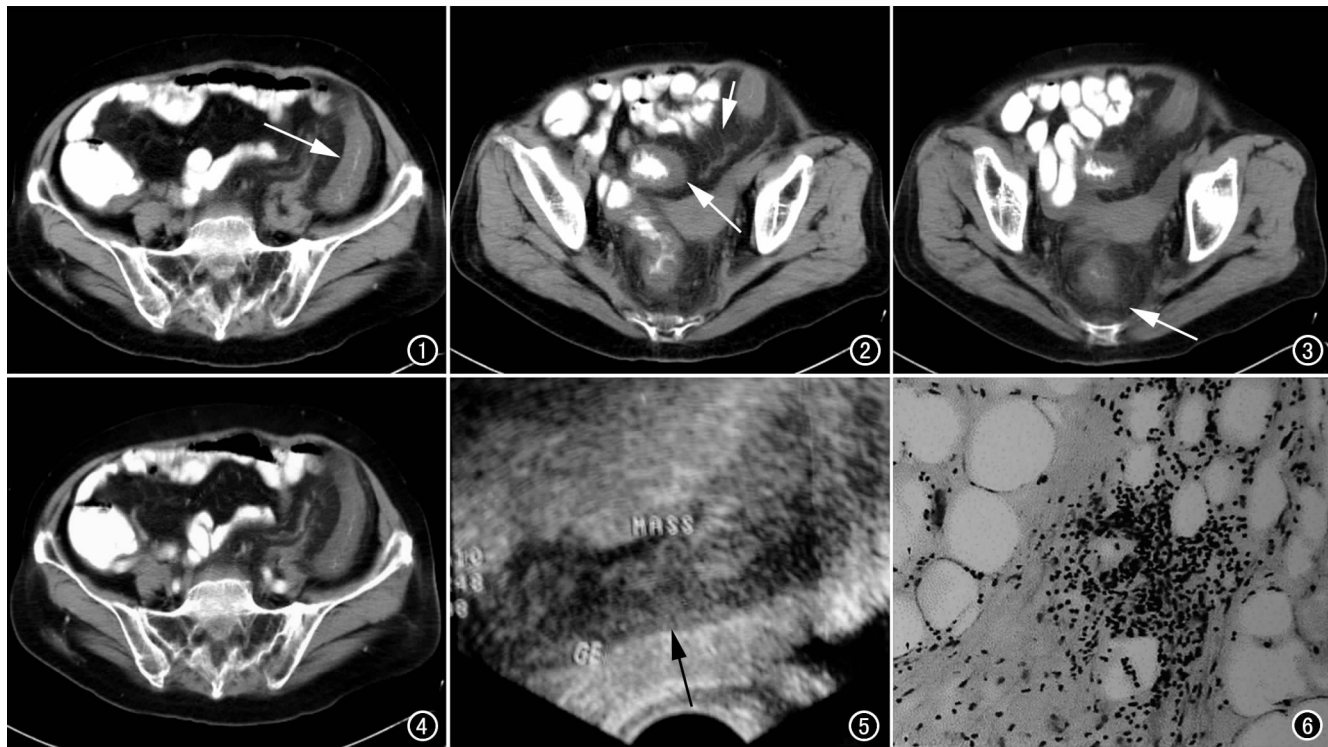


图1 结肠脾曲肠壁增厚,肠腔变窄,袋形消失(箭)。周围脂肪增厚,密度增高,边缘见薄层纤维包膜。图2 乙状结肠肠壁增厚,肠腔狭窄,袋形消失(箭),周围脂肪层增厚,其内见多条纵行条索影(短箭)。图3 乙状结肠周围增厚脂肪层内见多个软组织小结节。直肠壁增厚,周围脂肪层内见环形纤维条索影(箭)。图4 增强扫描增厚结肠及周围脂肪团块均不强化。图5 B超探及左下腹部实质不均包块(箭)。图6 病变肠系膜脂肪病理切片。

次报道了 5 例特发性肠系膜肿瘤样脂性坏死。1965 年 Ogden 等^[2]详细描述了肠系膜脂膜炎的临床表现及其变化。在以后的报道中本病有很多命名,包括硬化性肠系膜炎、特发性收缩性肠系膜炎、脂质硬化性肠系膜炎、肠系膜脂质性障碍、肠系膜黄色肉芽肿、肠系膜脂膜炎、多灶性肠系膜和后腹膜硬化、肠系膜 Weber-Christian 病等。随着病变数量的累积,对本病的认识趋向一致,认为以上命名是对同一疾病自然过程某一阶段的描述,不同命名与病变组织中脂肪、炎症及纤维化何种占优势有关^[3-5]。

