

回肠憩室伴肠壁脓肿及粘连性肠扭转一例

郭永强, 黄文瑜

【关键词】 回肠憩室; 肠壁脓肿; 肠扭转; 体层摄影术, 螺旋计算机; 病理学

【中图分类号】R574.53; R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2015)02-0191-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2015.02.026

病例资料 患者,男,31岁,以右下腹疼痛1d为主诉入院。疼痛呈持续性闷痛,阵发性加剧,无缓解体位,其他部位无放射性疼痛,无发热、恶心、呕吐等。追问病史平素偶有右下腹闷痛史。查体:腹平软,右下腹轻压痛,无反跳痛,腹直肌外侧缘平脐下1cm处可触及大小约4cm×4cm肿物,质中,压痛明显,活动度差。

CT检查:右中腹部肠管走行稍紊乱,脐水平回肠管旁可见一团块状软组织影,其内下方见一肠管梗阻段呈移行状(图1),肿块中心横截面大小约3.5cm×4.5cm,其内密度不均匀,实质部分CT值35~40HU,斑片状低密度影CT值18~20HU,局部回肠壁增厚、密度减低,脐周系膜血管出现“漩涡征”(图2),扩张肠管宽径约2.5cm,内见较多量液体或气液平;增强扫描肿块影实质部分呈轻至中度强化,CT值45~70HU,低密度影不强化(图3),肿块周围脂肪间隙稍模糊,肠系膜可见多枚大小不等结节影(图4),较大者冠状截面约1.8cm×0.7cm,回盲部及阑尾显示正常。CT诊断:右中腹部小肠团块影伴肠扭转,拟回肠炎性团块可能,肠系膜淋巴结增大,克隆氏病待除。

术中所见:肝、脾、胃、结肠未见异常,末段回肠局部肠管充血、水肿,顺时针扭转后与近段回肠粘连并卡压近段回肠,表面见脓苔附着,该段肠管对应的肠系膜上见多发淋巴结肿大。将病变肠管拖出体外,予松解粘连后将扭转的肠管复位,病变肠管系膜缘处明显肿大、发黑,触及一肿物,将病变肠管连同系膜

肿大淋巴结一并切除。解剖标本:从对系膜缘剪开肠管,见病灶为小肠憩室,位于肠系膜侧。剖开憩室,憩室粘膜完整无穿孔,但憩室肌层增厚呈肿块状,浆膜层已破溃,触之见脓液流出。术后病理:(回肠)憩室,肠壁脓肿,肠系膜淋巴结慢性炎症(图5、6)。

讨论 憩室是由于部分肠壁向腔外凸出所形成的囊袋状突起,直径从数毫米至数厘米不等,可单发也可多发。本例为回肠末段憩室,憩室壁形成脓肿而憩室粘膜完整,且并发肠粘连扭转、卡压,实属少见。回肠憩室可无症状。当发生憩室炎时常有恶心、呕吐、腹痛等急腹症症状^[1],可并发肠梗阻、憩室穿孔和出血等。以往小肠钡剂造影检查是该病的主要诊断方法之一,但由于肠管不能充分扩张及肠管的蠕动和重叠,不易显示其全貌,影响诊断;而小肠插管气钡双重造影虽有利于憩室的显示^[2],但该法操作繁琐不利开展,尤其对于急腹症患者而言。MSCT及其MPR后处理功能,常常在病灶定位、显示肠壁受累和肠外并发症方面优于小肠钡剂造影。肠管憩室炎的主要CT表现为肠壁外的袋状突出,其内充满稍低密度液体或成形/不成形的环形高密度影,憩室壁和相邻的肠管壁增厚,密度增高,增强扫描呈明显强化,相邻肠系膜脂肪炎性浸润、密度增高^[3]。本例回肠管旁可见一肠壁外肿块影、周围模糊,隐约可见粘膜与回肠壁相连,相连处回肠壁增厚、密度减低;若肿物内充满液体或典型的囊袋状气液平则对诊断憩室很有帮助,但

