

· 短篇 ·

原发性后腹膜囊肿1例报道

方晓熠 黄科峰 金文义* 宋君 徐颖辉
联勤保障部队第991医院放射科(湖北 襄阳 441000)

【关键词】后腹膜肿瘤; 囊肿; 体层摄影术; X线计算机

【中图分类号】R735.5

【文献标志码】D

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2024.9.003

Primary Retroperitoneal Cyst: A Case Report

FANG Xiao-yi, HUANG Ke-feng, JIN Wen-yi*, SONG Jun, XU Ying-hui.
Radiology Department, 991 Hospital, Xiangyang 441000, Hubei Province, China

Keywords: Peritoneal Tumor; Cyst; Body Section Radiography; X-ray Computer

1 病例报告

患者,女,59岁。因“右侧腰腹部疼痛3小时”入院。患者3小时前睡觉时无明显诱因出现右侧腰腹部剧烈疼痛,醒来后仍感腰背部持续性刺痛,无腹泻,无心慌、胸闷、气短。后行上腹部CT平扫(图1、图2)及增强(图3、图4、图5)示:肝右后方腹膜下囊性占位性病变,大小约5.0cm×6.6cm,边界清,CT值约70HU,相邻肝脏受压推移,囊壁少许点状钙化,动态增强检查:动脉期、门脉期及延迟期均无明显强化。上腹部CT增强冠

状位示:术中探查:肿瘤位于右后腹膜,邻近右侧肋膈角及右肝,呈囊性,囊内可见黄白色混浊液体,部分白色坏死组织,囊壁增厚,与周围界限欠清。后开腹行右后腹膜肿瘤切除术,完整切除后腹膜肿瘤。术后病理检查:囊壁样组织一堆,大小约为7.0cm×5.0cm×2.0cm,囊壁厚0.2-0.8cm,切面灰白灰褐色,质中。光镜下HE染色(图6)所示,病理诊断:后腹膜单纯性囊肿伴出血及坏死。

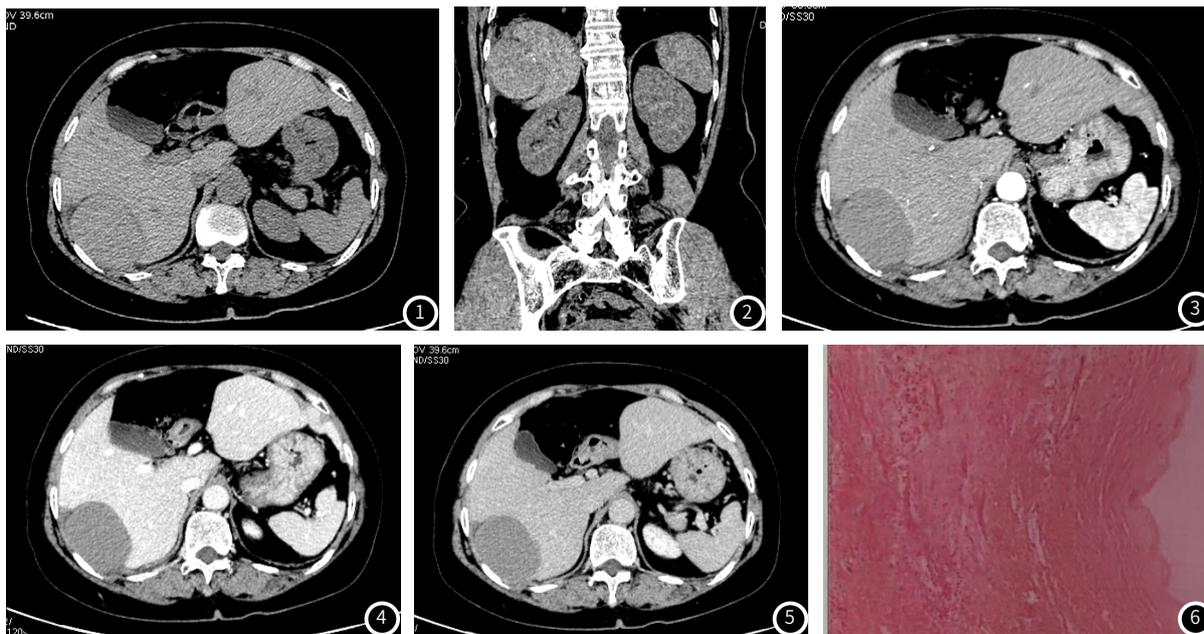


图1 上腹部CT平扫轴位示:肝右后方腹膜下类圆形等密度灶,大小约5.0cm×6.6cm,边界清,CT值约70HU,相邻肝脏受压推移。图2 上腹部CT增强MPR冠状位示:病灶周围囊壁见少许点状钙化,邻近肝组织受压推移、凹陷。图3 上腹部CT增强动脉期示:病灶中央及边缘无强化,边界清。图4 上腹部CT增强门脉期示:病灶中央及边缘无强化。图5 上腹部CT增强延迟期示:病灶中央及边缘无强化。图6 病理:HE染色 10×10 后腹膜单纯性囊肿伴出血及坏死。

