

Clinical and imaging diagnosis of abdominal cocoon

WANG Lu-zhong*, QI Zi-hua, LIU Ya-qun, ZHANG Xiao-ming

(Imaging Centre, Qilu Hospital, Shandong University, Jinan 250012, China)

[Abstract] **Objective** To study the imaging diagnosis of abdominal cocoon. **Methods** Nine cases of abdominal cocoon were analyzed. **Results** Nine cases of confirmed abdominal cocoon with the clinic symptom of abdomenache, 4 cases of abdominal masses, 7 cases were dismissed except 2 cases were diagnosed by CT before surgery. The typical feature of gastrointestinal contrast examination was aggregation of small intestine, like cauliflower or character "M", being stable for a long time. The typical feature of CT was a crescent or semicircle area with slightly low density (fibroid membrane). The operation demonstrated that the whole or part of the intestine were surrounded by a strong grey fibrofilm. **Conclusion** No special symptoms is regarded as of abdominal cocoon. Correct imaging diagnosis is difficult prior to operation. Imaging examination is helpful with abdominal cocoon.

[Key words] Diagnostic imaging; Clinic; Abdominal cocoon

腹茧症的影像及临床诊断

王鲁仲*, 齐滋华, 刘亚群, 张晓明

(山东大学齐鲁医院影像中心, 山东 济南 250012)

[摘要] **目的** 提高对腹茧症的认识及影像学诊断能力。**方法** 分析经手术病理证实的 9 例腹茧症患者的临床及影像诊断资料。**结果** 临床表现为腹痛 9 例, 腹胀 5 例, 腹部包块 4 例, 7 例术前均未明确诊断, 分别误诊为卵巢肿瘤蒂扭转 2 例, 急性弥漫性腹膜炎 1 例, 慢性阑尾炎 1 例, 急慢性肠梗阻 3 例。2 例 CT 检查诊断为腹茧症。术中发现大网膜短缩 4 例, 缺如 5 例, 全部或部分小肠被一层灰白色致密坚韧的纤维膜包裹。胃肠造影典型表现为小肠聚集成团, 呈菜花状或 M 形排列, 且长时间形态不变; 典型 CT 表现为新月形或半圆形低密度(纤维包膜)。均行手术治疗。术后病理确诊为腹茧症。**结论** 该病临床表现无特异性, 术前诊断困难, 影像学检查对该病有一定诊断价值, 最后确诊需手术及病理。

[关键词] 诊断显像; 临床; 腹茧症

[中图分类号] R572; R445 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1003-3289(2005)03-0411-03

腹茧症(abdominal cocoon)是一种罕见的腹部疾病, 病因尚不清楚。本文探讨本病的临床特点及影像学诊断。

1 资料与方法

1985—2002 年共收治腹茧症 9 例, 其中男 6 例, 女 3 例, 年龄 13~43 岁, 平均 32.5 岁, 均无手术史。2 例表现为腹痛, 腹部包块, 术前诊断为卵巢肿瘤蒂扭转; 1 例因突发腹痛诊断为急性弥漫性腹膜炎; 因腹痛, 腹胀, 呕吐诊断为急性肠梗阻 1 例; 因腹痛, 腹胀, 呕吐, 腹部包块分别诊断为腹茧症 2 例, 慢性肠梗阻 2 例, 慢性阑尾炎 1 例。9 例术前均进行了腹部透视、平片及 B 超检查, 其中 5 例行全消化道钡餐透视(2 例因有肠梗阻而口服 76% 泛影葡胺 50 ml 行全肠透视)。2

