

食管旁腹主动脉假性动脉瘤 1 例

Paraesophageal abdominal aortic pseudoaneurysm: report of one case

刘一康¹,李璐²,王春艳¹,马斌¹,刘禧¹,范校周¹

(1. 空军军医大学空军特色医学中心,北京 100142;2. 北京卫戍区海淀第二十六退休干部休养所门诊部,北京 100039)

LIU Yi-kang¹, LI Lu², WANG Chun-yan¹, MA Bin¹, LIU Xi¹, FAN Xiao-zhou¹

(1. Air Force Medical Center, Air Force Medical University, Beijing 100142, China;

2. Department of Outpatient, the 26th Retired Cadre Rest Center, District of Haidian, Beijing Garrison, Beijing 100039, China)

[关键词] 主动脉,腹;动脉瘤,假性;超声检查;体层摄影术,X 线计算机

[中图分类号] R543.16;R445.1;R814.42

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-1062(2024)08-0591-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.08.015

病例 女,79岁,主诉吞咽困难2周,伴上腹部饱胀、嗝气症状,期间发作性头晕伴意识丧失1次来我院就诊,胃镜检查未见特殊,行腹部超声检查发现腹主动脉起始处前壁回声连续性中断,间距约10mm,彩色多普勒显示其内可见往返血流信号;周边见不均质回声,由后方向肝左叶凸出,范围

约43mm×46mm×58mm,右后方紧邻食管下段,考虑腹主动脉假性动脉瘤(PSA)伴血栓形成(图1~3)。其后于专科医院行降主动脉瘤支架植入术,术后复查行CT检查提示主动脉假性动脉瘤术后改变,再次行腹部超声检查见腹主动脉起始处网状支架回声,其旁可见血栓形成(图4~6)。

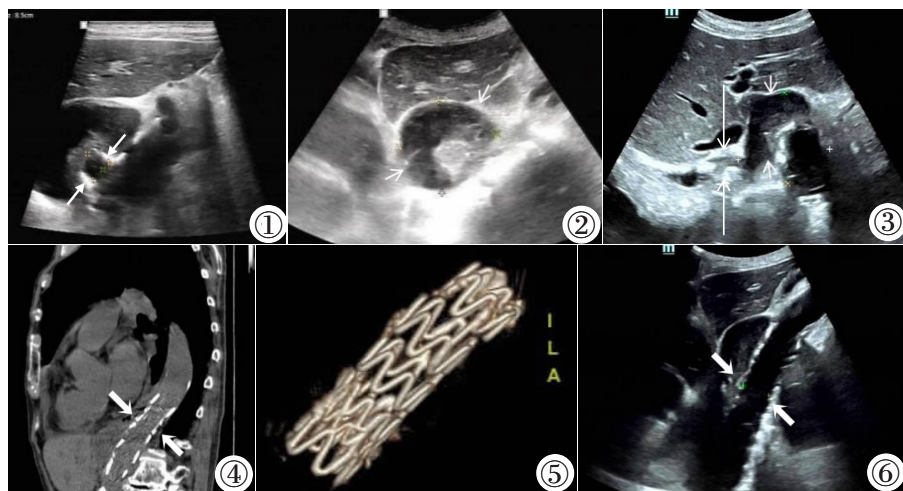


图1 腹主动脉上段前壁回声中断(白箭头)。图2 周边不均质回声(短箭头)向肝左叶方向凸出,考虑血栓。图3 不均质回声(短箭头)右后方邻食管(长箭头)下段。图4 CT示腹主动脉起始处假性动脉瘤覆膜支架(粗箭头)。图5 CT三维重建假性动脉瘤覆膜支架。图6 超声示腹主动脉起始处网状支架回声(粗箭头)。

