

- [7] 唐平,肖立,王巍.胰腺囊性肿瘤的多层螺旋 CT 表现与病理对照[J].中国临床医学影像杂志,2008,19(9):638-641.
- [8] 吴玉林,徐祖良,陈再智,等.胰腺囊腺瘤和囊腺癌螺旋 CT 表现[J].实用放射学杂志,2009,25(5):678-680.
- [9] 袁东,余卫,任小波,等.胰腺囊腺瘤的多层螺旋 CT 表现特征及诊断准确性[J].中国医学科学院学报,2007,29(2):232-237.
- [10] 杜丽娟,詹茜,邵成伟,等.胰腺囊腺瘤与囊腺癌 39 例的 CT 影像学特征[J].中华胰腺病杂志,2011,11(3):170-172.

- [11] 魏磊,郭晓林.胰腺囊腺瘤与囊腺癌的 CT 表现[J].中国实用医刊,2011,38(6):109-111.
- [12] 周健国,蔡建强,赵东兵,等.胰腺囊腺瘤和囊腺癌 21 例临床诊治分析[J].中国综合临床,2008,24(5):483-485.
- [13] 王锋,袁克美,贾明胜,等.胰腺黏液性囊腺瘤或囊腺癌的 CT 诊断及鉴别诊断[J].实用放射学杂志,2012,28(5):805-807.

(收稿日期:2013-11-25 修回日期:2014-01-21)

原发腰区胸腰筋膜内巨大包虫囊肿 CT 表现一例

· 病例报道 ·

许如刚,王彬,李翔,杨际,李如春

【中图分类号】R814.42; R532.3 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2014)04-0422-01

【关键词】体层摄影术, X 线计算机; 包虫病; 囊肿; 胸腰筋膜

胸腰筋膜包裹在竖脊肌和腰方肌周围,在腰部筋膜明显增厚,可分浅、中和深层,由于腰部活动度最大,常容易扭伤,是腰背疼痛常发区域。包虫病单独发生在该区域,文献罕有报道,现报告腰部胸腰筋膜内巨大包虫囊肿 CT 表现,累及浅、中及深层呈哑铃状 1 例。

病例资料 患者,男,42 岁,维吾尔族。发现右后腰部渐进性局限性隆起包块 2 年余,偶感觉右后腰部隐痛,最近半月从间歇性至持续性疼痛加剧,尤以弯腰及转体时疼痛明显。查体无明显异常。专科检查发现右后腰部局限性明显隆起,压之有弹性,叩之有震颤,压痛定位不明显,活动度差,表面皮肤无异常。B 超显示右后腰部软组织内囊性病变。实验室检查无明显异常。Casonis 试验阳性。

CT 平扫显示右后腰部跨越深、中、浅层胸腰筋膜内哑铃状囊性低密度灶,大小约 58 mm×90 mm×100 mm,囊内密度均匀,CT 值 3~9 HU,其内可见多发大小不等的小囊状分隔影,病灶边界清晰,囊壁均匀,CT 值约 52 HU;占位征象明显,前方腰大肌受压向前内移位,前外方腹腔受压变窄,竖脊肌向内后方压缩,累及腰方肌向外后方移位,病灶向上达右肾下极缘,向下至髂腰区,腰椎未见异常(图 1)。CT 增强扫描示囊内未见强化或异常强化结节影,囊壁及其内分隔略有强化,CT 值约 78 HU,边界更清晰(图 2)。CT 诊断:腰部胸腰筋膜内巨大包虫囊肿。

手术所见:钝性分离竖脊肌及腰方肌,其内囊性肿块,有完整纤维包膜,切开包膜,囊内表面光滑,壁透亮,极薄,透过膜可见清亮乳白色的内容物。包囊囊壁呈白色胶膜样、半透明,切开包囊,见多发内囊及子囊,有大量囊液溢出,清亮透明。切片镜检:囊壁由内、外两层组成,外层厚约 1 mm,镜下为红染的板层结构,内层由多层上皮细胞组成,为生发层,含生发囊、子囊,头节。病理诊断:胸腰筋膜内包虫病。术后全身其他部位检查未发现包虫病。

讨论 包虫病又称棘球蚴病,为自然疫源性疾病,狼、犬是包虫病最主要的终末宿主,中间宿主是羊、马、牛和人等,虫卵被人吞食后孵化成六钩蚴,穿过肠系膜进入门静脉,大多数幼虫被阻挡在肝脏,故临床以肝包虫最常见,其次是肺,偶尔进入

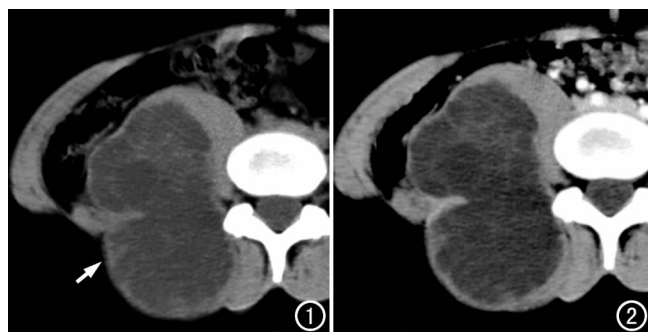


图 1 CT 平扫示右后腰部胸腰筋膜内哑铃状囊性低密度灶(箭),囊壁均匀,其内可见多发大小不等的小囊状分隔影,病灶边缘清晰,占位征象明显。图 2 CT 增强扫描示囊内无明显强化,囊壁及其内分隔轻度强化。

大循环,可侵及全身^[1],如发生在腹腔、脾脏、肾脏、心脏及骨骼等少见部位^[2],本例原发在胸腰筋膜区的包虫病临床罕有报道,可能是幼虫通过大循环至筋膜鞘内营养血管,寄生于该区域疏松组织内,形成囊肿。包虫病 CT 表现为圆形或类圆形囊性低密度影,CT 值 0~10 HU,其内可有分房结构或子囊,增强无明显强化,边缘清晰,分隔及囊壁可有强化,囊壁可有不连续蛋壳样钙化,有时合并感染或外伤可见内囊分离,形成影像学中的“双边征”、“水上浮莲征”、“飘带征”等^[3]。本例 CT 表现为边界清晰的囊样改变,其内子囊是本例的特征表现,由于发生在腰区胸腰筋膜浅、中及深层的解剖特点,呈哑铃状改变。由于占位效应或引起筋膜炎性反应,可以引起不同程度腰背疼痛。本病需与胸腰筋膜脂肪瘤鉴别,后者以脂肪密度为主,其 CT 值-20~-80 HU,单纯囊肿,有时与不典型包虫病鉴别困难,但增强后有时包虫囊肿内可出现强化的头节。结合患者包虫病的环境接触史,并行棘球蚴酶联免疫试验或卡松尼试验,可以作出诊断。

参考文献:

- [1] 周永兴,陈勇.感染病学[M].北京:高等教育出版社,2001:378-382.
- [2] 李俊华.人体少见部位包虫病的 CT 表现[J].医学影像杂志,2011,21(1):69-70.
- [3] 曹丹庆,蔡祖龙.全身 CT 诊断学[M].北京:人民军医出版社,1999:184-185.

(收稿日期:2013-10-22 修回日期:2013-12-25)

作者单位:833000 新疆,乌苏市解放军第 15 医院放射科

作者简介:许如刚(1971-),男,安徽阜南县人,副主任医师,主要从事医学影像技术与诊断工作。