

插管过程有无阻力增加，术后患者有无自行牵扯而导致引流管外移等，并及时借助CT加以明确气肿及观察导管形态，以便及时、正确处理。

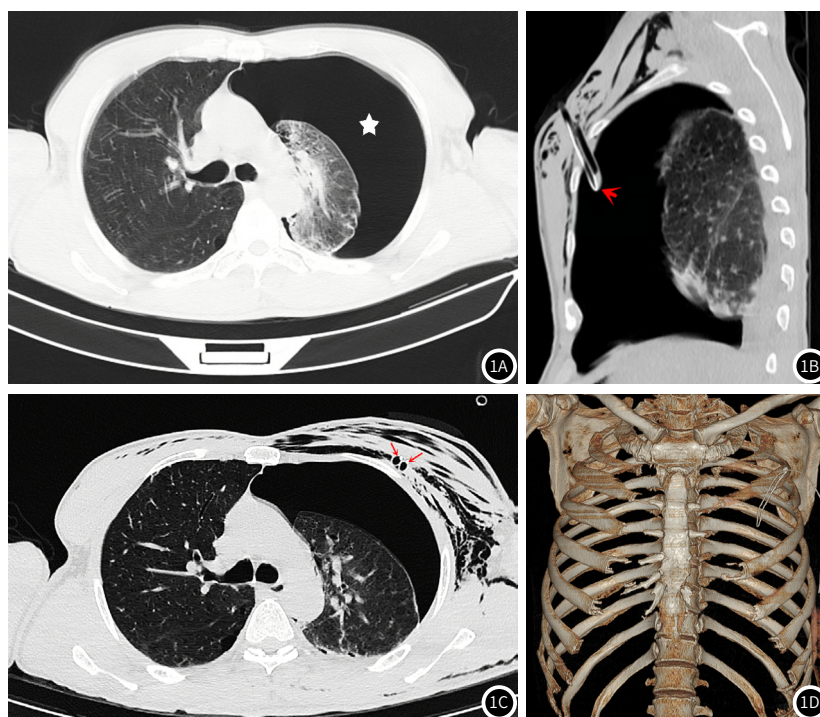


图1A, 术前CT, 可见左胸腔大量游离积气(★), 左肺受压不张, 左肺受压约80%; 图1B-1D, 术后CT: 图1B可见左前胸壁“双管征”(细箭), 胸壁及皮下弥漫气肿, 左胸腔游离气体较前减少, 左肺受压约50%; 图C可见引流管返折, 返折端扎入胸大肌内(粗箭); 图1D为骨四维重建, 左侧第3前肋在重建过程中人为剪除, 可清晰勾勒引流管返折过程。

参考文献

- [1] 郑广阳, 林燕. 自发性气胸行胸腔闭式引流致皮下气肿原因分析[J]. 临床误诊误治, 2009, 22 (z1): 45-45.
- [2] 贾宏超. 1例自发性气胸闭式引流并发大量皮下气肿原因分析及护理[J]. 全科护理, 2018, 16 (12): 1527.
- [3] 何诚. 急诊治疗原发性气胸(PSP)的常用的4种胸腔闭式引流术方法的效果及并发症分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4 (71): 13882-13883.
- [4] 高天敏, 李程旭, 尤宁. 气胸患者胸腔闭式引流术后并发症发生原因分析及对策[J]. 现代医药卫生, 2017, 33 (10): 1550-1551, 1570.

