

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。

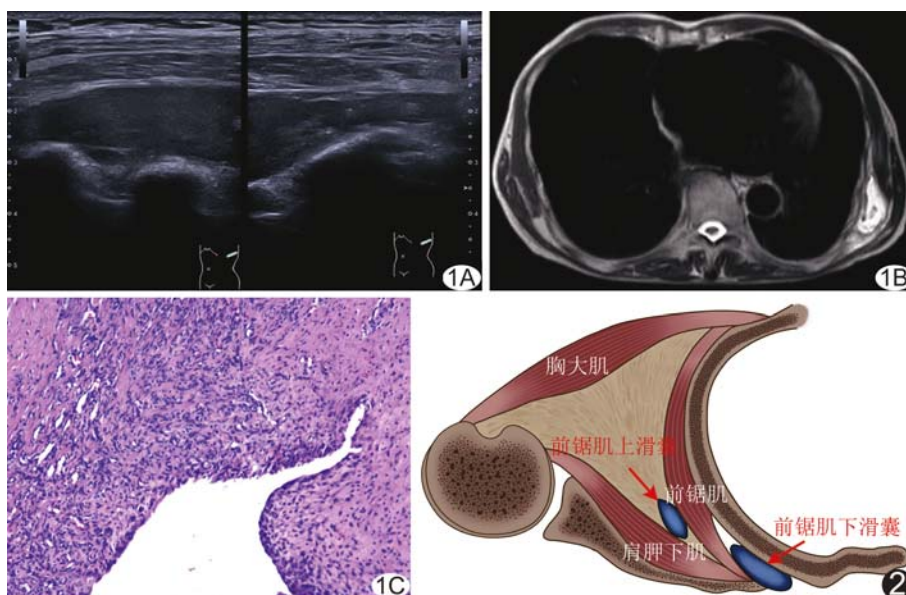


图1 前锯肌下慢性滑囊炎 A. 左肩背部二维超声像图; B. 胸部轴位MR T2WI; C. 病理图(HE, $\times 100$) 图2 前锯肌下滑囊示意图

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。

[第一作者] 徐斌(1980—),女,黑龙江大庆人,硕士,医师。E-mail: gongnaisi@126.com

[收稿日期] 2022-06-07 [修回日期] 2022-08-22