

中华医学会系列杂志

ISSN 1007-5232

CN 32-1463/R

中华消化内镜杂志®

ZHONGHUA XIAOHUA NEIJING ZAZHI

2023年10月 第40卷 第10期

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 40 Number 10
October 2023



中华医学会

CHINESE
MEDICAL
ASSOCIATION

ISSN 1007-5232



·病例报道·

罕见腹膜后支气管囊肿 1 例

陶莉 徐帆 方倩倩 胡祥鹏 章礼久

安徽医科大学第二附属医院消化内科, 合肥 230601

通信作者: 胡祥鹏, Email: xphuay2003@aliyun.com

【提要】 支气管囊肿属于先天性病变, 是一种良性的囊性病变。通常发生在胸部, 在腹膜后极为罕见。术前诊断困难, 超声内镜的诊断优势越来越显著, 最终诊断依赖于组织病理学检查。本文报道了 1 例超声内镜辅助诊断腹膜后支气管囊肿, 旨在帮助临床医师提高对该疾病的认识。

【关键词】 支气管源性囊肿; 腹膜后间隙; 腔内超声检查; 影像学检查

基金项目: 安徽省高校科学研究项目 (KJ2019A0268); 高校优秀拔尖人才培养资助项目 (gxgwf2021012); 安徽医科大学基础与临床合作研究提升计划项目 (2019xkjT012); 安徽医科大学科研基金项目 (2021xkj052)

A rare case of retroperitoneal bronchogenic cyst

Tao Li, Xu Fan, Fang Qianqian, Hu Xiangpeng, Zhang Lijiu

Department of Gastroenterology, The Second Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230601, China

Corresponding author: Hu Xiangpeng, Email: xphuay2003@aliyun.com

患者女, 34 岁, 因发现腹膜后占位 4 个月余至我院就诊, 既往无任何消化道不适, 否认手术史。患者 4 个月前因外伤致胸部不适, 于外院行胸腹部 CT 提示肋骨骨折、腹膜后占位性病变 (长径约 4 cm)。入院体检: 生命体征平稳, 心、肺、腹部查体未见明显阳性体征。入院后完善胸部 CT 未见明显异常。腹部 CT 示左侧腹膜后一类圆形软组织影 (图 1A)。腹部磁共振成像 (magnetic resonance imaging, MRI) 平扫+增强示腹膜后偏左侧见边界清楚、类圆形病灶, 大小约 40 mm×49 mm×51 mm, 增强未见明显强化, 考虑良性病变, 神经源性肿瘤可能 (图 1B)。

为进一步鉴别病变性质, 遂行超声内镜检查术 (endoscopic ultrasonography, EUS)。纵轴 EUS 提示腹膜后一囊性、类圆形病变, 内部透声性差, 囊内容物呈细密点状回声, 局部切面大小约 42.0 mm×65.5 mm, 边界清晰, 可见包膜。多普勒显示病灶无明显血流信号, 弹性成像以绿色为主, 提示质地偏软, 静脉注射六氟化硫微泡造影剂观察 3 min, 病灶内部无增强, 囊壁可见强化。同时病变与腹主动脉间见一管腔样结构, 多普勒显示无血流信号, 与病变相通 (图 2)。于入院后 1 周对该患者行腹腔镜下腹膜后肿物切除术, 术中见病灶位于腹膜后, 长径约 5 cm, 囊性, 与周围

边界清楚, 游离囊肿与周围组织, 完整剥离囊肿, 根部位于腹主动脉旁, 结扎切断根部, 完整切除病灶。术后病理提示囊壁由纤维结缔组织、平滑肌组织构成, 局灶见少量支气管腺体, 囊壁内衬纤毛柱状上皮, 符合支气管源性囊肿 (图 3)。术后 3 d 复查腹部 CT 未见明显异常。

