

脾海绵状淋巴管瘤的 CT 诊断与鉴别诊断(附 8 例分析)

辛鹏, 孙屹立

【摘要】 目的:通过分析脾脏海绵状淋巴管瘤的影像学表现特征,探讨其影像诊断和鉴别诊断。**方法:**回顾性分析 8 例经病理证实的脾脏海绵状淋巴管瘤的 CT 表现,并与其他脾脏囊性病变进行鉴别。**结果:**8 例海绵性淋巴管瘤均为近脾门处单发囊性病灶,8 例中 2 例病灶边界清晰,6 例病灶边界模糊。所有病灶形态不规则,呈分叶状改变。囊内有分隔,壁略薄(厚度约 3~5 mm),囊壁及分隔略呈稍高密度,灶内可见低密度液性区。增强后动脉期、门静脉期囊壁及分隔中度强化,延迟期仍持续强化。8 例患者中 5 例无自觉症状,经体检中发现。仅有 3 例出现与脾肿大相关的临床症状(左上腹胀满或轻微胀痛)。**结论:**脾海绵状淋巴管瘤的 CT 表现具有一定特征性,但需与脾脏其他囊性病变相鉴别。

【关键词】 脾肿瘤;淋巴管瘤,海绵状;诊断

【中图分类号】 R739.4; R445.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2009)06-0643-03

CT Diagnosis and Differential Diagnosis of Splenic Cavernous Lymphangioma (Report of 8 Cases) XIN PENG, SUN Yi-li.
Department of Radiology, Benxi Central Hospital of Liaoning, Liaoning 117000, P. R. China

【Abstract】 Objective: To discuss imaging diagnosis and differential diagnosis of splenic cavernous lymphangiomas by analyzing the CT features of them. **Methods:** 8 patients including 3 males and 5 females with splenic cavernous lymphangioma proven pathologically were examined with CT plain and contrast scans. **Results:** All cavernous lymphangioma had single cystic lesion and located in hilum of spleen. 2 were with well-defined and 6 with ill-defined margins. All cases were irregular shaped, the septation in some lesions and the wall of lesions were slight hyperdense and thin, the thickness of the wall was 3~5mm, cyst fluid was hypodense on plain CT scan. Capsule wall and septation were enhanced in arterial phase and also in portal venous phase and delayed phase. 5 patients had no clinical symptoms and the lesions were found in health examination. Three patients had just a little abdominal discomfort. **Conclusion:** Splenic cavernous lymphangioma have some characteristic CT features and must be differentiated with other cystic lesions of spleen.

【Key words】 Splenic neoplasms; Lymphangioma, cavernous; Diagnosis

脾脏海绵状淋巴管瘤近年来国内外对其研究文献报道较少,笔者搜集我院 2005 年 9 月~2008 年 10 月经病理证实海绵状淋巴管瘤 8 例,回顾性分析其 CT 影像学表现,并评价 CT 对本病的诊断价值。

材料与方法

本文搜集我院经临床病理证实脾脏海绵状淋巴管瘤 8 例,男 3 例,女 5 例,年龄 23~47 岁,平均 34 岁。8 例患者中 5 例无自觉症状,经体检中发现。仅有 3 例出现与脾肿大相关的临床症状(左上腹胀满或轻微胀痛)。所有病例均行 CT 扫描。

采用 GE LightSpeed 16 层螺旋 CT 扫描仪。管电压 120 kV,管电流 200~300 mA,球管旋转时间 0.5 s/r,层厚 7 mm,探测器开放 1.25 mm×8,螺距 1.375,矩阵 512×512。所有病例均行增强动脉期、门静脉期扫描。动脉期扫描延迟 20~30 s,门静脉期扫

描延迟 55~60 s,5 例行延迟期扫描,延迟 3 min。对比剂为优维显(300 mg I/ml)80~90 ml,注射流率 3.5 ml/s,随后注射生理盐水 40 ml 冲刷导管。

由两名有诊断经验的放射科医师观察、判断图像。观察肿瘤形态、囊壁、多房分隔及各期囊壁与分隔密度变化。

结 果

病灶均近脾门处。均为单发病灶。脾脏体积无明显增大 3 例,体积饱满 2 例,体积明显增大 3 例最大病灶约 51 mm×53 mm×50 mm,最小病灶约 31 mm×23 mm×21 mm。2 例边界清晰,6 例边界模糊。形态不规则呈分叶状改变。

病灶内呈稍高密度网格状分隔及稍低密度之液性区。CT 值介于 18~39 HU,平均值约 32 HU。注入对比剂增强后病灶囊壁(囊壁厚度约 3~5 mm)及分隔中度强化,延迟期仍持续强化,液性区无强化。

