

肝副叶硬化的 CT 表现一例

张斌

【关键词】 肝副叶; 不典型增生; 纤维组织增生; 体层摄影术, X 线计算机**【中图分类号】** R575; R814.4 **【文献标识码】** D **【文章编号】** 1000-0313(2019)10-1169-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2019.10.027

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



肝副叶是一种罕见的先天性肝脏发育异常,发生率约 0.44%^[1],国内外文献鲜有报道,但伴有肝硬化的肝副叶尚未见报道,现将我院遇到 1 例报道如下,并总结肝副叶硬化的 CT 影像特点,旨在提高对本病的认识,指导临床制定合理的手术方案。

病例资料 患者,男,34 岁,因间断腹痛 6 年余入院。既往史:既往无结核、肝炎病史。查体:右中下腹部扪及一大小约 10 cm×6 cm 肿物,质中等,不活动,压痛(一),无反跳痛及肌紧张,乙肝及肝功能检查均为阴性。超声检查:右中下腹、右肾前下方见一大小约 10.7 cm×7.5 cm 中强回声光团,边界尚清,无包膜,内见星点状血流信号。腹部 CT 示:右中下腹见大小约 93 mm×76 mm×90 mm 软组织密度肿块,密度较均匀,形态不规整,呈分叶状改变,周围肠管受压,增强动脉期肿块明显强化,其内见增粗的门静脉右支分支延伸至其内部,同时见条索状低密度影,门脉期低密度的条索影仍然存在,实质期显示肿块内的条索状低密度影大部分消失,呈较均一强化。肿块与邻近肝下极内侧缘分界不清,局部肝内侧缘不光滑。CT 诊断:右中下腹富血供肿物,考虑来源于肝脏。入院后行腹腔肿瘤切除术。术中所见:肝右叶边缘向下延伸形成球状肿物,大小约 10 cm×10 cm×10 cm,肿物上极紧邻肝右叶及胆囊底,质韧,血运丰富,沿肝右叶边缘完整切除肿物,缝扎血管残端,送冰冻病理报告:副叶肝伴硬化、不典型增生。术后病理报告:检材见肝细胞轻度水样变性和脂肪变性,间质内淋巴细胞浸润及纤维组织增生,并见灶性嗜中性粒细胞浸润。

讨论 肝副叶是一种少见的肝脏解剖变异,属于肝脏先天发育异常的一种^[2],是肝脏多叶畸形中多余的肝叶因膈肌纤维束过份压迫肝或肝包膜异常伸入肝实质所致,大小不一,形态各异,一般较小,多呈半圆形或卵圆形,与正常肝脏连续的肝组织称为肝副叶,而不相连的称为异位肝^[3],肝副叶最常见于肝脏下表面

附近腹腔内^[4],表现为与肝脏相连的腹腔内肿块,也可发生于肝脏膈面,发生于膈面的肝副叶可向上疝入肺底,易误诊为肺肿瘤^[5-6]。本例肿块位于腹腔内,且肿块与肝脏相连,与文献报道的肝副叶位置完全相符。正常的肝副叶具有肝脏的组织学特征如肝小叶结构及血管系统。本例由于肝副叶硬化,术后病理显示肿块内的肝细胞呈现不典型增生,形成多发的纤维间隔包裹的假小叶,小叶间见粗大的条索状纤维结缔组织增生。Tancredi 等^[7]认为肝副叶由于血供和胆管引流受损,发生恶变的风险较正常肝组织高。另有学者认为由于肝副叶合成的胆汁不能有效排泄,积聚于副肝可形成肝脓肿,长期慢性刺激,可发生癌变^[8-9]。本例肝副叶硬化患者无肝炎病史,术前实验室检查肝功、乙肝均为阴性,且患者仅有肝副叶硬化,其所附属的正常位置的肝脏未见异常改变,故考虑肝副叶发生硬化原因应为其供血血管结构紊乱或胆汁排除不畅所致。肝细胞不典型增生属于癌前病变,其发生于副叶肝,因此及时发现并手术切除显得尤为重要。