(收稿日期: 2024-02-26)

(校对编辑: 翁佳鸿)

· 短篇 ·

1例成人胰腺炎性肌纤维母细胞瘤影像表现及误诊分析*

谢诚瑶 黄翔 凌文峰* 陈湘光

梅州市人民医院放射科 (广东梅州 514031)

第一作者: 谢诚瑶, 女, 主治医师, 主要研究方向: 影像诊断。E-mail: 18707531317@163.com

通讯作者: 凌文峰, 男, 副主任医师, 主要研究方向: 影像诊断。E-mail: 415146106@qq.com

【关键词】胰腺; 炎性肌纤维母细胞瘤; 体层摄影术; X线计算机

【中图分类号】R445.3

【文献标识码】D

【基金项目】2022年梅州市社会发展科技计划项目(2022B15)

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2025.03.064

Imaging Features and Misdiagnosis of an Adult Pancreatic Myofibroblastic Tumor*

XIE Cheng-yao, HUANG Xiang, LING Wen-feng*, CHEN Xiang-guang.

Department of Radiology, Meizhou People's Hospital, Meizhou 514031, Guangdong Province, China

Keywords: Pancreas; Inflammatory Myofibroblastic Tumor; Tomography; X-ray Computer

病例：女，37岁，无意间发现上腹部肿物两月余，无腹痛、腹胀，近期感腹部肿物逐渐增大来我院就诊，六年前有剖宫产病史。查体示腹部扪及肿物，质硬，表面不规则，无压痛。血常规示白细胞 $10.4 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分比83.4%，红细胞 $2.87 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白74g/l。2021年10月19日CT平扫及增强检查：平扫见肝胃间隙不规则囊实性软组织肿物，与胰腺颈部-体部分界不清，其内见钙化影(图1)；增强扫描实性部分呈渐进性较明显强化(图2-4)；实性部分CT平扫、动脉期及静脉CT值分别为45hu、50hu、88hu。影像拟诊：拟胰腺来源实性假乳头状瘤与胃肠道来源间质瘤鉴别。综合患者年龄、病史及影像学表现，具有手术指针。患者于2021年行胰体尾部切除、全脾切除术，术中见胰

体肿瘤约12cm×10cm，质地硬，边界不清，与腹壁及肠管粘连。术后病理：冰冻示(胰腺肿瘤)考虑间叶源性梭形细胞肿瘤；免疫组化：瘤细胞TLE-1(弱)、SMA(-)、Desmin(-)、S100(-)、STAT6(-)、Catenin(-)、ALK(-)、Ki67(约15%)、瘤细胞CK(-)、CD117(-)、CD34(-)、MyoD1(-)、P53(约10%)、MDM2(-)、ALK-D5F3(-)、ALK Neg(-)、H3K27M(-)；结合HE形态及免疫组化结果，(胰腺)梭形细胞瘤，胞核呈卵圆形，空泡状，具有轻-中度异型性，核分裂象少见，间质富于胶原和混合炎症细胞，肿瘤中央广泛坏死，病变符合间叶源性肿瘤，考虑炎性肌纤维母细胞瘤。术后首次CT复查未见明确异常，2023年3月22日复查上腹部CT示术区新发软组织肿物，考虑复发，一直规律复查至今，肿物逐渐增大。

