

图 1 左室腔中份至心尖部心内膜面不规则增厚、回声增强,最厚约 15 mm(黄色箭头所示)。图 2 二尖瓣前向血流频谱呈限制性充盈改变(E/A 峰>2)。图 3 嗜酸性粒细胞比例明显增高,占 43.5%。图 4 左室心内膜下条状延迟强化,累及乳头肌,左室心尖部心腔及乳头肌区域见不规则无强化影。图 5 治疗后复查,左室心尖部心内膜未见明显异常。

可以通过观察心腔内血栓大小、回声及活动度预测血栓栓塞风险,同时,可以判断心肌及瓣膜受累程度、评估心功能,有利于早期诊断、治疗,提高患者的生存率。

【参考文献】

[1]Butterfield JH, Kane GC, Weiler CR. Hypereosinophilic syndrome: endomyocardial biopsy versus echocardiography to diagnose cardiac involvement[J]. Postgrad Med, 2017, 129(5): 517-523.  
 [2]朱雯瑾,韩克,薛小临,等. 嗜酸性粒细胞增多综合征所致心脏损害的超声心动图特征分析 [J]. 西安交通大学学报(医学版),

2019,40(2):259-262.  
 [3]王俊力,宁红霞,杨军. 超声心动图诊断 Löffler 心内膜炎 1 例[J]. 中国临床医学影像杂志,2019,30(2):146-147.  
 [4]Merika EE, Lefroy D, Milojkovic D, et al. Hypereosinophilic syndrome: an indolent rash with a serious cardiac complication[J]. Clin Exp Dermatol, 2016, 41(2): 170-174.  
 [5]Wang S, Wang A, Guo B, et al. Löffler endocarditis with multiple cerebral embolism [J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2014, 23(6): 1709-1712.  
 [6]刘鑫瑶,王小丛,李晓东,等. 超声心动图诊断多因素所致左室壁肥厚 1 例[J]. 中国临床医学影像杂志,2019,30(6):449-451.

肺癌小肠转移瘤并穿孔 1 例

Small intestinal metastasis of lung cancer induced intestinal perforation: report of one case

马天文,谢 晨,林国成,曹劲松,李 佳(宜昌市第二人民医院放射科,湖北 宜昌 443000)

MA Tian-wen, XIE Chen, LIN Guo-cheng, CAO Jin-song, LI Jia

(Department of Radiology, the Second People's Hospital of Yichang, Yichang Hubei 443000, China)

【关键词】 肺肿瘤;肠肿瘤;肿瘤转移;体层摄影术,X 线计算机

【中图分类号】 R734.2;R735.32;R814.42 【文献标识码】 B 【文章编号】 1008-1062(2024)09-0675-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.09.017

病例 男,70 岁,无明显诱因咳嗽,胸部 CT 发现右下肺门区可见大小约 5.7 cm×4.3 cm×6.1 cm 团块状肿块影,不均匀强化,右肺下叶支气管变窄,纵隔、右肺门多发肿大淋巴结,大者约 3.0 cm×2.6 cm,部分与右下肺门区肿块分界不清(图 1),行支气管纤维镜活检确诊为右侧中间段支气管鳞状细胞癌,经多学科讨论后给予“吉西他滨+顺铂”化疗及局部放疗。半年后突然出现左侧腹股沟区剧烈疼痛,后蔓延至中下腹部。查体腹肌紧张,压痛及反跳痛明显。血常规:中性粒

细胞百分比 89.8%;腹部 CT 平扫发现盆腔左侧回肠局部管壁明显增厚,见大小约 5 cm×4 cm×3 cm 软组织肿块影,管腔明显狭窄,腹腔可见多发游离小气泡,局部腹膜增厚,边缘模糊,左侧腹直肌较对侧明显增粗,见多发结节影,肠系膜淋巴结增大(图 2,3)。急诊剖腹探查发现腹壁肌肉下腹膜上层可见多个质脆鱼肉样肿瘤,回肠段见大小约 5 cm×4 cm×3 cm 肿瘤浸润,表面破溃,肿瘤中央可见一直径约 0.5 cm 穿孔坏死区域,腹腔内肠系膜根部多处淋巴结肿大并融合伴细小硬

【收稿日期】 2023-12-28;【修回日期】 2024-01-10

【作者简介】 马天文(1990-),男,湖北巴东人,主治医师。E-mail:491262832@qq.com

【通信作者】 李佳,宜昌市第二人民医院放射科,443000。E-mail:87562577@qq.com

【基金项目】 湖北省卫生健康委临床医学教育教学改革研究项目(编号:HBjg-220031)。

结,考虑腹腔及腹壁广泛转移瘤可能,决定行小肠肿瘤切除+小肠端侧吻合术。术后病理考虑小肠转移性低分化癌(图

4),腹壁转移性低分化癌。

讨论 肺癌常见的远处转移部位包括骨、脑、肾上腺和

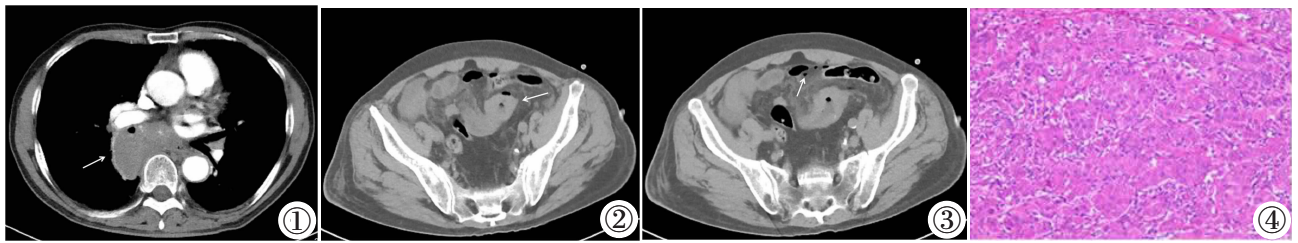


图 1 胸部 CT 增强横断位显示右下肺门轻度不均匀强化肿块影,纵隔淋巴结肿大。图 2,3 腹部 CT 平扫横断位显示回肠局部管壁明显增厚,腹腔可见多发游离小气泡,腹膜炎,左侧腹直肌增粗,肠系膜淋巴结增大。图 4 小肠标本病理图示肿瘤细胞呈圆形和卵圆形,细胞核大、深染,呈实性排列,见病理性核分裂象(HE)。

