

- [4] Vahlensieck M, Peterfy CG, Wischer T, et al. Indirect MR Arthrography: Optimization and Clinical Applications[J]. Radiology, 1996, 200(1): 249-254.
- [5] Umans H, Wimpfheimer O, Haramati N, et al. Diagnosis of Partial Tears of the Anterior Cruciate Ligament of the Knee: Value of MR Imaging[J]. AJR, 1995, 165(6): 893-897.
- [6] Yao L, Gentili A, Petrusl L, et al. Partial ACL Rupture: an MR Imaging[J]. Skelet Radiol, 1995, 24(2): 247-251.
- [7] Chen WT, Shih TT, Tu HY, et al. Partial and Complete Tear of the Anterior Cruciate Ligament[J]. Acta Radiol, 2002, 43(5): 511-516.
- [8] Moore SL. Imaging the Anterior Cruciate Ligament[J]. Orthop Clin North Am, 2002, 33(4): 663-674.
- [9] Dimond PM, Fadale PD, Hulstyn MJ, et al. A Comparison of MRI Findings in Patients with Acute and Chronic ACL Tears[J]. Am J Knee Surg, 1998, 11(3): 153-159.
- [10] Gallimore GN, Hams SE. Knee Injuries: High-resolution MR Imaging[J]. Radiology, 1986, 160(3): 457-461.
- [11] 许建荣, 邓霞, 华佳, 等. 前交叉韧带不全撕裂的 MRI 诊断[J]. 中国医学计算机成像杂志, 2000, 6(6): 401-403.

(收稿日期: 2005-06-23 修回日期: 2005-08-21)

· 病例报道 ·

脾脏错构瘤一例

黎昌华, 王健, 丁仕义, 赵国宏, 魏登鹏, 姜小平, 刘顺友

【中图分类号】R733.2; R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)01-0073-01

临床资料 患者, 女, 42 岁。于 2005 年 2 月无明显诱因出现左上腹隐痛, 无放射痛及牵扯痛。无发热、恶心、呕吐、纳差、进食后感饱胀。在私人诊所口服中药治疗, 症状稍缓解, 后间断性感左上腹隐痛, 无腹泻、腹胀等。为明确诊断收治入院。

体检: 发育正常, 营养中等, 神志清楚。皮肤无黄染、皮疹、瘀斑及出血点, 未见肝掌及蜘蛛痣, 全身浅表淋巴结未扪及肿大。颈动脉搏动正常, 颈浅静脉扩张。体温 36.7℃、血压 126/78 mmHg。腹部平坦、对称, 未见腹壁静脉曲张。肝脾肋缘未触及, 左上腹轻压痛, 无明显反跳痛及肌紧张。

CT 扫描: 示脾脏稍增大, 密度不均匀, 其内可见多个大小不等且形态不规则的低密度影, CT 值 13~27 HU, 边缘模糊; 增强扫描示病灶强化不明显(图 1, 2), 腹膜后未见肿大淋巴结。CT 拟诊为脾脏轻度增大, 脾内多发占位, 考虑血管瘤或淋巴瘤可能。

术中所见: 取左上经腹直肌切口, 探查见网膜与脾周围轻度粘连, 打开脾结肠韧带, 分别切断脾胃、脾结肠、脾肾韧带,

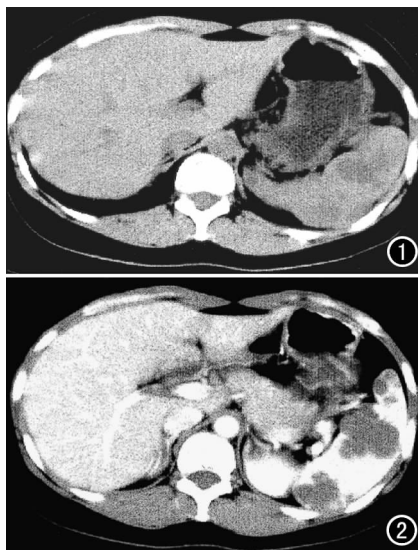


图 1 CT 平扫示脾脏稍增大, 其内密度不均匀, 可见多个大小不等且形态不规则的低密度影, 边缘模糊。图 2 CT 增强扫描示病灶强化不明显。

用血管闭合器闭合脾动、静脉, 切除脾脏送检。术后病理标本: 脾脏大小约 11.5 cm×7 cm×4.0 cm, 表面见多发性小结节。病理诊断为脾脏错构瘤(血管淋巴管瘤)。

讨论 脾脏错构瘤是脾脏良性肿瘤,

临床上极为罕见^[1], 在脾切除术中发生率约为 1.5/100 000^[2]。一般认为脾脏错构瘤是脾胚基早期发育错乱所致, 造成正常构成成份的组合比例失调, 即某些成份减少, 瘤内主要为失调的脾窦构成, 大多数表现为单发的圆球形、分叶状的实性结节, 边界清楚, 无包膜。该病的 CT 表现为脾内低密度实质性占位, 平扫偶见星状或团块状钙化灶, 病灶内可含脂肪组织, 颇具特征性。少数可表现为囊性实质性混杂密度影^[3]。本例无钙化及脂肪组织, 病灶无明显强化, 缺乏脾内肿瘤性病变的特征, 术前 CT 只能作定位诊断。本例脾脏实质内占位表现可见于多种脾脏肿瘤, 如脾脏淋巴瘤、肉瘤、血管瘤、转移瘤、纤维病等。最后的诊断仍然有赖于病理学检查。

注: 本病例图片资料均来自于第四军医大学附属西南医院

参考文献:

- [1] 刘倚河, 张蓉, 郑玉凤. 脾脏错构瘤 1 例的彩超所见[J]. 中国超声医学杂志, 2003, 19(10): 783.
- [2] 杨荣华, 吕民生, 梅建民, 等. 脾脏错构瘤 1 例报告[J]. 肿瘤防治研究, 2002, 29(6): 467.
- [3] 周康荣. 腹部 CT[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1993. 91.

(收稿日期: 2005-05-30 修回日期: 2005-08-02)

作者单位: 441003 湖北, 襄樊解放军 477 医院影像科(黎昌华、魏登鹏、姜小平、刘顺友); 400038 重庆, 第三军区大学西南医院放射科(王健、丁仕义)。

作者简介: 黎昌华(1967-), 男, 江西奉新人, 主治医师, 主要从事呼吸系统及腹部影像诊断工作。