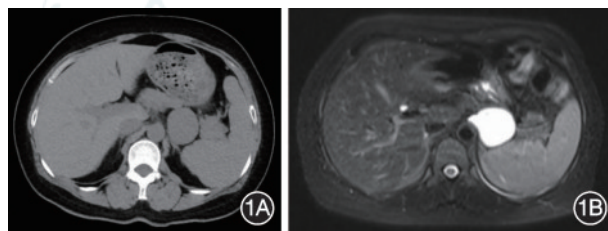


图 1 腹膜后支气管囊肿患者行影像学检查 1A: 腹部 CT 示左侧腹膜后类圆形软组织影; 1B: 腹部磁共振成像示腹膜后偏左侧类圆形等 T1 长 T2 信号, 边界清楚, 增强未见明显强化

讨论 支气管囊肿是由原始的前肠发育异常所致, 多由胚胎发生 26~40 d 期间气管支气管树的异常出芽引起, 是一种良性的囊性先天性畸变。典型的病理学特征是囊壁内衬假复层纤毛柱状上皮, 囊壁可含有软骨、支气管腺体和平滑肌等成分^[1]。支气管囊肿通常见于胸部, 尤其是纵隔, 很

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20230225-00052

收稿日期 2023-02-25 本文编辑 周昊

引用本文: 陶莉, 徐帆, 方倩倩, 等. 罕见腹膜后支气管囊肿 1 例[J]. 中华消化内镜杂志, 2023, 40(10): 836-838. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20230225-00052.



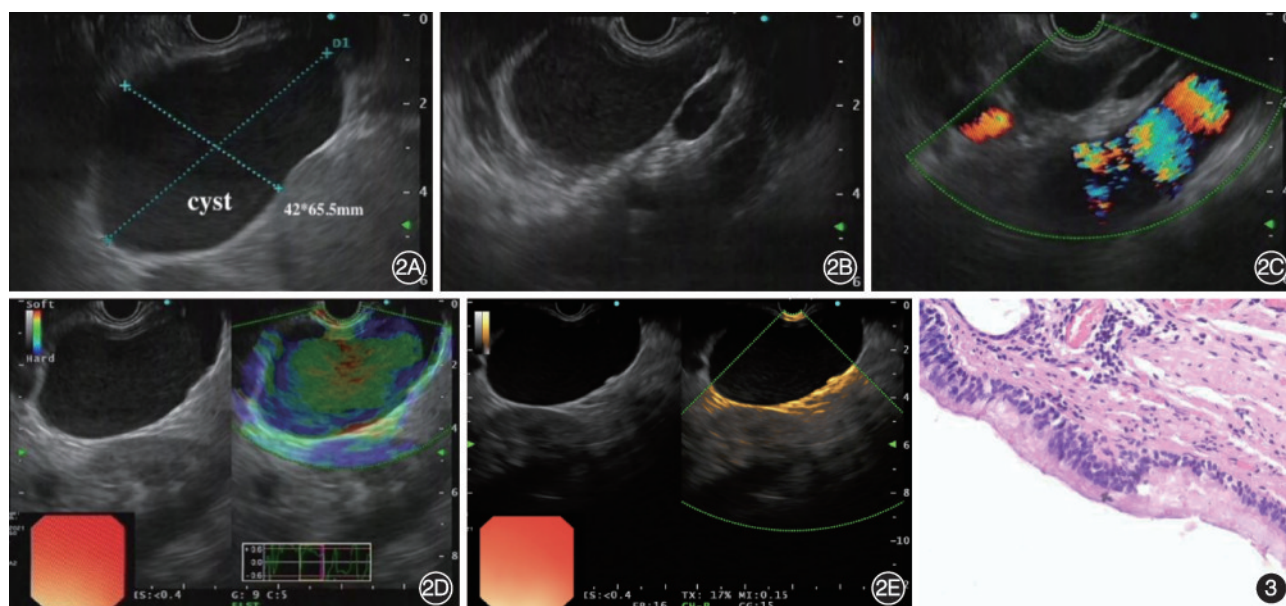


图2 腹膜后支气管囊肿患者行超声内镜检查 2A:腹膜后见一无回声类圆形病灶,内部透声性差,局部切面大小约42.0 mm×65.5 mm; 2B:病变与腹主动脉间见一管腔样结构,与病变相通;2C:多普勒显示病变及管腔样结构均无血流信号;2D:病灶处弹性成像以绿色为主; 2E:静脉注射六氟化硫微泡造影剂,病灶内部无增强 图3 病理示囊壁由纤维结缔组织、平滑肌组织构成,局灶见少量支气管腺体,囊壁内衬纤毛柱状上皮 HE ×200

