

• 病例报告 •

脾脏间皮囊肿1例

黄燕涛, 仲建全

四川省自贡市第一人民医院放射科, 四川 自贡 643000

中图分类号: R445.3 文献标志码: A 文章编号: 1008-617X(2016)02-0191-02

资料

患者, 女性, 25岁, 因“反复中上腹疼痛2年余, 复发加重1月余”来我院就诊。既往病史: 2年前无明显诱因出现中上腹疼痛, 为阵发性胀痛, 程度不重, 尚可忍受, 不伴皮肤、巩膜黄染及肩背部放射痛, 无畏寒、发热、气促、腹泻等不适; 未进行相关处理, 疼痛能自行缓解, 但之后反复发作。1月余前患者再次出现中上腹疼痛, 程度较之前加剧, 难以忍受, 无黄疸及发热, 无心悸、气促, 无恶心、呕吐等症状。自发病以来, 患者神清, 精神可, 食欲差, 大小便正常, 体重无明显改变。专科查体: 贫血貌, 中上腹压痛, 其余未见阳性征象。

腹部CT增强扫描: 脾脏内侧见类圆形低密

度影, 最大径约7.0 cm, 边界清楚, 密度均匀, CT值约10 Hu, 无强化; 周围血管内未见充盈缺损; 腹部其余脏器无相似病灶; CT诊断: 脾脏内侧囊性占位, 来源脾脏可能性大(图1A、B)。腹部超声: 脾内侧见大小约7.4 cm × 6.5 cm无回声, 与脾实质分界不清(图1C)。实验室检查: 血红蛋白63 g/L, 红细胞计数 $3.64 \times 10^{12}/L$, 红细胞压积23.1%, 红细胞平均体积63.5 fL。

该患者术前诊断: 脾脏囊性占位, 并于全身麻醉下行腹腔粘连松解+脾脏切除术+腹腔引流术。术中见: 脾脏与周围网膜粘连, 脾脏大小约10 cm × 8.0 cm × 6.0 cm, 脾脏脏面见约7.0 cm × 6.0 cm × 6.0 cm囊肿, 内见清亮液体, 囊肿压迫胃、胰尾, 腹腔内无腹腔积液。术后病理诊断: 间皮囊肿(图1D)。

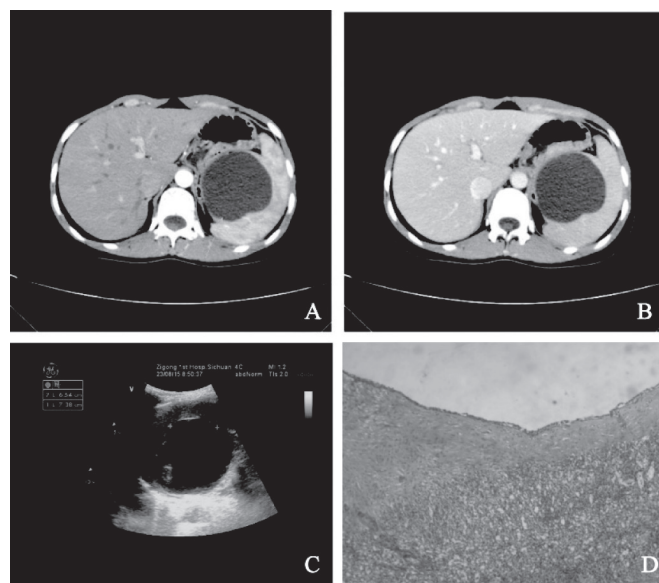


图1 脾脏间皮囊肿CT、超声及病理表现

A、B: 腹部CT增强扫描示脾内侧囊性占位, 密度均匀, 无强化; C: 超声脾内侧无回声影; D: 病理示间皮囊肿

讨论

脾脏间皮囊肿可由于胚胎发育异常，腹膜(脾被膜)的间皮细胞团移位陷于被膜下脾组织内，然后受刺激增殖而形成；也可能在外伤或炎症时，间皮细胞植入脾组织而引起^[1]。目前对脾脏间皮囊肿的报道甚少，因缺乏特异性，术前准确诊断相对较困难。

脾囊肿发病率甚低，超声检查发现率为1/1500，4.2万例尸检中发现32例，1600余次脾切除可遇到5例，60%为40岁以下女性。脾囊肿可分为寄生虫性囊肿和非寄生虫性囊肿(发生比例2:1)，而间皮囊肿在非寄生虫性囊肿中所占比例极低[非寄生虫性囊肿还包括皮样囊肿、表皮样囊肿、假性囊肿(占80%)]。脾脏间皮囊肿内层上皮可产生糖类抗原19-9(carbohydrate antigen 19-9, CA19-9)，但升高的病例较少，囊肿切除后CA19-9可降至正常^[2]，这对定性诊断有较大帮助。小的囊肿一般无症状，较大的囊肿可压迫刺激邻近脏器，从而引起腹部不适。本病例脾脏与周围网膜粘连，囊肿较大并压迫胃及胰尾，导致反复中上腹疼痛。术前对其定位存在争议，易造成误诊。寄生虫性脾囊肿是由幼虫经血进入脾内发育生长而形成，囊内壁无

衬覆上皮，囊内含寄生虫虫体或虫卵及坏死组织，可有脾包虫囊肿，在我国北方畜牧地区多见，中青年多见，壁可钙化，包虫囊液皮内试验(+)。

手术切除是目前临床上最常用的治疗方式，病理是唯一确诊手段。术前诊断尤为重要，特别是要排除寄生虫性囊肿，因为穿刺及切开引流是寄生虫性囊肿禁忌证^[3]。B超常作为脾脏囊肿的首选检查，多表现为边界清楚的囊性占位，内为无回声暗区；而CT、MRI等对进一步了解脾脏囊肿形态、大小、数目，囊腔与囊壁的特点，以及与周围脏器的关系等有重要价值。目前，超声、CT及MRI检查结合临床病史能对该病作出准确诊断。

参考文献

- [1] 梁忠平, 罗羽宏, 廖惠珍. 脾间皮囊肿误诊一例 [J]. 岭南现代临床外科, 2004, 4(2): 102.
- [2] 莫世发, 刘自明, 贾乾斌. 腹腔镜下脾脏切除治疗脾脏巨大间皮瘤1例报道 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2012, 19(7): 742.
- [3] 陈锋夏, 符勇, 蔡国豪, 等. 脾脏囊肿(附真性脾脏囊肿1例报告) [J]. 海南医学, 2000, 11(6): 77.

(收稿日期: 2015-10-08 修回日期: 2016-05-20)