术后随访:8 例患者均行脾脏切除术,术后相应临

作者单位:117000 辽宁,本溪市中心医院放射科

作者简介:辛鹏(1965—),男,辽宁本溪人,主治医师,主要从事胸部影像诊断工作。

床症状消失,无 1 例复发。

讨 论

淋巴管瘤常由于淋巴管先天发育异常,原始淋巴囊不能向中央静脉引流,正常分化良好的淋巴结构异常或未能与正常引流通道建立联系而隔离的淋巴管或淋巴囊异常增生扩大所致^[1]。也可以继发于外伤或手术引起的淋巴管损伤,导致淋巴液引流不畅最终发展而成。脾脏淋巴管瘤由囊状扩张的淋巴管构成,为一种脾良性肿瘤,是由先天局部淋巴管发育异常所致,由于阻塞使包膜下小梁及小动脉周围的淋巴管不断扩张,呈毛细血管状、海绵状及囊状,脾淋巴管瘤在脾良性肿瘤中较多见,占 2/3,通常位于包膜下,有时伴有其他器官的淋巴管瘤,为单发或多发性结节,有时可弥漫累及整个脾脏,多数发生于儿童。

脾脏淋巴管扩张程度不同,组织学上将其分为 3 型^[2]:单纯型(毛细管型)淋巴瘤,以毛细血管样的薄壁淋巴管扩张为主;海绵性淋巴管瘤,由较大的淋巴管构成;脾脏淋巴管瘤一般无临床症状,是否出现症状取决于囊肿的大小和数量。囊肿的膨胀生长初期不易引起临床表现,继续生长后压迫邻近结构而出现左上腹疼痛,可伴有发热、恶心、呕吐、体重减轻、高血压、脾功能亢进等^[3],还有继发外伤或病理性脾破裂、上消化道出血,诊断确立后应及时行脾切除术^[4]。

国内对于脾脏海绵状淋巴管瘤的影像表现描述较少,仅个案报道^[5]。CT 表现为脾脏实质内或被膜下单发或多发液性低密度灶,边界清楚或不清楚伴分叶,囊壁规则、一般无钙化,囊内分隔多见,呈蜂窝状聚集,簇状分布。囊壁及分隔均有强化,囊内容物除间隔外都无强化,本组病例中 8 例均表现上述影像。

脾脏海绵状淋巴管瘤应与以下 9 类疾病相鉴别:①脾囊肿。多为单一囊状结构,少有分隔及分叶征象,囊壁、间隔无强化;②脾囊性淋巴管瘤(水囊瘤),最多见,常为圆形或类圆形的囊性病灶,边界清楚,囊壁菲薄,囊内密度均匀,CT 值与水接近,囊壁轻度强化;③脾包虫病。多合并肝包虫囊肿,其特征表现为大囊内可见子囊,囊壁钙化,囊内间隔及囊壁无强化;④脾脓肿。脓肿壁有明显强化及壁外水肿,临床有寒战、高热