少发生于膈下,只有极少支气管囊肿位于腹膜后^[2]。目前,腹膜后支气管囊肿形成的确切机制尚不清楚,可能在胚胎发育过程中,胸部和腹部从单一的部分逐渐融合,气管支气管树的一部分脱落并迁移,同时气管支气管树上的异常出芽也随之迁移至腹腔,发展成腹膜后支气管囊肿^[3]。

在临床上腹膜后支气管囊肿多无明显症状和体征,由于持续的上皮分泌,这些病变随着患者年龄的增加有增大的趋势,少数病例可出现上腹痛或背部疼痛,或因感染、出血、穿孔或其他器官受压而继发的并发症表现。腹膜后支气管囊肿主要见于胰腺及肾上腺区域,囊肿形状多为梭形,当囊肿继发感染或出血时,会变为圆形或不规则形,此时难以与其他腹膜后疾病相区分。由于其不典型的临床表现,多数患者常在CT或MRI等影像学检查中偶然发现和诊断。腹膜后支气管囊肿内的液体是由水和蛋白黏液的混合物组成,根据是否存在出血或感染,显示有或没有成分,从而在影像学检查中表现衰减的变异性^[4]。CT扫描常表现为边界较清楚、密度均匀的圆形或椭圆形囊性病变,多为单房,静脉注射造影剂后无增强。MRI表现为T1WI稍高信号或高信号,T2WI高信号。当囊肿内有出血、感染、钙含量高、体积大或受压时,支气管囊肿可在CT和T1WI上显示出类似实体肿块的表现,虽在T2WI上仍表现为非常高的信号强度,在一定程度上协助鉴别性质,但仍容易误诊^[5]。

支气管囊肿EUS的特征表现为圆形、类圆形或管状的无回声结构,内部回声均匀,边界清晰,病灶后方回声增强。但由于囊内黏液含量不同,在EUS中可显示为低回声或内部回声不均匀的不典型表现^[6]。如行EUS引导下细针穿刺抽吸术(EUS-guided fine needle aspiration, EUS-FNA)获取的囊液可在术前提提供病理学依据。文献中对于支气管囊肿穿

刺物的外观描述通常为灰白色、褐色或黄色的黏液样物质,黏液物质的存在应考虑支气管囊肿的可能,根据患者的临床症状采取保守或手术治疗。如病变显示为明确的无回声(囊肿)时,由于可能引起严重感染,不建议对囊性病变更常规行EUS-FNA^[7];当病变是低回声、实性肿瘤与充满黏液的囊肿不能可靠区分时,可考虑行FNA^[8]。

因此,为进一步明确诊断,对该患者进行EUS,显示为无回声囊性病变,位于腹膜后间隙,边界清晰,似起源于腹主动脉旁,与肾上腺及胰腺无相关性。虽然腹膜后支气管囊肿大多是良性病变,但术前诊断存在较大困难,为明确诊断、缓解相关症状并防止任何潜在的恶性转化,建议进行手术治疗。腹膜后支气管囊肿的主要治疗方法是手术切除,腹腔镜切除已被广泛应用,可获得明确的组织学诊断。患者要求手术治疗,拒绝进行穿刺。本例患者行腹腔镜手术完整切除病变,术中探查囊液呈灰白色黏液样物质,并证实囊肿根部位于腹主动脉旁,符合EUS表现,而在CT及MRI上未发现其根部情况。EUS不仅可以区分实性和囊性变,并且能清楚显示腹膜后肿块的形态及周围结构,做出准确的诊断。术后组织病理学检查显示囊壁由平滑肌组织和支气管腺体构成,壁内衬纤毛柱状上皮,符合支气管囊肿诊断。

