

◆ 个案报道

Imaging manifestation of congenital pyloric atresia of a newborn: Case report

1 例新生儿先天性幽门闭锁影像学表现

李琳¹, 苏荣生^{2*}, 张爱梅¹, 黄久浪³, 徐东², 罗孝勇¹, 杨平²

(1 遂宁市中心医院超声科, 2 小儿外科, 3. 儿科, 四川 遂宁 629000)

[Keywords] pyloric atresia; congenital abnormalities; diagnostic imaging

[关键词] 幽门闭锁; 先天性畸形; 诊断显像

DOI:10.13929/j.issn.1003-3289.2022.11.040

[中图分类号] R722.1; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2022)11-1755-02

新生儿男, 出生时胎龄 38⁺₅ 周, 体质量 2.85 kg; 孕晚期产前超声多次提示十二指肠闭锁/狭窄(图 1A)。生后查体: 上腹部饱满; 鼻胃管引出非胆汁酸分泌物。腹部 X 线平片示胃腔扩张呈单泡征, 小肠未见扩张积气(图 1B); CT 见胃扩张及气液平面形成(图 1C); 上消化道造影示胃内大量积气, 十二指肠未显示, 考虑十二指肠明显狭窄或闭锁及幽门梗阻(图 1D)。腹部超声: 经胃管注入 20 ml 生理盐水后见胃腔充盈, 幽门管及十二指肠球部结构欠

清, 观察数分钟未见明确液体通过, 十二指肠降部、水平段及升部可见少许液体并见蠕动及逆蠕动, 小肠大部分萎瘪, 未见明显充气, 考虑十二指肠闭锁/狭窄(图 1E)。于生后第 3 日行开腹探查术, 见幽门部闭锁(图 1F), 闭锁处与胰腺、十二指肠及周围粘连严重, 远端小肠、结肠纤细, 未见明显充气; 行胃部分切除术及胃空肠吻合术+肠粘连松解术。术后诊断: 先天性幽门闭锁(congenital pyloric atresia, CPA) III 型。随访至术后 9 个月, 患儿体质量增至 8 kg, 生长发育可。

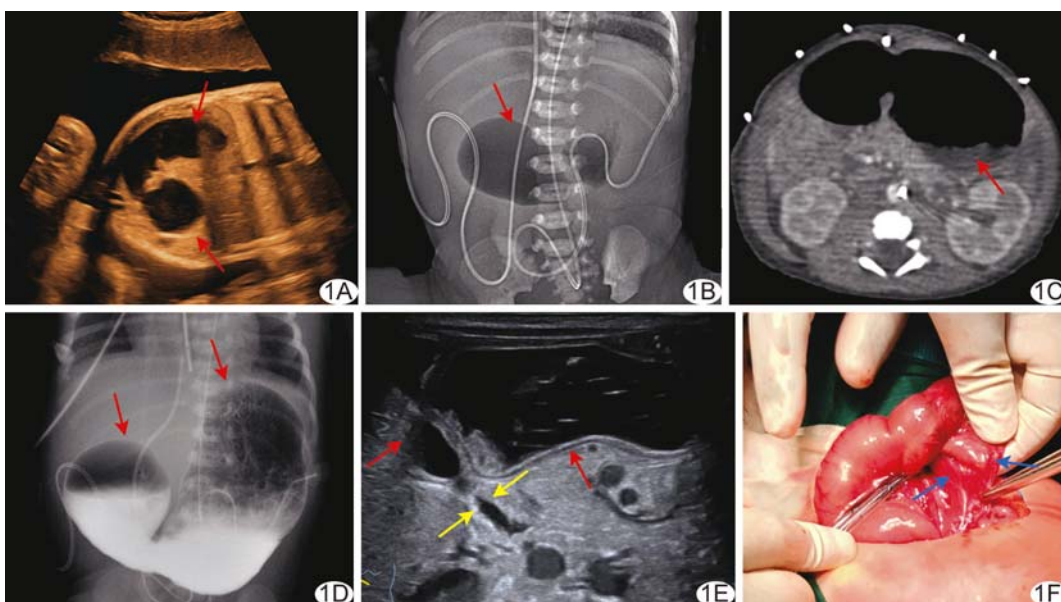


图 1 先天性幽门闭锁 A. 孕晚期超声示胎儿上腹腔囊性占位(箭); B. 腹部 X 线片(箭示胃腔扩张); C. 腹部轴位 CT 图(箭示胃扩张及气液平面); D. 上消化道造影图示胃内大量积气(箭); E. 超声示胃腔液体充盈(红箭), 十二指肠见少许液体并有蠕动(黄箭); F. 术中见胃幽门部闭锁(箭)

