

· 腹部疾病 ·

慢性胰腺炎并后纵隔假性囊肿1例

湖北省咸宁市通城县人民医院放射科CT室 (湖北 咸宁 437400)

雷鸣峰 邓宏亮 周雄刚

【关键词】 体层摄影术, X线计算机; 慢性胰腺炎; 后纵隔假性囊肿

【中图分类号】 R657.1

【文献标识码】 D

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2015.03.023

1 病例资料

患者为男性, 47岁。于2013年10月12日因“活动后心悸, 气促一月余伴胸痛, 加重3天”入院。一个月前患者无明显诱因出现活动后心悸、气促, 休息后缓解, 感进食时胸痛、烧灼感, 以胸骨正中为甚, 无发热; 2013-10-9在外院拍胸部平片示双侧胸腔积液, 对症治疗后效果不佳, 为求进一步诊治来我院就诊, 以“胸腔积液”收入院。既往有间断性腹痛病史, 以慢性胃炎治疗3年余。入院后实验室检查: 白细胞正常, 红细胞及血红蛋白降低; α -淀粉酶: 311 IU/L; 胸腔积液呈淡黄色, 白细胞正常, 蛋白定性试验阳性。胸部CT平扫检查示: 胰腺体尾部饱满, 胰尾部后方脂肪层模糊; 胰尾部见一囊状低密度影, CT值为8HU, 境界清楚, 突出小网膜囊, 并通过食管裂孔向后下纵隔食管左侧延伸; 双侧胸腔积液, 左肺下叶受压体积缩小(如图1-2)。CT诊断: 1) 考虑为: 胰腺炎并假性囊肿形成(累及后下纵隔), 不排除后下纵隔脓肿形成; 2) 双侧胸腔积液, 左肺下叶膨胀不全。临床诊断: 1. 慢性胰腺炎急性发作并假性囊肿形成; 2. 胸腔积液。临床以禁食, 抑酸, 抑胰液分泌, 抗感染, 补液, 支持对症治疗一周后, 患者症状明显好转, 复查血尿淀粉酶正常, B超显示右侧胸腔积液明显减少, 予办理出院。

2014-8-20该患者因“上腹疼痛3天”再次入院。查体: T 36.6℃, P 76次/分, R 20次/分, Bp 100/50mmHg。神清, 急性苦面容, 消瘦, 中上腹压痛、无反跳痛。实验室检查: 白细胞及红细胞正常, 血红蛋白降低, 血 α -淀粉酶293IU/L, 尿淀粉酶

4650IU/L。胸腹部CT平扫示: 胰腺体尾部肿大, 胰尾部后方脂肪层模糊, 左侧肾前筋膜增厚, 胰腺尾部及小网膜囊区见不规则囊状低密度影, CT值为12HU, 其内并类似胰腺组织突出其内并突出食管裂孔区, 该囊性病灶经食管裂孔向上延伸至后上纵膈(T3水平)食管后方, 最大切面大小约44.0mm×48.1mm, 后纵膈段囊状低密度影见薄层囊壁。MPR显示: 胰尾部囊性低密度灶经食管裂孔向上突出后纵膈食管后方。左侧胸腔内见弧形低密度影, 脏壁层胸膜增厚(如图3-5)。CT诊断: 1) 慢性胰腺炎并后纵膈假性囊肿形成。2) 左侧包裹性胸腔积液。

比较前后两次CT征象, 后一次CT显示后纵膈假性囊肿范围较前一次明显扩大。本例患者近10个月内后纵膈假性囊肿一直在进展, 体质严重消耗。临床给予营养支持、抗生素、输液及对症治疗的同时, 请上级医院专家会诊后, 最后经患者及家属同意, 决定行外科内引流术处理后纵膈假性囊肿, 回抽出部分液体, 呈黑褐色, 行液体细菌培养及胰淀粉酶检查。结果显示: 假性囊肿, 无感染, 抽出液淀粉酶11300U/L。术后1周后, 复查胸部CT后纵膈假性囊肿明显缩小, 患者血尿淀粉酶恢复正常值。