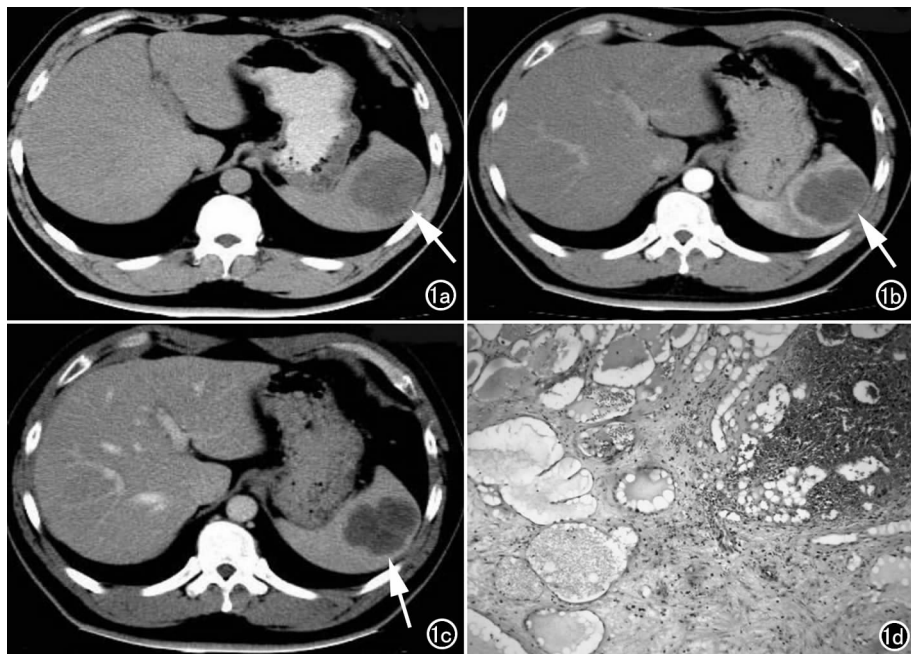


图 1 女,23 岁。左上腹部不适 2 个月余。a) 平扫脾被膜下近脾门类圆形囊性低密度区,大小约 51 mm×53 mm×50 mm,边界尚清;b) 动脉期囊壁及分隔中度强化;c) 门静脉期囊壁及分隔持续强化,且病灶明显呈分叶状;d) 病理示海绵性淋巴管瘤。

及白细胞计数增高;⑤脾囊性转移瘤。CT 表现为多发类圆形囊性或囊实性病灶,壁常不规则增厚,可有壁结节,典型表现为“牛眼征”,多同时见肝脏或其他脏器转移;⑥海绵状血管瘤。海绵状淋巴管瘤与海绵状血管瘤表现极为相似^[6,7],但海绵状血管瘤注射对比剂后明显强化,而前者仅表现为囊壁强化;⑦血管淋巴管瘤(脉管瘤)。海绵状淋巴管瘤与血管淋巴管瘤影像学鉴别较难,均呈“蜂窝状”改变,即有分房改变,增强间隔强化,确诊有赖病理;⑧脾结核。多表现为低密度肿块或低密度病变,形态多为圆形或椭圆形,CT 值为 25~45 HU。少数病变可有环形强化,并多伴有其他腹腔脏器的结核浸润。陈旧脾结核表现为多发针尖样钙化影;⑨伴有囊变的脾梗死。典型表现脾三角形低密度区,基底位于脾脏外缘,尖端指向脾门,边缘清楚或不清楚,灶内可见囊变水样低密度区。

下列征象对脾脏海绵状淋巴管瘤有一定诊断价值:①临床多无明显症状或仅表现腹部不适,体检中发现;②病灶形态不规则呈分叶状改变,灶内可见分房、间隔有重要诊断价值;③灶内呈液性低密度区,囊液 CT 值稍低;④囊壁及间隔增强后动脉期及门静脉期中度强化,延迟期持续强化具有鉴别意义,有利于定性诊断。

参考文献:

[1] Bezzi M, Spinelli A, Pierleoni M, et al. Cystic Lymphangioma of

- the Spleen US-CT-MRI Correlation[J]. Eur Radiol, 2001, 11(7): 1187-1190.
- [2] 俞同福, 王德杭, 虞梅玲, 等. 囊性淋巴管瘤的 CT 诊断[J]. 实用放射学杂志, 2004, 20(4): 361-363.
- [3] Solomou EG, Patriaheas GV, Mpadra FA, et al. Asymptomatic adult Cystic Lymphangioma of the Spleen: Case Report and Review of the Literature[J]. Magn Reson Imaging, 2003, 21(1): 81-84.
- [4] 金炎, 李贵臣, 吕华, 等. 脾巨大海绵状淋巴管瘤一例[J]. 中华肝胆外科杂志, 1999, 5(4): 225.
- [5] 谭丽梅, 崔冰, 吴国标. 脾脏海绵状淋巴管瘤 1 例报告[J]. 中国医学影像技术, 2007, 23(12): 1907.
- [6] 焦学龙, 郑毅雄, 林汉庭, 等. 脾血管淋巴管瘤 7 例并文献复习[J]. 实用肿瘤杂志, 2008, 23(2): 172-174.
- [7] Abbott RM, Levy AD, Aquilera NS, et al. From the Archives of the AFIP: Primary Vascular Neoplasms of the Spleen: Radiologic-Pathologic Correlation [J]. RadioGraphics, 2004, 24(4): 1137-1163.

(收稿日期: 2008-12-23 修回日期: 2009-04-03)

• 病例报道 •

经皮穿刺治疗巨大胆汁瘤一例

洪剑, 王晓野, 黄沁, 敖国昆

【中图分类号】R735.7; R814.47 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2009)06-0645-01

介入治疗后胆汁瘤是由于经导管肝动脉化疗栓塞(transcatheter arterial chemoembolization, TACE)导致肝内胆管坏死所致, 发病率为 1%~20%^[1]。巨大胆汁瘤较为少见且需要治疗, 现报道一例。