讨论 主动脉 PSA 是指主动脉管壁被撕裂或穿破,血液自破口流出而被主动脉邻近的组织包裹而形成血肿,可发生于各个年龄阶段,男女无明显差异,多见于创伤、医源性损伤、血管旁路术后吻合口、感染等,部分也见于动脉硬化^[1]。本例为老年女性,无明确外伤史及手术史,既往20余年高血压史,未规律服药,考虑 PSA 形成可能与血压长期控制不佳相关,导致主动脉发生微小破裂,由于位置的特殊性,周围形成包裹,未导致严重临床结局。PSA 早期患者多无特异性症状,根据发生位置及瘤体大小,患者的主要症状为局部疼痛、搏动性肿块、肢体水肿或感觉异常等压迫症状、肢体动脉搏动

减弱等栓塞症状,部分患者为进行影像学检查时偶然发现。当动脉瘤破裂时,患者可出现四肢冰冷、面色苍白、烦躁不安、昏迷等休克症状。由于主动脉 PSA 无自愈可能,最终往往破裂,一旦破裂,半数以上的患者将在24h内死亡,死亡率高达78%~94%,尽早发现进行介入治疗可极大程度挽救患者生命^[2]。

本例患者以吞咽困难为主要表现就诊,临床医生首先考虑到食管占位性病变的可能,行内镜检查排除该诊断。然而,内镜检查对于食管外疾病并不敏感,以往有将巨大胸主动脉瘤引起外源性食管压迫延误治疗的报道^[3]。该例病人后通过

[收稿日期] 2023-12-06;[修回日期] 2024-02-15

[作者简介] 刘一康(1998-),男,河北人,在读硕士研究生。E-mail:lyk156@qq.com

[通信作者] 范校周,空军军医大学空军特色医学中心超声诊断科,100142。E-mail:fanxz89@163.com

[基金项目] 空军特色医学中心优秀青年人才项目(NO.22YXQN015)。

腹部超声发现食管下段旁的腹主动脉 PSA 为引起吞咽困难的病因。通过文献检索,我们发现吞咽困难患者的罕见病因还包括降主动脉夹层动脉瘤^[4-5]。考虑到两者的干预方式不同,因此需要对其进行鉴别诊断。夹层动脉瘤为动脉管壁内膜出现裂口,血液经破口进入到动脉壁中层并形成夹层血肿,最终导致动脉内膜、中膜的分离。两种疾病的超声影像学主要鉴别点在于有无双腔、动脉管壁是否完整、有无回声连续性中断。需要注意的是受解剖结构影响,超声对于胸主动脉段可能显示欠佳。总之,本案例提示临床医生遇到吞咽困难起病除考虑常见疾病外,还需考虑其它罕见疾病,充分发挥超声影像学检查在血管方面简便快捷的优势,筛查有无主动脉疾病,必要时再行 CT 及 MRI 等影像学检查进一步明确。

[参考文献]

- [1]Sedwitz MM, Hye RJ, Stabile BE. The changing epidemiology of pseudoaneurysm[J]. Arch Surg, 1998, 123(4): 473-476.
- [2]Mansour MA, Gorsuch JM. Diagnosis and management of pseudoaneurysms [J]. Perspect Vasc Surg Endovasc Ther, 2007, 19(1): 58-64.
- [3]Hiller HG, Lagattolla NR. Thoracic aortic aneurysm presenting with dysphagia: a fatal delay in diagnosis[J]. Thorac Surg Sci, 2007, 4: Doc01.
- [4]宗晔,于永征,张树田,等. 误诊为食管息肉的降主动脉假性动脉瘤一例[J]. 中华消化杂志,2006,26(6):385-385.
- [5]王佳旺,鲁静朝,刘凡,等. 巨大胸主动脉夹层动脉瘤致食管严重受压 1 例[J]. 临床荟萃,2012,27(9):814-815.