2 讨论

胰腺假性囊肿主要是由急慢性胰腺炎或胰腺外伤所致, 胰腺实质坏死、胰管断裂、管腔阻塞等致胰液渗出, 使周围组织发生炎症和坏死, 炎性渗出物和坏死组织形成的液体未能及时吸收, 积聚并被纤维组织粘连包裹而形成假性囊肿^[3]。其病理组织学特征为囊

作者简介: 雷鸣峰, 男, 医学影像学专业, 中级职称, 研究方向: 腹部CT与MRI诊断

通讯作者: 雷鸣峰

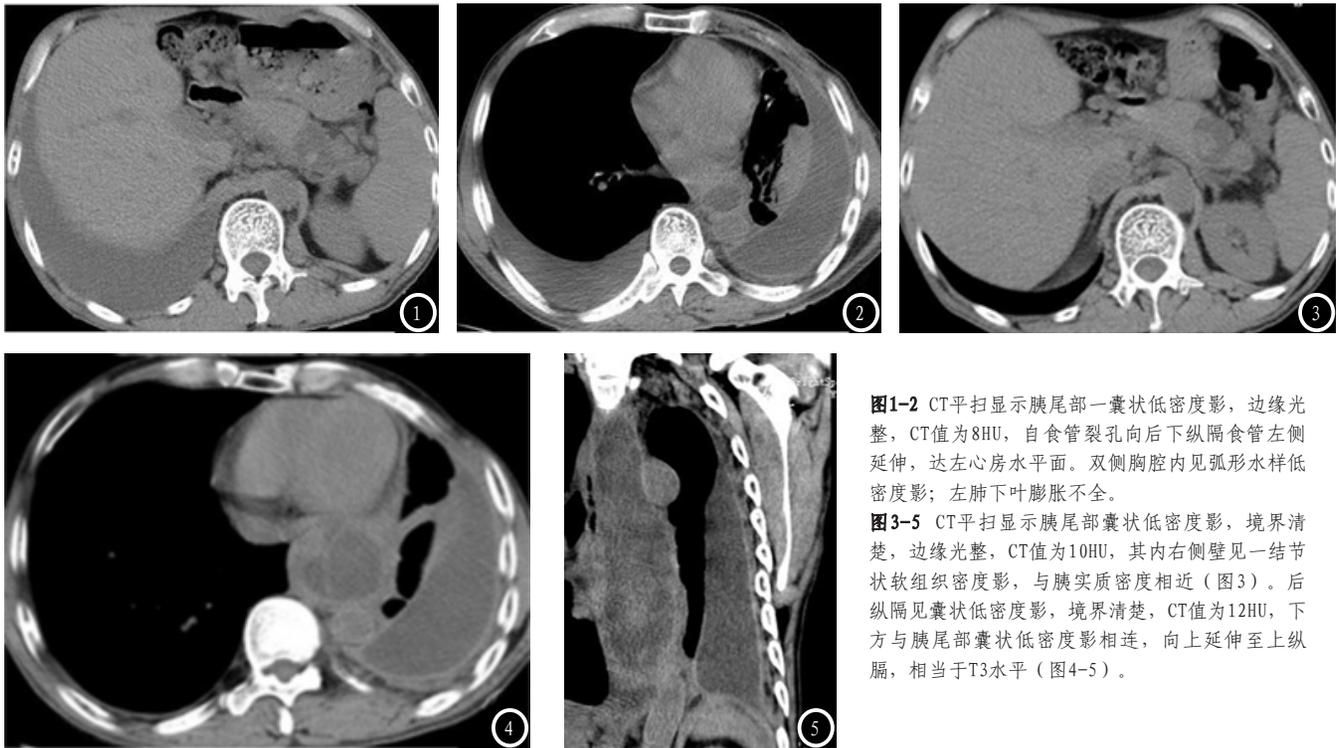


图1-2 CT平扫显示胰尾部一囊状低密度影,边缘光整,CT值为8HU,自食管裂孔向下纵隔食管左侧延伸,达左心房水平面。双侧胸腔内见弧形水样低密度影;左肺下叶膨胀不全。