2 讨论

腹膜是覆盖于腹盆腔壁内面和腹盆腔脏器表面的一层薄而光滑的浆膜,属浆膜组织,腹膜和腹膜腔在解剖学上是两个不同的概念^[1]。腹膜内位器官的表面几乎都被腹膜所覆盖,腹膜间位器官的表面大部分被腹膜所覆盖,腹膜外位器官仅一面被腹膜覆

盖。原发性后腹膜囊肿为原发于后腹膜的囊肿,不包括腹膜后诸器官发生的囊肿在内,较为少见,按其囊壁组织的病理及囊腔内容物可分为单纯性、淋巴性和皮样囊肿^[2],腹膜后的皮样囊肿十分罕见,表浅者多发生于颅骨骨缝处,深在者多见于卵巢、肾前间隙及腹主动脉前方^[3],皮样囊肿CT表现为囊性肿块、伴或不

【第一作者】方晓熠,女,副主任医师,主要研究方向:CT、MRI影像诊断。E-mail: fangxiaoyi201309@163.com

【通讯作者】金文义,男,副主任医师,主要研究方向:CT影像诊断。E-mail: 804985445@qq.com

伴分隔,增强扫描囊壁或分隔强化,其内可含毛发或脂肪是特征性表现。本例病理诊断为单纯性囊肿伴出血,又属于单纯性囊肿的特殊类型,实属少见。发生于腹膜的囊性病变更中,主要有肠系膜囊肿、腹膜包涵囊肿、包虫病等。肠系膜囊肿与肠系膜血管关系密切,甚至包绕其生长^[4],囊肿边缘见增强血管影,且偏于一侧,肿块不进入后腹腔。腹膜包涵囊肿多发生于绝经前妇女,卵巢分泌液体被包裹在盆腔。包虫囊肿一般有疫区生活史、旅居史,其内可有分隔、浮莲征、囊中囊等征象。在实际诊断工作中,影像学检查难以明确囊肿的起源,所以后腹膜囊肿还需要与发生在腹膜后的少见囊性病变更,如支气管囊肿、肠源性囊肿、淋巴管瘤、神经鞘瘤等鉴别。支气管囊肿好发于肺及纵隔,若发生于腹膜后属于异位型^[5],CT平扫其密度可呈低密度,当囊内含黏液或明胶样物质也可呈稍高密度改变。腹膜后支气管囊肿最主要的治疗方法是手术切除^[6]。肠源性囊肿多发生在椎管内、颅内和纵隔,以儿童多见^[7],发生于后腹膜较为少见,其与单纯性囊肿影像学难以鉴别,CT平扫都表现为包膜完整的囊性包块,囊内水样密度,也可以囊性出血,有文献报道部分肠源性囊肿囊壁强化,但最终确诊仍需病理诊断^[8],另外对于肠源性囊肿,完全切除囊壁是手术治愈关键,以免残余囊壁再生而复发。淋巴管瘤是由淋巴管内皮细胞构成的肿瘤,全身任何部位均可发生,以颈部最为常见,发生于后腹膜、肠系膜、腹腔较少见^[9],CT表现为单房或多房性,常为均匀水样密度,也可因蛋白含量高表现为稍高密度,囊壁菲薄,边缘光整,无强化,其内可见分隔。神经鞘瘤分为中枢神经鞘瘤及周围神经鞘瘤,好发与颅内及椎管,发生于后腹膜的较少,肿瘤一般为囊实性,但当肿瘤坏死、液化形成

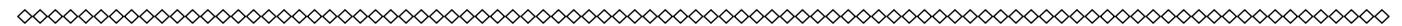
囊性病变更时需与其他囊性肿瘤鉴别^[10]。后腹膜囊肿属良性肿瘤,影像检查虽然有时难以明确定位,但可以准确显示病灶大小、范围、包膜情况及病灶与周围组织结构关系。手术切除是本病的首选治疗。

