

短 篇

纱布瘤误诊肝脏囊肿腺瘤一例

安徽医科大学第一附属医院放射科
(安徽 合肥 230022)

徐 曼 余永强 侯唯姝

【关键词】外科纱布；体层摄影术，X线
计算机；囊腺瘤

【中图分类号】R333.4

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5131.2017.05.045

通讯作者：余永强

1 病例资料

患者，女，70岁，系“右下腹胀痛十余年”入院，患者诉十年前无明显诱因下出现右下腹疼痛，未予以特殊处理，期间无恶心、呕吐、无便秘、无大便带血，既往史：40年前在当地医院行阑尾切除术，9年前因胆囊息肉行胆囊切除术。近期因四肢无力、头晕就诊，行全身检查，体检：右上腹压痛阳性，无反跳痛。实验室检查：肿瘤十二项及三大常规未见明显异常。超声检查：右肝下方及右肾前方，胰头右侧可见10.9×8.9cm囊实性回声，以囊性为主，形态规则，边界清晰，内见分割光带及粗大光点，期内及周边未探及明显的彩色血流信号。我院腹部CT检查：CT平扫右上腹见类圆形混杂囊性低密度影，直径约10.0cm，其内见条片样稍高密度影如图1，增强扫描三期囊壁均呈轻度强化，其内稍高密度影未见明显强化，如图2-5。CT诊断：肝脏囊实性占位，考虑良性病变，囊腺瘤可能。术中所见：腹腔无明显积液，肿块位于横结肠与右肝叶下缘之间，边界清楚，活动度尚可，约10.0×10.0cm，与周围组织有粘连，与右肝下缘约胆囊位置粘连稍致密。手术病理提示：（腹腔肿块）囊状组织大小约13×11×8.5cm，囊腔内见一纱布，镜检纤维性囊壁内见坏死，大量多核巨细胞增生吞噬纱布纤维，囊壁外粘附少量肝组织。

2 讨 论

纱布瘤是因医务工作者在术中疏忽将医用纱布遗留在人体内形成的假性肿瘤样病变。异物纱布遗留于人体，会造成免疫系统巨噬细胞的增生反应，形成慢性肉芽肿，同时刺激邻近组织产生大量纤维蛋白，与周围组织形成粘连，形成脓肿或囊肿。自1884年Wilson报道第一例纱布瘤后，我国目前已有100余例CT诊断或误诊纱布瘤的报道。纱布瘤出现症状的平均时间是6.5年，可见于人体各部位，腹腔为好发部位。由于纱布的无菌性，早期通常不引起腹腔内感染，数月后异物被大网膜及邻近肠管粘连包裹，其内渗出或液化坏死，周围被纤维结缔组织包膜而形成慢性脓肿，患者通常有的临床症状不明确腹痛、腹部肿块，恶心呕吐等症状。另一类型的病例数年或数十年后才出现症状，是机体对异物的免疫应答反应，局部慢性刺激纤维组织、肉芽组织增生，最终形成肉

