

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·

超声内镜诊断腹膜后淋巴管瘤 1 例(含视频)

胡珊珊¹ 赵晓晨² 侯洁³ 彭珊³ 贺红娟³ 谭世容³¹四川省人民医院消化内科,成都 610000;²四川省人民医院肝胆外科,成都 610000;³四川省人民医院消化内镜中心,成都 610000

通信作者:赵晓晨,Email:casslias@126.com



扫码查看操作视频

【提要】 腹膜后淋巴管瘤是腹膜后肿瘤中的一种,多数是先天性的,呈单房或多房的囊性形态,当体积较大时会出现压迫及浸润周围器官组织的特征,CT 和(或)磁共振等传统影像学检查很难将其与腹膜后其他肿瘤进行鉴别,较难进行外科手术前精准诊断评估。本文介绍了 1 例腹膜后淋巴管瘤术前借助超声内镜精准诊断评估的病例,并结合既往国内外文献对该病进行系统性分析,以提高临床医师对该病的认识及治疗水平。

【关键词】 淋巴管瘤; 超声内镜; 腹膜后

Diagnosis of retroperitoneal lymphangioma by endoscopic ultrasound: a case report (with video)Hu Shanshan¹, Zhao Xiaochen², Hou Jie³, Peng Shan³, He Hongjuan³, Tan Shirong³¹Department of Gastroenterology, Sichuan Provincial People's Hospital, Chengdu 610000, China;²Department of Hepatobiliary Surgery, Sichuan Provincial People's Hospital, Chengdu 610000, China;³Digestive Endoscopy Center, Sichuan Provincial People's Hospital, Chengdu 610000, China

Corresponding author: Zhao Xiaochen, Email: casslias@126.com

患者女,38 岁,因右上腹部及腰背部疼痛半年在外院就诊,既往 1 年前曾有腹部车祸伤史。外院行腹部增强磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)提示右上腹融合性团块影,大小约 50 mm×50 mm,考虑炎性淋巴管增生或淋巴瘤可能。遂行腹腔镜探查,发现肿物表面呈红色改变,怀疑血管瘤,未行手术切除及活检。由于诊断不清转入我院,我院腹部增强 CT 考虑十二指肠内侧至胰腺钩突恶性肿瘤可能性大,伴淋巴结肿大(图 1)。病灶性质:淋巴瘤?血管瘤?胰腺癌?,故进一步安排消化内镜检查。

胃镜下十二指肠壁及乳头区域无异常(图 2),超声内镜示整个胰腺实质未见异常,胰腺周围无肿大淋巴结,胆管及胰管均未扩张,未探及腹腔积液。紧贴十二指肠降段及胰腺钩突,在腹膜后区域,发现一囊性占位,截面大小约 50 mm×45 mm,边界清晰,内部分两个区域,其一呈现囊状结构,多房,囊腔体积较大,囊壁薄,分隔纤细,内部囊液透声性尚可,其二呈蜂窝状及海绵状结构,囊腔细小,分隔纤细,内部囊液透声性差,部分囊腔内可见点状强回声漂浮,考虑腔内有出血或感染可能,两个囊性区域内部均无血流信号(图 3)。包块呈现“钻缝样生长”,压迫肠系膜上动静

脉,但无恶性肿瘤浸润生长的特征(图 4),同时造影增强超声内镜检查术观察病灶,病灶呈现多房、囊性,部分区域呈囊状,部分区域呈海绵状,内部均无增强,囊内无囊壁结节表现(图 5),分隔纤细伴有增强。综合以上特征,该病灶更倾向为腹膜后淋巴管瘤,但也不能完全除外胰腺来源囊性肿瘤、卵巢来源肿瘤、囊性畸胎瘤、腹膜后脓肿、腹膜后脂肪肉瘤等疾病,故为与其他腹膜后肿瘤进行鉴别以及取得病理依据,遂行超声内镜引导下细针穿刺抽吸术(endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration, EUS-FNA)。

在超声内镜引导下 22 G 穿刺针透过十二指肠壁穿刺该腹膜后囊性病灶,使用 10 mL 负压穿刺 1 针(图 6),穿刺抽吸出少量淡黄色囊液及较多组织条,穿刺结束后观察穿刺点有少许渗血,渗血很快自行停止,穿刺术后患者无腹痛、发热等并发症。抽吸出的淡黄色囊液李凡他试验阳性,甘油三酯水平升高,发现在血细胞中散在较多淋巴细胞,未见恶性肿瘤细胞(图 7)。

结合患者以上所有信息与发病率较高的腹膜后病变进行鉴别:①胰腺及卵巢来源的囊性肿瘤:影像学检查尤其超声内镜能贴近观察,判断肿瘤的来源,胰腺及卵巢来源的肿

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20230103-00484

收稿日期 2023-01-03 本文编辑 钱程

引用本文:胡珊珊,赵晓晨,侯洁,等. 超声内镜诊断腹膜后淋巴管瘤 1 例(含视频)[J]. 中华消化内镜杂志, 2023, 40(10): 833-835. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20230103-00484.



