

◆ 个案报道

Isolated spontaneous celiac trunk dissection complicated with
spleen and hepatic arterial occlusion: Case report

孤立性腹腔干夹层合并脾动脉及肝总动脉闭塞 1 例

施辉友, 邓洪波, 谢光友, 王荣品

(贵州省人民医院放射科, 贵州 贵阳 550002)

[Key words] Celiac trunk; Dissection; Arterial occlusion diseases

[关键词] 腹腔干; 动脉夹层; 动脉闭塞性疾病

DOI: 10.13929/j.1003-3289.201701141

[中图分类号] R543.5; R814.42 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2017)09-1441-02



图1 孤立性腹腔干夹层合并脾动脉及肝总动脉近端闭塞 A. 轴位 MPR 可清晰显示腹腔干夹层, 箭示内膜破裂口处; B. VR 图像示腹腔干于胃左动脉开口以远闭塞, 胃左动脉代偿性增粗(红箭), 胃右动脉(黄箭)供应肝固有动脉和胃十二指肠动脉, 同时来自肠系膜上动脉的胰十二指肠下动脉(白箭)为胃十二指肠的主动脉供血支, 脾动脉(蓝箭)近端闭塞; C. DSA 示透亮线处为腹腔干夹层(箭), 所见侧支情况与 VR 图像相似

患者男, 52 岁, 因“抬重物后出现间断腹部隐痛伴腰痛 1 周”入院, 疼痛与体位、进食无明显关系, 对症治疗无好转入院。查体: 血压 166 mmHg/115 mmHg, 腹软, 无压痛; 四肢血管搏动良好。主动脉 CTA: 腹腔干起始段管腔稍扩张, 呈“双腔征”改变, 内膜破裂口位于近端, 长约 3 mm(图 1A)。VR 示腹腔干于胃左动脉开口 10 mm 以远闭塞, 肝总动脉、脾动脉近端闭塞, 可见 2 条侧支血管供应胃十二指肠动脉及肝固有动脉, 1 支源于胃右动脉, 另 1 支源于肠系膜上动脉的胰十二指肠下动脉分支脾动脉起始段闭塞, 其中远段主要血流源于胃左动脉的侧支血管(图 1B); 诊断为局限性腹腔干夹层并脾动脉及肝总动脉近端闭塞。DSA: 腹腔干选择性造影见腹腔干双腔征, 并见条形透亮内膜片, 肝总动脉起始段闭塞, 肝固有动脉血供来自胃右动脉及肠系膜上动脉侧支, 脾动脉近端未显示(图 1C)。临床综合

诊断: ①孤立性腹腔干夹层合并脾动脉及肝总动脉近端闭塞; ②原发性高血压 3 级(很高危)。

讨论 自发性腹腔干夹层罕见, 内脏动脉夹层病因尚不明确, 多与高血压、动脉粥样硬化、外伤、妊娠、医源性损伤相关, 少数为特发性。本例脾动脉开口处以远至肝总动脉闭塞, 腹腔干的血流只经胃左动脉循环, 胃左动脉代偿性增粗, 经其分支回流至胃右动脉, 再供应肝固有动脉和胃十二指肠动脉。脾动脉起始段闭塞, 中远段显影的原因为胃短动脉及胃网膜左动脉倒灌入脾动脉使未闭塞的中远段脾动脉显影。同时, 来自肠系膜上动脉的胰十二指肠下动脉供应胃十二指肠动脉。因此, 脾动脉起始段及肝总动脉闭塞后, 胃十二指肠动脉和肝固有动脉由胃右动脉和起自肠系膜上动脉的胰十二指肠下动脉供血, 脾脏由胃短动脉及胃左动脉倒灌供血, 故所支配的主要脏器不会造成显著缺血。由于本例夹层仅局限于腹腔干, 未累及主动脉及其他分支, 因此无剧烈胸腹痛而仅有腰痛。患者因抬重物后出现腹部伴腰部疼痛, 考虑抬重物可能为腹腔干夹层形成的诱因。脾动脉及肝总动脉近端闭塞原因, 可能与先天发育因素有

[第一作者] 施辉友(1984—), 男, 贵州六盘水人, 大专, 技师。

E-mail: 369811301@qq.com

[收稿日期] 2017-01-30 [修回日期] 2017-06-17

关。当患者有动脉夹层的高危因素,临床有不明原因的腹部疼痛且除外消化系统、胆道系统及泌尿系疾病外,应考虑到血管病变可能。CTA 检查是发现血管病变快捷、准确的方法,其多