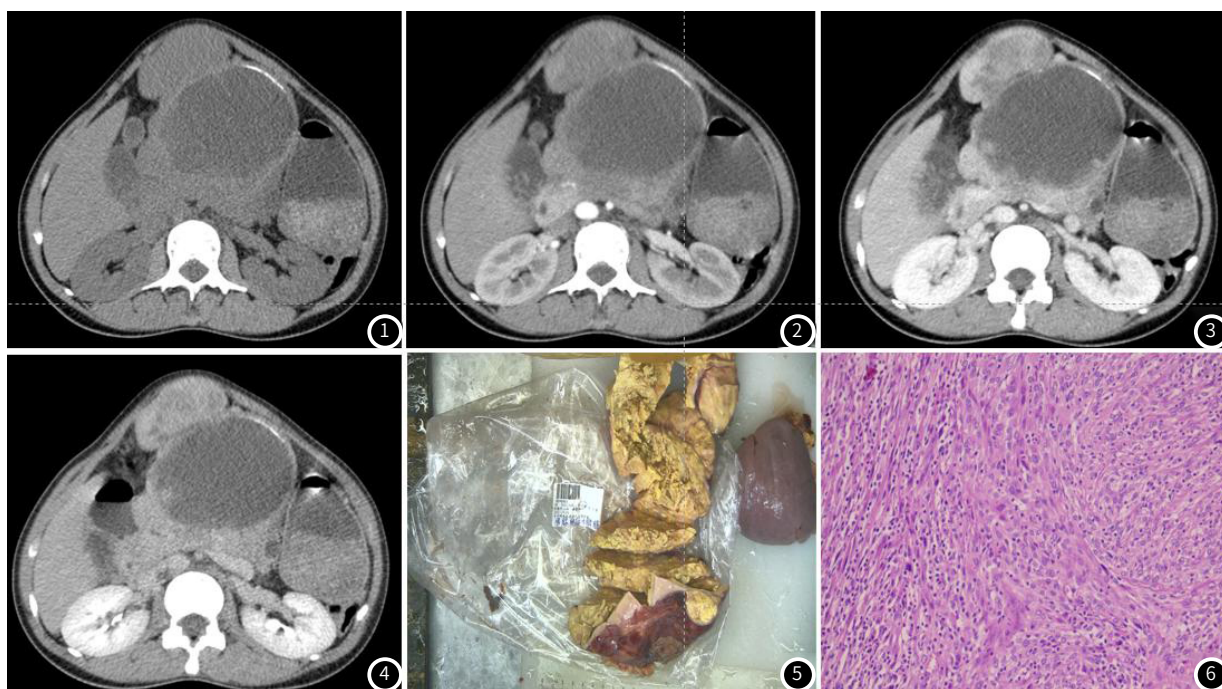


图1-图6 女，37岁，胰腺炎性肌纤维母细胞瘤。CT平扫(图1)示胰颈-体部不规则软组织肿物囊实性软组织肿物，局部见钙化，动脉期(图2)、静脉期(图3)及延迟期(图4)示增强扫描呈渐进性中度不均匀强化。病理(图5-6)示胞核呈卵圆形，空泡状，具有轻-中度异型性，核分裂象少见，间质富于胶原和混合炎症细胞，肿瘤中央广泛坏死。

讨论：炎性肌纤维母细胞瘤(inflammatory myofibroblastic tumor, IMT)是一种罕见的间叶组织来源的肿瘤，常见于肺、肠系膜、网膜、腹膜后、盆腔、头颈部及软组织，发生于胰腺的极为罕见^[1]。IMT病因未明，可能与慢性炎症、EB病毒感染、自身免疫反应、单纯疱疹病毒感染等有关^[1-2]。IMT有不确定的生物学行为，具有侵袭性，局部易复发，转移少见^[3]。临床表现各异，部分患者可出现上腹痛、发热、黄疸等症状，可能与发病部位、肿瘤大小及与邻近器官的关系有关^[2]，本例患者无特殊临床症状。IMT影像表现无特异性，结合国内外相关文献总结如下。(1)形态：可呈类圆形或不规则形，偶呈分叶状，一般无包膜^[4]，本例形态极不规则。(2)数量：一般单发，也可呈多结节融合分叶状^[4]。本例呈多结节分叶状改变，以上述文献一致。(3)边界：大部分IMT边界不清，周围脂肪间隙模糊，可见炎性晕环征，这可能与IMT具有炎性浸润的特征有关^[3,5]。(4)强化：增强呈轻-中度均匀或不均匀延时强化，有文献报道呈“慢进慢出”改变^[2,6]。结合本病例，胰腺IMT需要与下列疾病鉴别：(1)胰腺癌，乏血供肿瘤，呈

