

Ophthalmol, 2007, 17(3):459-60.

- [2] 于广委,李曼,张春侠,等.非动脉炎性前部缺血性视神经病变患者眼部动脉血流动力学观察[J].中华眼底病杂志,2015,31(6):591-592.
- [3] 中华医学会眼科学分会神经眼科学组.我国非动脉炎性前部缺血性视神经病变诊断和治疗专家共识[J].中华眼底病杂志,2015,31(5):323-326.

[4] 申晓丽,樊宁,赵军,等.超声微泡造影剂联合鼠神经生长因子对高血压兔视神经损害的保护作用[J].眼科新进展,2016,36(4):301-305.

[5] 龚潇,周希媛,王志刚.超声爆破微泡联合抗血管内皮生长因子单克隆抗体 bevacizumab 治疗激光诱导的兔眼脉络膜新生血管[J].中华眼底病杂志,2010,26(1):19-22.

(收稿日期:2017-03-09)

·病例报道·

Ultrasonic manifestations of small intestine mesentery cavernous hemangioma: a case report

小肠系膜缘海绵状血管瘤超声表现 1 例

章生龙 刘 潇 祝小茜 何年安

[中图法分类号] R732.2;R445.1

[文献标识码] B

患者男,28 岁。因黑便半年,头晕、乏力 2 个月余来我院就诊。曾在外院予以输血及补充铁剂等治疗,头晕乏力症状改善。实验室检查:白细胞计数 $4.29 \times 10^9/L$,血红蛋白 $88.0 g/L$,血小板计数 $307 \times 10^9/L$ 。专科检查:肠镜检查提示回盲末端入口见大量血迹,胃镜检查未见明显异常。超声检查:盆腔内可见大小约 $98 mm \times 98 mm$ 的不均质高回声区,边界不清晰且不规则;CDFI 示其内未见明显血流信号(图 1)。超声提示:盆腔可疑高回声(性质待定)。增强 CT 示:盆腔直肠前方见团片状混杂密度影,

大小约 $54 mm$,边界不清,其内见脂肪密度及片状软组织影,且少许不均匀强化(图 2)。增强 CT 提示:盆腔占位,考虑间叶组织来源(黏液脂肪肉瘤待排)。

遂行盆腔肿块切除术,术中见:腹腔无明显腹水,肝脏、结肠、肠系膜及盆底未见转移结节;距回盲部约 $190 cm$ 处系膜缘可见一暗红色肿块,大小约 $10 cm \times 6 cm$ 。解剖标本可见肿块位于系膜缘,暗红色,外生性生长。术后病理诊断:(小肠系膜缘)海绵状血管瘤(图 3)。

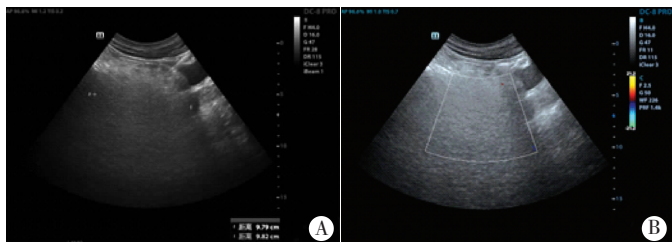


图 1 盆腔内小肠系膜缘海绵状血管瘤声像图
A:包块表现为不均质性高回声区,大小约 $98 mm \times 98 mm$,边界不清晰;
B:CDFI 包块内未见明显血流信号。

图 1 盆腔内小肠系膜缘海绵状血管瘤声像图



图 2 盆腔内小肠系膜缘海绵状血管瘤增强 CT 图

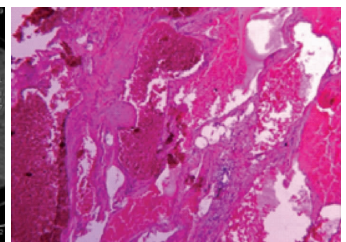


图 3 小肠系膜缘海绵状血管瘤病理图(HE 染色, $\times 100$)

讨论:小肠系膜血管瘤临床罕见,多见于 30 岁左右年轻人,无性别倾向^[1];临床表现无特异性,一般有肠梗阻、贫血、便血及食欲不振等;早期无明显临床症状,故发现时一般体积巨大,已造成周围结构推压、移位。肠系膜血管瘤超声表现复杂,可表现为不均质高回声及低回声,也可表现为实性、囊实混合性,甚至多房性囊肿。因该病少见且超声图像多变,故此术前误诊率及漏诊率较高。本例患者年龄 28 岁,有明显的贫血,病灶表现为高回声区,扫查时险误为肠道气体反射漏诊。结合术后小结及病理考虑可能与病变位于小肠系膜缘,周边包绕较多小肠系膜有关;另外也可能与肿瘤内部血管管壁较多,走行迂曲有关。有学者^[2]认为凡中下腹的肿块压迫胰腺、主动脉、下腔静脉及肠管使其后

移,并不侵犯邻近器官,不能确定起源于哪个脏器但是能与腹膜后分开,病变完全或部分包绕肠管而肠管本身正常者,肠系膜结构消失或模糊,多可提示或确诊肠系膜来源肿瘤。虽然超声可能起到一定的定位作用,但最终确诊仍依赖于手术病理诊断。

参考文献

- [1] Amati AL,Hecker A,Schwandner T,et al.A hemangioma of the sigmoid colon mesentery presenting as a retroperitonealtumor:a case report and review[J].World J Surg Oncol,2014,31(1):79-84.
- [2] 李建慧,史洪健,袁飞.肠系膜血管瘤 1 例及文献复习[J].国际医学放射学杂志,2016,39(4):422-425.

(收稿日期:2017-05-10)