例行 CT 检查。全部病例均行手术及病理确诊。

2 结果

腹部透视示 3 例腹中部小肠腔扩张, 伴有宽大气液平面, 2 例腹部局限性肠腔轻度扩张伴气液平面(当有近端小肠扩张或发现宽大气液平面时说明已有肠梗阻存在)。4 例腹部透视未见异常, B 超检查示腹部团块状混杂回声(由粘连的肠管及厚度不一的纤维包膜所形成)。全消化道钡餐透视显示扩张的小肠位于腹中部, 加压后梗阻患者肠管聚集, 加压后不易分开, 扪及局部有柔韧性肿物感, 推动肿物该段小肠随之移动。我们观察到腹茧症患者行钡餐透视时钡柱前端前进方向呈“M”形, 而非正常情况下的“Z”形。其中 1 例小肠形态特异, 排列成“M”, 另 1 例呈菜花或分节状, 且长时间形态固定不变, 位于中腹部, 约在 2~6 h 后才能排空。

1 例口服造影剂 2 h 30 min 后 CT 扫描表现为脐周部小肠聚集成团, 交错盘绕, 或呈拧麻花状改变, 无明显肠腔扩张及气液平面。造影剂长时间不能排空。此时, 胃腔、近端小肠及盆腔内小肠造影剂已排空, 回盲部造影剂显影。

[作者简介] 王鲁仲(1952—), 女, 山东济南人, 大专, 副主任医师。

[通讯作者] 王鲁仲, 山东大学齐鲁医院影像中心, 250012。

E-mail: 6606279@163.com

[收稿日期] 2004-10-10 **[修回日期]** 2004-12-27

- [3] Foo KT, Ng KC, Rauff A, et al. Unusual small intestinal obstruction in adolescent girls: the abdominal cocoon[J]. Br J Surg, 1978, 65(6):427.
- [4] Moss J, Berg RA, Baum BJ, et al. In vitro model for fibrosis induced by beta-adrenergic blockers: propranolol inhibits beta-adrenergic suppression of collagen production by human fibroblasts[J]. Clin Res, 1979, 27:445A.
- [5] Wang ZM, Shen SA, Zhang ZL, et al. Character, diagnosis and treatment on abdominal cocoon (A report of 7 cases) [J]. Shandong Medical Journal, 2001, 41(1):8-9.

Ilaec lymphoma: case report

回肠系膜淋巴瘤 1 例

毛新清, 高晓龙, 吴元佐

(同济大学附属同济医院医学影像科, 上海 200065)

[Key words] Intestinal neoplasms; Lymphoma; Magnetic resonance imaging [关键词] 肠肿瘤; 淋巴瘤; 磁共振成像
[中图分类号] R735.4 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2005)03-0413-01

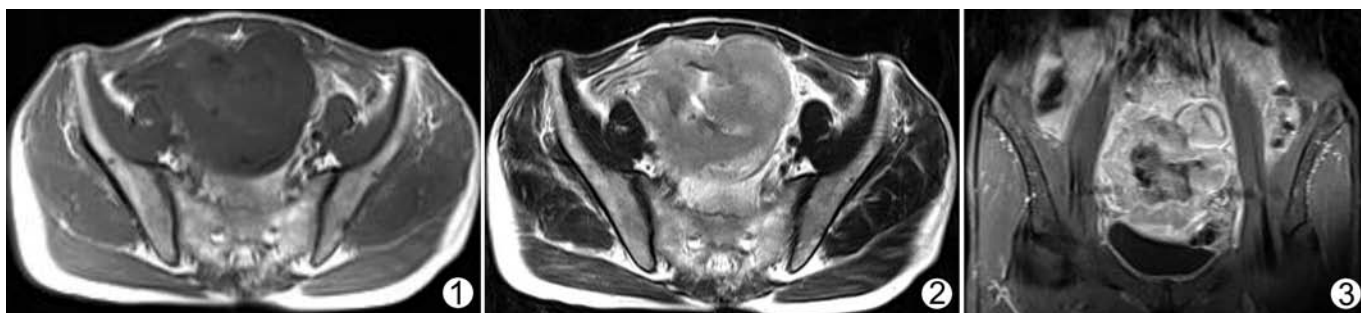


图 1~3 回肠末端区域见团块状异常信号灶, T1WI 呈等低信号(图 1), T2WI 呈高低混杂信号(图 2), Gd-DTPA 增强后病灶明显强化(图 3), 病变区中心见扩大的腔, 局部肠管管壁不规则增厚, 病变区周围见回肠包绕, 肠壁增厚

