

腰骶部皮下肠源性囊肿 1 例

Infrequent lumbosacral subcutaneous enterogenous cyst, a case report

李德亨, 毛广平, 刘金龙, 王与荣

(南京大学医学院临床医院 南京军区南京总医院 210002 南京市)

doi: 10.3969/j.issn.1004-406X.2013.04.20

中图分类号: R739.93 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2013)-04-0383-02

肠源性囊肿 (enterogenous cysts) 是一种少见的先天性疾患, 好发于青少年。近期我科收治 1 例, 经手术及病理检查证实, 现报告如下。

患者, 女, 15 岁, 因“发现腰骶部包块 5 年余, 进行性增大 1 年”于 2012 年 1 月 30 日入院, 患者自诉腰骶部偶有胀痛, 无发热, 无其他特殊不适, 大小便正常。既往体健, 无其他疾病史, 无手术、外伤史。专科检查: 双下肢无畸形, 运动、感觉正常, 腰骶部中线偏右侧体表略显膨隆, 站立位较明显, 俯卧位时略减小, 皮色无异常, 周围无毛发, 无咖啡斑, 未见有明显窦道口。触之包块大小约 3×4cm, 质软, 有波动感, 推之无移动性, 皮温不高, 无明显触痛。MRI 示: 腰骶部皮下 L5/S1 水平可见一类圆形长 T1、长 T2 信号影, 边界清, 大小约 3×4×2cm, 内有液体密度影, 周围软组织未见明显异常信号 (图 1、2)。CT 示 L5 椎体右侧椎板部分缺损, 腰骶部皮下囊肿 (图 3)。术前初步诊断为腰骶部囊肿, 考虑为潜在脊膜膨出可能。

患者于 2012 年 2 月 1 日在全麻下行腰骶部囊肿切除术, 俯卧位, 以腰骶部包块突出处为中心梭型切口, 逐层切开皮肤、皮下, 见包块突出于脂肪层内, 与周围组织粘连, 沿包块包膜外缘钝性分离周围脂肪及软组织直至背部深筋膜, 然后由包块基底一侧小心向对侧分离, 分离过程中未见包块基底组织内有神经纤维及明显瘘管与包块相通, 将包块完整取出, 取出过程中包块完整无破裂, 取出处创面内部深筋膜完整, 抬高手术台头侧使患者呈头高脚低并持续数分钟, 未见包块切除处创面内明显清亮液体渗出, 基底部加强缝合, 彻底止血, 冲洗, 逐层严密关闭创口, 无菌敷料略加压包扎。囊性包块手术刀剖开时囊腔内为清亮无色水样物。术后给予头孢唑林注射剂预防感染、卡络磺钠止血等常规对症治疗, 并给予头低脚高位 5d, 防止脑脊

