

回肠异位胰腺致肠套叠影像表现一例

李超, 尉志红, 靳宏星, 任基伟

【关键词】 回肠; 异位胰腺; 肠套叠

【中图分类号】R 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2016)06-0562-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2016.06.024

病例资料 患者,男,33岁,1个月前无明显诱因出现下腹部疼痛,逐渐加重10d,并出现黑便就诊。体格检查未见明显异常。腹部B超:左中腹肠管壁不均匀增厚,最厚约1.75cm,呈靶环样结构。考虑肠套叠可能性大。CT检查:局部回肠不均匀环形增厚,厚度基本同B超检查,平扫密度均匀(图1),CT值约46HU,增强扫描强化较均匀(图2),三期CT值分别为55HU、58HU、76HU;并可见近端肠管及系膜向病变处肠腔内突入(图3),小肠系膜间可见多发点样淋巴结,直径约0.3~0.7cm。考虑淋巴瘤,肠套叠形成。胶囊肠镜提示回肠黏膜下肿物,间质瘤可能性大。

手术及病理所见:肿物位于距回盲部约30cm处回肠,肠管套叠,肿物直径约2cm,质韧,肿物两端肠管充血水肿明显。病理(图4):粘膜慢性炎症伴溃疡,粘膜肌层纤维脂肪组织中见胰腺组织,有腺泡及胰腺导管组织等小叶结构,未见胰岛细胞的发育,符合异位胰腺,大小5cm×2.5cm×2cm。

讨论 异位胰腺是指正常胰腺解剖部位以外的孤立胰腺组织,和正常胰腺之间无任何解剖、血管关系。其病因学目前还不清楚,可能跟原始胰芽是否正常发育有关^[1]。异位胰腺这种先天性的异常较为罕见,最常发生于消化道,数据表明大约70%的异位胰腺发生在胃(24%~38%)、十二指肠(9%~36%)和空肠(0.5%~27%),发生于回肠者少见,合并肠套叠则罕见^[2]。胃肠道异位胰腺的CT特征为平扫呈均匀的等密度,典型病灶可见导管样结构,呈边缘脐凹征或中央导管征^[3]。强化方式根据其病理组成而差异较大, Park等^[4]认为未恶变的异位胰腺组织有以下3种强化方式:①均匀明显强化,与正常位置胰腺的表现相似,这是因为病灶主要由与正常胰腺组织一样的腺泡组成;②强化不明显,病灶主要由导管和增生肥大的肌肉组织组成,而胰腺腺泡成分很少;③病灶呈囊状,无强化,这是由于病变主要为假性囊肿,大部分由扩张的导管构成。另外近年关于回肠异位胰腺的报告逐渐增多,但同时合并肠套叠

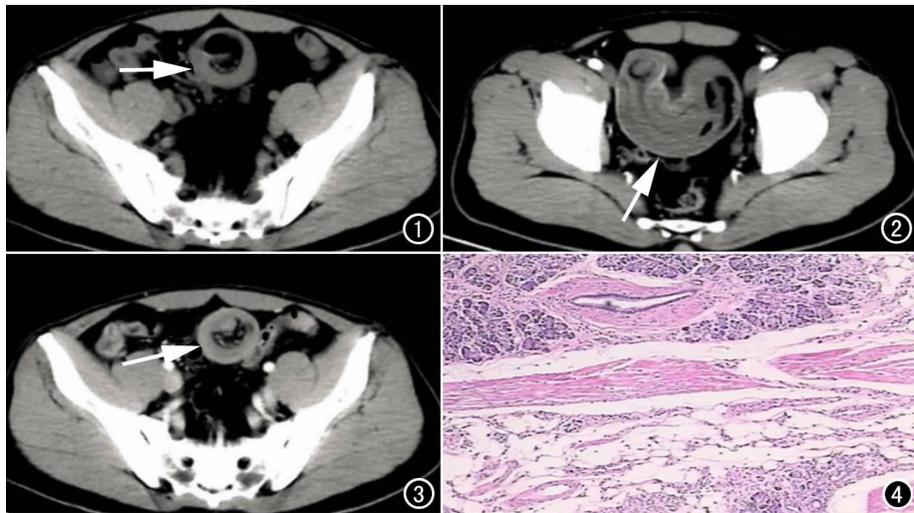


图1 CT平扫示回肠管壁不均匀增厚,呈靶环样改变,边缘光滑,内密度均匀(箭)。

图2 CT增强扫描病变呈轻度的均匀强化(箭)。图3 可见近端肠管及系膜向病变肠腔内突入(箭)。图4 病理显微镜下见黏膜肌层纤维脂肪组织中胰腺组织(HE×200)。