肝副叶的影像表现:典型肝副叶的 CT 表现为肿块以窄基或宽底与正常肝脏相连,平扫 CT 值与正常肝组织一致,增强扫描其强化形式与正常肝实质一致,多通过肝静脉回流入下腔静脉。本例符合肝副叶的表现主要有以下方面:①肿物与肝右叶相连。②增强扫描见门脉右支伸入肿物内。③强化后实质期肿物呈较均匀强化,与正常肝脏密度一致。符合肝副叶硬化的影像表现:①肿物边缘不规整,呈结节改变,是由于副叶包膜下的肝细胞再生结节外凸生长所致;②增强扫描动脉期显示肿物不均匀明显强化,并可见门脉右支自肝右叶延伸入肿物内,这是由于副叶肝内血管结构紊乱,动静脉分流所致。③肿物内强化不均匀,在动脉期、门脉期显示肿物内见低密度条索影,无明显强化,延迟期低密度影消失,整个肿物呈现较均匀的一致强化,结合病理做回顾性分析,副叶内条索低密度影为增生假小叶间粗大的纤维结缔组织,对比剂经血管渗透进入纤维组织的时间较长,因此纤维组织表现为延迟强化的特点。

作者单位:053000 河北,衡水市哈励逊国际和平医院

作者简介:张斌(1970—),男,河北唐山人,副主任医师,主要从事胸腹部影像诊断工作。

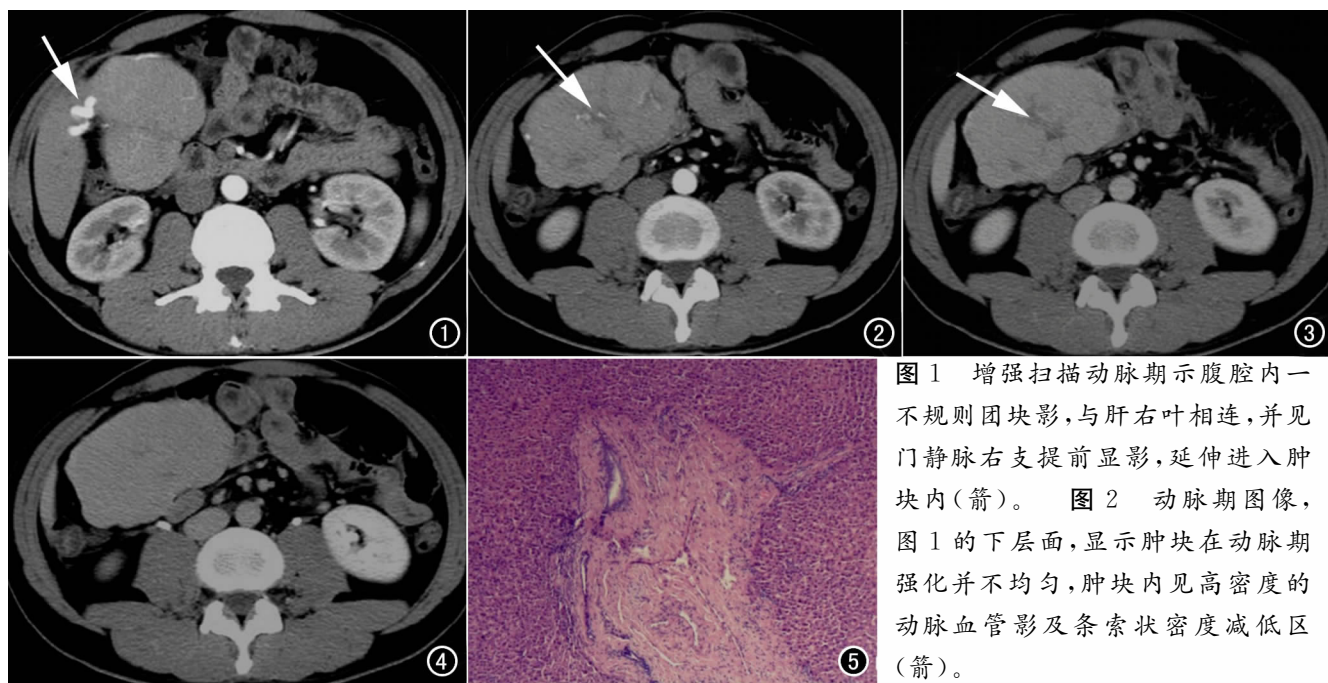


图 1 增强扫描动脉期示腹腔内一不规则团块影,与肝右叶相连,并见门静脉右支提前显影,延伸进入肿块内(箭)。图 2 动脉期图像,图 1 的下层面,显示肿块在动脉期强化并不均匀,肿块内见高密度的动脉血管影及条索状密度减低区(箭)。