种后处理技术可准确显示血管夹层、动脉瘤及血管闭塞等病变。

Neuroblastoma of adult intraspinal detecting in MRI: Case report

成人椎管内神经母细胞瘤 MRI 表现 1 例

张丽娜¹, 宋清伟¹, 高 雪², 刘爱连¹

(1. 大连医科大学附属第一医院放射科, 2. 病理科, 辽宁 大连 116011)

[Key words] Neuroblastoma; Spinal canal; Magnetic resonance imaging [关键词] 神经母细胞瘤; 椎管; 磁共振成像

DOI: 10.13929/j.1003-3289.201701132

[中图分类号] R738.1; R445.2 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2017)09-1442-01

患者女, 65 岁, 以“间断性腰疼 4 年, 双下肢疼痛, 不能活动 10 天”为主诉入院。专科检查: 腰部叩击痛(+), 向下肢放射, 双下肢感觉正常, 双下肢肌力 II~III 级, 双侧 Babinski 征(-)。胸腰椎 MRI: T11~L1 水平椎管内硬膜下见条块状异常信号, 长约 7.8 cm, T1WI 呈等信号(图 1A); T2WI 以等信号为主, 内见不规则片状高信号区(图 1B); 增强后病灶呈明显不均匀强化(图 1C), 边界不清, 侵犯脊髓圆锥和马尾(图 1D)。患者行脊髓后路入路髓内肿瘤切除术, 术中见肿物突破蛛网膜外露, 长约 8 cm, 色红、质软, 血供丰富, 侵犯脊髓圆锥及马尾神经, 神经包埋于肿瘤中。镜下见大量小细胞弥漫性浸润, 细胞胞浆少, 细胞圆形, 核浓染, 未见核仁; 免疫组化结果: CK、CD20、CD3、CD43、MuM-1、CD79α、TTF-1 和 LCA 均为阴性, CD56、S-100、Syn、bcl-2 和 bcl-6 均为阳性, Ki-67 阳性细胞数 > 80%。病理诊断: 椎管内低分化神经母细胞瘤。患者于术后 1 个月死亡。

讨论 神经母细胞瘤起源于肾上腺髓质及存在交感神经节的原始神经嵴细胞, 可沿交感神经链从颈部、纵隔、腹膜后到盆腔, 儿童多见, 青年和成年人少见。本例发生于老年人, 十分罕见。神经母细胞瘤的病理类型包括神经母细胞瘤、节细胞神经母细胞瘤和神经节瘤, 其中神经母细胞瘤分化程度最低, 节



图 1 T11~L1 水平椎管内低分化神经母细胞瘤 MRI 表现 A. 椎管内硬膜下 T1WI 呈条块状等信号; B. T2WI 呈条块状等信号, 内见片样高信号区(箭); C. 矢状位增强呈明显不均匀强化; D. 冠状位增强后病灶边界不清, 侵犯脊髓圆锥和马尾(箭)

胞神经母细胞瘤是内含分化成熟和不成熟细胞的混合性肿瘤, 神经节瘤分化程度最高, 3 种类型可相互转化。本例为低分化神经母细胞瘤, Ki-67 阳性细胞数 > 80%, 提示预后极差。

该病需与髓外硬膜下肿瘤如神经鞘瘤、脊膜瘤和硬膜外肿瘤如淋巴瘤、转移瘤等相鉴别。本例定位于髓外, 主要位于硬膜下并突破蛛网膜侵犯脊髓圆锥和马尾。神经源性肿瘤多引起椎间孔扩大, 脊膜瘤一般信号和强化均匀, 常伴硬膜尾征; 淋巴瘤多侵犯椎间孔和骨质, 本例病灶体积较大但椎间孔并未见破坏。转移瘤可与本例 MRI 表现相同, 但其通常破坏椎体及附件, 本例未侵犯骨质。由于该病预后较差, 易发生转移和死亡, MR 平扫及增强可清晰显示肿瘤位置及大小, 影像表现有一定特点。

[第一作者] 张丽娜(1979—), 女, 山东滨州人, 硕士, 副主任医师。

E-mail: zln201045@163.com

[收稿日期] 2017-01-24 [修回日期] 2017-06-16