

《请您诊断》病例 64 答案:肝紫癜

魏一娟, 高剑波

【中图分类号】R 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2012)06-0699-02

病例资料 患者,男,24 岁。1 个月前肾结石保守治疗后,结石消失,后行上腹部 B 超及 CT 检查,发现肝右叶占位,当地医院考虑为肝血管瘤。既往史:乙肝 4 年。体检:心、肺听诊无异常;全身未扪及肿大淋巴结。实验室检查无异常。患者生于河南,7 年前到青海居住至今,无疫区、疫情、疫水接触史。

CT 增强扫描:平扫示肝右叶不规则形稍低密度影,边缘模糊,增强扫描动脉期未见明显强化,门脉期病灶呈不均匀轻度强化,内仍可见片状轻度强化低密度区,病灶最大截面约为 8.3cm×9.3cm。肝血管充盈可。门脉右支呈受推压改变,管腔内未见异常。腹膜后未见明显肿大淋巴结影(图 1~3)。

CT 诊断:肝右叶占位,考虑恶性肿瘤可能性大。

手术所见:肝脏体积增大,质地软,肝右叶脏面有一肿块突向其表面,大小约 10.0cm×10.0cm,依次游离右半肝各个韧带,取肿块处部分组织中快速冰冻病理检查示局灶性囊性变,行免疫组化及右半肝切除,彻底止血、引流、固定,依次缝合切口各层组织,术后送病理检。

病理检查:肝取材标本一件,大小约 15cm×14.5cm×5cm,多切面切开,可见一灰褐灰红区,大小 5.5cm×5cm×5cm,切面与周围组织分界不清。病理诊断:(右叶)符合肝紫癜(图 4)。

讨论 肝紫癜(peliosis hepatis)是一种少见的肝血管良性病变,目前病因及发病机制尚未明确,以往文献报道可能与某些药品的毒性作用、某些毒素、慢性消耗性疾病或者获得性免疫缺乏综合征继发感染等有关。Zafrani 等^[1]认为发病机制有 3 种可能:①肝静脉会合处的肝窦流出道梗阻;②一种毒性物质对肝窦壁的影响;③肝细胞坏死导致囊腔形成。国内多数人认为是由于肝脏血液流出道在窦状隙水平发生阻塞,导致肝小叶中心静脉的扩大,即第一种机制。病理上表现为肝脏内散在,大小不一,充满血液的囊腔状扩张,常与正常的肝窦及中央静脉相通。宏观上肉眼表现为紫红色或者灰暗色。临床上一般无明显症状,也可有乏力、黄疸、门脉高压、肝功能不全、腹水等