尽管支气管囊肿在腹膜后极为罕见,且术前诊断困难,但在腹膜后囊性病变的鉴别诊断中必须考虑到支气管囊肿可能。通过单一影像学检查难以诊断和区分支气管囊肿和其他腹膜后肿物,组织病理学是腹膜后支气管囊肿最可靠的诊断方法。EUS对于腹膜后病变的诊断具有较大优势,不仅可清楚显示腹膜后肿块的形态及周围结构,当其他影像学检查不能明确性质时,可行EUS-FNA提供组织病理学

依据,这已成为诊断和鉴别腹膜后肿瘤不可缺少的检查手段。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

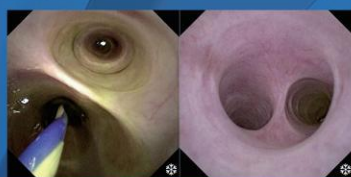
- [1] Dong B, Zhou H, Zhang J, et al. Diagnosis and treatment of retroperitoneal bronchogenic cysts: a case report[J]. *Oncol Lett*, 2014, 7(6):2157-2159. DOI: 10.3892/ol.2014.1974.
- [2] Yoon YR, Choi J, Lee SM, et al. Retroperitoneal bronchogenic cyst presenting paraadrenal tumor incidentally detected by (18)F-FDG PET/CT[J]. *Nucl Med Mol Imaging*, 2015, 49(1): 69-72. DOI: 10.1007/s13139-014-0306-0.
- [3] Hu L, Fan J, Wang T, et al. Ectopic bronchogenic cyst in abdomen—a rare special type[J]. *Am J Med Sci*, 2021, 361(6): e59-e60. DOI: 10.1016/j.amjms.2020.11.014.
- [4] Govaerts K, Van Eyken P, Verswijvel G, et al. A bronchogenic cyst, presenting as a retroperitoneal cystic mass[J]. *Rare Tumors*, 2012, 4(1):e13. DOI: 10.4081/rt.2012.e13.
- [5] Wang M, He X, Qiu X, et al. Retroperitoneal bronchogenic cyst resembling an adrenal tumor with high levels of serum carbohydrate antigen 19-9: a case report[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2017, 96(31): e7678. DOI: 10.1097/MD.00000000000007678.
- [6] Klamt A, Di Loreto A, Valle RD, et al. Role of endoscopic ultrasonography in intramural bronchogenic cysts: case reports and review of the literature[J]. *Endosc Ultrasound*, 2012, 1(3): 162-164. DOI: 10.7178/eus.03.008.
- [7] 中国医师协会超声内镜专家委员会. 中国内镜超声引导下细针穿刺抽吸/活检术应用指南(2021,上海)[J]. *中华消化内镜杂志*, 2021, 38(5): 337-360. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20210302-00143.
- [8] Wildi SM, Hoda RS, Fickling W, et al. Diagnosis of benign cysts of the mediastinum: the role and risks of EUS and FNA [J]. *Gastrointest Endosc*, 2003, 58(3):362-368.



中华医学会

一次性胰胆成像导管

清：高亮光源，清晰成像



灵：四向转角

细：9F纤细管径

大：器械通道直径 $\geq 1.8\text{mm}$

成像控制器

规格型号	导管直径	器械通道直径	有效工作长度	视野角度
CDS22001	9F	$\geq 1.0\text{ mm}$	2200 mm	120°
CDS11001	11F	$\geq 1.8\text{ mm}$		

广告

苏械广审(文)第250206-16195号
苏械注准 20212061554 苏械注准 20212061309
南微医学科技股份有限公司生产
禁忌内容或注意事项详见说明书 仅限专业医疗人员使用

C400 全国服务电话
025 3000
www.micro-tech.com.cn

南微医学科技股份有限公司
◎ 南京高新开发区高科三路10号
☎ 025 5874 4269
✉ info@micro-tech.com.cn

PENTAX
MEDICAL



阔“视”界 大有可为

ERSU10

超声电子上消化道内窥镜：国械注进 20213060225
超声电子上消化道内窥镜：国械注进 20213060226
超声电子上消化道内窥镜：国械注进 20213060227
沪械广审（文）第 260623-25522 号
生产商：豪雅株式会社
生产商地址：东京都新宿区西新宿六丁目 10 番 1 号
禁忌内容或注意事项详见说明书

广告