瘤标志物 CA125、CA19-9 部分会出现升高,穿刺活检病理可最终明确诊断。②腹膜后脓肿:多表现有腹痛、发热、畏寒等感染中毒症状,实验室检查有白细胞计数升高,影像学检查可发现低回声影,穿刺出脓性积液即可明确诊断。③脂肪肉瘤:同淋巴管瘤类似,密度较低,但肿瘤形态不规则,压迫浸润性生长明显,超声内镜可见内部有脂肪高回声改变,这种脂肪高回声特征可作为与淋巴瘤的鉴别。排除上述几类腹膜后常见病灶后,诊断为腹膜后淋巴管瘤,鉴于其具有海绵状及囊状的特征,考虑为囊状合并海绵状腹膜后淋巴管瘤。

由于该病灶对患者产生腹腔压迫症状,故于 2022 年 7 月行腹腔镜切除术。术中见腹腔少许淡黄色积液,腹壁、盆腔及网膜未见结节改变,网膜、胃、结肠与腹壁、胰腺、肝脏广泛致密粘连。钩突、腹膜后间隙见大小约 10 cm×8 cm×7 cm 不规则肿块,表面呈暗红色,活动度差,呈囊性改变,与肠系膜上动静脉、十二指肠、网膜致密粘连,术中细针抽吸出淡黄色囊液,由于肿物与周围致密粘连,在尽量完整切除病灶的基础上,对于可能残存的囊壁组织内层用 3%~5% 碘酊涂抹,破坏囊壁内皮细胞,防止复发(图 8)。术后将大体标本剖开后,肉眼可见病灶为囊性肿块,部分区域为多房大囊表现,部分区域为海绵状微囊表现(图 9)。镜下观察部分区域见淋巴管高度扩张呈囊状,囊壁较薄,厚薄尚均,间质为纤维组织条索,见到较多的淋巴细胞浸润表现(图 10)。免疫组化显示:CD31(+),CD2-40(+)(图 11),Ki67(+1%),CA19-9(-),EMA(-);病理诊断:囊状合并海绵状腹膜后淋巴管瘤。患者术后 1 周出院,无任何围手术期并发症。

讨论 腹膜后间隙是一个疏松组织构成的大间隙,存在于该间隙的疾病有损伤、感染、肿瘤、纤维化等^[1]。淋巴

管瘤属于腹膜后肿瘤中的一种^[2],腹膜后淋巴管瘤发病机制较复杂,多为先天性,某些后天因素也是其发病的原因,如腹部外伤、炎症、医源性等^[3]。男女发病比例相当^[4],淋巴管瘤生长在腹膜后较少见^[5]。

腹膜后淋巴管瘤的临床表现多种多样,缺乏特异性^[6]。当瘤体较小时,可能无任何症状,随着肿瘤体积增大,挤压周围组织脏器,可能随之伴有腹痛腹胀等症状^[7-8]。腹膜后肿块如腹腔淋巴瘤、腹膜后淋巴结转移性肿瘤以及腹腔结核等疾病,在术前没有得到精准诊断,而贸然接受了外科手术探查,会使患者承受更大创伤,甚至导致肿瘤播散转移^[9]。传统影像学检查 CT 及 MRI 是腹腔占位性病变更常用的定位及定性诊断的检查手段,但是各种腹膜后肿块的临床和影像学表现相似,有时难以区分。正电子发射计算机断层显像(positron emission tomography-computer tomography, PET-CT)相对于 CT 及 MRI 在病灶良恶性的鉴别上具有优势,且能寻找原发灶和远处转移灶,但 PET-CT 也会出现误诊。相较于传统影像学检查,超声内镜与上述脏器距离近,能透过消化道管壁近距离、动态、连续地扫查,观察病灶的细微特征,有助于定位及定性诊断,同时超声内镜的衍生技术造影增强超声内镜检查术、弹性成像及 EUS-FNA 更显著提高了消化道疾病诊断和介入治疗的水平^[10]。

