

短篇与个案

MSCT 诊断回肠脂肪瘤并肠套叠 1 例

姜宁宁¹, 李振龙¹, 张 鹏¹, 张哲义²

(1. 福建中医学院附属厦门中医院放射科, 福建 厦门 361009; 2. 厦门大学医学院附属中山医院放射科, 福建 厦门 361000)

[关键词] 回肠脂肪瘤; 肠套叠; MSCT

[中图分类号] R816.5

[文献标识码] B

[文章编号] 1672-0512(2008)01-0075-01

女, 37 岁, 因“脐周阵发性疼痛 1 d, 加剧 12 h”收治入院。患者呈脐周阵发性绞痛, 无放射, 伴腹胀, 恶心, 呕吐, 其中 2 次为咖啡样内容物, 肛门排气、排便正常, 无畏冷、发热, 无血便, 无里急后重, 发病以来精神疲惫。否认有肝炎、肺结核及其他传染性疾病史。查体: 一般状态差, 痛苦面容, 查体合作。皮肤巩膜无黄染, 心肺正常。右下腹膨隆, 腹胀, 右下腹触及一约 6 cm × 6 cm 包块, 边界清楚, 表面光滑, 可活动, 压痛明显, 无反跳痛。入院后查血常规 HGB: 104 g/L。B 超: 右侧腹部包块。急诊多层螺旋 CT 平扫及多平面重组 (MPR) 示右中下腹小肠肠管扩张, 其内见软组织密度影, 大小约 8.0 cm × 4.0 cm × 6.3 cm, 中心可见 2.0 cm × 2.0 cm × 1.8 cm 脂肪密度影, CT 值约 -80 HU, 邻近小肠肠管扩张, 内未见气液平, 回盲部肠系膜结构紊乱 (见图 1, 2)。肝、脾、胰腺及双肾未见确切异常。考虑小肠脂肪瘤合并肠套叠。术中所见: 距回盲部 40 cm 回肠处可见约有 40 cm 回肠套入回肠, 套入的回肠肠壁水肿、坏死。术中诊断: 回肠肠套叠, 行肠切除术 + 回肠端端吻合。病理诊断: 病发肠管距一断端约 2.5 cm 肠壁浆膜面肿物, 大小约 2.5 cm × 2.5 cm × 2 cm, 示脂肪瘤。

讨论 肠套叠是指肠的一段套入与其相连的肠管腔内引起的一种肠梗阻, 以 2 岁以下的儿童多见, 成人肠套叠较少见。成人肠套叠以慢性、继发性多见, 约有 90% 以上的成人肠套叠都继发于某些疾病, 可包括肠道炎症性疾病, 及一些少见的小肠肿瘤如良性有脂肪瘤、平滑肌瘤、血管瘤、术后粘连及肠

动力性病变等, 恶性病变有转移癌、腺癌、类癌、淋巴瘤、平滑肌肉瘤等。成人肠套叠病因复杂, 病程缓慢, 临床表现为腹痛、腹块、呕吐、血便 (潜血便) 及顽固性便秘, 严重者可有脱水、高热、休克。慢性肠套叠症状不典型, 可呈急性发作, 并伴有恶心和呕吐, 大便可有少量黏液和血, 亦可完全正常, 急性发作时可出现腹部肿块、阵发性疼痛等。影像学检查 X 线主要靠腹部平片与钡剂或空气灌肠检查。CT 对肠套叠有很高的诊断价值, 它可以清晰地反映病灶的不同征象, 以此来推断引起肠套叠的病因, 复习文献^[1, 2], CT 可以将肠套叠分为空-空肠套叠、回-回肠套叠、回-结肠套叠、结-结套叠和乙状结肠-直肠套叠几种, 直接显示肠套叠具体位置及套入部、反折部和鞘部。在横断位表现最多的是“靶征”, 即肿块的外周部位呈分层状的鞘部及套入的肠管壁, 中央部为套入的肠系膜; “彗星尾征”是套入口处肠系膜血管牵拉聚拢的征象; “肾形征”是套鞘部游离于套叠入口处肠管及肠系膜。在矢状位上可呈类香蕉外形有层次感的混合密度的软组织影。以上的征象表现均伴有肠系膜血管及脂肪卷入套入部 (这也是肠套叠的重要征象之一), 如在三维重建下观察可看到旋转样影。间接的征象如肠管的扩张、积液, 肠壁的增厚、边缘清晰或模糊以及肠壁内出现小气泡影, 提示肠管可能出现水肿、坏死。少数脂肪瘤可在肿瘤的基底见有细的软组织密度线条, 提示有合并溃疡的形成^[3]。因此, CT 扫描时根据肿瘤密度均匀、边界清楚, 肿瘤 CT 值呈明显负值 (脂肪密度), 可作出明确诊断, 与其他的肠道肿瘤不难鉴别。

图 1, 2 CT 平扫及 MPR 示右中下腹小肠肠管扩张, 其内见软组织密度影, 中心可见脂肪密度影, CT 值约 -80 HU, 邻近小肠肠管扩张, 内未见气液平

[参考文献]

- [1] 尚克中, 吴恩惠. 中华影像医学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 109.
- [2] 陈海曦, 李征宇, 何之彦, 等. CT 对急性成人肠套叠的临床诊断价值 [J]. 中国医学影像技术, 2004, 20(10): 1 532-1 535.
- [3] 邱询花, 陈立光, 张宗欣. 横结肠脂肪瘤并肠套叠 1 例 [J]. 医学影像学杂志, 2004, 14(6): 507. (回修日期 2007-08-29)

