

## 腺性膀胱炎一例

徐彦东, 贾艳荣, 张浩亮, 张凤翔

【关键词】 体层摄影术, X 线计算机; 膀胱炎; 图像处理, 计算机辅助

【中图分类号】 R694.3; R814.42 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2015)10-1066-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2015.10.025

**病例资料** 患者,女,61岁。患者3个月前无明显诱因出现肉眼血尿,无尿痛、尿急、尿频及排尿困难,一个月前患者再次出现肉眼血尿。实验室检查无特殊。B超示:膀胱输尿管开口处占位。

CT检查平扫示膀胱左侧输尿管开口处大小约 $1.5\text{ cm} \times 1.0\text{ cm}$ 的结节状软组织密度影,边界不清,CT值约35 HU(图1);增强扫描示结节轻度强化,动脉期CT值约40 HU(图2),静脉期CT值约50 HU(图3),延时扫描后重建(二维、三维),膀胱左侧输尿管开口处见一不规则菜花状充盈缺损影,边界不清(图4、5)。CT诊断:膀胱左侧输尿管开口处占位,建议手术。

经尿道膀胱肿瘤电切除术,术中见膀胱左侧输尿管开口处一肿物,大小约 $2.0\text{ cm} \times 1.0\text{ cm}$ ,无蒂,表面滤泡样隆起。术后病理:(膀胱肿物)送检组织为被覆尿路上皮之黏膜组织,局部尿路上皮增生,黏膜间质淋巴组织增生,病理诊断:腺性膀胱炎(图6)。

**讨论** 腺性膀胱炎是由 Von limbek 于 1887 年首先报道的,是膀胱黏膜移行上皮的增生和化生性病变,发病率约为 1% 左右<sup>[1]</sup>。腺性膀胱炎的病因不明,目前多认为与膀胱慢性炎症、结石、下尿路梗阻有关<sup>[2]</sup>。尿路基底细胞呈灶性增生,形成细胞巢,并向固有层生长称为 Bruun 巢,进而巢中心退化而成囊腔,即为囊性膀胱炎,最后腔内柱状上皮形成称腺性膀胱炎,也可发展成恶性病变,最常见的是发展为膀胱癌。腺性膀胱炎好发于膀胱三角区,不同年龄和性别均可患病,病程较长,多有尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症状,部分病例表现为无痛性终末血尿。

影像学一般分为 3 型:肿块型,炎症型(膀胱壁广泛增厚)及无表现型<sup>[3]</sup>。王伟等<sup>[4]</sup>与黄渊全等<sup>[5]</sup>研究腺性膀胱炎与膀胱癌的鉴别主要为 3 个方面。①病灶形态:腺性膀胱炎一般病灶表面较光滑,呈局限隆起或宽基底结节影,内部可有囊肿形成;膀胱癌病灶多呈乳头状突起,表面不平整,内部可有液化坏死及斑点状钙化;部分腺性膀胱炎表现为膀胱壁广泛增厚,多

