

[4] Stein P D, Matta F, Janjua M, Yaekoub A Y, Jaweesh F, Alrifai A. Outcome in stable patients with acute pulmonary embolism who had right ventricular enlargement and/or elevated levels of troponin I [J]. *Am J Cardiol*, 2010, 106: 558-563.

[5] Stein P D, Matta F, Sabra M J, Treadaway B, Vijapura C, Warren R, et al. Relation of electrocardiographic changes in pulmonary embolism to right ventricular enlargement[J]. *Am J Cardiol*, 2013, 112: 1958-1961.

[6] 张海澄. 肺栓塞的心电图表现及机制[J]. *临床心电学杂志*, 2003, 12: 69-70.

[7] 吴刚勇, 陈少萍, 陈峰. 急性肺动脉栓塞误诊为急性

心肌梗死 2 例报告[J]. *第二军医大学学报*, 2011, 32: 460-461.

Wu G Y, Chen S P, Chen F. Acute pulmonary embolism misdiagnosed as acute myocardial infarction: a report of two cases[J]. *Acad J Sec Mil Med Univ*, 2011, 32: 460-461.

[8] Lehnert P, Møller C H, Carlsen J, Grande P, Mortensen J, Steinbrüchel D A. [Patients with acute critical pulmonary embolism should be evaluated and treated in a centre with medical and surgical possibilities][J]. *Ugeskr Laeger*, 2013, 175: 1552-1555.

[本文编辑] 周燕娟

DOI:10.3724/SP.J.1008.2014.01044

• 病例报告 •

髂窝脾种植 1 例报告

董琴晖, 朱健

浙江省台州医院肿瘤内科, 台州 317000

[关键词] 异位脾; 脾种植; 髂窝占位; 爆发性感染

[中图分类号] R 657.6; R735.5

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2014)09-1044-02

Iliac fossa spleen planting: a case report

DONG Qin-hui, ZHU Jian

Department of Oncology, Taizhou Hospital, Taizhou 317000, Zhejiang, China

[Key words] ectopic spleen; spleen planting; iliac fossa occupying; outbreak of infections

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2014, 35(9): 1044-Inside back cover]

1 病例资料 患者,男,49岁。因“腹痛、腹胀伴肛门停止排气、排便4d”于2013年3月23日入院。曾于23年前因车祸外伤行急诊脾切除术。入院体检:生命体征平稳,心肺听诊无明显异常,腹部平软,未见胃肠型及蠕动波,右下腹可触及约4cm×3cm类圆形包块,边界清晰,与周围组织无粘连,右下腹及脐周有压痛,无反跳痛,肝脾肋下未及,肾区无扣击痛,肠鸣音减弱。入院诊断:粘连性肠梗阻;脾切除术后。入院后3月25日查全腹部CT示:肠腔内少量积气积液,肠系膜脂肪间隙稍模糊;右髂窝见一椭圆形软组织样密度影,边缘清晰,大小约3.8cm×2.5cm(图1A),CT值约56.3

HU,增强呈均匀明显强化(图1B);盆腔区未见异常软组织密度影及肿大淋巴结影,未见积液征象(图1)。结论:右髂窝占位,首先考虑良性病变,巨淋巴结增生症或肠系膜间质瘤可能。考虑患者此次肠梗阻非髂窝占位直接压迫导致,故治疗上未予患者行髂窝占位切除手术,予禁食、胃肠减压等治疗,并于3月26日予患者行B超定位下右髂窝占位穿刺病理活检。术后病理镜下见少量脾脏组织,脾窦淤血。结合病史诊断为种植脾。患者经保守治疗后,肠梗阻症状明显好转,未进一步行种植脾切除手术,于2013年4月2日出院。患者出院后门诊随访至2014年4月,种植脾未进一步增大。

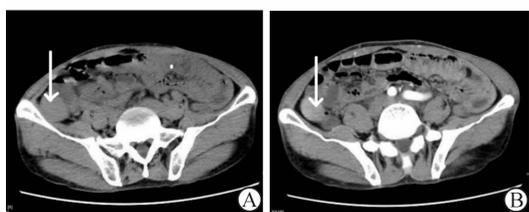


图1 异位脾种植 CT平扫(A)及增强下(B)表现

箭头示右髂窝椭圆形软组织样密度影

2 讨论 异位脾种植是脾组织掉入腹腔及其他部位的再生现象,是一种自发性的移植。外伤后脾的未分化网状细胞和纤维组织形成支架,细胞分化成内皮窦,毛细血管和淋巴细胞形成脾组织样组织,即异位脾种植^[1]。