的病例罕见^[5,6]。国内迄今仅报告11例异位胰腺合并肠套叠,其中10例位于回肠,可见回肠是异位胰腺最易发生肠套叠的部位。因此,对于成年人发生于回肠末端肠套叠引发的肠梗阻,要考虑本病的可能性。本例病灶表现为回肠壁的环形增厚,边缘光滑,未见脐凹征,这与 Kim等^[7]的研究中该征象显示率并不高相符;增强扫描强化程度要明显低于正常的胰腺组织,并可见肠套叠征象。此病需与肠道的间质瘤、淋巴瘤等疾病相鉴别。笔者结合相关文献发现以下两点较有意义:增强扫描病灶表面覆盖的黏膜明显强化且连续,病灶内无明显坏死,病变强化方式类似于正常胰腺组织;当病灶出现边缘脐凹征或中央导管征时,对其的诊断具有一定的特异性,CT多平面重组可能对该征象的显示有一定的价值。但如若遇到像此病例强化不明显,也未出现脐凹征,则很难与肠道良性肿瘤相鉴别。

参考文献:

- [1] 蒋廷宠,毛小明,林坚. 上消化道异位胰腺的CT表现[J]. 现代实用医学, 2012, 24(8): 929-930.
- [2] Sharma DK, Agarwal S, Saran PK, et al. Pseudocyst of ectopic pancreas of the duodenal wall masquerading as malignant cystic tumor of pancreas[J]. Saudi J Gastroenterol, 2009, 15(4): 271-273.
- [3] 刘欢欢,张欢,杜联军,等. 胃肠道异位胰腺的CT表现[J]. 放射学实践, 2014, 29(2): 173-176.
- [4] Park SH, Han JK, Choi BI, et al. Heterotopic pancreas of the

作者单位: 030001 太原,山西医科大学(李超、尉志红); 030013 太原,山西医科大学附属肿瘤医院MR/CT室(靳宏星、任基伟)
作者简介: 李超(1989—),男,山西太原人,硕士研究生,主要从事腹部影像诊断工作。
通讯作者: 靳宏星, E-mail: jinhongxing1960@126.com

stomach; CT findings correlated with pathologic finding in six patients[J]. *Abdom Imaging*, 2000, 25(2): 119-123.

- [5] Lee MJ, Chang JH, Maeng IH, et al. Ectopic pancreas bleeding in the jejunum revealed by capsule endoscopy[J]. *Clin Endosc*, 2012, 45(3): 194-197.
- [6] 田昭俭, 杨新国, 吴起嵩, 等. 小肠脂肪瘤伴异位胰腺组织致成人肠

套叠一例[J]. *中华放射学杂志*, 2008, 42(2): 218-219.

- [7] Kim JY, Kim KW, et al. Ectopic pancreas; CT findings with emphasis on differentiation from small gastrointestinal stromal tumor and leiomyoma[J]. *Radiology*, 2009, 252(1): 92-100.

(收稿日期: 2015-10-19)

· 病例报道 ·

胆管内乳头状肿瘤两例

王永芳, 任克

【关键词】 胆管; 乳头状瘤; 体层摄影术, X线计算机; 胰胆管造影术, 磁共振

【中图分类号】 R445.2; R735.8; R730.261 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2016)06-0563-02

DOI: 10.13609/j.cnki.1000-0313.2016.06.025

胆管内乳头状肿瘤 (intraductal papillary neoplasm of the bile ducts, IPN-B) 是起源于胆管粘膜上皮的一种癌前病变^[1]。由于其发病率较低, 报道较少, 术前临床及影像检查常被误诊。

病例资料 病例 1, 男, 75 岁。以发现上腹包块 50 d 入院, 否认肝炎、结核病史。体检上腹部膨隆。血清总胆红素 $48.5 \mu\text{mol/L}$ 升高, 腹部 CT 平扫加增强: 肝脏体积增大, 肝内多

