

《请您诊断》病例 40 答案:腹膜后支气管源性囊肿

关敬尧, 戴世鹏, 戴景儒, 马丽杰

【中图分类号】R814.42; R734.1 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2010)06-0711-02

病例资料 患者,女,26岁。因行B超体检意外发现胰腺后方囊性包块就诊。体检:血压110~190/80~110 mmHg。心、肺、肝、脾无异常发现,腹平软,无压痛,肾区无叩痛,局部未扪及包块。实验室检查血常规、肝功能、电解质无异常。CT平扫示胃小弯与肝脏之间、腹主动脉左前方、胰腺后上方类圆形病变,病变大小约3.4 cm×3.0 cm×4.8 cm,病变呈稍高密度,边缘清楚,密度均匀,病变与周围脏器脂肪间隙清晰。CT增强扫描示病变边缘稍有强化,其内无强化,CT值约为47 HU(图1a)。行腹部MRI平扫示胃小弯与肝脏之间、腹主动脉左前方、胰腺后上方类圆形病变(图1b、c),呈稍短T₁、长T₂信号影,病变内部可见分层现象,病变上部呈较长T₁、较长T₂信号影,病变边缘清楚,信号均匀,弥散加权成像(DWI)呈明显高信号,T₂WI SPAIR像病变仍呈高信号。综合上述CT、MRI影像学表现,初步诊断为腹膜后良性囊性占位。行手术治疗。术中见病变位于腹膜后胰腺后上方,呈囊性、类圆形,病变包膜完整、光滑,与周围界限清,予完整剥离切除。病理检查示囊肿为单囊,囊液呈淡黄色,较黏稠。镜下可见囊壁内包含假复层纤毛柱状上皮,病理诊断为腹膜后支气管源性囊肿(图1d)。

讨论 支气管源性囊肿源于原始前肠的发育异常,可由呼吸系统的任意一种或多种组织构成,包括呼吸道上皮、平滑肌、透明软骨及浆液或黏液腺体。发病原因尚不完全明确。Sumiyoshi等^[1]提出了胚芽脱落移位假说,认为在胚胎发育的早期,胸腔和腹腔为一个整体,在第5周左右开始形成原始的支气管树,此时部分不正常的胚芽脱落并不正常移位;第6周时胸膜和腹膜开始在横膈处分开,脱落移位至尾侧的胚芽则发育成腹膜后支气管源性囊肿。诊断及鉴别诊断通过B超能显示肿物的大小、位置以及肿物为囊性或囊实性、血供不丰富等特点,但对于囊肿的来源却不能确定^[2]。CT相比B超能更精确地判断出肿物的大小、位置,对于发现直径<1 cm的肿物具有