肝脏淋巴管瘤 1 例并文献复习

Hepatic lymphangioma: report of one case and literature review

查以密,吴丽佳,郑紫涵,明丽香,许俊锋

(大理大学第一附属医院放射影像科,云南 大理 671000)

ZHA Yi-mi, WU Li-jia, ZHENG Zi-han, MING Li-xiang, XU Jun-feng

(Department of Radiology, the First Affiliated Hospital of Dali University, Dali Yunnan 671000, China)

[关键词] 淋巴管瘤;肝肿瘤;体层摄影术,X 线计算机

[中图分类号] R735.7;R814.42

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-1062(2024)08-0592-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.08.016

原发性肝淋巴管瘤罕见,其临床及影像学表现无特异性,需病理确诊。本文报道原发性肝淋巴管瘤 1 例并文献复习,提高对该病的认识。

病例 女,50 岁,体检超声发现“多囊肝”14 年,为求进一步诊治来我院。实验室检查:白细胞 $4.78 \times 10^9 L^{-1}$,中性粒细胞百分比 74%,ALT 17 U/L,AST 19 U/L。腹部 CT 平扫+增强扫描:平扫(图 1)肝脏多发大小不等的囊状低密度影,边界清,肝右叶多囊融合,其内可见粗细不均的分隔,部分分隔可见结节状钙化,肝右叶最大囊灶最大截面约 $9.3 \text{ cm} \times 6.9 \text{ cm}$,CT 值约 15 HU,邻近大囊 CT 值约 10 HU。增强扫描囊性部分各期均不强化;分隔呈渐进性明显强化,动脉期 CT 值约为 41 HU,静脉期 CT 值约 77 HU,延迟期 CT 值约 89 HU,考虑多囊肝(图 1~3)。

完善术前检查,排除手术禁忌症后行腹腔镜下肝囊肿去顶减压术+肝部分切除术。术后病理,肉眼观:肝 VI、VII、VIII 灰白暗红色不整形组织一块,被膜连续性不完整,组织局部较碎,无法判读肝脏边缘,切面呈多发囊性,囊内为无色清亮液体,边缘附少许肝脏组织。镜下见囊壁周围小胆管增生,并散

在淋巴细胞浸润。免疫组化结果(图 4):calretinin(-),CD34(-),CK-P(+),D2-40(+),FV III(+),Ki-67(+<5%)。病理诊断:淋巴管瘤(LM)。

作者分别以“肝淋巴管瘤”、“肝脏”、“淋巴管瘤”和“hepatic lymphangioma”、“hepatic”、“lymphangioma”等为关键词在知网、维普、万方中文数据库和 pubmed 英文数据库中搜索与之相关的文献,剔除资料不全的文献,筛选出 2013~2023 年相关论文 10 篇^[1-10],包含本病例在内共 14 例,分析总结如下:

发病年龄在 8 月到 60 岁,其中男 4 例(4/14)。临床表现各不相同,5 例体检发现,7 例因腹部不适或疼痛就诊,2 例病史不详。病变单发 11 例(11/14)、多发 3 例(3/14),其中肝右叶 7 例(7/14)、肝左叶 5 例(5/14)、左右叶多发 2 例(2/14)。海绵状淋巴管瘤 2 例(2/14),囊状淋巴管瘤 6 例(6/14),毛细淋巴管型 1 例(1/14),未分型 5 例(5/14)。免疫组化中 CD31 表达阳性 3 例,CD34 表达阳性 5 例,D2-40 表达阳性 5 例。在影像学上(包括超声、CT 及 MRI 检查),病灶多表现为囊实性(10/14)或囊性(3/14),也有实性表现(1/14),囊实性病灶通常多个囊腔,并可见粗细不均的分隔,部分分隔伴有钙化,增强

[收稿日期] 2023-11-16;[修回日期] 2024-02-21

[作者简介] 查以密(1997-),女,云南文山山人,住院医师。E-mail:3396650332@qq.com

[通信作者] 许俊锋,大理大学第一附属医院放射影像科,671000。E-mail:24192286@qq.com

[基金项目] 大理大学第一附属医院队伍建设项目立项(项目编号:DFYGG2022-23)。