

Typical CT features of progression of pancreatic portal hypertension: Case report

胰源性门脉高压症进展典型 CT 表现 1 例

苏振辉, 王雪松

(南方医科大学附属小榄人民医院介入科, 广东 中山 528415)

[Key words] Pancreatic portal hypertension; Tomography, X-ray computed

[关键词] 胰源性门脉高压症; 体层摄影术, X 线计算机

DOI: 10.13929/j.1672-8475.201609040

[中图分类号] R543.6; R814.42 [文献标识码] B [文章编号] 1672-8475(2017)05-0324-01

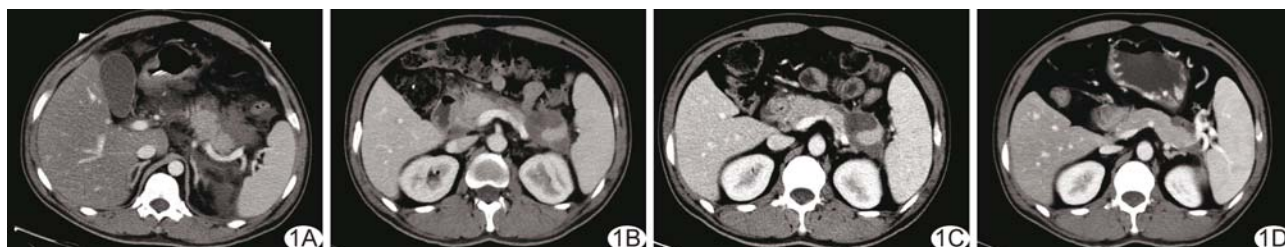


图 1 患者男, 41 岁, PPH, CT 表现 A. 2014 年 7 月 CT 图像; B. 2014 年 12 月 CT 图像; C. 2015 年 4 月 CT 图像; D. 2016 年 8 月 CT 图像

患者男, 41 岁, 因“上腹胀痛 1 天”入院。肝功能、凝血、血常规、生化、大小便常规检查均未见异常。胃镜提示: 胃底静脉曲张; 食管静脉轻度曲张。腹部 CTA 提示: 慢性胰腺炎并周围包裹性积液/假性囊肿形成; 脾肿大。考虑患者存在门静脉高压症表现, 拟行经颈静脉肝内门体分流术(TIPS)。追问病史, 患者 2 年前有急性胰腺炎病史, 曾有 1 次黑便, 经保守治疗后好转。近两年来多次因腹痛住院治疗。回顾患者本院 2014 年 7 月 CT(图 1A): 胰腺体积明显增粗、增大, 胰周间隙可见大量积液影, 呈急性胰腺炎表现, 肝脏、脾脏未见明显异常, 脾静脉形态正常; 2014 年 12 月 CT(图 1B): 胰腺头部、尾部肿大, 边缘模糊, 周围见囊状、片状积液围绕, 脾稍大, 脾静脉近脾端被胰尾部部分包裹, 轻度狭窄, 胃底部未见明显静脉曲张; 2015 年 4 月 CT(图 1C): 胰腺大小形态异常, 边界清楚, 周围可见多发囊状病灶, 局部少量钙化, 呈慢性胰腺炎表现, 肝脏正常, 门静脉轻度扩张, 脾稍大, 脾静脉大部分闭塞, 仅显示近门静脉部分, 脾门区可见脾静脉侧支血管曲张, 胃底静脉可见轻度曲张; 2016 年 8 月 CT(图 1D): 胰腺稍大, 胰尾部及颈部实质周围见多发囊状低密度影, 边界尚清, 胰腺头部边缘及周围间隙见条

索致密影, 部分钙化, 呈慢性胰腺炎并周围包裹性积液/假性囊肿形成; 肝脏未见异常, 门静脉可见扩张; 脾肿大(约 6 个肋单位), 脾静脉完全闭塞, 静脉期未见显影, 胃底静脉、食管下段静脉明显曲张。结合患者既往 CT 检查表现及临床病史, 考虑患者既往有胰腺疾病、脾肿大、孤立性胃底静脉曲张, 伴食管下端静脉曲张, 无肝硬化的临床表现, 肝功能正常; 临床诊断为胰源性门静脉高压症(pancreatic portal hypertension, PPH)。后患者接受脾切除+贲门周围血管离断术。

讨论 根据本例患者一系列的影像资料提示, 结合临床病史, 患者肝脏未见明显异常病变, 可排除肝硬化的诊断, 患者疾病发展过程可明确为反复胰腺炎复发导致脾静脉血栓, 脾脏、胃区静脉回流受限, 脾胃区区域性门静脉高压形成, 出现脾肿大、脾功能亢进、胃底食管静脉曲张破裂导致上消化道出血等临床症状, 可明确诊断为 PPH。患者门静脉高压并非因肝硬化引起肝内门静脉回流受阻导致, 门静脉与下腔静脉分流不能解除该患者区域性门静脉高压。PPH 并发胃底静脉曲张最有效的治疗是脾切除术, 但预后主要取决于胰腺原发疾病, 因此本例患者不宜行 TIPS。回顾胰源性门脉高压发展过程中 CT 进展表现, 有助于对胰源性门静脉高压的认识。

[第一作者] 苏振辉(1989—), 男, 广东中山人, 学士, 医师。

E-mail: 4943194@qq.com

[收稿日期] 2016-09-29 [修回日期] 2016-12-23