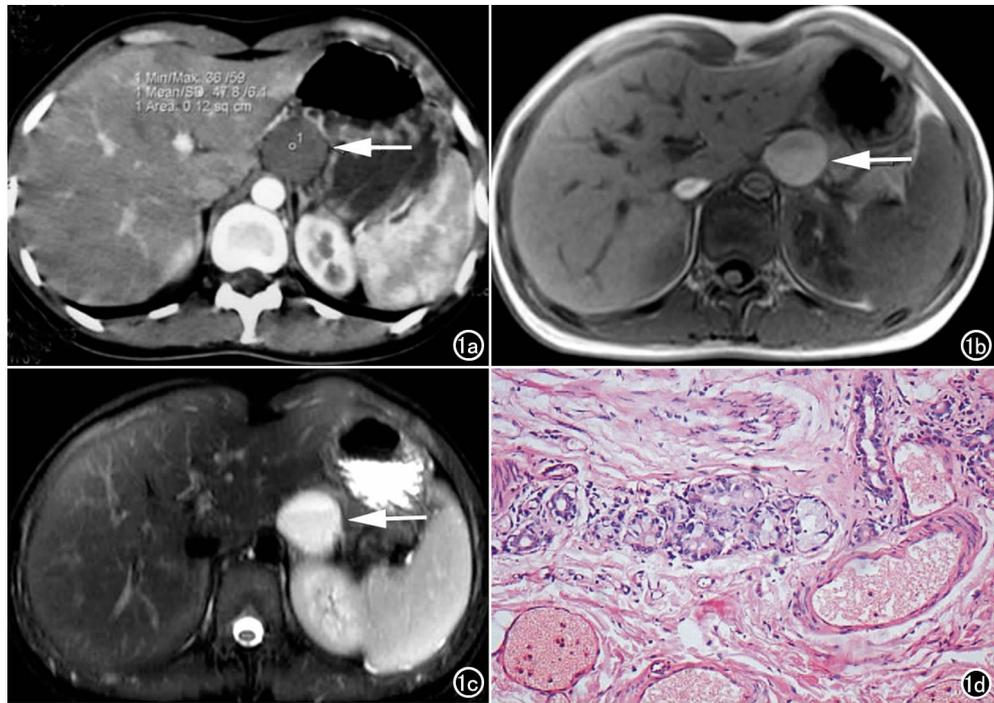


图1 a) 腹部CT增强扫描示胃小弯与肝脏之间、腹主动脉左前方、胰腺后上方类圆形病变内部无强化(箭),CT值47HU; b) 腹部MR T₁WI图像示病变呈较高信号(箭),其内见分层征象; c) 腹部MR T₂WI图像示病变呈高信号(箭),其内见分层征象; d) 病理图片。镜下示囊壁内包含假复层纤毛柱状上皮(×200, HE)。

更大优势。支气管源性囊肿CT图像常表现为腹膜后区圆形或类圆形、界限清晰的低密度囊肿。本例表现为较高密度,CT值达47 HU,这与囊内蛋白含量较高有关,这与一般的囊肿存在区别。MR因具有较高软组织分辨率,并能多平面、多参数成像,对支气管源性囊肿的诊断具有较大价值。本例T₁WI及T₂WI显示囊内存在分层现象,这与囊内含有多种成份有关,T₁WI呈高信号提示信号增高与囊内蛋白含量较高有关。DWI序列病变呈明显高信号,可能与囊液较黏稠造成水分子弥散受限有关。虽然B超、CT、MR影像学检查能为腹膜后支气管源性囊肿的诊断提供依据,但是对腹膜后支气管源性囊肿的定性诊断仍较困难,常需与腹膜后的囊肿,如囊性畸胎瘤、尿道上皮囊肿、胰腺囊肿等以及肾上腺肿瘤、淋巴管瘤相鉴别。

(1 mmHg=0.133 kPa)

参考文献:

- [1] Sumiyoshi K, Shimizu S, Enjoji M, et al. Bronchogenic cyst in the abdomen[J]. Virchows Arch (Pathol Anat), 1985, 408(1): 93-98.
- [2] Ingu A, Watanabe A, Ichimiya Y, et al. Retroperitoneal bronchogenic cyst: a case report[J]. Chest, 2002, 121(8): 1357-1359.

(收稿日期:2009-09-11)

作者单位:061000 河北,沧州市人民医院医学影像中心(关敬尧、戴世鹏、戴景儒);122500 辽宁,凌源市中医院(马丽杰)

作者简介:关敬尧(1970-),男,河北泊头人,副主任医师,主要从事医学影像诊断工作。

专家点评

腹膜后支气管源性囊肿十分罕见, 本文所报告的支气管囊肿位置、形态并无特殊性, 因此术前诊断困难, 与其他囊性病变相比, 本例囊肿磁共振扫描 T_1 加权为短 T_1 信号及分层现象, 是与腹膜后很多囊性病变不同之处, 提示病变内含有多种成分并含蛋白, 这点表明病变可能来自胚胎性或先天性结构。

腹膜后病变来源复杂, 定位和定性诊断均有难度, 一般来说, 腹膜后病变以实质性病变较多, 囊性病变较少。CT 检查多数情况下可以根据病变平扫和增强扫描 CT 值的变化, 确定病变为囊性或实质性, 这是 CT 诊断的优势。腹膜后囊性病变相对多见的是: 囊性神经鞘瘤, 胰腺真性囊肿, 胰腺假性囊肿, 腹膜后淋巴瘤, 肾上腺囊肿, 畸胎瘤等。

腹膜后囊性神经鞘瘤一般不大, 为数个厘米的圆形或类圆形囊性病变, CT 为低密度病灶, 磁共振为长 T_1 长 T_2 信号, CT 及磁共振检查病变中心无强化, 大部分病变边缘可见强化。

