

## 小肠脂肪瘤伴异位胰腺组织致成人肠套叠一例

田昭俭 庞闽厦 杨新国 吴起嵩 李新功

患者 男, 52 岁。因黏液血便 13 d 入院。患者血便 3 ~5 次/d, 300 ml/次, 呈血水样或红色黏液状。体检: 贫血貌, 轻度脱水, 腹部平软, 脐周压痛, 右下腹扪及 7.0 cm× 8.0 cm 肿块, 质硬, 有压痛, 肠鸣音活跃。实验室检查: 血白细胞  $10.7 \times 10^9/L$ , 红细胞  $2.12 \times 10^{12}/L$ , 血红蛋白 58 g/L。大便呈红色黏液便, 红细胞(++++), 白细胞(+).

B 超: 右下腹探及 4.0 cm× 5.0 cm 肿块, 纵切面呈“套筒征”, 横切面呈“同心圆征”或“靶征”。CT 平扫: 下腹部盆腔右侧类圆形分层状靶形肿块, 盆腔内示不规则肾形肿块, 套头部腔内见椭圆形脂肪密度肿块, CT 值 - 97 HU, 其中央部可见斑点状软组织肿块, CT 值为 46 HU(图 1)。CT 增强扫描: 分层状靶形肿块套叠肠管壁不均匀明显强化, 中央显示肠系膜血管及肠系膜脂肪组织(图 2), 肾形肿块及套头部肠壁增厚有不均匀明显强化, 套头部腔内椭圆形脂肪密度肿块未见强化, 其中央斑点状影明显强化(图 3)。

手术及病理表现: 术中于右下腹探及直径 10 cm 肿块, 距回肠末端 160 cm 处回肠有 10 cm 肠套, 予以复位后见局部肠腔内有一肿块, 肿块根部肠壁内陷, 肿块大小 8.0 cm× 3.2 cm× 2.5 cm, 呈息肉状, 切面淡黄色, 肿块有一直径 1.5 cm 细长蒂。于肿块上下各 15 cm 行节段性小肠切除。病理表现: 回肠浆膜下见成熟脂肪细胞构成瘤样结构, 其内可见多个成熟胰腺小叶及胰腺导管, 小叶由胰腺外分泌部及内分泌部组成, 导管周围可见增生的纤维组织及少量平滑肌组织(图 4)。诊断: 回肠浆膜下脂肪瘤伴异位胰腺组织致回-回型肠套叠。

讨论 成人肠套叠较少见, 多由于肿瘤及术后粘连和肠动力性病变等引起<sup>[1-2]</sup>。脂肪瘤是小肠少见的良性肿瘤<sup>[3]</sup>, 异位胰腺是先天性畸形, 可发生在消化道的任何部位, 二者分别引起成人肠套叠罕见。