肝脏,而转移至小肠相对较少见<sup>[1-3]</sup>。小肠具有相对较高的免疫力,含有丰富的免疫球蛋白 IgG<sup>[4]</sup>,可能是小肠转移肿瘤较少见的原因之一。小肠转移瘤常见于回肠,其次见于空肠,十二指肠罕见<sup>[5]</sup>,本例患者转移部位为回肠。小肠转移瘤早期诊断较为困难,常因消化道出血、肠套叠、肠梗阻、肠穿孔<sup>[6]</sup>等急重症时才被发现,本例患者因突发小肠穿孔发现。小肠壁增厚是小肠转移瘤的早期 CT 表现<sup>[7]</sup>,增厚的小肠壁常明显强化,可能是由于转移病灶引起的血供增加所致,早期病灶在 CT 平扫中容易漏诊。小肠转移瘤 CT 表现通常呈多发性结节状病灶,直径一般为 1~3 cm,本例小肠病灶较大,最大径约 5 cm,实属罕见,增强扫描时,转移病灶常呈轻至中度强化,坏死和囊变不强化,本例转移瘤为实性肿块,由于病情严重,未做增强检查。本例肺癌转移至小肠引发小肠穿孔,可见小肠肠管破口及周围游离气体、腹膜炎,由于诊断治疗及时,未见腹腔内脓肿形成。对于疑似小肠穿孔的患者,应优先选择 CT 检查进行评估,明确诊断,及时采取外科手术等治疗措施,以控制病情。本例回肠肿瘤较大,小肠穿孔临床和影像表现典型,术后病理诊断为肺癌小肠转移瘤并穿孔。

肺癌发生小肠转移并穿孔在临床上罕见,当肺癌患者出现消化道出血或急腹症时应警惕胃肠道转移瘤可能,一旦发

现小肠转移,往往提示预后较差。

[参考文献]

[1]赫明扬,徐志华,王一北,等. 富含 Annexin A1 的肺癌细胞外泌体诱导脑微血管生成的作用及机制[J]. 解剖科学进展,2023,29(1): 12-17.

[2]段登科,白智龙,温振涛,等. 地舒单抗治疗非小细胞肺癌骨转移临床疗效[J]. 临床军医杂志,2024,52(4):410-412.

[3]刘凯,李勃,吴向天,等. D-二聚体/纤维蛋白原比值对非小细胞肺癌患者远处转移预测价值分析 [J]. 临床军医杂志,2022,50(12): 1271-1274.

[4]Naotaka O, Satoshi O, Tomoya S, et al. Small-Intestinal Metastasis from Lung Carcinoma[J]. Case Rep Gastroenterol, 2022, 16(1): 195-200.

[5]郭本树,吴耀贤,凌盈盈. MSCT 征象在胃肠道穿孔精确定位中的价值[J]. 中国临床医学影像杂志,2015,26(4):282-285.

[6]余含笑,朱雪娥. 空肠近端巨大粪石性肠穿孔 1 例[J]. 中国临床医学影像杂志,2018,29(1):71-72.

[7]Tetsuo O, Shota F, Mamoru S, et al. A Case of Squamous Cell Carcinoma of the Lung from Gastrointestinal Perforation Due to Small Intestinal Metastasis [J]. Gan To Kagaku Ryoho, 2021, 48 (2): 285-287.

胰腺破骨样巨细胞瘤影像表现 1 例

Imaging features of osteoclast-like giant cell tumor of the pancreas: report of one case

李昌帅,李春森,褚玉静(潍坊市人民医院,山东 潍坊 261041)

LI Chang-shuai, LI Chun-sen, CHU Yu-jing

(Weifang People's Hospital, Weifang Shandong 261041, China)

[关键词] 胰腺肿瘤;巨细胞瘤;超声检查;体层摄影术,X 线计算机;磁共振成像

[中图分类号] R735.9;R445.1;R814.42;R445.2 [文献标识码] B [文章编号] 1008-1062(2024)09-0676-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.09.018

病例 男,67 岁,无明显诱因全身黄染 20 余天入院,伴发热,腹部平坦,右上腹深压痛,无反跳痛,未触及包块,Murphy 征阴性。超声检查:胰头区探及 8.1 cm×3.6 cm 囊实性肿

物,边界不清,不规则,内可见血流信号,尾部显示欠清(图 1a)。CT 检查:胰头区见类圆形混杂密度影,最大横截面约 5.5 cm×3.4 cm,边界不清,增强扫描呈明显不均匀强化,平扫

[收稿日期] 2023-12-21;[修回日期] 2024-03-06

[作者简介] 李昌帅(1994-),男,山东德州人,医师。E-mail:18353686721@163.com

[通信作者] 褚玉静,潍坊市人民医院放射科,261041。E-mail:mengxiao\_dear@163.com