

胰腺实性假乳头状瘤 9 例 CT 影像表现分析

石彦斌

河南省传染病医院放射科, 河南 郑州 450000

摘要:目的 研究胰腺实性假乳头状瘤的 CT 影像表现特点, 增加对该病的认知能力, 来提高对该肿瘤的影像诊断水平。方法 回顾性分析经临床手术病理证实的 9 例胰腺实性假乳头状瘤的 CT 影像表现特点, 9 例病例均进行 CT 平扫和增强扫描。结果 9 例 CT 平扫表现为类圆形低密度、高低混杂密度影及囊性低密度影, 增强后肿瘤实质部分可见明显强化, 包膜可见渐进性强化, 囊性部分增强前后均未见强化。在动脉期、静脉期和延时期肿瘤实质部分强化程度均低于周围正常胰腺实质强化程度。8 例胰管均未见扩张, 1 例可见胰管轻度扩张。结论 胰腺实性假乳头状瘤的 CT 表现如包膜渐进性强化和肿瘤实质部分的明显强化及在动脉期、静脉期和延时期肿瘤实质部分强化程度均低于周围正常胰腺实质强化程度, 胰管未见明显扩张。具有一定的特征, 对诊断可以提供重要价值。

关键词:胰腺肿瘤/放射摄影术; 体层摄影术, 螺旋计算机

中图分类号: R730.261.6

文献标识码: B

文章编号: 1009-6647(2012)16-4390-02

本文回顾性分析了经临床手术和病理证实的 9 例胰腺实性假乳头状瘤患者 CT 影像表现特点, 来提高对胰腺实性假乳头状瘤的诊断水平。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 1 例, 女 8 例, 年龄 26~40 岁, 平均年龄 33 岁。上腹部胀痛 4 例, 腹部包块 2 例, 3 例无任何症状, 体检时发现。

1.2 扫描技术 采用美国 GE 公司 64 层螺旋 CT 机进行扫描, 均进行平扫和增强扫描。常规取仰卧位, 先平扫后增强扫描, 范围自膈顶至胰腺钩突下水水平。增强扫描采用高压注射器经肘前静脉注射非离子型造影剂优维显 (300 mgI/ml) 80~100 ml, 注射速度 3 ml/s, 扫描参数 120 kV, 150 mA, 层厚和间隔 5 mm, 动脉期延迟 35 s, 静脉期延迟 75 s。

2 结果

9 例胰腺实性假乳头状瘤中均为单发, 2 例肿瘤呈圆形, 7 例为类圆形, 其中 4 例略呈分叶状。6 例肿瘤发生在胰腺尾部, 2 例肿瘤发生在胰腺体部, 1 例肿瘤发生在胰腺头部, 肿瘤最大径 1.5~6.2 cm, 平均 3.9 cm, 9 例病灶中 1 例以囊性成分为主; 以实性成分为主 3 例; 其余 5 例均含有囊实成分, 其实性成分和囊性成分不规则相间分布。4 例病灶内见点状钙化, 3 例钙化位于肿瘤实质部分, 1 例位于包膜下。9 例胰腺实性假乳头状瘤增强扫描时肿瘤实质部分呈动脉期斑点样或结节样强化, 门静脉期强化范围较动脉期明显, 延迟期强化稍增加的渐进性强化方式, 在动脉期、静脉期和延时期肿瘤实质部分强化程度均低于周围正常胰腺实质强化程度, 其中 7 例病灶包膜及附壁结节在平扫时呈低或等密度, 增强后明显强化, 与胰腺分界清晰。病灶囊性部分始终未见强化, 3 例内可见索条样强化。9 例胰腺实性假乳头状瘤中 8 例未见肝内外胆管及胰管扩张征象, 位于胰头的 1 例病灶可见体尾部胰管轻度扩张。