腹膜后淋巴管瘤在超声内镜下特点为形态不规则,边界较清晰,壁薄,内呈囊性结构,可单囊也可多囊,当无感染或出血存在时囊液透声性可,合并感染或出血时囊腔内可漂浮点状或絮状强回声,囊内可见分隔,囊腔大小不一,包块具有向后腹膜间隙内延展生长的特性,随着瘤体的生长,与周边脏器分界可能逐渐不清楚,似有恶性肿瘤“浸润性生长”的特征表现。造影增强超声内镜检查术能对腹膜后淋巴管瘤进

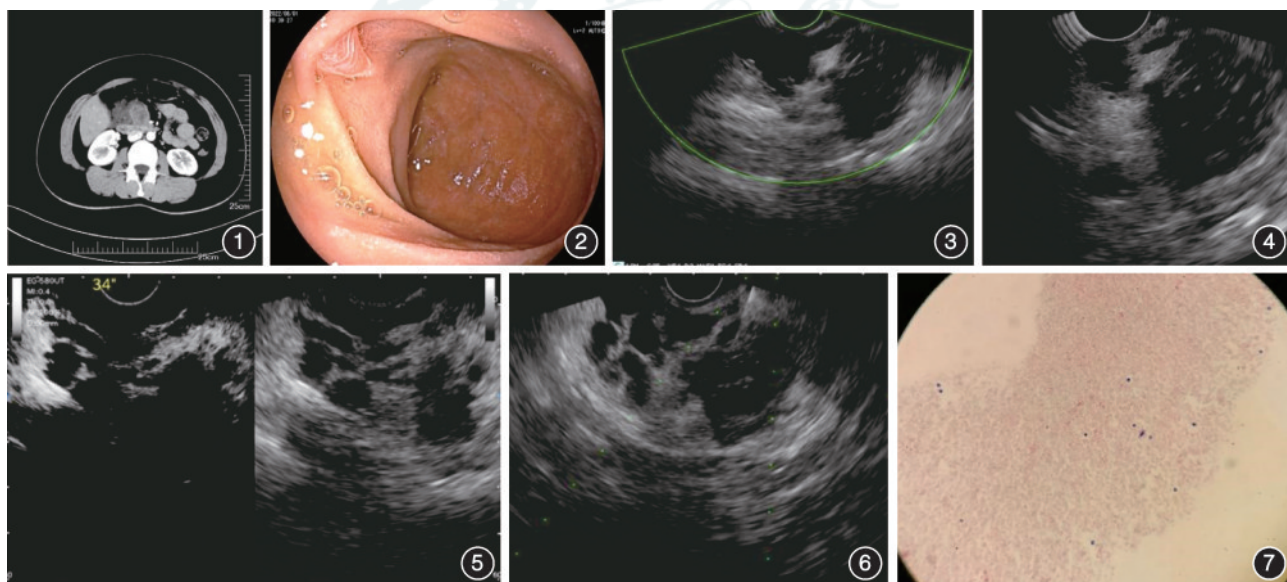


图 1 腹部增强 CT 发现十二指肠内侧至胰腺钩突有一占位性病变,伴淋巴结肿大,怀疑为恶性肿瘤 图 2 胃镜下十二指肠壁及乳头区域未见异常 图 3 超声内镜发现紧贴十二指肠及胰腺钩突,位于腹膜后有一囊性包块,内部无血流信号 图 4 超声内镜见病灶对于胆胰管及肠系膜上动静脉无浸润生长特征 图 5 造影增强超声内镜检查术检查发现病灶内部多房,内部无增强,无壁结节 图 6 超声内镜引导下细针穿刺腹膜后病灶 图 7 穿刺出的组织条送检,在血细胞中散在较多淋巴细胞,未见恶性肿瘤细胞 HE ×40

