

输卵管巨大脓肿一例

· 病例报道 ·

曲海波, 宁刚, 赵福敏, 李学胜, 吴秀丽, 李雷

【中图分类号】R814.42; R711.33 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2010)04-0464-02

病例资料 患者,女,52岁,因发现腹部包块半年,腹痛20天。查体:体温38.4℃,腹痛持续剧烈,下腹压痛,可扪及一20 cm×10 cm×20 cm质硬包块。患者曾于1996年行胆囊切除术,2001年~2004年多次行肝内胆管切开取石术及胆肠吻合术。20天前腹痛伴发热,疼痛持续剧烈,于外院诊断为原发性肝内胆管结石,急性胆囊炎,盆腔囊性占位,经抗生素治疗后好转,半月前外院诊断为败血症、腹腔感染,盆腔包块待诊;血常规 WBC $18.2 \times 10^9/L$, N 0.875, RBC $3.08 \times 10^{12}/L$, 尿常规 WBC 3/HP, RBC 4/HP, 肿瘤标志物 CA125 149.4 U/ml, CA19-9 > 1000 U/ml, CEA: 5.91 ng/ml; 胸片右侧胸水; 此次腹痛加剧入我院诊治, 初步诊断: 盆腔包块, 胆石术后败血症。

彩色多普勒超声表现: 下腹部见一巨大囊性占位, 可见厚薄不均壁结构, 周围边界不清, 其内回声不均匀, 后拖声影, 占位征象明显, 推挤子宫、膀胱及周围肠管, 其内未见异常血流, 诊断为盆腔占位, 考虑为囊腺瘤。

CT表现: 盆腔及下腹部可见一19.5 cm×21.8 cm大小的囊实性包块, 囊性为主, 有不规则囊壁, 内见多个线状分隔, 厚薄不均, 病灶边界不清, 病灶周围可见条状及类蜂窝状囊实密度影, 紧贴其壁, 与周围部分肠管粘连无分界(图1), 囊内容物CT值约为24 HU; 增强后病灶实性成份和囊壁明显强化, 子宫受病灶推挤向下后方移位, 与病灶无分界, 附件显示不清, 左侧卵巢静脉明显增粗并与肿块相续, 周围器官移位, 下腹、盆腔腹膜增厚。冠状面及矢状面重组发现肿块未侵犯膀胱及直肠, 与周围肠管分界不清。CT诊断: 盆腹腔巨大占位, 有左侧卵巢静脉增粗, 与之相连续, 多为左侧附件来源。

治疗情况: 行左侧附件切除并肠粘连松解术。术中发现盆腔巨大包块, 腹膜增厚1.5 cm, 包块与腹膜、横结肠、乙状结肠、盆壁广泛粘连, 封闭盆腔, 分离包块后, 开一小口于表面, 吸出粘稠脓性物1700 ml; 包块壁厚薄不均, 内见多个软组织分隔, 病理诊断: 左输卵管慢性化脓性炎。脓液培养: 大肠埃希菌(++)。

讨论 输卵管积脓是由急性输卵管炎未能治疗, 或治疗不彻底、患者体质较差、病情迁延发展而成, 属于进展期慢性盆腔炎, 本例是腹腔手术后感染迁延所致。病原体: 需氧菌、厌氧菌、淋球菌, 以及衣原体与支原体等, 以厌氧菌为主^[1], 本例为大肠埃希菌感染革兰氏阴性杆菌, 为肠道寄生菌群。本病的易感因素为有宫腔操作史、性卫生不良、临近器官炎症直接蔓延, 脓肿形成后有高热及下腹痛, 细胞沉降率多增高。妇科检查: 子宫周围触到包块, 有波动感, 触痛明显。根据病史、症状和体征可作出初步诊断^[2], 本例患者有手术史, 曾有高热及下腹痛, 查体扪及包块, 但由于周围组织粘连较重, 波动感不明显, 有触