CT 扫描肠套叠可表现为靶征、彗星尾征或肾形征等征

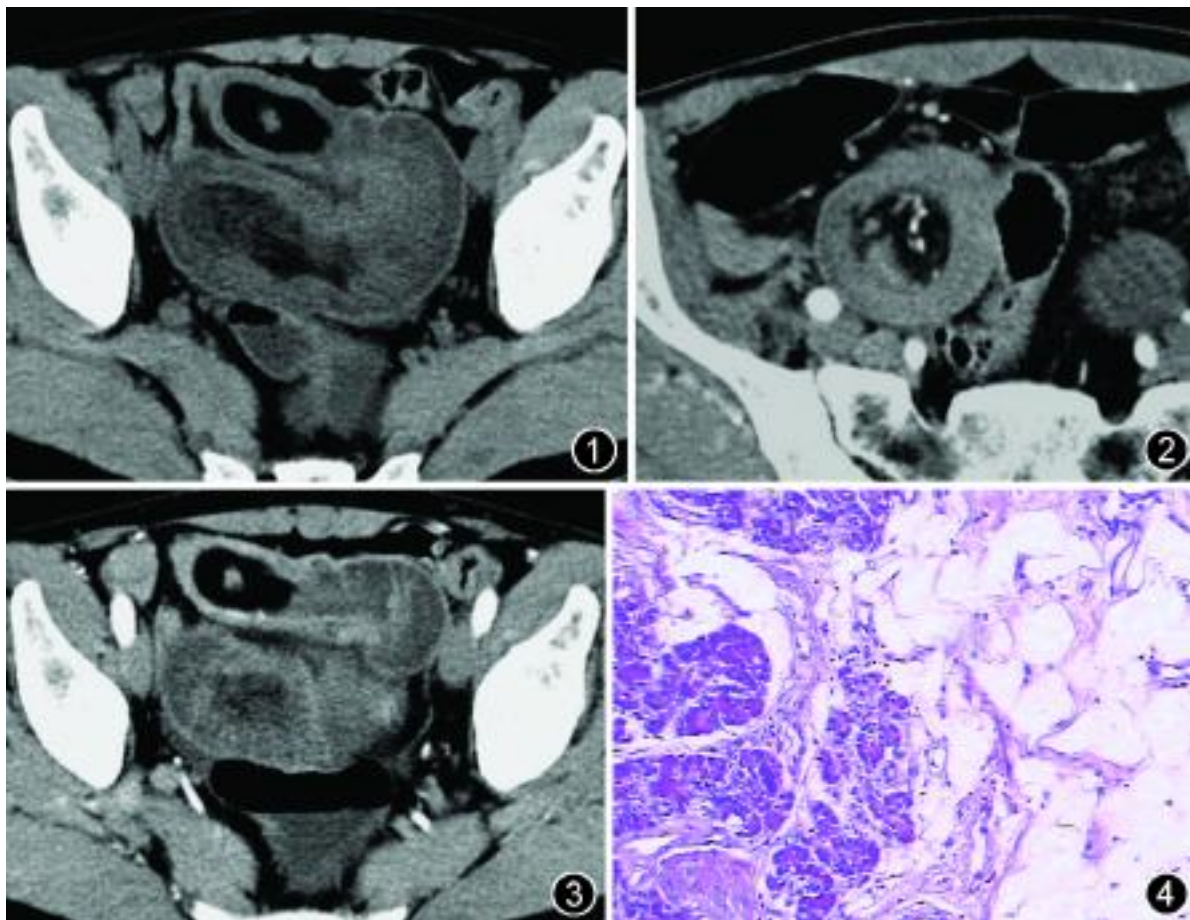


图 1 CT 平扫示肾形肿块及套头部肠腔内见椭圆形脂肪密度肿块, CT 值为 - 97 HU, 其内可见斑点状高密度影, CT 值为 46 HU 图 2 CT 增强扫描示右下腹部分层状靶形肿块由套鞘部、套入部肠系膜血管及肠系膜脂肪和套入部肠管组成 图 3 CT 增强扫描示肾形肿块及套头部肠壁增厚、强化, 套头部肠腔内椭圆形脂肪内斑点状影强化 图 4 组织病理镜下见胰腺组织及脂肪组织(HE × 100)

象。靶征表现为鞘部、套入部最内壁和返折壁 3 层结构, 它反映了套叠的各层肠壁、肠腔及肠系膜间的解剖关系, 是肠套叠最常见的特征性 CT 征象<sup>[2,4]</sup>。因肠道迂曲及排列位置、方向不规则, CT 扫描与肠套叠长轴呈平行关系时, 可表现为彗星尾征或肾形征, 即肠系膜脂肪及血管卷入所致。彗星尾征是套叠近端肠系膜血管牵拉聚拢的征象, 其组成尚包括套入近端肠管。肾形征或肾形肿块为套鞘部游离缘与套入部近端肠管及肠系膜的 CT 斜切面影像, 其中游离的套鞘呈弧形围绕套入部状如肾轮廓外形, 而套入部近端肠管、肠系膜状若肾蒂。彗星尾征均与肾形征相伴出现, 是肠套叠除靶征外的又一较常见的特征性 CT 征象<sup>[2,4]</sup>。靶征见于各型肠套叠, 而彗星尾征及肾形征多见于小肠型肠套叠<sup>[1]</sup>。肠套叠的 CT 表现有一定特征性, 诊断相对较容易, 但病因有时难以确定, 应重点观察套叠头部, 寻找隐匿的原发病灶。小肠脂肪瘤所致肠套叠表现为套头部圆形或椭圆形均一脂肪密度肿块, 不同于肠套叠靶征内弧形的肠系膜脂肪而易于鉴别确诊<sup>[3]</sup>。本例 CT 检查示类圆形分层状靶形肿块, 盆腔内示不规则肾形肿块, 套头部肠腔内见椭圆形脂肪密度肿块,

CT 值为 -97 HU, 即考虑到脂肪瘤并肠套叠的诊断, 但对脂肪密度中央部斑点状软组织肿块认识不足, 术前未能给予明确诊断。

### 参 考 文 献

- [1] 郑祥武, 吴恩福, 陈宗静, 等. 成人肠套叠的 CT 诊断. 中华放射学杂志, 2000, 34: 414-416.  
[2] Choi SH, Han JK, Kim SH, et al. Intussusception in adults:

from stomach to rectum. AJR, 2004, 183: 691-698.

- [3] Thompson WM. Imaging and findings of lipomas of the gastrointestinal tract( Review). AJR, 2005, 184: 1163-1171.  
[4] Kim YH, Blake MA, Harisinghani MG, et al. Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point. Radiographics, 2006, 26: 733-744.