讨论 CPA 罕见, 占有胃肠道闭锁的 1%; 可分为 3 型: I 型最常见, 即幽门隔膜并可伴不全闭锁; II 型, 胃和十二指肠以纤维索带连接, 呈完全闭锁; III 型最少见, 胃与十二指肠形成两个盲端, 亦呈完全闭锁。孤立性 CPA 预后良好, 但合并其他疾病时, 死亡率可高达 50%。影像学上, CPA 主要表现为胃扩张但不与十二指肠相通, 肠道萎陷无充气。超声水造影可动态观察, 但十二指肠分泌少量液体及肠壁蠕动易致误诊。新生儿胃出口梗阻应与肥厚型幽门梗阻、先天性肠旋转不良及胃重复

[基金项目] 四川省医学科研课题计划(S20067)。

[第一作者] 李琳(1986—), 女, 四川自贡人, 硕士, 副主任医师。E-mail: 26701680@qq.com

[通信作者] 苏荣生, 遂宁市中心医院小儿外科, 629000。E-mail: 1732380982@qq.com

[收稿日期] 2022-04-21 [修回日期] 2022-07-19

畸形等相鉴别;肥厚型幽门梗阻超声较易发现幽门部肌层明显增厚;先天性肠旋转不良超声可探及肠系膜上静脉围绕肠系膜

上动脉旋转,CDFI 可见旋涡状血流信号;胃重复畸形可于胃腔旁见囊袋样厚壁结构。

Chronic bursitis of left infraserratus bursa: Case report 左侧前锯肌下慢性滑囊炎 1 例

徐 斌,张明琼,赵 怀,罗 丽

(重庆大学附属肿瘤医院超声医学科,重庆 400030)

[Keywords] back; bursitis; diagnostic imaging

[关键词] 背; 滑囊炎; 诊断显像

DOI:10.13929/j.issn.1003-3289.2022.11.041

[中图分类号] R686.7; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2022)11-1756-01

患者男,76岁,发现左肩背部鸡蛋大肿块12天;既往体健,无外伤史。查体:左肩背部轻度隆起,扪及 $3.0\text{ cm}\times 3.5\text{ cm}$ 肿块,质软,边界不清,形态欠规则,活动度尚可。实验室检查:中性粒细胞百分比78.9%。超声:左背部肌层深面 $1.7\text{ cm}\times 8.6\text{ cm}$ 梭形无回声病灶内部透声差,其后壁及内侧缘近肩胛区见絮状稍高、低回声混杂区(图1A),CDFI于无回声病灶内未见明显血流信号、于混杂回声区内见条带状血流信号;造影动脉期病灶后壁及内侧缘近肩胛区呈斑片状不均匀高增强,且强化早于周围软组织,约18s达峰,大部分为无灌注区,内见少许裂隙状低或无灌注区,并于23s始不均匀消退,静脉期病灶增强区域廓清不彻底;考虑结核冷脓肿或血肿伴周围组织炎性变。MRI:左肩胛下角下方肌间隙内 $4.1\text{ cm}\times 1.9\text{ cm}\times 3.2\text{ cm}$ 边界清晰结节状异常信号,呈T1低信号、T2及T2脂肪抑制序列高信号(图1B),内见线样信号,周围可见包膜;提示左侧背部肌间隙内肿瘤性病变可能。行全麻下左肩背部病损切除术,术中见左肩胛骨下方间隙内 $8\text{ cm}\times 5\text{ cm}\times 3\text{ cm}$ 囊性肿块,边界清,内见透明液体,与前锯肌及肋骨粘连。术后病理:灰白色肿物,切面见多个囊腔,囊壁光滑,厚约 $0.1\sim 0.4\text{ cm}$;光镜下见纤维囊壁组织,囊壁血管增生显著,内壁衬覆滑膜(图1C)。病理诊断:(左侧前锯肌下)慢性滑囊炎。