图3-5 CT平扫显示胰尾部囊状低密度影,境界清楚,边缘光整,CT值为10HU,其内右侧壁见一结节状软组织密度影,与胰实质密度相近(图3)。后纵隔见囊状低密度影,境界清楚,CT值为12HU,下方与胰尾部囊状低密度影相连,向上延伸至上纵膈,相当于T3水平(图4-5)。

壁主要由肉芽组织、纤维结缔组织及血管等结构组成,无上皮组织。胰腺炎虽始发于胰腺,但并不局限于胰腺、炎症常向周围蔓延,可累及肾前筋膜、侧锥筋膜及肾后筋膜等引起筋膜间积液,可累及肾周间隙及肾旁后间隙,导致积液、水肿,甚至可向上累及胃裸区、膈下、腹膜外间隙等^[2]。胰源性囊肿的部位与其解剖学特点密切相关,并非所有胰腺炎患者都会形成假性囊肿。有研究认为具有胆石症、嗜酒史或高血脂症等胰腺炎患者容易发生胰腺假性囊肿^[1]。假性囊肿主要发生在胰头部、胰尾部及小网膜囊内,一般假性囊肿不会太大,巨大假性囊肿者位于腹腔,压迫邻近器官,引起腹压增高。本例胰腺假性囊肿经食管裂孔疝入后纵膈比较罕见,从本例患者前后两次CT征象可以看出:胰尾部及小网膜囊区假性囊肿近端并不是很大,邻近胰腺及胃脏也无明确受压,该囊肿经狭小的食管裂孔进入后纵膈内原因可能为:1)患者食管裂孔先天发育异常,孔径过大。2)胰管狭窄或闭塞,形成潴留性假性囊肿,其近端扩张不明显,远端随着囊内胰液分泌增多、压力增高,而匍匐向原来方向前进。3)急性胰腺炎初次发作时,以胰尾部为甚,且未及时治疗,渗出的胰液侵蚀食管裂孔周围横膈组织,导致生理结构破坏,腔静脉孔及食管裂孔扩大,此时胰尾部假性囊肿形成,向上扩展,易于进入后纵膈。

后纵膈假性囊肿很少见,本例CT征象比较典型,结合MPR及CPR重建图像,可清晰显示胰尾部囊性病变突出小网膜囊,然后经食管裂孔突出后纵膈,第一次后纵膈假性囊肿只累及食管下段,第二次囊肿进一步增大延伸至食管中段上部层面。胰腺假性囊肿影像诊断应结合临床,先应确定有胰腺炎反复发作或有胰腺外伤病史,还应具备以下条件:1)囊肿壁存在胰腺组织或者与之联系紧密;2)血尿酸淀粉酶增高,且囊液中淀粉酶的浓度显著高于血淀粉酶。本例临床、生化及影像完全符合后纵膈假性囊肿诊断,本例后纵膈假性囊肿手术摘除难度很大,选择外科内引流术,效果明显。

参考文献

- [1] 施菊花, 吴建新. 胰腺假性囊肿形成的因素, 分型和处理[J]. 新医学, 2007, 38(10): 695-700.
- [2] 彭晓容. 急性胰腺炎累及胃肠道的CT表现及解剖学基础[J]. 中国CT和MRI杂志, 2013, 11(1): 68-71.
- [3] 王保奇, 张利, 王改莲. 慢性胰腺炎假性囊肿内出血[J]. 中国CT和MRI杂志, 2010, 08(4): 74-75.

【收稿日期】2015-05-26