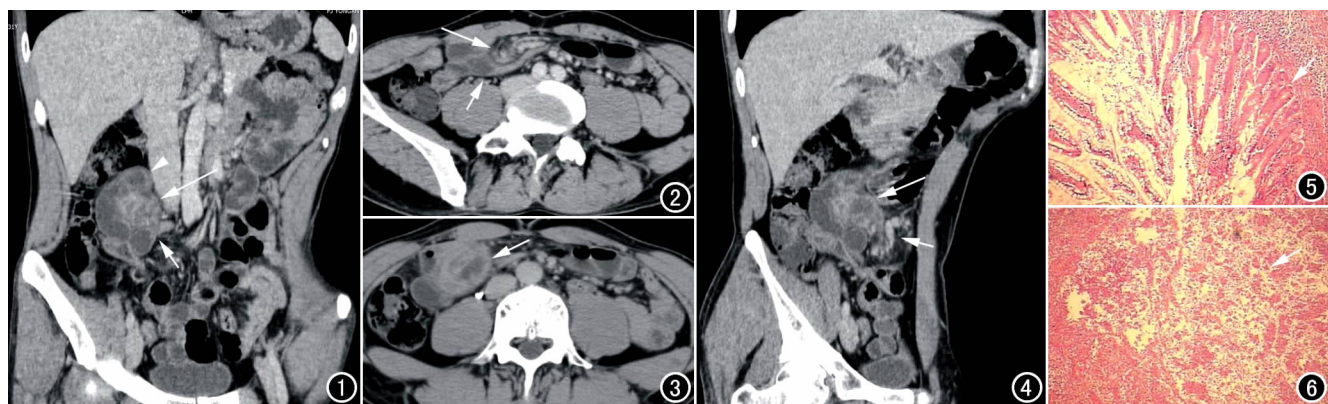


图1 CT斜冠状面重组图(增强)示脐水平右中腹部回肠管旁一团块状软组织影(长箭),内部密度不均,其内下方见一梗阻点呈移行状(短箭),团块影上方回肠壁增厚、密度稍减低(箭头)。图2 横轴面CT增强示梗阻处肠管呈移行状(短箭),其前方见脐周系膜血管“漩涡征”(长箭),提示肠扭转、粘连。图3 横轴面CT增强延迟扫描示团块内液化坏死灶不强化(箭)。图4 CT斜矢状面重组图(增强)示团块影密度不均,内部液化坏死灶不强化(长箭),周围脂肪间隙模糊,其系膜侧见多枚大小不等结节状淋巴结影(短箭)。图5 镜下病理示小肠憩室粘膜层完整,粘膜下见多量中性粒细胞浸润(×40,HE,箭)。图6 镜下病理示肠壁脓肿内见大量中性粒细胞及坏死灶(×40,HE,箭)。

受回肠壁脓肿影响,本例未能很好显示憩室;另外,肿块边缘、系膜侧及肠系膜增大淋巴结模糊、渗出对诊断本病为炎性肿块有帮助;肠系膜血管“漩涡征”提示肠扭转、粘连^[4],并可见梗阻段肠管呈移行状。由于本例患者临床表现为右下腹痛,阅片时应注意阑尾和盲肠情况,本例 CT 显示二者均无异常改变。回肠憩室应与小肠克隆氏病、小肠间质瘤伴肠套叠、小肠结核等鉴别。克隆氏病常表现为多节段性肠壁增厚,肠系膜血管增多或称“梳征”,是由垂直进入肠壁的、增多的直小血管沿病变肠管呈梳状排列而成^[5],具有特征性。直径 $<5\text{ cm}$ 的小肠间质瘤多表现为突向腔内生长的软组织肿块,形态规则,多呈圆形或类圆形,边界清楚,中心坏死少见,CT 增强多呈均匀强化^[6];本例肠壁外肿块直径 $<5\text{ cm}$,密度不均,周围模糊,不支持肿瘤诊断。肠结核病史较长,CT 表现为肠壁增厚、管腔狭窄,肠系膜淋巴结呈多发小环状强化,常伴有腹水。总之,如果患者年龄较轻,CT 表现为突向小肠壁外肿块或囊袋状影,周围呈炎症表现时应考虑小肠憩室可能。

参考文献:

- [1] 万荣超,邓德茂,袁文昭,等.多层螺旋 CT 在结肠憩室炎诊断中的价值[J].影像诊断与介入放射学,2014,23(4):307-309.
- [2] 闫小艳,王爱英. Meckel 憩室的诊断及误诊原因分析[J].临床消化病杂志,2006,18(6):230.
- [3] 荣冰水,陈巨坤.螺旋 CT 诊断和鉴别诊断急性右下腹疼痛的价值[J].中国医学影像学杂志,2008,16(1):45-49.
- [4] 郭永强,涂大有,赖菊花.粘连性肠梗阻的多层螺旋 CT 成像特征[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2009,7(5):67-69.
- [5] Paulsen SR, Huprich JE, Fletcher JG, et al. CT enterography as a diagnostic tool in evaluating small bowel disorders: review of clinical experience with over 700 cases[J]. Radiographics, 2006, 26(3): 641-662.
- [6] 唐文艳,江魁明,彭晞,等. CT 对胃肠间质瘤的诊断价值[J].放射学实践,2009,24(1):43-46.

(收稿日期:2014-12-08 修回日期:2015-01-08)

中华医学会放射学分会“第七届全国乳腺影像学术会议”征文通知

中华医学会放射学分会第七届全国乳腺影像学术会议将于 2015 年 3 月 27~29 日在辽宁省沈阳市召开。本次会议主题为乳腺影像技术及诊断规范化和乳腺影像最新进展。届时将邀请国内著名专家做专题讲座,并进行优秀论文交流、疑难病例讨论、数字乳腺影像诊断测评(workshop)等多种形式的学术交流互动。欢迎从事乳腺影像及相关诊疗工作的同道踊跃参会。参会者将获得国家继续医学教育 I 类学分。现将有关事项通知如下:

一、征文内容

- 1、乳腺各种影像学检查技术规范应用;
- 2、乳腺各种影像学检查方法的联合应用及比较;
- 3、乳腺各种影像诊断的规范;
- 4、乳腺影像技术及诊断的最新进展;
- 5、乳腺癌早期影像学诊断;
- 6、乳腺癌多学科综合治疗影像疗效评价的方法;
- 7、乳腺影像介入诊疗技术的应用研究;
- 8、乳腺分子影像技术及诊断等。

二、征文要求

- 1、为未公开发表过的论文,要求科学性强、数据可靠、重点突出、文字简练。
- 2、请提交 800~1000 字摘要一份,包括目的、方法、结果、结论四部分。

三、投稿方式

登录中华医学会放射学分会网站(www.chinaradiology.org)投稿,先在网页上注册后再进行投稿,不接收纸质和信箱投稿。

四、联系方式

110042 辽宁省沈阳市大东区小河沿路 44 号 辽宁省肿瘤医院医学影像科 于韬、迟达

联系电话:024-31916627、31916118 传真:024-24315679

Email: CSBR2015@126.com

100021 北京,中国医学科学院肿瘤医院影像诊断科 中国医学科学院肿瘤医院影像诊断科 李静

(中华医学会放射学分会)