讨论 慢性滑囊炎是常见滑囊病变,好发于肘、膝、髋关节等易反复摩擦及压迫处;典型超声表现为扁圆形、裂隙状或不规则厚壁无回声区,部分内透声差,可见密集点状等、低回声悬浮及纤细或厚薄不均分隔,部分囊壁增厚明显、囊腔狭窄可呈类实性肿块;CDFI可于厚囊壁或分隔内探及点条样血流信号。本例发生于前锯肌与背侧胸壁之间的前锯肌下滑囊(图2),影像学检查易误诊。本病主要通过外伤史、结核病史及超声引导下穿刺抽液检查与血肿、结核冷脓肿相鉴别;根据超声表现与脂肪瘤(多为较均匀回声结节,部分内可见平行分布的纤细条状高回声,CDFI可见少量点条状或未探及明显血流信号)及弹力纤维瘤(边界模糊,内部为条索状高、低相间回声,CDFI多无明显血流信号)相鉴别。

讨论 慢性滑囊炎是常见滑囊病变,好发于肘、膝、髋关节等易反复摩擦及压迫处;典型超声表现为扁圆形、裂隙状或不规则厚壁无回声区,部分内透声差,可见密集点状等、低回声悬浮及纤细或厚薄不均分隔,部分囊壁增厚明显、囊腔狭窄可呈类实性肿块;CDFI可于厚囊壁或分隔内探及点条样血流信号。

本例发生于前锯肌与背侧胸壁之间的前锯肌下滑囊(图2),影像学检查易误诊。本病主要通过外伤史、结核病史及超声引导下穿刺抽液检查与血肿、结核冷脓肿相鉴别;根据超声表现与脂肪瘤(多为较均匀回声结节,部分内可见平行分布的纤细条状高回声,CDFI可见少量点条状或未探及明显血流信号)及弹力纤维瘤(边界模糊,内部为条索状高、低相间回声,CDFI多无明显血流信号)相鉴别。

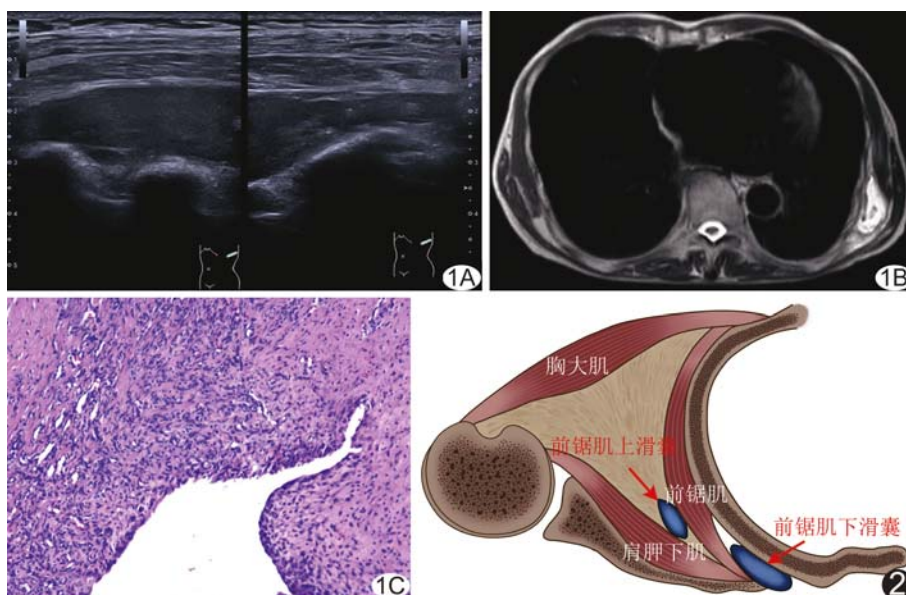


图1 前锯肌下慢性滑囊炎 A. 左肩背部二维声像图; B. 胸部轴位 MR T2WI; C. 病理图(HE, $\times 100$) 图2 前锯肌下滑囊示意图