

门静脉瘤二例

冯晓波 张彦舫 陈宪

【中图分类号】R732.2⁺2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2002)02-0182-01

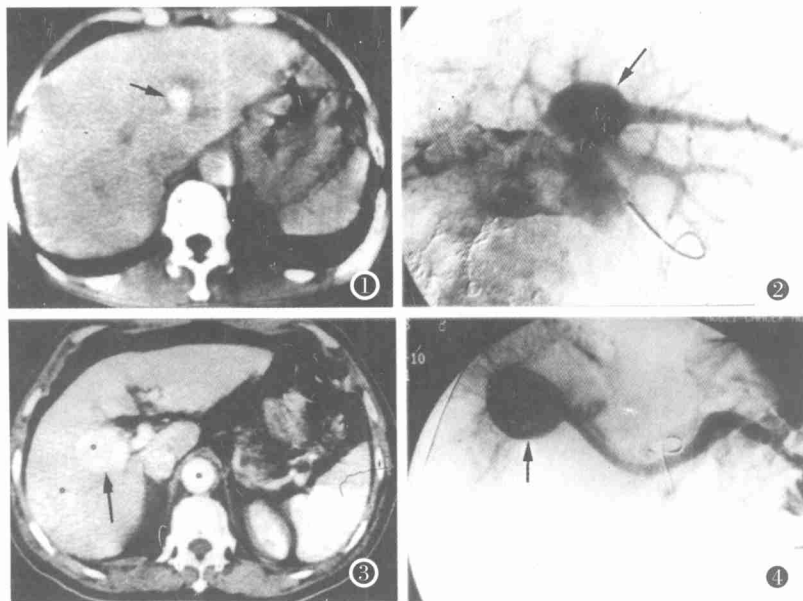


图 1 CT 增强像示肝左叶内一直径约 20mm 类圆形均匀强化灶。

图 2 间接门静脉造影示门静脉左侧分支根部呈瘤样扩张。

图 3 CT 增强像示肝右叶内一强化均匀边缘光整之病灶。

图 4 间接门静脉造影示门静脉左、右分支根部呈明显瘤样扩张，对比剂在其内呈涡流状充盈。

门静脉瘤是肝内或肝外门静脉局限性瘤样扩张，较为少见。我院在 521 例间接门静脉造影时，发现 2 例肝内门静脉瘤。

病例 1: 男, 58 岁, 3 月前, 因饮酒后出现右上腹钝痛, 便血, 伴呕吐、腹泻, 每日 10 次左右, 在外院作 B 超、MRI 发现肝占位性病变, 行介入治疗 1 次(化疗+栓塞, 用药不详)现食欲好转, 大小便正常, 但仍腹胀不适, 来我院就医。

B 超诊断: 肝右叶肝癌、门静脉癌栓、肝硬化、脾大。

CT 扫描示肝右叶 20mm, 类圆形低密度影, 增强后均匀强化明显(图 1)。

血管造影示: 肝右叶肝癌, 肝动脉-门静脉瘘, 门静脉左支瘤样扩张, 肝左小动脉瘤(图 2)。

病例 2: 男, 59 岁, 胸闷, 右上腹隐痛半月余。3 年前当地医院诊断高血压, 高冠心, 常发胸闷心悸, 98 年 6 月觉胸闷, 右上腹不适、隐痛。当地医院 B 超诊断为肝占位性病变。肝 CT 平扫+增强诊断: 肝右叶血管瘤(图 3)。发病以来无恶心、腹胀、呕血、发热、咳嗽、腹痛。大小便正常。

既往血压一直不稳, 180/130mmHg, 冠心病 3 年, 曾患支气管炎已治愈, 否认肝炎、糖尿病、肺结核病史。

我院 B 超: 肝右叶良性占位病变(动脉瘤)。

血管造影示: 门静脉主干分支根部呈类圆形瘤样扩张, 对比剂在其瘤腔内呈涡流状充盈, 门静脉右侧分支从扩张的体瘤内发出。诊断: 门静脉瘤(肝内型)(图 4)。

讨论 门静脉瘤较少见, 根据发生的部位分肝内型及肝外型, 为肝内或肝外门静脉局限性瘤样扩张。文献报道以肝内门静脉瘤多见^[1]。诊断标准为肝外门静脉扩张横径超过 20mm, 肝内门静脉扩张横径超过 15mm^[2]。有关门静脉瘤的发生机理, 多数认为门静脉壁先天性异常, 也可能为门静脉壁局部较薄弱成为门静脉高压的继发改变。病例 1 患者, 有肝硬化、门静脉高压的病史, 但在众多重度门脉高压患者中仍较少见, 故门脉高压难能成为门静脉瘤的唯一发生因素。该患者同时合并有肝动脉瘤, 这是否提示动脉、门静脉多处血管壁较薄弱或先天性异常, 有待今后进一步观察。病例 2 患者, 除血压较高和不稳外, 未发现其他脏器及功能明显病变, 因此, 亦推测可能为门静脉壁自身的病变或先天性异常。门静脉瘤的合并症有门静脉瘤穿孔破裂、血栓形成、周围脏器和血管、胆管的受压阻塞等^[3]。临床间接门静脉 DSA 即可明确诊断。螺旋 CT 增强门静脉期轴位像、CTAP 及 MRP 则不但可从轴位像上显示病灶, 并可在三维重建基础上旋转图像, 以明确门静脉瘤起始部位。关于治疗方法, 由于大多数门静脉瘤尚无临床症状, 只需长期观察和随访。对较大的门静脉瘤或有明显合并症的患者, 有人主张采用门静脉及下腔静脉吻合术, 但选择采用何种治疗方法较好, 值得今后进一步探讨。

参考文献

- 1 高桥淳, 岩崎正彦. 肝硬变一例[J]. 日消病会志, 1991, 88(2): 201-204.
- 2 林江, 陈祖望, 周康荣, 等. 门静脉瘤二例[J]. 临床放射学杂志, 1999, 18(9): 575.
- 3 Choudhuri-G. Common Bile Duct Obstruction by Portal Cavernoma[J]. Digestive Disease and Sciences, 1988, 33(12): 1628.

(2001-09-29 收稿)

作者单位: 430079 湖北省肿瘤医院放射科

作者简介: 冯晓波(1963~), 男, 湖北人, 主治医师, 主要从事肿瘤介入工作。