

- MR spectroscopic evaluation of the liver and correlation with histopathologic findings[J]. Radiology, 2003, 226(1):288-289.
- [24] Orlacchio A, Bolacchi F, Angelico M, et al. In vivo, high-field, 3-Tesla ¹H-MR spectroscopic assessment of liver fibrosis in HCV-correlated chronic liver disease[J]. Radiol Med, 2008, 113(2):289-299.
- [25] Nobili V, Vizzutti F, Arena U, et al. Accuracy and reproducibility of transient elastography for the diagnosis of fibrosis in pediatric nonalcoholic steatohepatitis[J]. Hepatology, 2008, 48(2):442-448.
- [26] Huwart L, Saleme N, Ter Beek L, et al. MR elastography of liver fibrosis: preliminary results comparing spin-echo and echo-planar imaging[J]. Eur Radiol, 2008, 18(11):2535-2541.
- [27] Huwarta L, van Beers BE. MR elastography[J]. Gastronterol Clin Bio, 2008, 32(1):68-72.
- [28] Rouvière O, Yin M, Dresner MA, et al. MR elastography of the liver: preliminary results[J]. Radiology, 2006, 240(2):440-448.
- [29] Yin M, Talwalkar JA, Glaser KJ, et al. Assessment of hepatic fibrosis with magnetic resonance elastography[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2007, 5(10):1207-1213.
- [30] Huwart L, Sempoux C, Vicaut E, et al. Magnetic resonance elastography for the noninvasive staging of liver fibrosis[J]. Gastroenterology, 2008, 135(1):32-40.

(收稿日期:2009-04-30 修回日期:2009-08-04)

高密度胆囊癌 CT 误诊一例

• 病例报道 •

洪江, 杨刚, 张联合

【中图分类号】R814.42; R735.8 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2010)04-0457-01

病例资料 患者,男,69岁,因不明原因持续性中上腹痛3h,伴恶心,呕吐2次,为胃内容物,无胆汁样物,无腹胀、腹泻,无胸闷,心悸,无黄疸,无畏寒、发热,无尿频、尿急、尿痛;当地卫生院给予山莨菪碱解痉、呋布西林静滴抗炎及补液治疗,未缓解。查体:体温36.3℃,脉搏88次/分,呼吸20次/分,血压140/90 mmHg,腹部平坦,触软,中上腹及右上腹压痛阳性,无反跳痛,无肌紧张,全腹未触及包块,莫菲氏征(+),肝、脾肋缘下未触及,血常规:白细胞 $5.7 \times 10^9/l$,中性粒细胞0.771%,血红蛋白144 g/l,血小板 $121 \times 10^9/l$ 。B超诊断:急性胆囊炎,胆结石。

CT机为东芝单排螺旋,扫描条件为120 kV,250 mA,0.75 s,层厚7 mm,使用对比剂为320 mg 碘佛醇100 ml,肘静脉注射,流率为2 ml/s,扫描方式为先平扫,而后注入对比剂25 s后扫动脉期,60 s后扫静脉期。

CT表现:平扫示胆囊较饱满,其体部、颈部及胆管内见多发梭形、椭圆形高密度影,其内密度尚均匀,CT值约75 HU,边缘较清(图1)。动静脉期增强后病灶强化不明显,CT值仍保持75~80 HU,边界尚清,部分胆囊壁略增厚,胆管略扩张(图2、3)。肝、脾及胰腺、双肾等邻近组织未见明显异常,腹膜后未见明显肿大淋巴结影。考虑诊断为胆囊炎伴胆囊结石。

手术所见:胆囊约9.0 cm×5.6 cm大小,充血水肿,与周围组织无粘连,胆总管未见明显扩张;切开胆囊标本后在胆囊颈部见一枚直径约3.0 cm大小肿块,表面呈草莓状改变,未见结石。病理诊断:胆囊中-低分化腺癌,部分为黏液腺癌,大小3.0 cm×2.0 cm,侵至胆囊壁全层,累及神经,切缘阴性。

讨论 胆囊癌是胆道系统最常见的恶性肿瘤,86%发生于50~80岁,女性多于男性,男女之比为1:3,一般认为胆囊癌的发生与胆囊结石所伴发的慢性感染造成的长期刺激有关,因为80%的病例伴有胆囊结石;半数患者右上腹可触及肿块,转

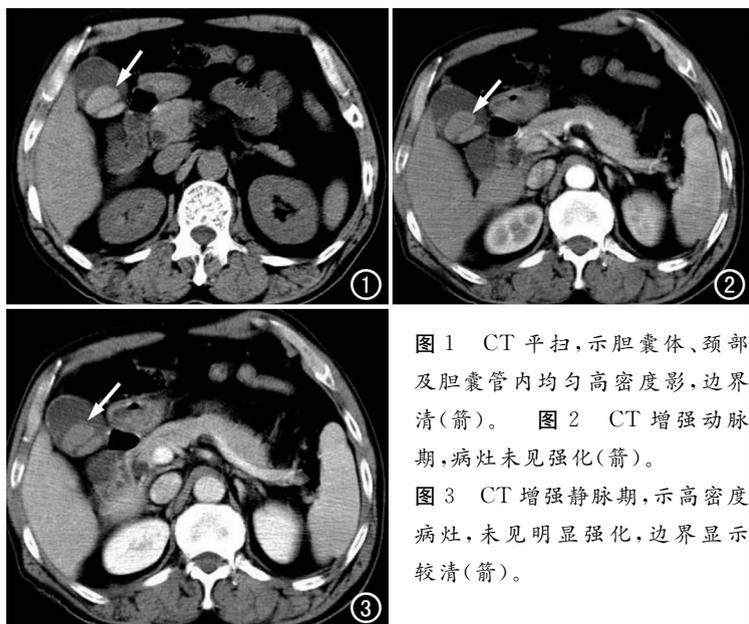


图1 CT平扫,示胆囊体、颈部及胆囊管内均匀高密度影,边界清(箭)。图2 CT增强动脉期,病灶未见强化(箭)。图3 CT增强静脉期,示高密度病灶,未见明显强化,边界显示较清(箭)。

移出现早。CT上胆囊癌分为胆囊壁增厚型、腔内型和肿块型:①增厚型,占15%~22%,表现为壁增厚,大部分为不规则的,少数病例可表现为均匀性增厚,与慢性胆囊炎难以鉴别;②腔内型,占15%~23%,表现为乳头状、单发或多发腔内肿块,基底部胆囊壁增厚,增强后肿块明显强化;③肿块型,占41%~70%,表现为胆囊窝内软组织密度肿块,有广泛的邻近肝组织侵犯,常合并胆道梗阻。胆囊癌也常合并胆结石和胆囊炎(占73%~98%),20%的患者胆囊壁可见钙化。本例胆囊壁略强化,胆囊内病灶密度高,强化不明显,很像胆囊结石,而最后通过病理诊断为腺癌,表现为高密度可能与细胞成分密实和钙含量较高有关;我们回顾性仔细查看CT图像后发现,靠近胆囊管颈部局部病变与管壁分界模糊,虽然增强扫描后病变未强化,但是应考虑到病灶与管壁分界的关系;以此来减少对高密度胆囊癌的诊断失误率。

(注:1 mmHg=0.133 kPa)

作者单位:310051 浙江,杭州武警医院放射科
作者简介:洪江(1979-),男,浙江绍兴人,技师,主要从事CT和MRI技术工作。

(收稿日期:2009-05-13)