

• 病例报告 •

乙状结肠系膜巨大淋巴管瘤 1 例

向东洲¹ 廖家权¹ 王康太¹ 张丽¹ 顾文燕²

小儿淋巴管瘤在我国发病率较高,可发生于任何部位,但发生于乙状结肠系膜者极罕见,作者近期收治 1 例巨大乙状结肠系膜淋巴管瘤患儿,现报告如下。

患儿,女,3 岁,因“发热 3 d、发现腹腔包块 1 d”入院。体查:T 39.2℃,P 110 次/分,R 24 次/分,心肺无异常,腹膨隆,腹肌软,肠鸣音可闻及,腹部触诊欠配合。彩超提示腹腔巨大囊性包块(图 1)。血常规 WBC $16.9 \times 10^9/L$ 、N% 84.4%,肝功能 ALB 27.89 g/L,腹部 CT 提示:腹腔偏右侧见较大囊实性异常密度影,以低密度影为主,其内可见分隔,大小约 13.5 cm×6.5 cm×8.6 cm,明显占位效应,邻近肠管受

推挤(图 2)。疑为腹腔肠系膜囊肿并感染。入院后予抗感染、补液治疗,复查血常规 WBC $10.35 \times 10^9/L$ 、N 68.42%。经完善术前准备,在全身麻醉下行剖腹探查术,术中见腹腔肿块来源于乙状结肠系膜,系膜表面有大量半透明、囊泡状肿物,且与肠管粘连紧密,对肿物进行减压后(图 3),有大量黄色清亮液体排出。行乙状结肠系膜肿块切除+部分乙状结肠切除+肠吻合术(图 4),肠吻合前予生理盐水、甲硝唑、甘露醇反复结肠灌洗,术后病理检查诊断为乙状结肠系膜淋巴管瘤(图 5)。

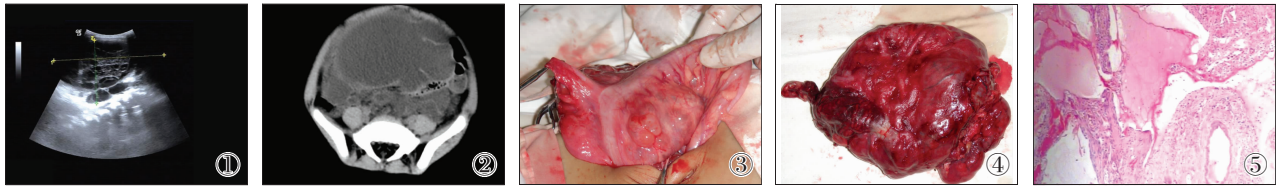


图 1 彩超示腹腔巨大囊性包块;图 2 腹腔偏右侧见较大囊实性异常密度影,以低密度影为主,其内可见分隔,明显占位效应,邻近肠道受推挤;图 3 腹腔肿块来源于乙状结肠系膜,系膜表面有大量半透明、囊泡状肿物,且与肠管粘连紧密,对肿物进行减压;图 4 被切除的乙状结肠系膜肿块;图 5 病理诊断为乙状结肠系膜淋巴管瘤。

讨论 淋巴管瘤(Lymphangioma)是一些与淋巴系统不连通的淋巴组织起源的良性肿瘤,是一种先天性病变,发病率约 1/12 000^[1]。小儿淋巴管瘤发生于颈部、胸部、腋窝常见,发生在腹部的淋巴管瘤较少见,占淋巴管瘤的 5% 左右^[1]。腹部淋巴管瘤中,以肠系膜淋巴管瘤居多,但发生于乙状结肠系膜者极罕见。肠系膜淋巴管瘤属肠系膜肿瘤性囊肿,约占全部肠系膜肿瘤的 30%^[2]。该病一般不发生恶变,但有时可围绕肠壁生长,引起肠梗阻或绞窄^[3]。

本病生长缓慢,约 50% 的患儿无症状,只在无意中被发现。症状与肿块大小、位置及有无并发症相关,而与病变类型关系不大。腹部包块、腹痛是常见的临床表现。腹部包块具有侧向自由运动,而纵向移动受限的特点。小的肿块可无症状,增大后有囊内出血或继发感染时可引起腹痛等,也可表现为肠梗阻、肠穿孔、消化道出血等。本病术前确诊困难,X 线钡餐检查可能显示肠管受压和移位,间接对诊断有帮助,腹部彩超、CT、核磁检查可以显示与肠管关系紧密的多囊性或囊实性占位性病变,对肿块的定性和诊断有较大的帮助。

手术是肠系膜淋巴管瘤唯一的治疗方法。随着肿块增大,症状明显,并发症增多,易引起急腹症。因此诊断明确应及时手术治疗。本病手术方法为肿块摘除或局部切除,但如肿块与肠管紧密粘连,或切除后血供受累,应同时行肠切除^[4],将包括肿块在内的病变肠管送病理检查,依靠术后病理检查确诊。本病经手术治疗后,预后较好,一般无复发。作者体会:①本病临床少有报道,非专科医生对该病缺乏认识,且警惕性不高;②未进行有效的肠道准备时,行结肠一期吻合前结肠灌洗尤其重要,可极大的减少吻合口瘘等并发症的发生;③此病术前一般难以确诊,只要发现腹腔肿块的患儿,应想到本病的可能性,并进行充分的肠道准备择期手术,必要时急诊行剖腹探查以免延误诊治。

参考文献

- 1 Schipper B, Rogers A. Lymphangioma with amyloidosis causing small bowel obstruction [J]. Contemporary Surg, 2004, 60:115-116.
- 2 石美鑫,张延龄. 现代外科学[M]. 上海:复旦大学出版社,2002,8:737.
- 3 张启瑜. 钱礼腹部外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006,1:111.
- 4 黎介寿,吴孟超. 手术学全集(普通外科卷)[M]. 第 2 版. 北京:人民军医出版社,2005,1:181.