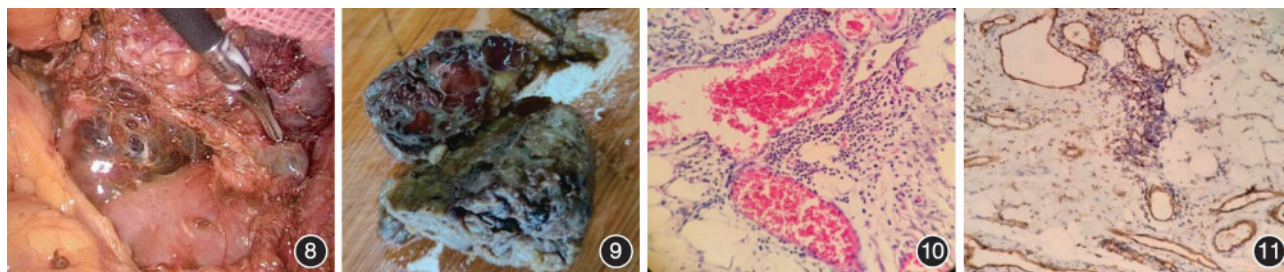


图8 腹腔镜下发现腹膜后病灶为囊性肿块,与周围粘连,尽量完整切除病灶
表现,部分为海绵状微囊

图9 大体标本肉眼观病灶为囊性肿块,部分为多房大囊

图10 染色淋巴管扩张,周围可见较多淋巴细胞浸润 HE ×40

图11 免疫组化CD2-40为阳性 ×40

行增强观察,若出现出血或感染,病灶或呈不均匀增强^[11]。超声内镜除了进行形态学的观察以外,EUS-FNA还可进行穿刺活检取得病理依据,并发症发生率低,安全性高^[12]。

EUS-FNA可在术前抽吸囊液进行分析,正常的淋巴管液为淡黄色透明液体,若出现乳糜色则提示含脂质较多,若出现淡红色则可能为组织破裂出血或感染。囊液可进行肿瘤标志物、淀粉酶等检查,有助于与胰腺囊性肿瘤进行鉴别。

腹膜后淋巴管瘤典型镜下表现为不同程度扩张的淋巴管腔,壁薄,壁内可见内皮细胞,壁外可见平滑肌纤维,间质内可见大量淋巴细胞浸润。

虽然腹膜后淋巴管瘤在影像学表现上具有一定的特异性,如延展性浸润性的生长方式、囊性成分等,但其鉴别诊断仍较困难,临床上应与腹膜后其他肿瘤,如脂肪肉瘤、畸胎瘤、淋巴瘤、神经鞘瘤,以及胰腺来源的囊性肿瘤、卵巢来源的恶性肿瘤等相鉴别。

对于腹膜后囊性淋巴管瘤的治疗可分为手术治疗及非手术治疗。根治性手术切除是最常用的治疗手段,可有效避免腹膜后淋巴管瘤的复发,手术类型有开放性手术或腹腔镜手术两种^[13]。非手术治疗为囊腔内注射硬化剂,其通过化学物刺激组织引起炎症反应,形成纤维化瘢痕。目前超声内镜引导下将硬化剂注射至病灶,可使靶组织细胞破坏,并引起炎症反应和纤维瘢痕化。超声内镜引导下胰腺神经内分泌肿瘤消融术和胰腺囊性肿瘤硬化消融术已经在临床上广泛开展^[14]。

综上所述,腹膜后淋巴管瘤由于其症状不典型,传统影像学检查容易误诊,而超声内镜具有对腹膜后病变近距离、连续、动态观察的优势,其衍生技术EUS-FNA可得到细胞及组织病理学依据,能为外科术前提供更精准和全面的诊断,同时并发症少,安全性高,值得临床推广。治疗上除了采取外科手术外,还可采用超声内镜引导下硬化剂囊内注射进行治疗,这为腹膜后淋巴管瘤的诊断及治疗提供一条新途径和方法。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

[1] Kelly ML. A retroperitoneal lymphangioma in an adult [J].

ANZ J Surg,2022,92(4):887-888. DOI:10.1111/ans.17162.

[2] Lilia BH, Rym K, Ali G, et al. Abdominal cystic lymphangioma complicated by mesenteric volvulus: a case report[J]. Tunis Med, 2014,92(5):356-358.

[3] Khan MH, Sultana J, Ahsan T, et al. Retroperitoneal lymphangioma in adult: a case report[J]. Mymensingh Med J, 2021,30(1):224-227.

[4] Bezzola T, Bühler L, Chardot C, et al. Surgical therapy of abdominal cystic lymphangioma in adults and children[J]. J Chir (Paris), 2008, 145(3): 238-243. DOI: 10.1016/s0021-7697(08)73752-9.

[5] Ge W, Yu DC, Chen J, et al. Lymphocele: a clinical analysis of 19 cases[J]. Int J Clin Exp Med, 2015,8(5):7342-7350.

[6] Perkins JA, Manning SC, Tempero RM, et al. Lymphatic malformations: review of current treatment[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2010, 142(6): 795-803. e1. DOI: 10.1016/j.otohns.2010.02.026.

[7] Lim HJ, Tan JW, Chia CS, et al. A rare case of retroperitoneal lymphangioma in a 74-year-old Chinese male[J]. J Surg Case Rep, 2021,2021(2):610. DOI: 10.1093/jscr/rjaa610.