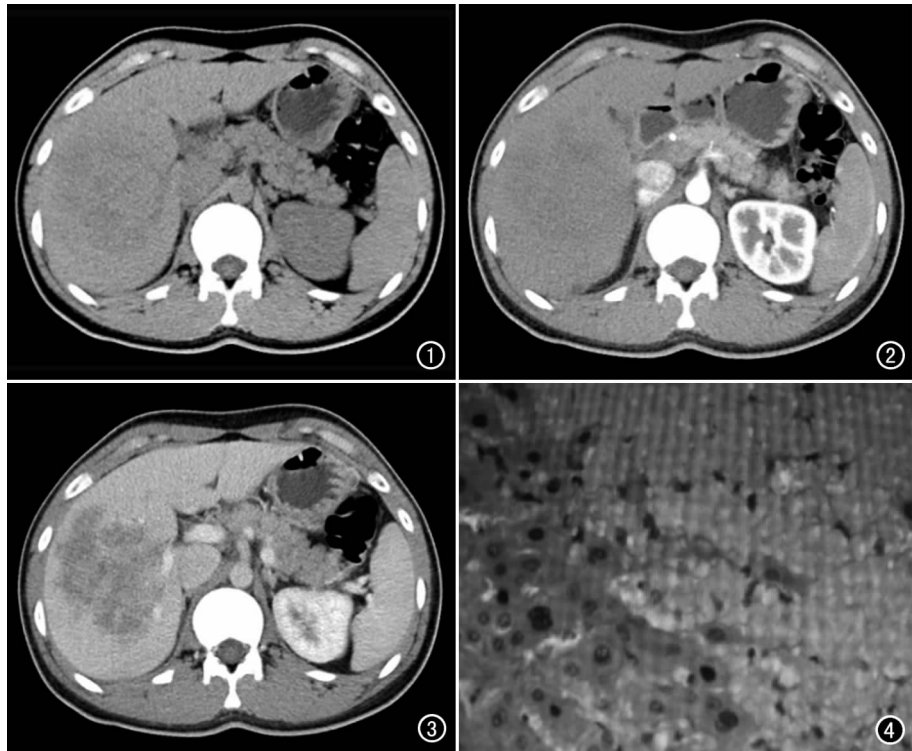


图 1 CT 平扫示肝右叶不规则形多发片状稍低密度影,边缘模糊,与肝实质分界欠清。图 2 CT 增强扫描动脉期未见明显强化,表现为稍低密度影。图 3 CT 增强扫描门脉期呈不均匀轻度强化,仍为低密度为主,无具体边界。图 4 显微镜下病理图示多发含血窦腔,直径达数毫米,分布无规则,囊腔无内皮细胞衬覆,左旁可见相对正常肝组织(×100, HE)。

症状。肝紫癜虽为良性病变,但严重的肝紫癜病可出现肝功能衰竭,个别患者可能由于血窦穿孔,导致致命性出血。

肝紫癜 CT 表现为肝内斑片状低密度,动脉期可有强化,延迟扫描呈等密度,强化模式与血管瘤相似,但形态多呈片状,没有具体的边界,与血管瘤的边界清且呈类圆形不同^[2]。关于肝紫癜的 CT 表现, Kim 等研究 8 例局限性肝紫癜的 CT 强化方式表现为:①向中心性强化(4/8);②持续轻度强化(2/8);③持续性强化(2/8),且认为①和②可能是由于扩大的肝窦内充满淤血所致,③是由于扩大的肝窦内充满的是新鲜血液所致^[3]。

本例病灶位于肝右叶,并非弥漫分布(图 1),病灶较大,直径在 5cm 以上,有压迫肝血管的征象;动脉期病灶无明显强化,门脉期呈部分小片状的轻度强化,病灶仍以低密度为主,与正常肝实质分界欠清,表现为持续轻度强化。因该患者有青海旅居史,临床上考虑了肝包虫病的可能,影像上不支持肝包虫病的原因如下:典型的肝包虫病 CT 表现为边界清晰的低密度包块,可以看到清晰的囊壁,50%可以看到粗糙的囊壁钙化,75%可看到子囊,增强扫描“水上浮莲”征显示的更为清晰。本病例密度 CT 值为 43HU,明显高于囊性病灶,无典型的囊壁结构及

钙化,生化检查指标未见异常,可排除肝包虫病的可能。

本病例的强化方式不具备典型肝癌“快进快出”的征象,且患者年纪较轻,但有乙肝病史,这是最初诊断为肝脏恶性肿瘤,并未更进一步给出具体诊断意见的疑惑之处。由于肝紫癜影像学的表现缺乏特异性,又较为罕见,其主要依靠病理与肝内其它局限性病灶(如小血管瘤、肝腺瘤)进行鉴别。

参考文献:

- [1] Zafrani ES, Cazier A, Baudelot AM, et al. Ultrastructural lesions of the liver in human peliosis. A report of 12 cases[J]. Am J Pathol, 1984, 114(3): 349-359.
- [2] 许乙凯, 全显跃. 肝胆胰脾影像诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006. 325-327.
- [3] Kim SH, Lee JM, Kim WH, et al. Focal peliosis hepatis as a mimic of hepatic tumors: radiological-pathological correlation[J]. Comput Assist Tomogr, 2007, 31(1): 79-85.