患者男, 63 岁。因“下腹部疼痛伴便秘 2 周”入院。查体: 双侧腋窝、锁骨上及腹股沟淋巴结未扪及肿大。腹部未见明显胃肠型及胃肠蠕动波, 腹软, 下腹部压痛(+), 反跳痛(+), 未扪及腹块。血常规: 红细胞 $3.22 \times 10^{12}/L$, 中性粒细胞 77.4%, 淋巴细胞 10.5%, 单核细胞 9.4%, 血小板 $415 \times 10^9/L$, 血小板压积 0.33。

腹部平片未见明显异常。CT 检查: 右中下腹部见约 6.5 cm × 7.2 cm 大小的团块状混杂密度占位, 边缘不规则, 境界模糊, 相应区域肠系膜结构紊乱, 肠管管壁不规则增厚, 管腔变窄, 部分呈推移改变。腹膜后未见明显肿大淋巴结。横结肠充气明显。CT 诊断“回盲部肿瘤”。MR 检查(图 1~3): 下腹部回肠末端区见团块状异常信号影, T1WI 呈等低信号, T2WI 呈高低混杂信号, 脂肪抑制相呈高低混杂信号, Gd-DTPA 增强后病灶明显强化。病变区中心见扩大的腔, 局部肠管管壁不规则增厚, 病变区周围见回肠包绕, 肠壁增厚。乙状结肠上段显示不清。膀胱呈受压改变, 信号未见明显异常。MR 诊断“回肠末端淋巴瘤可能大”。结肠镜检查无明显异常。

术后病理诊断: 回肠系膜大 B 细胞淋巴瘤。

讨论 原发性肠系膜恶性淋巴瘤比较少见, 约 1%, 男女之比约为 2:1, 其部位的分布以回肠系膜最多, 其次为空肠系膜及小肠系膜根部。一般都在局部扩展, 表现为结节融合而形成大的肿块, 或腹膜种植性生长, 晚期才发生扩散。由于小肠系膜不受解剖的限制, 系膜淋巴瘤即使体积较大, 肠梗阻也可不明显, 本例腹部立位平片未见明显肠梗阻征象。临床症状以腹痛及腹部包块为主, 分别为 64%、54.4%。可伴有食欲减退、消瘦乏力、贫血、肠梗阻等症状。由于病变早期临床可无或症状轻微, 不能早期发现。一旦症状明显, 又易误诊为腹膜结核、胰腺肿瘤、胃肿瘤、小肠肿瘤、肠间脓肿、腹膜后肿瘤或者肾囊肿。误诊率可达 69.5%。但该病首先应与腹膜后肿瘤鉴别。后者位置较固定, 不受体位与呼吸运动的影响; 其次应与小肠平滑肌肉瘤相鉴别, 后者起于小肠肌层, 早期易引起消化道出血与肠梗阻。本例患者以腹痛及腹部肿块为主要表现, 本院急诊及入院后初诊均误诊, 原因是该病少见, 表现无特异性。经 CT、MR 等检查, 术前基本明确诊断, 后经手术病理学检查确诊。因此我们认为术前应行 CT、MR 检查, 帮助定位和/或定性诊断。结肠镜检查视情况而定, 比如本例结肠镜检查未见明显异常, 主要原因病变尚未累及回盲部肠壁的黏膜层所致。临床医师对该病应有足够认识, 才不致于延误手术时间。

[作者简介] 毛新清(1968—), 男, 山东人, 硕士, 主治医师。

E-mail: maoxingqing@yahoo.com

[收稿日期] 2004-11-05 [修回日期] 2004-11-19