

分析原因可能是瘤体仅由动脉细小破口供血所致。CT 和彩色多普勒在大多数情况下可以准确诊断假性动脉瘤,当动脉破口较细小而瘤腔较大时,动脉瘤内血流缓慢,CT 和彩色多普勒超

声对于肿块内微血管及低速血流的显示存在局限性。SMI 技术可以在不使用造影剂的情况下,清晰直观的显示瘤腔内的低速血流信息,敏感性高,是诊断 SAPA 的有效方法。

## Torsion with necrosis of accessory spleen in an infant: Case report

### 婴儿副脾扭转伴坏死 1 例

李蕊,赵滨

(天津市儿童医院影像科,天津 300041)

[Keywords] infant; torsion with necrosis of accessory spleen; tomography, X-ray computed; magnetic resonance imaging

[关键词] 婴儿;副脾扭转伴坏死;体层摄影术,X线计算机;磁共振成像

DOI:10.13929/j.issn.1003-3289.2020.01.054

[中图分类号] R322.2+2; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2020)01-0159-01

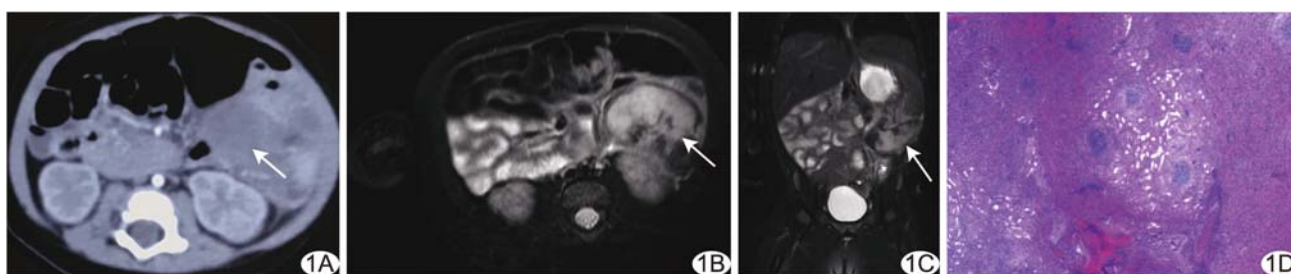


图1 副脾扭转伴坏死 A.增强CT; B~C.分别为轴位(B)及冠状位(C)T2WI; D.病理图(HE,×40)(A~C 箭示病变)

患儿女,2月龄,2天前因发热伴腹泻于当地医院就诊,超声发现腹腔肿物,CT增强提示左肾前下方不规则囊性占位性病变,包膜强化,周围肠管受压(图1A)。为求进一步诊治,收入我院。入院查体:下腹稍胀,全腹无压痛及肌紧张,未触及肿物。腹部MRI:左腹部见不规则形稍长T1、长T2信号为主的包块,其内信号不均匀,边缘可见不规则短T1、短T2信号(图1B、1C),病变边界较清晰,周围肠管受压移位,双侧卵巢呈多囊状改变,左侧卵巢接近左腹部包块下缘。MRI诊断:左腹部不规则混杂信号包块。遂行腹腔镜探查术+腹部肿物切除术,术中见左上腹部暗紫色实性肿物,约5 cm×4 cm×4 cm,边界清晰,占位效应明显;肿物基底与盆底粘连,松解粘连、完整剥离肿物,以穿刺针抽出200 ml淡黄色清亮液体,切除残留组织并送病理;探查左侧卵巢未见明显异常。术后病理:镜下见大部分为出血坏死组织,其间散在淋巴细胞,淋巴小结样结构及血管残壁影,周围被膜下组织细胞增生(图1D)。病理诊断:副脾扭转伴坏死。

**讨论** 副脾是由胃背系膜间充质芽的不完全融合形成,多位于脾门附近,无特殊临床症状,常偶然发现。副脾影像学表

现为单发或多发、边界清晰的圆形肿块,密度及信号强度多与正常脾脏相似,强化模式和正常脾脏一致。副脾扭转伴坏死较为罕见,临床多表现为急腹症,慢性反复性扭转时可表现为间歇性腹痛。当副脾扭转致弥漫性梗死时,副脾内可见大面积坏死囊变,周围边缘可见强化,CT三维重建有时可观察到扭曲的副脾血管蒂。副脾坏死囊变MRI表现为长T1长T2液体信号,并可伴有薄的短T1信号边缘。本例患儿仅2个月,急腹症表现不明显,诊断副脾扭转伴坏死困难;影像学检查示左腹部脾门附近可见不规则囊性占位性病变,以稍长T1长T2信号为主,伴不规则短T1短T2信号边缘,但未观察到扭曲的副脾血管蒂。本病需与肠重复畸形、肠系膜囊肿、囊性畸胎瘤及卵巢囊肿等相鉴别。肠重复畸形表现为球形或管样囊性肿块,囊壁较厚,增强后囊壁轻到中度强化;肠系膜囊肿常见于网膜、肠系膜处,多为单房,圆形或卵圆形,壁薄而均匀,增强后多无强化,合并感染时,囊壁增厚并可伴有强化;囊性畸胎瘤内含有脂肪、钙化成分;卵巢囊肿多为单房囊性肿块,边界清晰,壁非薄。本例患儿肿块下缘与左侧卵巢接近,但左侧卵巢边界清晰,形态完整,故排除卵巢囊肿可能。

[第一作者] 李蕊(1989—),女,天津人,硕士,医师。E-mail: 983086382@qq.com

[收稿日期] 2019-04-21 [修回日期] 2019-10-01