胰腺真性囊肿和胰腺假性囊肿表现为胰腺实质内或胰腺边缘囊性病变, 如囊肿位于胰腺边缘需要和腹膜后其它囊性病变进行鉴别, 胰腺真性囊肿密度可以较高, 病变较小; 胰腺假性囊肿一般同时有胰腺炎的影像表现, 胰腺真性与假性囊肿均无强化。

腹膜后淋巴瘤形态不规则, 有时可见分隔。肾上腺囊肿根据其位置及可以诊断。腹膜后畸胎瘤多见钙化。上述病变诊断时需加以鉴别分析。

(中国医科大学附属第一医院放射科 任克, 徐克)

· 人物 ·

我国著名影像医学专家——高育墩

中国共产党优秀党员, 我国著名影像医学专家, 中国人民解放军总医院原专家组成员, 原总医院放射科主任, 一级教授高育墩同志, 因病医治无效, 于 2010 年 4 月 6 日 3 时 10 分逝世, 享年 90 岁。

高育墩, 男, 汉族, 1919 年 12 月 8 日出生于北京, 河北文安人。1944 年 9 月参加工作, 1954 年调入解放军总医院, 1956 年 10 月入党, 2005 年 4 月退休。1944 年毕业于同济大学医学院医疗专业。历任上海市立第四医院放射科医师、主治医师, 北京协和医院放射科助教、主治医师, 解放军总医院放射科副主任医师、主任医师、教授。解放军总医院专家组成员。曾担任中国医学影像技术研究会副会长, 中华医学会放射学会理事, 解放军总后卫生部科委会委员, 放射学专业组副组长。

高育墩教授是我国老一代的放射学科专家, 是我军放射学专业的杰出人士, 是总医院放射学科的开创人和奠基人, 为放射学科专业的发展作出了重要贡献。1954 年, 高育墩同志作为第一批技术骨干, 调入总医院, 负责筹备并组建放射科。通过他的不懈努力, 先后建立和开展了放射诊断、治疗和同位素诊断, 为解放军总医院成立放射诊断科、放射治疗科和核医学科打下了良好基础。他是我国第一批放射学博士生导师, 博士授予点导师组组长, 亲自带出的博士及硕士研究生就有十余人, 如今已是桃李满天下。他的学生有的成为博士生导师, 有的成为我国和我军放射学界的骨干及学科带头人。他是中央保健委员会和中央军委保健委员会保健专家。自 1962 年起, 高育墩教授就开始长期负责中央领导和军委首长的医疗保健工作, 多次出色完成重大保健任务, 为总医院争得了荣誉。他将自己毕生的精力全部奉献给了国家及军队的医疗卫生事业。

高育墩教授对医学事业执着追求, 无私奉献。他工作勤勤恳恳, 任劳任怨, 工作作风严谨, 技术精湛, 务实求真, 在放射学方面积累了丰富的经验。他从事国防教育事业 20 余年, 为我军建设作出了杰出贡献, 曾多次被评为优秀共产党员, 多次获中央保健委员会表彰、奖励并授予荣誉证书, 被军队保健委员会授予“全军医疗保健工作特殊贡献奖”, 被总政治部评为“全军优秀教师”, 荣立三等功 1 次。

高育墩教授在事业上辛勤耕耘、教学上海人不倦, 先后获得军队科技进步三等奖 5 项。主编放射诊断专著《实用 CT 诊断学》(1986 年)、《胃肠道双重造影术》(1986 年) 和《早期支气管肺癌 X 线诊断》(1986 年)。参加编写下列诸书中的有关章节:《临床放射学》、《医学百科全书放射学诊断部分》、《现代内科学》、《名医手记》、《医学金鉴》等学术专著。还曾参加翻译《风湿性疾病概要》有关部分, 参加撰写并发表学术论文数十篇。曾带领和指导研究生完成了如《心肌梗塞的 MRI 实验和临床研究》、《胎儿中枢神经系统 MRI 与组织学对照研究》、《小肝癌: MRI/CT 和 US 与病理组织学的对照研究》、《DEX-TRAN-MMC 微球肝动脉栓塞的实验研究和初步临床应用》等 12 项研究工作。他为国家和军队的医疗事业殚精竭虑, 充分体现了一个共产党员高度自觉的政治觉悟和对党、对人民、对祖国的赤胆忠心。