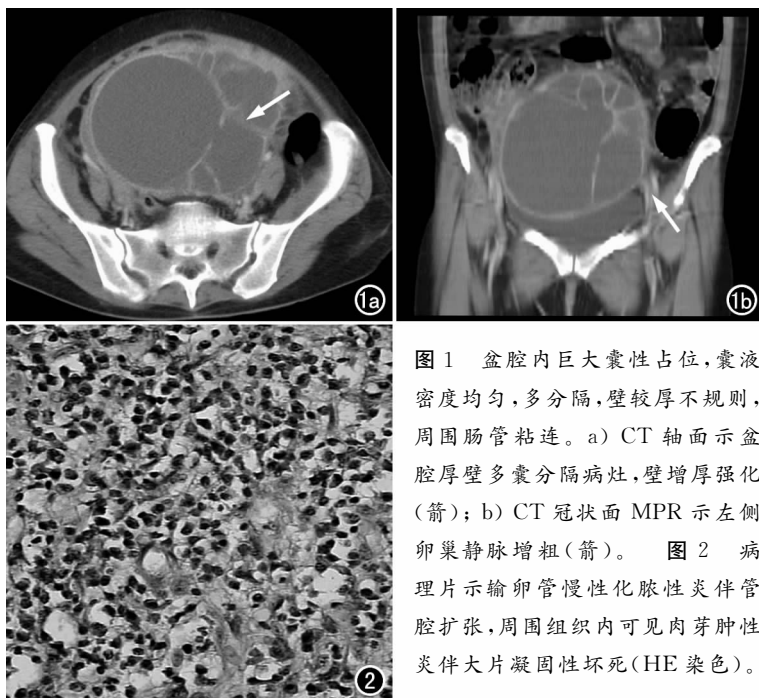


图1 盆腔内巨大囊性占位, 囊液密度均匀, 多分隔, 壁较厚不规则, 周围肠管粘连。a) CT轴面示盆腔厚壁多囊分隔病灶, 壁增厚强化(箭); b) CT冠状面MPR示左侧卵巢静脉增粗(箭)。图2 病理片示输卵管慢性化脓性炎伴管腔扩张, 周围组织内可见肉芽肿性炎伴大片凝固性坏死(HE染色)。

痛, 肿块较大, 且病史较长, 临床诊断准确性不高, 尚需作必要的辅助检查, 如血常规、尿常规、宫颈管分泌物及后穹窿穿刺物检查、影像学检查, 本例术前血常规检查支持存在感染性疾病, 但肿瘤标志物有升高, 彩色多普勒超声拟诊为卵巢囊腺瘤, 盆腔CT检查发现巨大肿物, 也首先考虑为附件来源占位, 由于盆腔炎的临床表现变异较大, 且患者为中老年妇女, 所以此病例术前并未能除外盆腔恶性肿瘤。

输卵管脓肿CT影像学表现特点为: 输卵管扩张呈不规则囊性, 典型者可呈管样结构, 壁增厚, 边界不清, 内壁不规则, 有或无分隔, 囊内液体体积聚, 偶可见液气平面, 累及邻近结构, 随病情进展其壁逐渐增厚, 肠壁、膀胱壁增厚, 可引起肠梗阻、肾盂、输尿管积水, 可有腹水、腹膜增厚、系膜脂肪密度增高等腹膜炎性改变^[3,4]。因此发现管样或厚壁囊性灶, 边界不清, 尤其是病灶内有气体影时结合病史要考虑到卵巢、输卵管脓肿的可能性^[5]。通过MPR冠矢状位重建可以清晰定位, 帮助判断肿块的周围情况, 尤其有助于明确与子宫、直肠及膀胱之间的关系, 从而明确诊断, 本例病灶较大, 对子宫及膀胱推挤严重, 通过冠矢状位可以清晰显示子宫、膀胱被肿块推挤移位, 并无恶性肿瘤的侵犯征象。