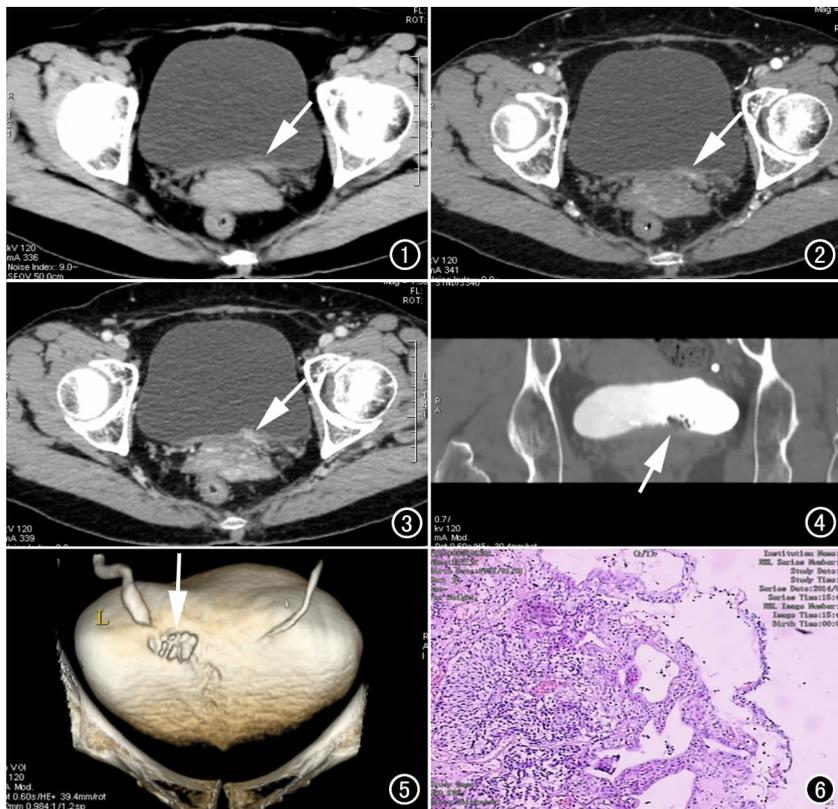


图1 横轴面CT平扫示膀胱左侧输尿管开口处大小约 $1.5\text{ cm} \times 1.0\text{ cm}$ 的结节状软组织密度影,边界不清,密度均匀,平扫CT值约35 HU。图2 横轴面CT增强扫描(动脉期)示病变轻度强化,CT值约40 HU。图3 横轴面CT增强扫描(静脉期)示病变轻度持续均匀强化,CT值约50 HU。图4 冠状面重组图(延迟扫描)示膀胱左侧输尿管开口处不规则菜花状充盈缺损影,边界不清。图5 VR图(延迟扫描)示膀胱左侧输尿管开口处不规则菜花状结节影,边界不清。图6 镜下病理:(膀胱肿物)送检组织为被覆尿路上皮之黏膜组织,局部尿路上皮增生,黏膜间质淋巴组织增生,病理诊断为腺性膀胱炎。

为较一致的增厚;而浸润性膀胱癌增厚的膀胱壁厚薄不均。②膀胱外壁改变:腺性膀胱炎无膀胱壁外的浸润,膀胱癌可有膀胱壁外的浸润或精囊腺的侵犯及盆腔淋巴结肿大。③强化程度:腺性膀胱炎是腺体组织,增强扫描不强化或强化不明显,与周围正常膀胱壁密度接近,而膀胱癌血供丰富,增强后瘤体明显强化,密度高于正常膀胱壁。

本例CT特点:①膀胱左侧输尿管开口处不规则菜花状软组织密度影,病灶形态与多名学者研究<sup>[4-6]</sup>腺性膀胱炎大部分表面较光滑不同;②增强扫描病灶轻度强化与多名学者研究<sup>[4-6]</sup>腺性膀胱炎增强扫描病灶不强化或强化不明显一致。

作者单位:017000 内蒙古,鄂尔多斯市中心医院 CT 室

作者简介:徐彦东(1979-),男,黑龙江哈尔滨人,主治医师,主要从事胸部 CT 诊断工作。

通讯作者:张凤翔, E-mail:zc890308@sina.com

## 《请您诊断》病例 103 答案: 骶尾部皮下支气管源性囊肿

刘丹, 宋彬

【关键词】 骶尾部; 支气管源性囊肿; 磁共振成像; 体层摄影术, X 线计算机

【中图分类号】 R323.46; R734.1; R814.42; R445.2 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2015)10-1067-02

DOI: 10.13609/j.cnki.1000-0313.2015.10.026

**病例报道** 患者,女,35岁,因发现骶尾部包块2年余,疼痛1个多月入院。患者于2年前发现骶尾部包块,无腹痛、大小便失禁、下肢乏力等症状,患者未予以重视。1个月前患者自觉骶尾部压痛,平卧时疼痛至当地医院行MRI示骶尾部巨大占位病变,患者为求进一步治疗入院。入院查体:骶尾部可扪及直径约8cm包块,包块质软、不活动、边界清楚、无红肿破溃,有触痛,仰卧位时明显。MRI腰椎平扫和增强(图1~3):骶4平面以下骶尾椎背侧和前方见一哑铃状囊性占位,呈短T<sub>1</sub>长T<sub>2</sub>信号,后方病灶约4.8cm×6.5cm,前方病灶约6.2cm×6.6cm,增强扫描病灶无强化,子宫和直肠受压前移,病灶与直肠间脂肪间隙清晰。CT平扫(图4、5):骶尾部见一哑铃状囊性肿块,大小约6.1cm×9.2cm×11.5cm,CT值约19~21HU,边界清楚,向左前推挤直肠,两者间脂肪间隙清晰,向后突入皮下,邻近骶、尾骨未见破坏。术前临床初步诊断为囊性畸胎瘤或表皮样囊肿。

术中:切开皮下软组织即可见肿瘤,肿瘤自盆腔内从骶骨末端右侧向骶骨背侧生长,肿瘤呈囊性,与周围组织分界清楚,未侵蚀骶骨,切开肿瘤可见大量巧克力样囊液,共约400mL,肿瘤大小约15cm×8cm×8cm,形状不规则,游离肿瘤囊壁至后腹壁,肿瘤与腹膜后肠管粘连明显。HE染色示:肿物包含囊性分泌物,囊壁被覆平滑肌细胞和粘液腺体,还含有假复层纤毛柱状上皮,囊壁上见出血、胆固醇晶体和炎性细胞浸润。病理诊断为异位支气管源性囊肿(图6)。术后半年复查:骶尾部区无不适疼痛,影像学检查亦未见肿瘤的复发和转移。