[8] Hubli P, Rohith M, Sachin BM. A giant retroperitoneal lymphangioma: a case report[J]. J Clin Diagn Res, 2016,10(7): PD14-15. DOI: 10.7860/JCDR/2016/19989.8142.

[9] Kodera K, Abe K, Kanehira M, et al. Retroperitoneal lymphangioma mimicking malignant tumor treated by pancreaticoduodenectomy[J]. Clin J Gastroenterol, 2021,14(6): 1791-1797. DOI: 10.1007/s12328-021-01492-6.

[10] Bang JY, Varadarajulu S. 22-gauge fine-needle biopsy needles: primary workhorse for endoscopic ultrasound-guided tissue acquisition[J]. Dig Endosc, 2022, 34(3): 464-465. DOI: 10.1111/den.14188.

[11] Rübenthaler J, Paprottka K, D'Anastasi M, et al. Diagnosis of perinephric retroperitoneal lymphangioma supported by contrast-enhanced ultrasound (CEUS) [J]. Clin Hemorheol Microcirc, 2017,65(1):43-47. DOI: 10.3233/CH-169000.

[12] Rao RN, Pandey R, Rana MK, et al. Pancreatic and peripancreatic tuberculosis presenting as hypoechoic mass and malignancy diagnosed by ultrasound-guided fine-needle aspiration cytology[J]. J Cytol, 2013, 30(2): 130-135. DOI: 10.4103/0970-9371.112658.

[13] Sato T, Matsuo Y, Shiga K, et al. Laparoscopic resection of retroperitoneal lymphangioma around the pancreas: a case report and review of the literature[J]. J Med Case Rep, 2015,9: 279. DOI: 10.1186/s13256-015-0760-z.

[14] Zhang L, Tan S, Huang S, et al. The safety and efficacy of endoscopic ultrasound-guided ablation therapy for solid pancreatic tumors: a systematic review[J]. Scand J Gastroenterol, 2020, 55(9): 1121-1131. DOI: 10.1080/00365521.2020.1797870.

VedVision唯视
胆道子镜直视系统

Vedkang唯德康

一次性使用胆胰管成像导管

电子内窥镜图像处理器

观入微，术无限，应于手

开启胆胰疾病诊治的直视操作时代

江苏唯德康医疗科技有限公司
Jiangsu Vedkang Medical Science and Technology Co., Ltd.

- A** 地址：江苏省武进经济开发区果香路52号
- T** 电话：0519-69877755, 69877756
- F** 传真：0519-69877753
- E** 邮箱：sales@vedkang.com

生产企业：江苏图云医疗科技有限公司

产品注册证及名称：

苏械注准 20222061594（电子内窥镜图像处理器）

苏械注准 20222061739（一次性使用胆胰管成像导管）

苏械广审（文）第 270803-07238 号

▲ 禁忌内容或注意事项详见说明书
以上仅指本公司产品



广告

SonoScape 开立

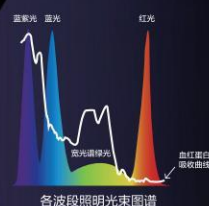
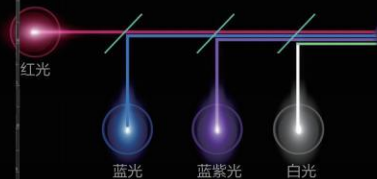
广告

聚谱境界 纵染全局

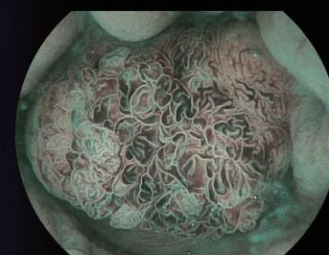


HD-550 全高清电子内镜系统

- 聚谱成像技术 (SFI)
- 光电复合染色成像技术 (VIST)
- VLS-55系列四波长LED光源
- 全密封一键式插拔镜体
- 大钳道辅助送水治疗型内镜



SFI图像



VIST图像

深圳开立生物医疗科技股份有限公司
SONOSCAPE MEDICAL CORP.
地址：深圳市南山区科技中二路深圳软件园二期12栋2楼
电话：86-755-26722890

网站：www.sonoscape.com
邮箱：sonoscape@sonoscape.net
禁忌内容或者注意事项详见说明书
粤械广审（文）第231218-06850号

注册证编号
医用内窥镜图像处理器 粤械注准20182061081
医用内窥镜冷光源 粤械注准20192061100
电子上消化道内窥镜 国械注准20193060037
电子下消化道内窥镜 国械注准20193060046