缩窄性肠系膜炎病因、病原和自然病程均不清楚。有人根据其病理变化推测其为自身免疫性疾病,但尚缺乏证据。在有些情况下,自身免疫、感染、手术、创伤可能是其诱因,常合并其它疾病^[1-5]。本病可发生于任何年龄组,但多见于中老年人,男性多于女性,病变主要发生在小肠系膜根部,少见于大肠和其它部位。Emory 等^[3]搜集文献报告 84 例,发病年龄 23~87 岁,其中 50~80 岁占 73%,无明显性别及种族差异,病变位于小肠系膜 58 例,阑尾系膜 1 例,结肠系膜 19 例,同时累及小肠和结肠系膜 2 例,另 4 例位于腹腔其它部位如胰腺周围、网膜和盆腔。肠系膜单一包块 58 例,多发包块 15 例,弥漫性病变 11 例。病变范围 1~40 cm 不等,平均 10 cm。Daskalogiannaki 等^[4]对有腹部症状的 7620 人进行 CT 检查,发现 49 例患肠系膜脂膜炎,其中女性占 65.3%,病变范围 7.1~15.2 cm;48 例病变位于左侧腹部;34 例合并其他部位恶性肿瘤;11 例合并其他部位良性病变。Ikoma 等^[5]搜集文献报道大肠缩窄性肠系膜炎 52 例,平均年龄 54.5 岁,男女比例 37:15,61.5%发生于直肠和乙状结肠。本病临床症状轻重不一,病程数周至数年,缺乏特异性,常见为腹部包块,多为深在、固定的边界不清的肿块,低至中度发热,食欲减退,体重减轻,大便次数增多或便秘,少数患者有肠梗阻或急性腹膜炎的表现。病理类型有脂膜型和纤维化型,主要病理改变为肠系膜脂肪组织变性、坏死、炎症及纤维化,纤维组织包裹的脂肪变性坏死伴有慢性炎性细胞浸润而呈肿块,后期肠系膜硬化、增厚、收缩,病变可扩展到肠管边缘,使肠管粘连形成和肠扭曲、狭窄或梗阻,肠壁可因慢性炎症而增厚。钡剂灌肠检查多数患者无异常发现或有肠道外压改变,少数患者见肠腔狭窄,呈线样压迫征或充盈缺损,粘膜不清,管壁僵硬,蠕动消失,钡剂通过困难,常误诊为肿瘤^[6,7]。依病变组织所含成份(脂肪、炎症、纤维化)不同,CT 表现有所不同,通

常表现为肠系膜密度增高或脂肪肿块并有钙化和肠壁增厚^[4-8]。Daskalogiannaki 等^[4]认为小肠系膜脂膜炎 CT 表现为其脂肪密度稍高于腹膜后脂肪,可包绕肠系膜上血管但不侵犯血管,病变内有直径 5 mm 边界清楚软组织结节,其周围有高密度脂肪环包绕结节及血管。Ikoma 等^[5]报道发生于大肠的病例多表现为大肠壁增厚,周围脂肪肿块,其内见软组织小结节,偶见钙化。少数病例超声可探及腹腔肿块,MRI 对脂肪信号敏感,对诊断有很大帮助^[8]。本病临床少见,诊断较困难,通常对其缺乏认识而误诊为肠道炎症或肿瘤,剖腹探查,腹腔镜检查,手术切除受累肠系膜及肠道为主要诊断和治疗方法。我们报道这例缩窄性肠系膜炎病变范围大,临床及 CT 表现均与文献报道^[5,6]相符。认识其影像学表现有助于本病诊断,要注意与腹腔正常脂肪堆积、肠系膜炎、肠道结核和肿瘤等相鉴别。

(注:1mmHg=0.133kPa)

参考文献:

- [1] Crane JT, Aguilar MJ, Grimes OF. Isolated Lipodystrophy, a form of Mesenteric Tumor[J]. Am J Surg, 1955, 90(2):169-179.
- [2] Ogden WW, Bradburn DM, Rives JD. Mesenteric Panniculitis, Review of 27 Cases[J]. Ann Surg, 1965, 161(6):864-873.
- [3] Emory TS, Monihan JM, Carr NJ, et al. Sclerosing Mesenteritis, Mesenteric Panniculitis and Mesenteric Lipodystrophy: a Single Entity[J]. Am J Surg Pathol, 1997, 21(4):392-398.
- [4] Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, et al. CT Evaluation of Mesenteric Panniculitis[J]. AJR, 2000, 174(2):427-431.
- [5] Ikoma A, Tanaka K, Komokata T, et al. Retractable Mesenteritis of Large Bowel: Report of a Case and Review of the Literature[J]. Surg Today, 1996, 26(6):435-438.
- [6] Horton KM, Lawler LP, Fishman EK. CT Findings in Sclerosing Mesenteritis (Panniculitis): Spectrum of Disease [J]. Radiographics, 2003, 23(6):1561-1567.
- [7] Biscaldi E, Romairone E, Rollandi GA. Regarding Six Cases of Mesenteric Panniculitis: US, Spiral CT, Magnetic Resonance[J]. Radiol Med, 2002, 103(5-6):511-518.
- [8] Ueda D, Chibas S. Retractable Mesenteritis in a 12 Years-Old Girl: CT Findings[J]. Pediatr Radiol, 1997, 27(4):342-344.

(收稿日期:2004-10-12 修回日期:2004-11-29)