**讨论** 支气管源性囊肿(bronchogenic cyst,BC)是一种少见的先天性发育变异,典型的好发部位为胸腔,常见于气管旁、肺门及食管周围,极少数位于胸腔以外,以胸骨切迹上、胸骨柄、颈部及肩胛骨区域为多,少数位于腹壁<sup>[1]</sup>。一般认为BC的发病与胚胎支气管肺芽发育异常有关,如与原始气管支气管树

相连,囊肿将位于沿气管支气管分布的纵隔内或肺内;如果异常发芽与支气管树相离断,则囊肿将位于发生离断的部位;当离断的萌芽随着生长发育而迁移,则囊肿就会远离支气管树,而出现于皮下、下颈部、腹部、骨内、颅内及椎管内<sup>[2]</sup>。自从1945年Seybold和Clagett首次发现第1例皮下支气管囊肿,目前国内外仅有80例报道,而发生在骶尾部皮下者实属少见。此外,文献报道的患者绝大多数为儿童,只有两例为成人<sup>[3]</sup>。BC男性更容易发病,男女发病比例为4:1。本文为首列发生在成年女性的骶尾部皮下支气管源性囊肿。

BC的诊断主要依靠影像学检查,最终诊断依赖于病理组织学,支气管囊肿囊壁被覆假复层纤毛柱状上皮和杯状细胞。平滑肌、粘液腺体及透明软骨的出现率分别为80%、53%和7%<sup>[4]</sup>。此例应与畸胎瘤进行鉴别,骶尾骨前囊性病变更以畸胎瘤多见,囊性畸胎瘤有呼吸道上皮者达17.5%,但上皮多局限在含各胚叶来源组织的囊壁结节内。囊壁内层常为含皮脂腺及毛囊的皮肤组织,囊内则为黄色皮脂样物和毛发。此例囊壁内无结节,内壁全为呼吸道上皮,上皮下见腺体、软骨和平滑肌,且均按支气管结构排列有序。此外囊内容物也与囊性畸胎瘤不符。

影像学检查在异位支气管囊肿的诊断和鉴别诊断方面具有一定的优势,尤其是MRI。由于囊肿内容物成分不同CT值可有较大差异,若合并囊内出血CT值可达70~80HU,增强扫描囊壁及内含液不强化。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<1cm的肿物具有更大优势。MRI上囊肿多为单房,圆形或椭圆形;BC的MRI表现取决于囊肿的成分,如果是含液囊肿,MRI具有特征性,表现为T<sub>1</sub>低信号,T<sub>2</sub>高信号;如果为气液囊肿,可见气液平,气体在T<sub>1</sub>、T<sub>2</sub>上均为低信号,液体呈长T<sub>1</sub>长T<sub>2</sub>信号;如果囊肿内含有蛋白成分,表现为T<sub>1</sub>等或高信号,T<sub>2</sub>高信号;如果囊肿伴出血,则可见液-液平

作者单位:610072 成都,四川省医学科学院,四川省人民医院放射科(刘丹);610041 成都,四川大学华西医院放射科(宋彬)  
作者简介:刘丹(1986-),女,四川雅安人,硕士研究生,住院医师,主要从事腹部影像诊断工作。

为提高CT的检出率,早期发现病灶,CT检查应做到:①检查前应先充分充盈膀胱,避免把未充分膨胀的膀胱壁误认为膀胱壁增厚;②患者如有血尿或者膀胱壁与周围肠袢关系密切时,可采取变换扫描体位,以明确膀胱内血凝块或排除肠袢对膀胱壁显示的干扰;③结合增强多期扫描、薄层及MPR、VR等后重建技术,可多方位显示膀胱壁及病灶有无向膀胱壁外侵犯的情况,对于腺性膀胱炎的诊断与鉴别诊断有一定帮助。

## 参考文献:

[1] Gomez dos Santos VC, Burgos Revilla FJ, Gareia Conlez R. Glandular cystitis: endovesical treatment[J]. Arch Esp Urol, 2000, 53

(5):461-164.

- [2] 陈志强,马胜利,吴天鹏,等.腺性膀胱炎专题讨论[J].临床泌尿外科杂志,2003,18(1):60-62.
- [3] 陆青云,赵殿辉,洪兴中,等.腺性膀胱炎的影像学表现(附2例报告及文献复习)[J].上海医学影像,2005,14(2):143-144.
- [4] 王伟,杨昕.腺性膀胱炎的影像诊断及病理特征[J].新疆医科大学学报,2008,31(8):1052-1054.
- [5] 黄渊全,黄文杰,史新平,等.腺性膀胱炎的CT诊断[J].中国CT和MRI杂志,2010,8(1):68-70.
- [6] 陈明旺,郭永梅,江新青,等.腺性膀胱炎的CT和MR表现与鉴别诊断[J].中国CT和MRI杂志,2012,10(4):70-73.

(收稿日期:2014-12-17 修回日期:2015-02-09)