渐进性轻-中度强化，强化程度较本例弱；(2)神经内分泌肿瘤，有功能性者会出现较明显临床症状，副血供肿瘤，动脉期就可出现明显强化，强化程度也较本例明显。(3)实性假乳头状瘤，一般位于胰尾部，可见囊变坏死，且周围浸润侵犯较少见^[7-8]。(4)胃肠道间质瘤，边界一般清楚，易囊变坏死，血供丰富，早期强化，较少侵犯周围结构。

总之，IMT影像表现缺乏特异性，术前极易误诊，在实际工作中，CT图像显示囊实性或实性肿块，周围炎性浸润，呈渐进性、持续性强化，需要考虑到IMT的可能，但最终确诊仍依赖于病理。

参考文献

- [1] Zhang T, Yuan Y, Ren C, et al. Recurrent inflammatory myofibroblastic tumor of the inguinal region: a case report and review of the literature[J]. *Oncol Lett*, 2015, 10 (2): 675-680.
- [2] 李秀丽, 任静, 程祝忠, 等. 基于病理分型的腹部炎性肌纤维母细胞瘤的CT表现[J]. *中国CT和MRI杂志*, 2019, 17 (5): 93-95.

- [3]程冰雪,周莉,杨晨.少见腹腔炎症性肌纤维母细胞瘤CT表现并与病理对照分析[J].实用放射学杂志,2019,35(10):1610-1613.
- [4]许奇俊,邢振,游瑞雄,等.腹腔腔内炎症性肌纤维母细胞瘤CT/MRI表现(附8例报告并文献复习)[J].临床放射学杂志,2016,35,(4):565-569.
- [5]陈亚男,杨智明,王甜,等.炎症肌纤维母细胞瘤的影像及病理对照分析[J].放射学实践,2018,33(3):294-298.
- [6]湛丹丹,魏新华,杨蕊梦,等.腹腔腔脏器炎症性肌纤维母细胞瘤的CT表现[J].中国CT和MRI杂志,2020,18(9):162-165.

- [7]任月玲,张锦恒.胰腺实性假乳头状瘤的CT表现并文献复习(附5例报告)[J].罕少疾病杂志,2016,23(1):37-39.49.
- [8]张广彬,徐志锋,张永辉,等.胰腺实性假乳头状瘤的MSCT表现[J].罕少疾病杂志,2015,22(6):35-38.

(收稿日期:2024-01-21)

(校对编辑:翁佳鸿)

· 短篇 ·

空肠异位胰腺腺泡细胞癌伴肠套叠1例

刘林成 肖娟 单裕清 王超 潘曰峰 赵娜*

日照市人民医院医学影像科(山东日照276800)

第一作者:刘林成,男,主治医师,主要研究方向:腹部影像学诊断。E-mail: rzsrmyllc@163.com

通讯作者:赵娜,女,主治医师,主要研究方向:腹部影像学诊断。E-mail: znct2013@163.com

【关键词】异位胰腺;腺泡细胞癌;肠套叠

【中图分类号】R445.3

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2025.03.065

A Case Report of Jejunal Intussusception due to Jejunal Heterotopic Pancreatic Acinar Cell Carcinoma

LIU Lin-cheng, XIAO Juan, SHAN Yu-qing, WANG Chao, PAN Yue-feng, ZHAO Na*

Department of Radiology, People's Hospital of Rizhao, Rizhao 276800, Shandong Province, China

Keywords: Heterotopic Pancreas; Pancreatic Acinar Cell Carcinoma; Jejunojejunal Intussusception

病例简介:患者,男,69岁。因“反复上腹痛10年,加重伴黑便、全身乏力、恶心呕吐1个月”于2020年3月1日入住日照市人民医院,既往体健。入院后行血常规、生化、免疫等实验室检查,甲胎蛋白(alpha fetoprotein, AFP)、糖类抗原125(carbohydrate antigen, CA125)、癌胚抗原(carcinoembryonic antigen, CEA)、糖类抗原19-9(carbohydrate antigen, CA19-9)均正常,细胞角蛋白19片段稍高,为4.04ng/mL(正常值参考范围0~3.3ng/mL),血红蛋白为77g/L(正常值120~160g/L),提示贫血。CT检查(图1A~1I)

