

和运动不敏感,有利于提高图像质量。总之,采用 RF-FAST T_1 WI 连续动态增强扫描能更好地揭示肝血管瘤病理特征,与其他扫描序列(T_1 WI、 T_2 WI 及延迟增强扫描)联合更有助于该病的确诊。

参考文献:

- [1] 随邦森,吴恩惠,陈雁冰. 磁共振诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,1994. 691-693.
- [2] Hanafusa K, Ohashi I, Himeno Y, et al. Hepatic Hemangioma: Findings with Two-phase CT[J]. Radiology, 1995, 196(2): 465-469.

- [3] Jeong MJ, Yu JS, Kim KW. Hepatic Cavernous Hemangioma: Temporal Peritumoral Enhancement during Multiphase Dynamic MR Imaging[J]. Radiology, 2000, 216(3): 692-697.
- [4] Vallee JP, Ivancevic M, Lazeyras F, et al. Use of High Flip Angle in T_1 -prepared FAST Sequences for Myocardial Perfusion Quantification[J]. Eur Radiol, 2003, 13(3): 507-514.
- [5] Alfonso Ragozzino, Mariano Scaglione. Pancreatic Head Mass: What Can Be Done? Diagnosis: Magnetic Resonance Imaging (4th Joint Meeting of Italian-Hungarian Pancreatologists) [J]. JOP. J Pancreas (Online), 2000, 1(3 Suppl): 100-107.

(收稿日期:2005-10-18 修回日期:2006-02-15)

右心房巨大癌栓误诊为黏液瘤一例

· 病例报道 ·

胡兴荣, 艾飞

【中图分类号】R445.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)06-0579-01

病例资料 患者,男,37岁,因突发胸痛10余天,双下肢浮肿4天。体检:BP 120/80 mmHg, HP 70次/分,心尖部可闻及Ⅱ级收缩期杂音,双下肢凹陷性水肿。

彩超示右心房实质占位病变,左室顺应性下降,少量胸腔积液。

MRI示心脏轮廓无异常,心包完整,大血管(升、降主动脉,上腔静脉及左右肺动脉)形态规则,结构清楚,血液流空及时速尚可,右心房内近房间隔可见约 $6.2\text{ cm} \times 4.4\text{ cm} \times 6.0\text{ cm}$ 大小实质性分叶状肿块,呈稍短 T_1 、稍长 T_2 信号(图1、2),信号欠均匀,边界清楚,右心房增大,房腔变窄,下腔静脉近心房段内亦见类似信号灶(图3);Cine序列示右心房充盈欠佳,血流有阻滞现象,血流沿肿块绕行(图4),左、右心室及左心房未见异常。MR诊断:右心房内实质性占位病变,黏液瘤可能。

手术所见:肿块位于心房内靠房间隔并向下降腔静脉入口处延伸,呈瘤蒂样,约 $6.0\text{ cm} \times 5.0\text{ cm} \times 5.5\text{ cm}$ 大小,无明显包膜,呈暗红色,分叶状、质脆。术后病检:右心房癌栓。术后查AFP为阳性;肝脏彩超示肝肿大,左外叶肝实质内见 $4.3\text{ cm} \times 4.1\text{ cm} \times 3.5\text{ cm}$ 大小边界不清的不均匀低回声区,血流较丰富,提示肝内实质性占位病变。超声引导下穿刺活检确诊原发性肝细胞癌。出院诊断:原发性肝癌并右心房巨大癌栓形成。

讨论 癌栓可随血液循环到达脉管系统的任何部位,而原发性肝癌巨大癌栓形成,且停留在心房及下腔静脉入口处处在临床工作中非常少见,容易误诊。本例临床表现不典型,仅胸痛、双下肢浮肿,询问病史不详细。辅助检查:心脏彩超仅提示右心房占位性病变,未注意观察下腔静脉入口异常改变。MRI示右心房内短 T_1 、等或稍长 T_2 椭圆形软组织混杂信号块影,单根据其发生部位,瘤体形态、范围及信号,误诊为右心房黏液瘤。分析误诊原因应从以下几个方面与黏液瘤鉴别:心房黏液瘤为心内膜肿瘤,起源于内皮,多从房间隔产生,附着于卵圆孔附近,且多见于

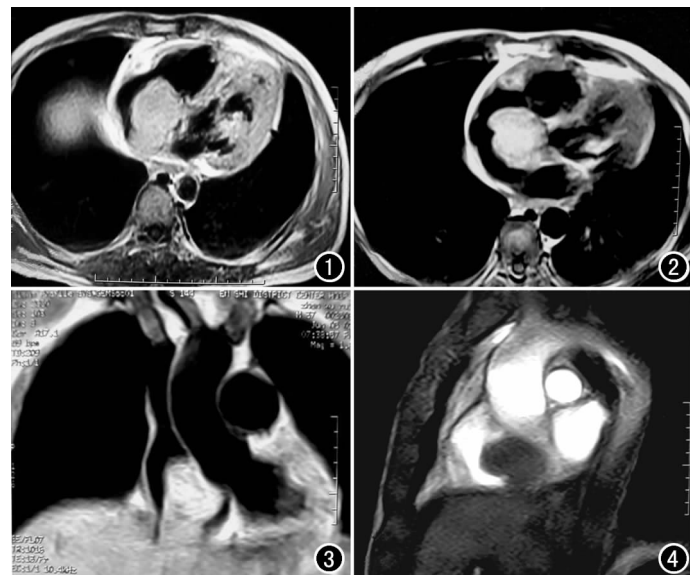


图1 轴面 SE T_1 WI 示右心房内近房间隔处实质性分叶状肿块,呈稍高信号。图2 轴面 FSE T_2 WI 示右心房实质性肿块,呈稍高信号。图3 冠状面 SE T_1 WI 示右心房内肿块向下腔静脉入口处延伸,信号与心房内相仿。图4 矢状面 Cine SPGR 示右心房充盈缺损,血流沿肿块绕行。

左心房,偶可见于右心房。而原发性肝癌心脏转移多从门脉、腔静脉蔓延,多起源于右心房腔静脉根部。心房黏液瘤多由纤维组织与钙化斑构成, T_1 WI 呈低信号,且其内含水较多的黏液样组织构成, T_2 WI 序列呈高信号。而原发性肝癌心脏内癌栓形成,肿块多呈等 T_1 、等 T_2 或稍长 T_2 信号。心房黏液瘤形态规则,包膜完整,一般体积较大。原发性肝癌心脏癌栓无完整包膜,形态亦不规则,一般体积较小,多从腔静脉根部逐渐向房室内蔓延。而两者单从影像学角度上区分和鉴别有一定难度,仅靠手术或病检才能做出定性判断。

(收稿日期:2005-10-11)

作者单位:445000 湖北,恩施州中心医院核医学科

作者简介:胡兴荣(1975-),男,湖北利川,主治医师,主要从事影像CT、MR及ECT诊断工作。