液渗漏。术后患者未有明显不适症状。术后病理检查: 符合肠源性囊肿 (图 4)。患者术后半年随访无复发, 无头痛、头晕, 双下肢感觉、活动好。

讨论 肠源性囊肿是由于胚胎发育第三周神经管与原肠分离障碍, 由其残留或异位的组织演变而来。更确切的说由于组织胚胎发育过程中, 胚胎原基迷离所致^[1]。本病以青少年为多, 在已有的文献报道中绝大部分位于椎管内, 椎管外少见, 少部分位于颅内, 偶发生于纵膈。肠源性囊肿的发生常伴有某些先天发育畸形, 例如椎体及椎弓部件异常, 胃肠道畸形, 纵膈或后腹膜囊肿^[2]。Mantoo 等^[3]于 2008 年报道 1 例囊肿位于左肩胛区皮下, 后切除活检经病理检查诊断为肠源性囊肿。在国内鲜有文献报道肠源性囊肿位于皮下。王琦等^[4]曾报道 1 例囊肿位于尾骨末端软组织内且与椎管腔不通, 但未做详细描述。本例囊肿与其相似, 位于腰骶部皮下软组织内, MRI 及 CT 示囊肿与椎管腔不通, L5 椎体右侧椎板部分缺损, 术中未见明显神经纤维及瘘管与囊肿相通或相连, 实属罕见。椎管内肠源性囊肿主要表现为相应节段受压而导致的脊髓或神经根性症状, 常表现为肢体运动障碍、感觉障碍。MRI 应作为本病首选检查, 通常囊肿在 MRI 呈圆形或椭圆形, 在 T1WI 像上低于或等于脑脊液信号, 在 T2WI 像上等于或高于脑脊液信号, 信号常均匀, 边缘光滑。魏新华等^[5]认为 MRI 横断位或矢状位图像上囊肿部分被“镶嵌”在脊髓中所形成的“脊髓嵌入征”是诊断肠源性囊肿的重要依据。本例患者与脊膜膨出容易混淆, 增加了诊断难度。脊膜膨出以婴幼儿多见, 好发于腰骶部, 易引起相应神经症状如下肢及大小便功能障碍, 常伴有棘突缺如, 椎弓闭合不全等畸形, 脊膜通过脊椎缺损部位向外呈囊袋样膨出。MRI 像上单纯性脊膜膨出常多表现为光滑的类圆形囊状肿块, 呈均匀长 T1、T2 信号, 与脑脊液信号一致, 与本例患者鉴别较困难。脂肪瘤在 T1WI 和 T2WI 均呈高信号, 应用脂肪抑制序列后, 病灶内的高信号明显被抑制。而蛋白含量高的肠源性囊肿信号强度不受影响^[6]。皮样和表皮样囊肿好发于儿童,