3 讨论

胰腺实性假乳头状瘤好发于年轻妇女、儿童, 老年妇女和

男性少见, 多为良性和低度恶性肿瘤, 一般预后较好, 多数患者肿瘤切除术后可长期生存^[1,2]。因此早期诊断对于临床治疗、判断预后具有重要意义。

本组病例中青年女性 8 例, 男 1 例, 与文献^[3]报道一致。肿瘤可发生于胰腺的任何部位, 大多数肿瘤位于胰体及胰尾部, 本组 1 例位于胰头部, 8 例位于胰尾部; 大多数肿瘤发生于胰腺实质的边缘部分, 本组 9 例肿瘤术前经 CT 平扫和增强可以明确定位, 位于胰腺内。瘤体发生于胰腺边缘, 突出于胰腺轮廓之外; 瘤体常常向腹腔及腹膜后实质性脏器较少的区域生长。瘤体呈类圆形或椭圆形, 多有包膜, 与周围组织界限清楚, 容易剥离, 本组 7 例有完整包膜, 2 例包膜不完整。临床症状出现较晚。

胰腺实性假乳头状瘤的 CT 表现有一定的特征性, 了解并掌握这些特征性表现 CT 不难诊断胰腺实性假乳头状瘤, 术前可以明确诊断, 本组中 7 例术前均诊断明确。

胰腺实性假乳头状瘤多见于胰尾部, 肿瘤轮廓多规则, 内有实质和囊性成分混合, 有时可见片样钙化, 小的肿瘤以实质成分为主, 大的肿瘤以囊性成分为主, 肿瘤周边可见纤维包膜, 由于肿瘤血供不丰富, 增强扫描动脉期肿瘤实质部分呈轻度强化或无强化, 静脉期和延迟后实性部分可明显强化或中度强化, 但仍低于正常胰腺强化程度, 纤维包膜在强化后期可见明显强化, 囊性部分不强化, 强化的正常胰腺部分与病灶形成密度差, 使二者较易区分开来。在强化的各期图像中, 肿瘤的实质部分强化程度均低于胰腺实质强化程度^[4]。肿瘤包膜完整, 边缘光滑锐利, 与胰腺分界清晰, 当分界模糊时说明肿瘤呈低度恶性。本组 9 例病例中 5 例囊实性及 3 例实性病例的实质部分均可见强化, 动脉期轻度强化, 静脉期及延时期强化程度均有增加, 但强化程度和同期胰腺实质的强化程度相比均较低。文献报道肿瘤大多数是向胰腺外生长, 所以胰管往往不会出现明显扩张, 本组 8 例胰管均未见扩张, 1 例可见胰管轻度扩张, 轻度扩张的病例是由于肿瘤较大, 胰管可见受压, 出现胰管轻度扩张, 本组病例肝内外胆管均未见扩张, 也未见黄疸出现, 其中

3 例内可见钙化影。本组影像表现与文献报道相符合。

胰腺实性假乳头状瘤一般预后较好,多数患者肿瘤切除术后可长期生存,因而术前准确定性诊断与手术方案密切相关。但在日常工作中需要与胰腺囊肿、囊腺瘤、囊腺癌以及胰腺癌囊性变和胰岛细胞瘤囊变等相鉴别。慢性胰腺炎形成的假囊肿可发生在胰腺实质内或外,囊壁多较薄,没有壁结节,增强后囊壁无强化,结合临床常有胰腺炎急性发作的病史或外伤史。胰腺囊腺瘤分为浆液性囊腺瘤和黏液性囊腺瘤,浆液性囊腺瘤多位于胰体尾部,老年女性多见,肿瘤边界清楚,由多个小囊腔构成,呈多房蜂窝样特点,囊隔和囊壁可见钙化,增强后可见囊隔和囊壁有不同程度的强化,黏液性囊腺瘤和囊腺癌多见于中老年妇女,多为大单囊,病灶形态不规则,边缘欠清晰,囊内充满黏液,有分隔,分隔大小不等,分隔及囊壁厚薄不一,囊壁可见壳状或不规则钙化,增强后可见囊隔和囊壁有不规则强化,囊壁不规则,具有恶性肿瘤浸润分隔后而不均匀,出现壁结节,强化较明显者,多提示是恶性生长的征象^[5]。当胰腺癌合并坏死囊变时表现为肿瘤位于囊肿近端胰腺组织内,囊壁不规则,肿块与正常胰腺组织分界不清,可直接侵犯和包埋邻近大血管,并可出现淋巴结和邻近器官的转移。另胰腺癌多好发于胰头,胰管及胆管常见扩张,临床黄疸出现。胰岛细胞