(收稿日期: 2007-07-27)

(本文编辑: 张晓冬)

## 肺微小瘤一例

王显龙 全显跃 于坤银 朱俭

患者 女, 49 岁, 无明显诱因低热 2 个月伴右下胸痛 3 d 入院。发热无明显昼夜规律性, 无潮热及盗汗, 3 d 前出现右下胸痛, 定位准确, 于深呼吸及活动时为甚, 无放射痛。体检: 咽后壁可见散在溃疡, 双肺呼吸音粗, 未闻及干湿性啰音及胸膜摩擦音。实验室检查: 血清球蛋白 30.5 g/L, 风湿指标、抗结核抗体、人类免疫缺陷病毒(HIV)抗体、血沉及肿瘤检测结果无异常, 结核菌素试验阴性。

胸部 X 线平片(图 1): 示双肺纹理增多、杂乱, 呈弥漫均匀分布的粟粒影, 直径均 3 mm; CT 平扫(图 2)所见同 X 线平片, 双侧肺门及纵隔未见肿大淋巴结, 胸腔无积液。行纤维支气管镜下活检术, 组织学所见(图 3): 于肺泡组织间可见小团状异型细胞, 核深染, 有轻度异型, 胞质红染, 未见核分裂象及坏死。病理诊断: 肺微小瘤。

讨论 肺微小瘤是多灶性细小的增生结节, 其表型与类癌相似, 故又称为类癌型微小瘤(tumorlets of carcinoid)或神经内分泌性微小瘤(neuroendocrine tumorlets)<sup>[1]</sup>。临床非常罕见, 这可能是由于其病变结节非常细小, 影像和肉眼检查诊断很困难。本病常因其他疾患切除肺脏或在尸检中偶尔发现, 多数患者伴有支气管扩张、肺纤维化、肺气肿等慢性阻

塞性肺疾患<sup>[2]</sup>。

国内文献总结了肺微小瘤的病理特征<sup>[1]</sup>, 过去对肺微小瘤病理属性认识不一致, 世界卫生组织(WHO)新版(1999 年)肺肿瘤的组织学分型中将微小瘤定义为瘤样病变。

目前影像检查手段对肺部病灶的显示已达亚毫米级, 微小瘤的发现率将会有所提高。结合相关文献报道, 笔者认为肺微小瘤的影像学征象为: 常合并于支气管扩张、隔离肺等疾病, 肺纹理增粗、增多, 瘤结节多为散发, 数目不等, 分布多与肺纹理伴行, 可均匀亦可局限, 但瘤结节直径 5 mm。

鉴别诊断: (1) 急性粟粒型肺结核: 中毒症状明显, 结核菌素试验阳性; (2) 矽肺: 有职业病史, 部分结节密度较高; (3) 转移瘤: 有原发病灶。本病确诊需依靠病理。

### 参 考 文 献

- [1] 王军臣, 施达仁, 符雪莲, 等. 肺类癌型微小瘤的临床病理及其形态发生分析. 中华病理学杂志, 2003, 32: 350-353.  
[2] 李艳, 王欣允, 刘婷, 等. 肺微小瘤一例. 中华肿瘤杂志, 2004, 26: 770.

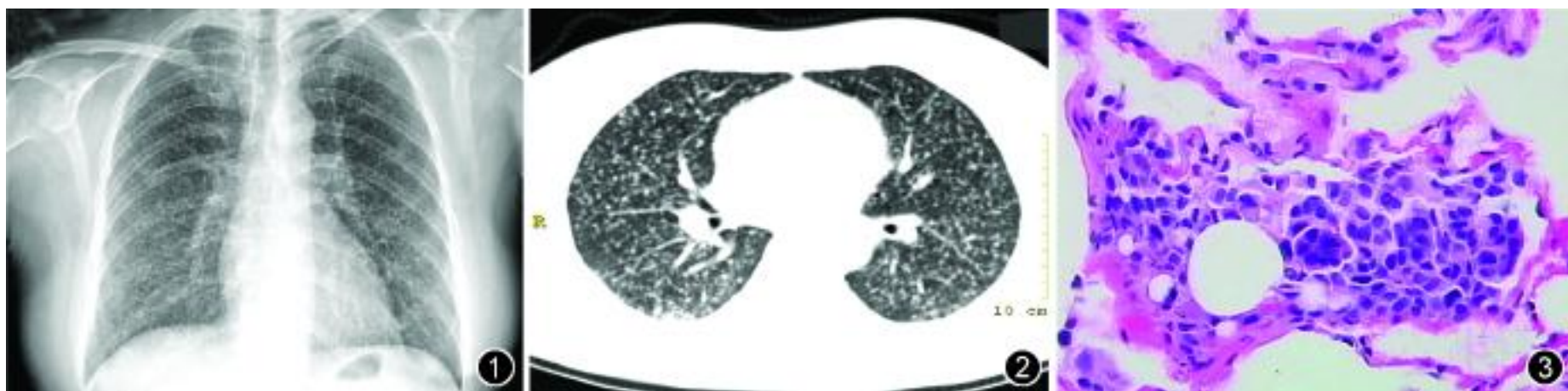


图 1 胸部 X 线平片, 示两肺纹理增多、杂乱, 呈弥漫分布的粟粒影 图 2 胸部 CT 平扫, 所见同 X 线平片, 粟粒影直径均 3 mm  
图 3 病理镜下, 于肺泡组织间可见小团状异型细胞, 核深染, 有轻度异型, 胞质红染, 未见核分裂象及坏死(HE × 200)

(收稿日期: 2007-09-27)

(本文编辑: 任晓黎)