

- 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

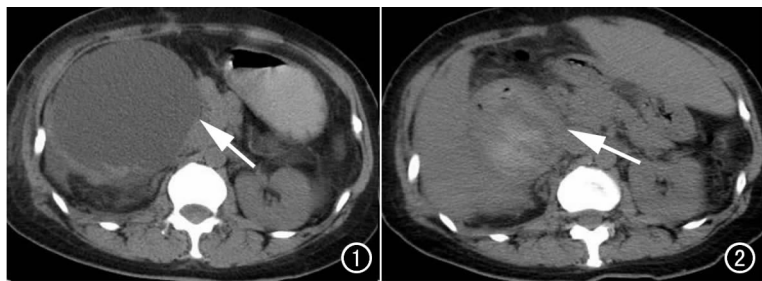


图 1 CT 示肝内囊性占位(箭)。 图 2 治疗 1 周后复查 CT 囊腔缩小(箭)。

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)