鉴别诊断: 卵巢肿瘤: 可表现为囊性、囊实混合性或实性肿物, 肿块周围边界多较清晰, 囊性或囊实混合病灶时有壁, 可单或多分隔, 囊内液体密度多较低, 可有网膜增厚、结节、腹膜增厚、腹腔积液等腹膜种植转移征象。附件扭转: 卵巢囊肿蒂扭转CT可呈囊实性肿块表现, 囊内可以因为新鲜或陈旧出血, 呈不均匀密度改变, 囊壁可以因为缺血坏死出现境界不清。

参考文献:

[1] Soper DE. Pelvic inflammatory disease[J]. Infect Dis Clin N Am,

作者单位: 610041 成都, 四川大学华西第二医院放射科

作者简介: 曲海波(1977-), 男, 内蒙古通辽人, 硕士, 医师, 主要从事小儿影像学诊断工作。

通讯作者: 宁刚, E-mail: ng6611@163.com

- 1994,8(4):821-840.
- [2] McCormack WM. Pelvic inflammatory disease[J]. N Engl J Med, 1994,330(2):115-119.
- [3] Quiroz FA. Pelvic inflammatory disease[J]. Appl Radiol, 1999,28(1):30-35.

- [4] Ellis JH, Francis IR, Rhodes M, et al. CT findings in tuboovarian abscess[J]. J Comput Assist Tomogr, 1991,15(4):589-592.
- [5] Wilbur AC, Aizenstein RI, Napp TE. CT findings in tuboovarian abscess[J]. Am J Roentgenol, 1992,158(3):575-579.

(收稿日期:2009-06-04)

右肺上叶肺隔离症一例

• 病例报道 •

黄璐, 夏黎明

【中图分类号】R814.42; R655.3 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2010)04-0465-01

肺隔离症是一种以无功能的肺组织和异常的体循环动脉供血为特征的少见畸形。大多数病人无症状,但是部分病人合并心脏畸形、严重类型的肺动脉闭锁或发育不全可能在早期就会有临床症状。肺隔离症大多数发生在左下肺后基底段,发生在右上肺者罕见。现报道 1 例如下。

病例资料 患者,女,18 岁,高考体检时发现右肺阴影。外院诊断为右肺下叶不张。查体:未见明显异常,血尿常规、肝肾功能也均未见明显异常。辅助检查:5U PPD 试验 10 mm;行肺结核诊断性治疗 3 个月复查。临床拟诊后纵隔肿瘤。

胸部 CT 增强扫描示右肺上叶实性肿块影(图 1),大小约为 80 mm×30 mm,内可见血管影(图 2),边缘光整,似见血管与胸主动脉相连,轻度强化,邻近肋骨增粗。三维重组(MIP 和 VR)示胸主动脉发出 2 支动脉供应右肺上叶肿块(图 3、4)。诊断:右肺上叶肺隔离症。

讨论 1777 年 Huber 首先报道 1 例由主动脉供血的肺囊肿,1947 年 Pryce 等报道 7 例由动脉分支直接供血并与正常肺组织分离的肺部病变,将本病命名为肺隔离症^[1]。国内自 1954 年后陆续有报道,一般约占同期肺疾患的 0.15%~6.40%^[2]。肺隔离症在临床上较少见,属于支气管肺前肠畸形范畴。在胚胎发育第 3 周时,肺芽呈袋状从前肠发出,与前肠共同接受来自腹主动脉的腹腔血管丛的供血,当第 6 对腮弓动脉发育为肺动脉后,其分支进入到肺原基,此时腹腔血管丛演变为支气管动脉,如果该段过程发育障碍,腹腔血管丛对某一部分肺脏的供血的状态保持不变,因此部分肺脏始终保持接受体循环的供血,并与正常肺脏分隔,形成囊状畸形而失去正常功能^[3]。隔离肺可发生于胸腔内任何部位,其中肺叶内型占 75%,而且 98% 的病例位于肺下叶,绝大多数(58%)在左肺^[4,5]。右肺上叶肺隔离症罕见,1999 年至今国内仅有 2 例病案报道。Turk 搜集的 114 例中只有 2 例位于右肺上叶^[6]。