(收稿日期: 2011-10-20)

专家点评

肝紫癜以往常尸检时才发现,可单发或多发,大小数毫米到数厘米不等,经手术和病理证实的病例,临床上偶可遇见。病理上可分为静脉扩张样型和实质型,前者由于肝中央静脉动脉瘤样扩张,形成内皮衬托,充满大量血液的血窦样结构;后者由于肝实质出血性坏死形成。大部分学者则认为实际上同属一个病理变化的不同阶段,即肝出血性坏死基础上,中央静脉渗入,逐步形成内皮衬托

的充满大量血液的空腔(血窦)的过程。因此,不同阶段的影像学检查如 CT 和 MRI,表现不同。再者肝硬化、脂肪肝或其他弥漫性肝病基础上的肝紫癜,影像学表现更复杂。本例 CT 平扫呈稍低密度,动脉期未见强化,门静脉期病灶呈轻度不均匀强化,该增强方式无特征性,鉴别诊断有难度。文献报道和我科经验以为若动脉期增强扫描病灶未见强化,而门静脉或肝实质期病灶内见斑点状强化区,并与正常门静脉分支强化程度相似,则提示病灶内有对比剂积聚,此征象对诊断肝紫癜有一定的提示作用。特别提示:如动脉期未见强化,常可排除恶性肿瘤。有关鉴别诊断:主要与不典型血管瘤、局灶性肝坏死、慢性炎性病变(包括炎症假瘤)鉴别,事实上以上三者与肝紫癜鉴别临床价值不是十分重要,因为均属良性病变。重要的是与不典型胆管细胞癌和转移性肝癌的鉴别有一定难度,需要进行综合影像判断(包括 US, CT 和 MRI),同时密切结合临床或必要时活检可明确。首先:①仔细观察病灶内有无对比剂的积聚。尤其 MRI 延迟增强扫描,如观察到更多的对比剂的积聚,能进一步增加诊断的信心。②MRI 扩散成像(DWI)常显示病灶水扩散不受限,即 DWI 常呈等低信号。③结合病史同样重要:肝紫癜的发病大部分与某些药品的毒性作用(如类固醇激素硫唑嘌呤、他莫昔芬)、某些毒素、慢性消耗性疾病(结核、肿瘤等)或者获得性免疫缺乏综合征继发感染、移植等有关。④另外,若结合 CT 或 MRI 灌注技术检查,尤其动脉血流和血流指数对鉴别良恶性有一定帮助,但目前经验有限,有待进一步扩大病例验证。

(复旦大学附属中山医院放射科 饶圣祥, 曾蒙苏)

中外华人医学磁共振 2012 年会暨国际医学磁共振学会论坛

为推动我国医学磁共振事业发展,凝聚海内外专家力量,促进业内合作与交流,由海外华人磁共振学会、国际磁共振学会共同主办的中外华人医学磁共振 2012 年会暨国际医学磁共振学会论坛将于 2012 年 12 月 14—16 日在美丽的海滨城市福建厦门举办。本次大会将是一次海内外医学影像领域中外专家相聚的盛会。本次会议的主题是“全球磁共振科学家和临床医生的中国聚会”。届时,来自国内外数百名著名磁共振专家及临床医生将汇聚一堂,共同就国际磁共振成像技术及应用的最新进展展开充分交流。

会议日程: 12 月 13 日 全天报到

12 月 14 日 国际医学磁共振学会论坛 扩散磁共振成像专题

12 月 15—16 日 中外华人医学磁共振年会 磁共振技术、应用和临床实践 特邀报告和论文投递报告 心血管磁共振成像教育课程 摘要评奖

地点: 厦门市东南面的环岛南路 福建省厦门市国家会计学院