瘤:少数胰岛细胞瘤可发生囊变但不同于胰腺实性假乳头状瘤,前者增强后病灶内实性部分早期强化非常明显,且该病无女性好发趋势。

胰腺实性假乳头状瘤是一种少见良性或低度恶性肿瘤,但根据其有特定的好发年龄、性别、部位及影像学特征,大部分病例可以在术前作出正确诊断,为临床方案提供重要资料依据。

参考文献

[1] Frantz VK. Atlas of Tumor Pathology [M]. Washington DC: Armed forces Institute of Pathology, 1959;32-33.
 [2] Papavramidis T, Papavramidis S. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: review of 718 patients reported in English literature [J]. J Am Coll Surg, 2005,200(6):965-972.
 [3] 周康荣,严福华,曾蒙苏.腹部 CT 诊断学[M].上海:复旦大学出版社,2010;348.
 [4] 王安明,刘继生.胰腺囊性病影像学诊断[J].国外医学临床放射学分册,2004,27(4):231-234.
 [5] 曾蒙苏,严福华,周康荣,等.非功能性胰内分泌肿瘤的螺旋 CT 表现[J].中华放射学杂志,2003,37(6):528-531.

收稿日期:2012-02-07 责任编辑:郭怀勇

• 病例报告 •

急性心肌梗死 PCI 术后亚急性血栓形成 1 例

吴炎,张成举,李春江

沈阳军区第 202 医院心血管内科,辽宁 沈阳 110003

主题词:急性病;心肌梗死/治疗;血栓形成;血管成形术,经腔,经皮冠状动脉

中图分类号:R542.22

文献标识码:B

文章编号:1009-6647(2012)16-4391-01

1 病历摘要

男,62 岁。因发作性心前区疼痛 3 h 入院。既往无高血压、糖尿病病史,无吸烟、饮酒史。入院前 3 h 发生心前区疼痛,查体:BP 130/80 mm Hg,神志清楚,双肺无啰音,HR 80 次/min,律齐,未闻及病理性杂音。急诊做心电图 V1-3 ST 段抬高 0.2 mV,心肌酶谱 CK-MB:99 U/L,CK 175 U/L。急诊行冠脉造影示:前降支近端完全闭塞,回旋支中段狭窄 70%,右冠未见明显狭窄。于前降支置入 2.75×24 mm ENDEVOR 支架,造影示远端血流通畅,TIMI3 级。术后给以阿司匹林 300 mg,1 次/d,氯吡格雷 75 mg,1 次/d,低分子肝素钠,40 mg,皮下注射,2 次/d,术后第 7 天,患者再次出现心前区疼痛,伴有胸闷、气短,呼吸困难,心电图 V1-3 ST 段抬高 0.1~0.2 mV,较前无明显变化。复查心肌酶谱示:CK 322 U/L,CKMB:110 U/L,较前再次升高,考虑患者可能出现亚急性血栓。再次行冠脉造影:左前降近段,原支架置入处完全闭塞,并可见支架内血栓影,于前降支近段病变处,3.0×15 mm TERUMO 球囊,由远端至近端依次 8atm/8 s 扩张 1 次,8atm/8 s 扩张 1 次,10atm/8 s 扩张 1

次,再次造影见前降支全段恢复血流灌注,无夹层、血栓及残余狭窄、TIMI3 级。给予盐酸替罗非班氯化钠注射液(5 mg:100 ml)12 ml/h 持续静脉滴注,维持 72 h,此后患者未在出现胸闷、气短,心前区疼痛,1 周后患者出院。

2 讨论

经皮冠状动脉支架术(PCI)是目前治疗急性心肌梗死最为有效的手段之一,但 PCI 术后急性、亚急性血栓是其最为常见的并发症。急性支架内血栓是指术后 24 h 内形成的支架内部的血栓,亚急性支架内血栓是指支架置入 24 h~1 个月内发生的血栓性事件。其常见的原因因为术前、术后抗凝治疗不充分;支架覆盖病变不完全;支架贴壁不确实;患者具有高血压、糖尿病、高脂血症等血栓易形成的高危因素。本例发生亚急性血栓考虑可能患者本身的高凝状态、支架细长等多种因素,因及时发现患者病情演变,复查冠脉造影,术后给以 GP II b/III a 受体拮抗剂应用,患者病愈出院。

收稿日期:2012-02-05 责任编辑:郭怀勇