示左下腹空肠肠管见类圆形软组织肿块影伴肠套叠,长径约为4.5cm,肝脏多发转移瘤可能。术后病理检查报告小(空)肠异位胰腺腺泡细胞癌。免疫组织化学:CK+, CK7+, CgA+, CK8+, CK18+, β -catenin膜+, CK20-, PSA-, Syn(-), CD56(-), NSE(-), CDX2(-), Ki-67阳性肿瘤细胞约50%。特殊染色: PAS(-)。患者术后恢复良好,未诉不适,于2020年3月13日出院。术后于2021年1月28日、2021年4月12日、2021年6月13日复查腹部CT增强扫描,肝脏病变持续增大,于2021年8月患者死亡。

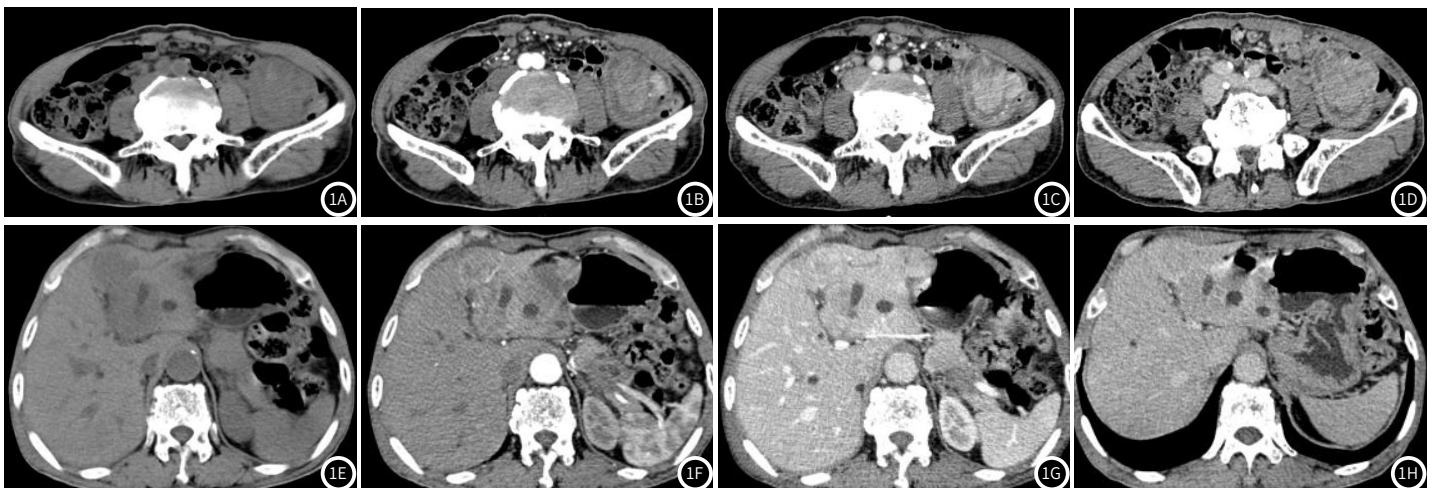


图1A-图1J 男,69岁,空肠异位胰腺癌伴肠套叠、肝多发转移瘤。1A-1D:空肠异位胰腺腺泡细胞癌的平扫、动脉期、静脉期和延迟期。病灶位于空肠,平扫呈稍低密度,动脉期明显强化,静脉期持续强化,延迟期强化程度较静脉期略减低;1E-1H:肝转移病灶的平扫、动脉期、静脉期和延迟期。肝内多发病灶,肝左叶病灶平扫呈稍低密度,动脉期明显强化,静脉期持续强化,延迟期呈等/稍低密度,内可见低密度无强化区。