肺隔离症的传统诊断需要动脉造影来显示异常体循环血管供养异常肺组织。随着多层螺旋 CT 的广泛使用,胸部增强 CT 扫描可以显示体循环血供的存在,即可诊断肺隔离症。尤其是 MPR、VR、MIP 等重组功能的使用,肺隔离症的诊断率明显提高。本例病灶位于右肺上叶,易误认为肿瘤性病变。诊断为肿瘤有不符合的影像表现,肿瘤的强化为均匀或不均匀的片状强化,而本例病灶内见血管走行,并与胸主动脉相连。VR 重组可见 2 支血管从胸主动脉发出供应病灶。

本例患者肺隔离症位于不常见部位,容易误诊。需要与后

作者单位:430030 武汉,华中科技大学同济医学院附属同济医院放射科

作者简介:黄璐(1985—),女,江西吉安人,硕士研究生,主要从事胸部及心血管影像诊断学工作。

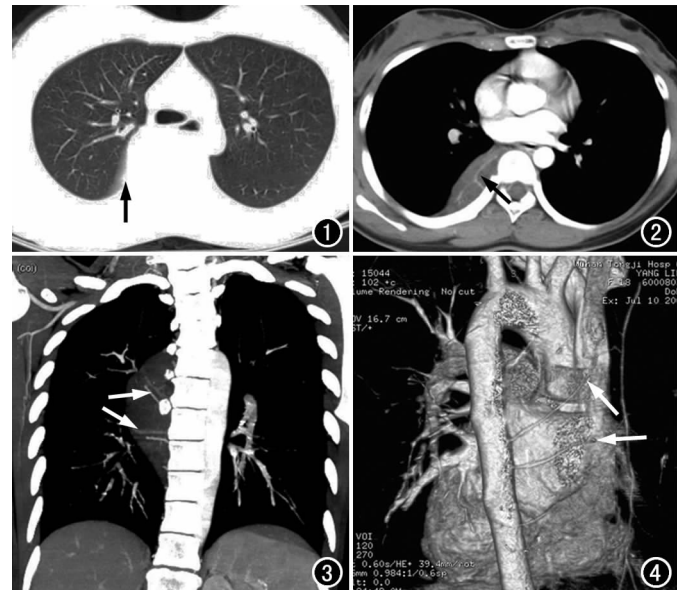


图 1 CT 示右肺上叶片状密度增高影(箭)。图 2 CT 示右肺上叶半圆形软组织密度影内血管向左侧走行进入胸主动脉(箭)。图 3 MIP 示右肺上叶半圆形软组织密度影,可见滋养血管(箭)。图 4 VR 示胸主动脉发出 2 支血管(箭)供血右肺上叶软组织密度肿块。

纵隔肿瘤及肺不张进行鉴别诊断。本例患者在外院误诊为肺不张,主要是对肺隔离症的认识不够,未行 CT 增强检查;此病例病灶位于不常见部位也是造成误诊的重要原因。但是根据患者无明显临床症状、年龄及影像学表现应考虑肺隔离症的可能,并进一步行胸部 CT 增强检查,并行血管重组。

参考文献:

- [1] Pryce DM. Lower accessory pulmonary with intralobar sequestration of lung: report of seven cases[J]. J Pathol, 1946,58(3):457.
- [2] 张雷,丁嘉安,姜格宁,等. 肺隔离症的诊断和治疗[J]. 中华结核和呼吸杂志,1998,21(11):675.
- [3] 刘玉清,李铁一,陈焜贤. 放射学[M]. 北京:人民卫生出版社,1993. 191-193.
- [4] Colin R, Konen E, Raviv-Zilka L, et al. Congenital pulmonary venolobar syndrome: spectrum of helical CT findings with emphasis on computerized reformatting[J]. RadioGraphics, 2003,23(5):1175-1184.
- [5] Alberto Clemente, Aldo Morra. Use of multidetector CT angiography and 3D postprocessing in a case of pulmonary sequestration[J]. Clin Imaging, 2007,31(3):210-213.
- [6] 黄孝迈. 胸心外科手术学[M]. 北京:人民军医出版社,1997. 298.

(收稿日期:2009-09-04)