

◆ 个案报道

Autoimmune pancreatitis combined with nutcracker syndrome: Case report 自身免疫性胰腺炎合并胡桃夹综合征 1 例

岳丽娜, 牛娟琴, 叶建军

(兰州军区总医院影像诊断科, 甘肃 兰州 730050)

[Key words] Pancreatitis; Nutcracker syndrome; Tomography, X-ray computed

[关键词] 胰腺炎; 胡桃夹综合征; 体层摄影术, X 线计算机

DOI: 10.13929/j.1003-3289.201703143

[中图分类号] R593; R814.42 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2018)02-0318-01

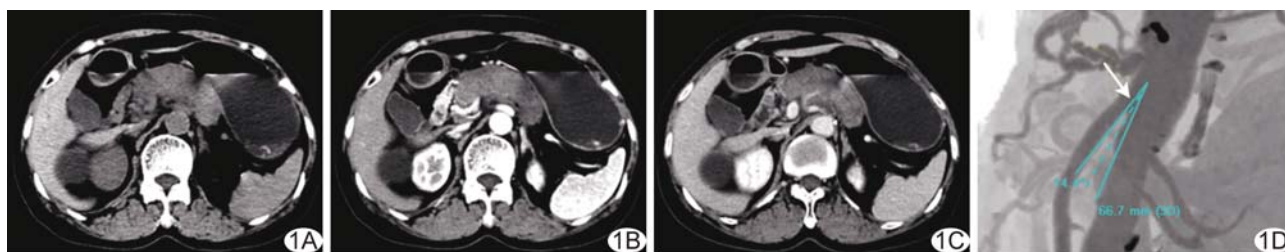


图 1 AIP 和胡桃夹综合征影像学表现 A. CT 平扫示胰腺体部增粗; B. CT 增强扫描动脉期病灶呈轻度强化; C. CT 增强扫描延迟 1 min 10 s, CT 值约 66 HU; D. MIP 反转图像示肠系膜上动脉与腹主动脉夹角变小(箭), 测角度约 14.4°, 左肾静脉受到钳夹

患者女, 66 岁, 因上腹部胀痛不适 10 余天入院。专科体格检查未见异常。实验室检查: CA199 < 2.0 U/ml (正常值 0 ~ 37 U/ml); IgG4 5.3 g/L (正常值 ≤ 2.0 g/L); IgG 26.5 g/L (正常值 10.13 ~ 15.13 g/L); 尿常规红细胞 5 ~ 6 个/高倍视野 (参考值 0 ~ 3)。腹部 CT: 平扫胰腺体部明显增粗, 密度均匀, CT 值约 46 HU (图 1A); 增强扫描动脉期病灶呈轻度强化, CT 值约 61 HU, 扩张主胰管走行中断 (图 1B), 延迟 1 min 10 s 时 CT 值约 66 HU (图 1C), 延迟 3 min 30 s 时 CT 值约 86 HU, 强化程度接近正常胰腺, 脾动脉粗细不均、管腔节段性狭窄, 左侧肾静脉及卵巢静脉扩张, 脾静脉受累、管腔闭塞, 胃底可见扩张、迂曲静脉血管影; MIP 反转图像示肠系膜上动脉与腹主动脉间隙变窄, 左肾静脉狭窄段及扩张段前后径之比 > 3, 腹主动脉与肠系膜上动脉夹角约 14.4° (图 1D)。结合影像学检查及临床随访资料确诊为自身免疫性胰腺炎 (autoimmune pancreatitis, AIP) 和胡桃夹综合征, 随访 3 年, 期间复查血清自身抗体和 IgG4 水平明显下降。

讨论 AIP 是一种由自身免疫炎症介导的特殊类型慢性胰

腺炎。病理特征性表现为淋巴浆细胞浸润、免疫组织化学染色见大量 IgG4 阳性细胞浸润。AIP 临床表现无特异性。影像学表现为胰腺局灶性或弥漫性肿大, 典型表现为“腊肠样”改变, 由于腺体组织被破坏, 胰腺实质血供减少, 血管闭塞, 因此增强扫描动脉期和胰腺期呈轻度强化, 延迟期呈延迟强化, 该表现与细胞膜损害, 实质纤维化、病灶内对比剂滞留有关。胰腺周围由于炎症反应、胰周积液或脂肪组织纤维化可出现胰周“鞘膜”征。AIP 周围的炎症和纤维化, 可包绕胰周血管, 引起血管壁炎症和管腔狭窄, 可累及主胰管及胆总管下段。本例患者脾动、静脉受累、脾静脉闭塞, 胃底静脉侧支循环建立, 且合并有左肾静脉受压、变窄。AIP 主要需与胰腺癌相鉴别, 而胰腺癌患者主要表现为局限性低密度, 内部易出现液化、坏死; 增强扫描后强化不明显, 肿瘤远端胰腺萎缩, 远端胰管扩张, 胰周动脉绝大部分或全部包埋于肿瘤中, 胰周静脉管腔狭窄或闭塞。

本例系中老年女性, 体型瘦长, 尿常规示镜下血尿, 同时合并左侧肾静脉、卵巢静脉曲张及胁腹疼痛。腹部 CT 示腹主动脉与肠系膜上动脉夹角变小、受挤压。综合上述特点, 诊断为胡桃夹综合征。本例合并胡桃夹综合征, 考虑与自身免疫系统受累有关, 其影像表现类似于胰腺肿瘤, 但应用激素治疗有效, 并有血清学抗体 IgG、IgG4 升高和其他自身免疫性疾病。

[第一作者] 岳丽娜 (1983—), 女, 山西临汾人, 硕士, 医师。

E-mail: yuelina686868@163.com

[收稿日期] 2017-03-28 [修回日期] 2017-09-15