病例资料 患者, 女, 38 岁, 体检查肝脏增强 CT 提示肝脏占位, AFP 100 ng/ml, 行肝肿瘤切除术, 病理诊断肝细胞癌。复查 CT 肝癌复发, 行 4 次碘油栓塞治疗, 复查 AFP 9 ng/ml。近 1 个月出现反酸、腹胀、恶心、呕吐。腹腔 B 超显示肝体积增大, 肝内可见 9.9 cm×12.5 cm 囊性肿物, 边界清, 内透声差, 可见条带样强回声, 未见明显血流信号。B 超诊断: 肝囊性占位病变。腹腔 CT 平扫示肝脏明显增大, 肝脏右叶下段一类圆形高密度混杂密度影向肝包膜外突出。肝周可见水样密度影(图 1)。

介入治疗: 在 DSA 引导下经皮经肝穿刺探查术, 囊肿穿刺成功后, 放入猪尾导管, 抽出红褐色液体约 500 ml, 术后共引出 800 ml, 部分送病理。结合病理(冰冻涂片), 诊断为医源性胆汁瘤。引流 3 天后经引流管注入 100 ml 对比剂检查无胆管显影后, 注入 100 ml 无水乙醇, 留置 10 min 后抽出, 1 周后复查 CT 见囊腔明显缩小(图 2)。

讨论 胆汁瘤因病因不同可分为外伤性胆汁瘤、医源性胆汁瘤和自发性胆汁瘤, 临床表现缺乏特征性^[2]。传统概念上的胆汁瘤是指继发于肝胆手术后的并发症, 是由于胆汁漏出包裹后形成的胆汁瘤囊肿。有关文献认为胆管周围毛细血管丛受损, 可导致胆管坏死, 是形成胆汁瘤的原因。介入治疗所形成的胆汁瘤则正是由于 TACE 或经皮经肝穿刺无水酒精注射(percutaneous ethanol injection, PEI)导致肝内胆管坏死所致。肝内胆管的血供全部来自相伴行的细小肝动脉。介入治疗多次栓塞这些邻近肝癌的动脉分支, 从而可能引起相应胆管发生缺血性坏死、纤维组织增生, 而近端胆管因胆汁淤积、漏出、胆

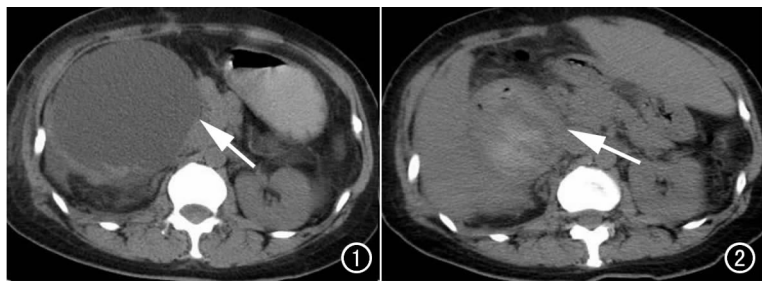


图 1 CT 示肝内囊性占位(箭)。 图 2 治疗 1 周后复查 CT 囊腔缩小(箭)。

管内压力增高而发生扩张或形成胆汁瘤。本例就属于此种情况, 因多次栓塞而形成了胆汁瘤。所以在肝癌栓塞治疗后的复查过程中, 应通过 B 超、CT 或 MRI 检查, 在观察肝癌的栓塞效果的同时, 要注意有无胆汁瘤的形成。经皮经肝穿刺胆汁瘤造影则是一个最直接、简单的确诊方法, 同时也可以进行治疗。本例特点是胆汁瘤瘤体巨大并靠近肿瘤, 在临床中较为罕见, 倘若不及时治疗, 瘤体易破裂致较严重的腹膜炎。然而在治疗过程中是否可以选择硬化剂治疗及相应的剂量, 须在术中仔细的检查及分析。①选择 370 碘普罗胺对比剂经导管注入瘤腔, 检查是否与肝内胆管相通, 如相通则不能选择硬化剂治疗方式, 否则会造成胆囊坏死。该患者瘤体经造影显示未与肝内胆管相通, 可选择硬化剂治疗方式; ②硬化剂的剂量不能一次性注入, 为防止瘤体破裂, 分 5 次注入, 每次 20 ml, 效果良好, 安全系数较高; ③治疗过程中要间断性的注入对比剂检查瘤体的形状、体积以及与周围的关系。

参考文献:

- [1] 贾广志, 尹华, 李建明, 等. 经肝动脉介入治疗并发胆囊坏死(2 例报告并文献复习)[J]. 内蒙古医学杂志, 2004, 10(36): 740-743.
- [2] 杜紫雷, 杨晓静, 原小军. 肝癌介入治疗后胆汁瘤形成及其处理方法[J]. 医学信息(手术学分册), 2007, 20(11): 1034-1035.

(收稿日期: 2009-01-21)