第一作者简介: 男 (1988-), 在读硕士, 研究方向: 脊柱外科

电话: (025)80860023 E-mail: LI_DH1234@163.com

通讯作者: 毛广平 E-mail: Mao-GP@sohu.com

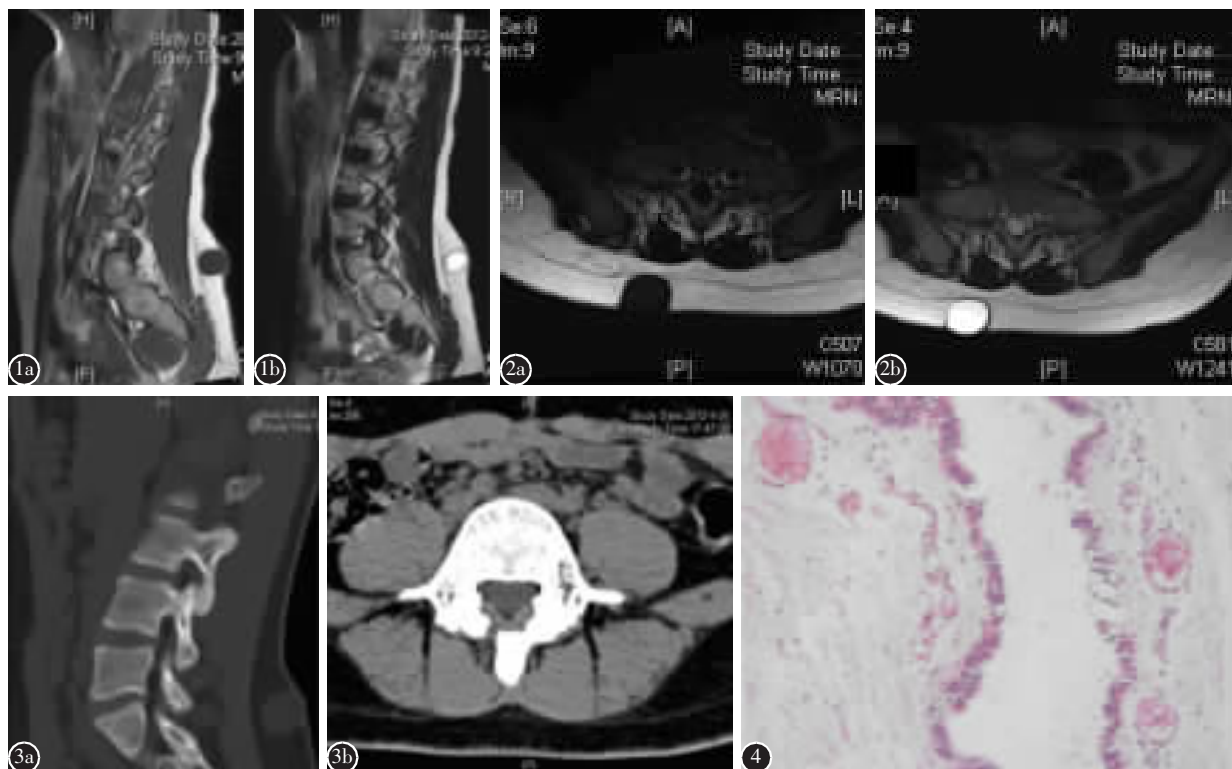


图 1 a、b 术前 MRI 平扫矢状位示病灶(L5/S1 部位皮下)呈一长 T1、长 T2 信号影 图 2 a、b 术前 MRI 平扫横断位未见囊肿与椎管腔相通 图 3 a 术前 CT 矢状位示囊肿位于 L5/S1 水平中线偏右侧皮下 b 术前 CT 横断位示 L5 右侧椎板部分缺损 图 4 病理切片示真皮层纤维结缔组织间可见数个囊样结构,囊内壁被覆纤毛柱状上皮,符合肠源性囊肿(HE ×200)

Figure 1 a, b Preoperative MRI examination showed the lesion was a long T1 and T2 signal intensity (located in subcutaneous tissue at L5/S1 level) **Figure 2 a, b** The lesion was not connected with spinal canal on transverse MRI **Figure 3 a** Preoperative CT examination showed the lesion was located in the subcutaneous tissue which is on the right side of the midline at the L5/S1 level **b** Partial-thickness defect on the right side of vertebral body **Figure 4** Pathological section showed several cystoid structures lying between connective tissue fibers of corium layer; and capsule wall of cystoid structures covered with ciliated columnar epithelium which is compatible with enterogenous cyst(HE ×200)

多位于腰骶部髓外硬膜下,信号多不均匀,多数无强化,少数囊壁可见强化;常合并脊柱畸形和背部皮肤异常^[7]。对于影像学资料及临床体征无特异性的肠源性囊肿,可通过病理检查确诊。治疗肠源性囊肿最好的方法是手术,应在并发症出现之前早确诊、早手术,术中应给予囊肿完整切除,防止复发,术后给予常规对症治疗。本例患者出院半年后随访状况良好,远期是否复发有待于进一步随访。

参考文献

1. 岳盛琳,方静仪,罗麟,等. 中枢神经系统肠源性囊肿的形态及免疫组化研究[J]. 中华神经外科杂志, 1998, 14(3): 164-167.
2. Brooks BS, Duvall ER, Gamma T, et al. Neuroimaging fea-

tures of neurenteric cysts: analysis of nine cases and review of the literature[J]. Am J Neuroradiol, 1993, 14(3): 735-746.

3. Mantoo SK, Mak K, Raju GC. Ectopic enterogenous cyst[J]. Singapore Med, 2008, 49(11): e325-e326.
4. 王琦,王颖,郭彦,等. 脊椎肠源性囊肿的 MR 诊断[J]. 实用放射学杂志, 2008, 24(6): 799-801.
5. 魏新华,藏建平,高培毅,等. 椎管内肠源性囊肿的 MRI 表现[J]. 中国医学影像技术, 2006, 22(3): 395-397.
6. 李烁,李明利,金征宇. 椎管内肠源性囊肿的磁共振成像特征[J]. 中国医学科学院学报, 2007, 29(1): 130-133.
7. 陈静,张云亭,李威,等. 椎管内肠源性囊肿的 MRI 诊断与鉴别诊断[J]. 临床放射学杂志, 2009, 28(2): 154-157.

(收稿日期:2012-07-23 修回日期:2012-09-18)

(本文编辑 彭向峰)