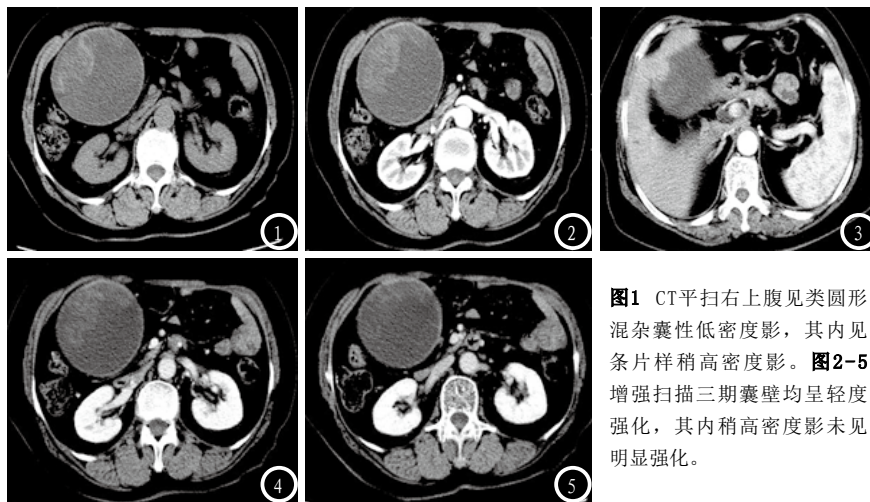


图1 CT平扫右上腹见类圆形混杂囊性低密度影，其内见条片样稍高密度影。图2-5增强扫描三期囊壁均呈轻度强化，其内稍高密度影未见明显强化。

芽肿样病变。因此,纱布瘤有异物性脓肿(囊性)和异物性肉芽肿(实性)两种病理类型,前者CT表现为类圆形和椭圆形的囊肿性病变,壁厚、光整,CT增强扫描囊壁往往强化,而内容物无强化,内容物多呈漩涡状、条絮状,是纱布在脓液中漂浮形成,典型者称为“飘带征”;后者CT表现为不均匀的高密度影像或软组织密度病变,与肿瘤鉴别困难,CT增强时大部分仅见壁强化。肉芽肿的形成通常发生的术后的后期,早期大都在术后三年内由于慢性肉芽肿形成,未出现液化坏死,且有较多的气体,在CT上形成多发大小不等气泡状低密度影,称为“蜂窝征”,既往研究认为这是纱布瘤最具有特征性的影像学表现。后期纱布瘤的密度表现不一,有不均匀的低密度,不均匀的高密度,囊性密度,软组织密度。部分病例可出现斑点样或斑片样钙化。

本病例发生于手术后十年,属于异物性脓肿,CT扫描可见类圆形囊性病变,其内有片絮状无强化高密度影呈“飘带征”改变,与异物性脓肿的表现相符合。本病例CT误诊的原因是:1因病变与肝脏关系密切,误诊为肝脏来源的囊实性病变;2未见“蜂窝征”的改变,且“飘带征”并不典型,其内未见纱布明显的分层或折叠征象,故误将纱布诊断

为实性成分;3纱布在体内遗留数十年才出现临床症状,且临床未提供详细手术史病史,因此未将纱布瘤纳入考虑范围。纱布瘤临床表现的潜伏期较长、临床症状不典型、影像学表现复杂多变,因此经常被误诊为胰腺瘤、棘球蚴病、胃肠道间质瘤等病变。鉴别诊断(1)胰腺瘤:病变多位于左叶,肝内囊性低密度病变,单发多囊为主,囊内可有间隔分成多房,囊壁及间隔厚度均匀,增强扫描见囊壁、间隔有强化和延迟强化。(2)棘球蚴病:早期无症状,病灶较大时常有压迫症状,见病变部位有大小不等的囊性病灶,囊肿有囊,过多的子囊充满母囊呈蜂窝状,外囊壁较厚,边界清楚,内囊壁光滑,厚薄不均,囊内充满液体呈水样密度,增强扫描见囊性病灶无强化,外囊壁和周围肝组织强化。(3)胃肠道外间质瘤:常发生于胃肠道黏膜下的间叶源性肿瘤,通常发生在胃和小肠,病灶体积常较大,易囊变坏死,增强扫描囊变坏死不强化,实性部分明显强化。在影像诊断中,综合临床手术病史、慢性反复发作的病程及特定的影像学征象,可提高纱布瘤的诊断准确率。

参考文献

[1] 王仁贵,山元章生,肖江喜,等.腹

腔纱布瘤的影像学诊断(附二例分析)[J].中华放射学杂志,1998,1(32):57-59.

[2] 龙从杰,欧波.蜂窝征:腹腔纱布瘤的CT表现(附2例报告并文献复习)[J].实用放射学杂志,2008,3(24):417-418.

[3] 郝丽,刘爱连,郎志谨.腹部纱布瘤一例[J].临床放射学杂志,2012,4(31):594.

[4] 侯毅斌,王忠富,陈志军,等.胃肠道间质瘤的影像学表现与恶性判定依据标志分析[J].中国CT和MRI杂志,2015,13(7):78-79,91.

[5] 米玛,迭瓦次仁,仁青,等.肝脏及肺部泡状棘球蚴病CT表现:附11例肝肺病例报告[J].中国CT和MRI杂志,2008,6(5):31-33.

[6] Eken H, Soyuturk M, Balci G, et al. Gossypiboma Mimicking a Mesenchymal Tumor: A Report of a Rare Case[J]. Am J Case Rep, 2016, 17: 27-30.

[7] Rabie ME, Hosni MH, Al Safty A, et al. Gossypiboma revisited: A never ending issue[J]. Int J Surg Case Rep, 2016, 19: 87-91.

[8] Chopra S(1), Suri V(2), Sikka P(1), et al. A Case Series on Gossypiboma-Variety Clinical Presentations and Their Management[J]. J Clin Diagn Res, 2015, 9(12): QR01-3.

(本文编辑: 刘龙平)

【收稿日期】2017-03-31