图 3 静脉期图像,与图 2 为同一层面,显示肿块内的低密度条索影仍然存在(箭)。图 4 实质期图像,与图 2、3 为同一层面,显示肿块内条索状低密度影基本填充,肿块呈较均匀的一致强化。图 5 镜下显示增生的假小叶间明显粗大的纤维结缔组织增生。

目前,多层螺旋 CT 多平面重建肝副叶的定位、定性均能取得很好的效果,能够确诊。另外,CT 值的测量并与肝脏进行对比,也有助于判断肿块的性质^[10-11],本例误诊的主要原因在于肝副叶出现硬化,形状上表现为不规则结节状肿块,与腹腔内肿瘤形状相似,同时肿块增强扫描表现为动脉期即出现明显强化,且强化欠不均匀等征象,其鉴别诊断主要同腹腔内富血供肿瘤区别。

外生性肝癌:是原发性肝癌的一种特殊类型,实质肿瘤主要向肝外生长,以蒂带与肝相连或直接贴附于肝脏表面。肿瘤主要由肝动脉供血,因此增强检查表现为动脉期明显强化,静脉期及实质期肿瘤密度快速下降,表现为低密度肿块影,呈现“快进快出”的强化特点,与本例副叶肝与原位肝实质于增强扫描的实质期强化密度趋向一致明显不同。

胃肠道间质瘤:是指发生于胃肠道的间叶源性肿瘤,增强扫描多呈明显强化,但其供血主要来源于胃动脉血管或肠系膜上动脉,与本例肝副叶主要由肝脏的门脉右支供血明显不同。

腹腔内类癌:通常产生特征性的 CT 表现,出现三联征,包括钙化的肠系膜肿物、肿物周围反应性结缔组织增生所致的放射状软组织条带以及邻近肠袢壁的增厚。本例与之明显不符。

腹腔内间质肉瘤如纤维肉瘤、恶性纤维组织细胞瘤等,其病灶较大,病灶内见多发坏死囊变,增强检查,坏死囊变大多无强化,与本例实质期均匀强化明显不符。

总之,肝副叶发生率极低,伴有硬化的肝副叶发生率就更低,在诊断中应予以关注。

参考文献:

- [1] Minoru umehara, Michihiro sugai, Daisuke Kudo, et al. Torsion of an accessory lobe of the liver in a child: report of a case[J]. Surg Today, 2009, 39(1): 80-82.
- [2] Kostov DV, Kobakov GL. Accessory hepatic lobe[J]. Surg Radiol Anat, 2011, 33(9): 819-822.
- [3] Vaideeswar P, Yewatkar D, Nanavati R, et al. Ectopic liver tissue in umbilical cord[J]. J Postgrad Med, 2011, 57(3): 229.
- [4] 俞金娜, 徐宏伟, 何聪, 等. 胸腔内肝副叶影像表现二例[J]. 中华放射学杂志, 2012, 46(6): 575-576.
- [5] 张林, 杨艳刚, 罗继文, 等. 右胸腔肝副叶误诊为肺肿瘤一例[J]. 海南医学, 2017, 27(8): 1363-1364.
- [6] 张裕华. 胸腔内肝副叶误诊 1 例分析[J]. 四川医学, 2000, 21(12): 1116.
- [7] Tancredi A, Cutlitta A, de Martino DG, et al. Ectopic hepatic tissue misdiagnosed as a tumor of lung[J]. Updates Surg, 2010, 62(2): 121.
- [8] Antonio B, Tiziano C, Alfredo G, et al. An unusual case of primary liver cancer[J]. Cancer, 1994, 73(5): 1332-1334.
- [9] 陈和, 刘安华, 卢强. 副肝原发肝癌一例[J]. 中华外科杂志, 1998, 36(11): 648.
- [10] Yi W, Liao J, Wei-guo Z, et al. Accessory lobe of right liver mimicking a pulmonary tumor in an adult male[J]. Ann Thorac Surg, 2010, 89(2): 9.
- [11] 刘清宇, 王毅, 何勇, 等. 右肝副叶病人胸腔 1 例[J]. 中国医学影像技术, 2009, 25(2): 300.

(收稿日期: 2018-12-14 修回日期: 2019-01-14)