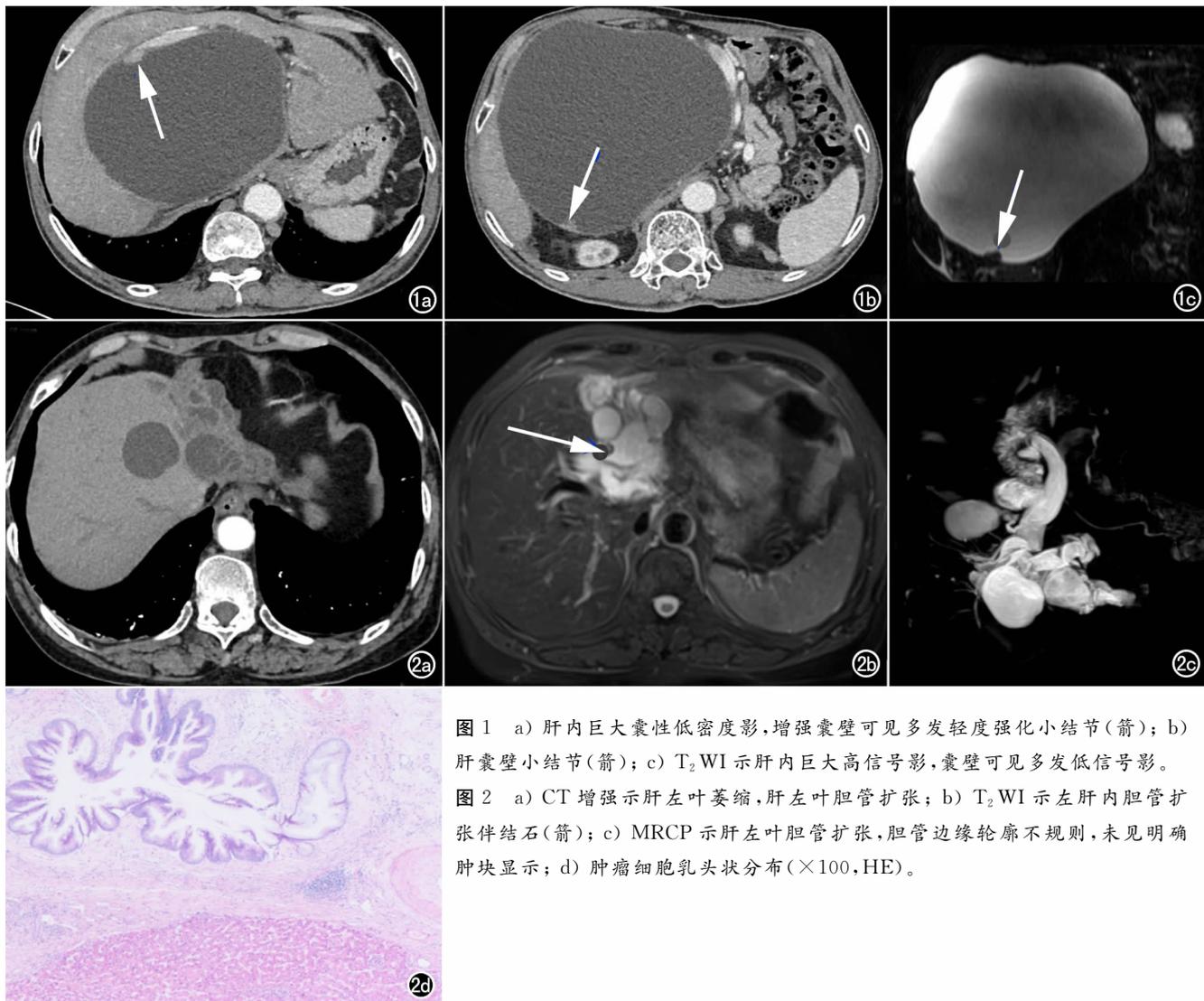


图 1 a) 肝内巨大囊性低密度影, 增强囊壁可见多发轻度强化小结节(箭); b) 肝囊壁小结节(箭); c) T₂WI 示肝内巨大高信号影, 囊壁可见多发低信号影。
图 2 a) CT 增强示肝左叶萎缩, 肝左叶胆管扩张; b) T₂WI 示左肝内胆管扩张伴结石(箭); c) MRCP 示肝左叶胆管扩张, 胆管边缘轮廓不规则, 未见明确肿块显示; d) 肿瘤细胞乳头状分布(×100, HE)。

作者单位: 110000 沈阳, 中国医科大学附属第一医院放射科

作者简介: 王永芳(1990-), 女, 山西临汾尧都区人, 硕士研究生, 主要从事对比剂肾病影像学诊断工作。

通讯作者: 任克, E-mail: renke815@sina.com