参考文献

[1] 庄奇新,汪纪龙,朱莉莉,等.腹膜腔囊性病变更的CT表现[J].放射学实践,2009,24(2):183-185.
 [2] 孟忠华,王志曾.巨大原发性后腹膜单纯囊肿一例报道[J].浙江医学杂志,1983,(4):57.
 [3] 李金矿,范伟,龚福林.腹膜后皮样囊肿一例[J].放射学实践,2014,29(2):209.
 [4] 廖江,王运韬,郑祥,等.肠系膜常见原发肿瘤的多层螺旋CT表现与病理对照分析[J].实用放射学杂志,2021,37(11):1834-1837.
 [5] 马英杰,朱海峰,王永进,等.腹膜后异位支气管囊肿一例.放射学实践,2019,34(2):232.
 [6] 樊鹏,蒋宏,王凯,等.右侧腹膜后支气管囊肿1例[J].中华普通外科杂志,2022,37(2):149.
 [7] 郭雄,李年丰,刘勤,等.腹膜后肠源性囊肿的诊断与治疗[J].中国现代医学杂志,2013,23(27):75-77.
 [8] 宋彬,边琪,周颖奇,等.后腹膜肠源性囊肿附3例报告[J].罕少疾病杂志,2006,13(4):37-38.
 [9] 毕纯龙,潘鑫,万霞,等.淋巴管瘤的CT诊断[J].放射学实践,2008,23(2):157-160.
 [10] 毛大为,靳二虎.后纵隔蛛网膜囊肿及囊性神经鞘瘤MRI表现2例[J].临床与实验医学杂志,2008,7(12):174.

(收稿日期:2023-04-25)

(校对编辑:韩敏求)



(上接第4页)

2 讨论

原发性输卵管癌(primary fallopian tube carcinoma,PFTC)是罕见的妇科恶性肿瘤,多发生在输卵管壶腹部,好发于绝经后女性^[2]。在疾病初期,患者通常不会表现出显著的症状或体征,随着病情的发展,患者可能会经历输卵管的典型“三联征”症状,包括阴道分泌物、腹部疼痛和盆腔肿块^[3]。其超声表现:附件区卵巢常未见异常,子宫旁见腊肠样或不规则形的包块,可为囊性、囊实混合性或实性,囊壁内多见乳头状结构,实性部分可探及到较为丰富的血流信号,有时可见少量腹腔积液^[4-5]。

本例患者临床症状不典型,且仅血清CA19-9升高,有学者报道CA125对于PFTC的特异性和敏感性有限,CA19-9联合CA125可提高PFTC的检出率,起到较好的诊断补充作用,本例肿瘤病灶对腹膜等部位的波及较少,病理为分化程度较好的高级别浆液性输卵管癌,肿瘤标志物结果与表现相符^[6-7]。本例患者在超声检查中双侧卵巢未能清晰显示,究其原因因为绝经后卵巢萎缩,常难以探查,因此超声查中需要与卵巢癌相鉴别,相较于PFTC患者,卵巢癌患者超声检查除盆腔包块外常发现伴有中等或大量腹腔积液^[2,8]。PFTC较罕见且发病隐匿,对于绝经期妇女超声检查发现附件区不规则囊实性肿块伴囊壁突起及较丰富血流信号时,应高度怀疑本病,同时需密切结合病史与实验室相关检查,以提高PFTC的术前检出率。

参考文献

[1] Horng HC, Teng SW, Huang BS, et al. Primary fallopian tube cancer: Domestic data and up-to-date review[J]. Taiwan J Obstet Gynecol, 2014, 53(3): 287-292.
 [2] 汪华,汪龙霞,李秋洋,等.原发性输卵管癌的超声声像图表现及误诊原因分析[J].中华医学超声杂志(电子版),2017,14(02):111-116.
 [3] 谢辛,苟文丽.妇产科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:331-333.
 [4] Suh-Burgmann E, Brasic N, Jha P, et al. Ultrasound characteristics of early-stage high-grade serous ovarian cancer[J]. Am J Obstet Gynecol, 2021, 225(4): 409.
 [5] Balaya V, Metzger U, Lecuru F. Ultrasonographic features in the preoperative diagnosis of primitive fallopian tube carcinoma[J]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2016, 45(1): 11-20.
 [6] Cortesi L, De Matteis E, Toss A, et al. Evaluation of transvaginal ultrasound plus CA-125 measurement and prophylactic salpingo-oophorectomy in women at different risk levels of ovarian cancer: the modena study group cohort study[J]. Oncology, 2017, 93(6): 377-386.
 [7] Zhu J, Jiang L, Wen H, et al. Prognostic value of serum CA19-9 and perioperative CA-125 levels in ovarian clear cell carcinoma[J]. Int J Gynecol Cancer, 2018, 28(6): 1108-1116.
 [8] 石大友,刘虎.原发性输卵管癌2例病例报道[J].罕少疾病杂志,2012,19(5):59-60.

(收稿日期:2023-07-25)

(校对编辑:韩敏求)