

hepatocellular carcinomas; value of triphasic helical CT compared with iodized-oil CT[J]. AJR, 1997, 168(1): 219-224.

- [10] Hwang GJ, Kim MJ, Yoo HS, et al. Nodular hepatocellular carcinomas; detection with arterial-, portal- and delayed-phase images at spiral CT[J]. Radiology, 1997, 202(2): 383-388.
- [11] Takayasu K, Furukawa H, Wakao F, et al. CT diagnosis of early hepatocellular carcinoma; sensitivity, findings and CT-pathologic correlation[J]. AJR, 1995, 164(4): 885-890.
- [12] Lee JH, Lee JM, Kim SJ, et al. Enhancement patterns of hepatocellular carcinomas on multiphase multidetector row CT; compar-

ison with pathological differentiation[J]. Br J Radiol, 2012, 85 (1017): 573-583.

- [13] Bismuth H. Surgical anatomy and anatomical surgery of the liver [J]. World J Surg, 1982, 6(1): 3-9.
- [14] Chen G, Li XC, Wu GQ, et al. Three-dimensional reconstruction of digitized human liver; based on Chinese visible human[J]. Chin Med J, 2010, 123(2): 146-150.
- [15] Goldsmith NA, Woodburne RT. The surgical anatomy pertaining to liver resection[J]. Surg Gynecol Obstet, 1957, 105(3): 310-318. (收稿日期: 2013-01-31 修回日期: 2013-02-11)

脾脏巨大错构瘤一例

· 病例报道 ·

李铁丰, 陈爱林, 李辉, 白廷军, 刘为海

【中图分类号】R814.42; R733.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2013)03-0302-01

【关键词】 体层摄影术, X线计算机; 脾脏肿瘤; 诊断

病例资料 患者,男,84岁。反复左上腹疼痛10余年,呈持续性胀痛,无放射痛、呕吐及发热等,未予以特殊处理,近1个月来感左上腹胀痛较前加剧。查体:左上腹可触及肿大脾脏,质地中等,边缘尚光滑,未扪及血管搏动。

CT表现:脾脏明显增大,其内有一巨大软组织密度肿块,边界清晰,大小为18.6 cm×12.5 cm,密度均匀,CT值19~50 HU,病灶内可见多个分隔(图1)。增强扫描示肿块实质部分轻度强化,可见多发斑点状、迂曲状血管(图2、3)。术前CT诊断:脾脏血管瘤。

手术所见:脾脏明显增大,其内有大小约18 cm×15 cm×10 cm的病灶,脾周无明显粘连,肿块内可见大量坏死液化组织。病理诊断:脾脏错构瘤伴陈旧性出血、坏死及髓外造血(图4)。

讨论 脾脏错构瘤(splenic hamartoma, SH)是一种罕见的脾脏血管性肿瘤样病变,由各种正常脾脏组织混杂而成。因患者常无特异性症状,多在体检或手术中偶然发现。由于发病率低,易与脾脏海绵状血管瘤及恶性肿瘤相混淆。CT平扫显示脾内等或稍低密度实性肿块,伴或不伴钙化,多期增强扫描动脉期示病灶呈弥漫性不均匀轻度强化或周围斑片状强化并随时间延迟呈渐进性强化,延迟期密度接近或稍高于脾实质时有助于SH的诊断。当SH的CT表现不典型时,需联合其它影像技术进行综合诊断,最终确诊仍有赖于病理检查。鉴别诊断:①脾血管瘤,是最常见的良性脉管性肿瘤,以海绵状血管瘤多见,平扫多为低密度,增强早期呈边缘结节状明显强化,延迟期呈持续强化,而不呈弥漫性均匀或斑片状强化可资鉴别;②脾囊肿,CT上多表现为形态规则,边界清楚,水样密度,增强后不强化;③血管肉瘤,常呈分叶状轮廓,侵袭性生长,可突破脾脏包膜侵犯周围结构,有时可见远处转移灶;④脾脏转移瘤往往有原发病史,且多数已有其它部位转移;⑤脾脏淋巴瘤多为继发性,常伴浅表淋巴结肿大,钙化少见,增强扫描延迟期淋巴瘤强化较周围脾实质低。

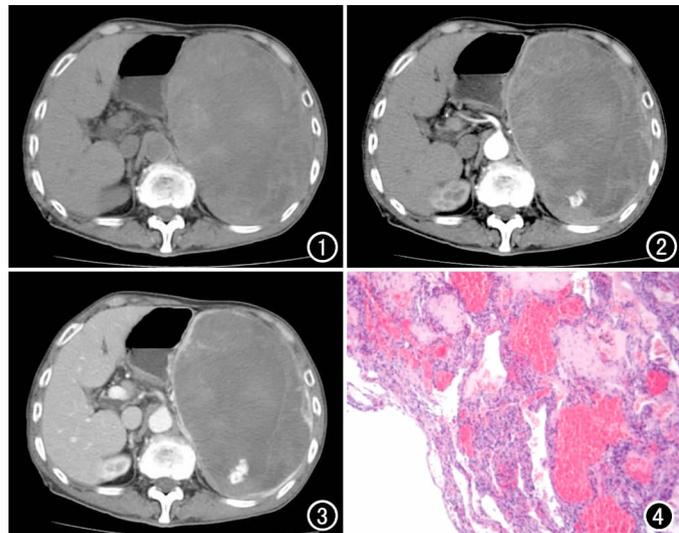


图1 CT平扫显示脾脏明显增大,内见一巨大软组织密度肿块影,边界清晰,内密度不均匀,CT值19~50HU,内可见多个分隔。图2 动脉期示肿块内实性成份轻度强化,可见一迂曲血管影。图3 静脉期示肿块内实性成份及血管影渐进性持续强化。图4 镜下示脾组织主要由红髓构成,窦腔内含有大量血窦及少量白髓,可见大量坏死及陈旧性出血(×100, HE)。

参考文献:

- [1] 叶晓华,杨正汉,杨重庆,等.脾脏错构瘤的CT和MRI表现[J].医学影像学杂志,2009,19(5):567-570.
- [2] 龚美琳.脾脏多发性错构瘤误诊为淋巴瘤1例[J].临床放射学杂志,2002,21(2):105.
- [3] 徐海东,周康荣.脾错构瘤的CT表现(附1例报告及文献复习)[J].实用放射学杂志,1995,11(5):304-305.
- [4] 张珉,林才照,郑树森.脾错构瘤9例诊治分析[J].中国实用外科杂志,2004,24(3):205-207.
- [5] Warshauer DM, Hall HL. Solitary splenic lesions[J]. Seminul-trasound CT MRI, 2006, 27(5): 370-388.

(收稿日期: 2012-09-17 修回日期: 2012-12-11)

作者单位:宁波市北仑区人民医院放射科(刘为海)

作者简介:李铁丰(1980-),男,黑龙江人,主治医师,主要从事CT和MRI诊断工作。