异位脾种植部位可在腹腔、胸腔、盆腔及皮肤切口等位置,脾组织植入一般体积不大,直径多在1~2 cm,可单发或多发,巨大肿块少见,多数无明显临床症状,部分患者可出现腹部隐痛等不适症状或在体检时被意外发现,少数患者由于种植部位或异位脾组织大小、形态等原因可发生非特异性的临床表现,常不被临床医生所认识,故易导致误诊、误治^[2]。B超、CT及MRI检查可协助诊断异位脾种植,但均缺乏特异性。CT平扫显示其密度和正常脾组织相似,稍高于肝实质,但增强动脉期缺乏正常脾组织花斑状增强的征象,且增强动脉期及门脉期均呈均匀强化,MRI则表现为在各个扫描序列上与正常脾一致^[2]。在腹腔肿块的鉴别诊断中,如有脾外伤史可选用热变性红细胞(Tc-DRBC)显像鉴别异位自体脾种植的可能,该方法无创伤,特异性强。但最终诊断仍需依赖病理检查^[1]。本例患者穿刺前疑为右髂窝占位病变,考虑巨淋巴结增生症或肠系膜间质瘤可能,后行髂窝肿块穿刺病理确诊。该患者在出现肠梗阻症状后就诊,但种植脾组织不大,考虑术后肠粘连引起,经禁食,胃肠减压、补液等治疗后症状好转,未行种植脾切除。

据报道脾破裂、脾切除患者发生脾植入的可能性高达67%^[3],所以应对脾切除患者进行长期随访观察。对于有脾切除病史的患者,在出现新的腹部病变时应考虑到脾种植现象存在的可能性,如影像学检查发现

腹部、胸部甚至盆腔等部位的占位病变,应考虑残留脾组织植入的可能。Madjar等^[4]报道,脾种植结节不但具有一定的代偿功能,也有一定增殖功能,可以部分代偿脾功能。此外,脾切除术后常见的致命并发症为暴发性感染(overwhelming postsplenectomy infection, OPSI)。由于脾切除后机体失去了对颗粒抗原的过滤、清除作用,机体免疫力低下,脾切除患者可能终生有发生OPSI的风险,因此如果在术前通过特异性检查手段,如核素^{99m}Tc-DRBC扫描、超声引导下粗针穿刺活检等方法对肿物进行定性,则有利于术前掌握患者病情以采取合适治疗措施,如果没有临床表现则可避免不必要的手术^[4-6]。而对于种植在特殊部位引起患者肠梗阻、腹腔内出血或肾盂积水等严重后果者则需手术治疗。

3 利益冲突 所有作者声明本文不涉及任何利益冲突。

[参考文献]

- [1] Liu Y, Ji B, Wang G, Wang Y. Abdominal multiple splenosis mimicking liver and colon tumors: a case report and review of the literature[J]. *Int J Med Sci*, 2012,9:174-177.
- [2] 胡杉,胡道予. 肠系膜异位脾种植一例[J]. *放射学实践*, 2008,23:1192.
- [3] Kim K A, Park C M, Kim C H, Choi S Y, Park S W, Kang E Y, et al. An interesting hepatic mass: splenosis mimicking a hepatocellular carcinoma[J]. *Eur Radiol*, 2003,13:2713-2715.
- [4] Madjar S, Weissberg D. Thoracic splenosis[J]. *Thorax*, 1994,49:1020-1022.
- [5] Scales F E, Lee M E. Nonoperative diagnosis of intrathoracic splenosis[J]. *AJR Am J Roentgenol*, 1983, 141:1273-1274.
- [6] Renne G, Coci A, Biraghi T, Schmid C. Fine needle aspiration of thoracic splenosis. A case report[J]. *Acta Cytol*, 1999,43:492-494.

[本文编辑] 张建芬,尹 茶