

少 mAs 是不可取的;在不影响诊断的前提下适当降低扫描剂量则是合理而可行的。

[参考文献]

[1] 刘昌盛,魏文洲,郑晓华,等.低剂量 CT 扫描对婴幼儿颅脑病变的诊断与防护价值.中国医学影像技术,2004,20(1):103-104.

[2] 韦进,王小文,吴广仕,等.多排螺旋 CT 非螺旋低剂量扫描筛查肺结节.中国介入影像与治疗学,2009,6(6):563-566.

[3] 孙龙,吴华,官泳松.PET/CT 与低剂量 CT 诊断 T1 期肺癌.中国介入影像与治疗学,2007,4(3):232-235.

[4] 张彦彩,朱小忠,王武.螺旋 CT 低剂量扫描研究进展.中国医学影像技术,2010,26(7):1376-1378.

Huge lymphangioma of the liver: Case report

肝巨大淋巴管瘤 1 例

李基根,符喻鑫

(中国人民解放军广州军区疗养院放射科,广东 广州 510515)

[Key words] Lymphangioma; Liver; Diagnostic imaging

[关键词] 淋巴管瘤;肝脏;诊断影像

[中图分类号] R445.1; R814; R735.7 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2010)12-2411-01



图 1 增强 CT 见分隔样向心性强化 图 2 肝动脉造影见占位病变周边轻度环状染色,肝内血管被推挤移位变稀疏,无明显肿瘤血管
图 3 病理图(HE, $\times 200$)

患者女,31 岁。因“反复上腹部不适 2 年余,再发 1 月余”入院,自诉间有轻微腹胀,无明显腹痛。查体:右上腹可触及包块,质稍软,轻压痛,无反跳痛及肌紧张。B 超:肝右叶见 11.1 cm $\times$ 12.1 cm 不均质团块,边界清,内回声不均匀,可见细小蜂窝状无回声区,团块内探及粗大穿入血流信号,录得低阻动脉频谱,最大血流速度为 63.4 cm/s, RI: 0.52; 周边见多个稍强回声团块,边界清,内回声尚均匀。诊断:肝右叶巨大实性占位性病变伴周围多发稍强回声团块,考虑多发血管瘤可能。实验室检查: HbsAg(—), AFP 4.5 μ g/L, TBIL 6.8 μ mol/L, ALT 14 U/L, AST 26 U/L, ALB 43.4 g/L。CT: 肝右叶多发占位,最大者约 10.6 cm $\times$ 12.5 cm, CT 值 20~35 HU, 增强扫描可见分隔样向心性强化改变(图 1),考虑肝内多发血管瘤。肝动脉造影: 肝右

叶见巨大占位,呈周边轻度环状染色,肝内血管因被推挤移位而变稀疏,无明显肿瘤血管,无血窦、血湖(图 2)。肝穿刺活检病理检查: 送检灰白色条索样组织一条,长 1.2 cm,直径 0.1 cm。送检肿物镜下主要由不规则窄壁脉管构成,内衬单层扁平上皮,细胞无异型,管内无红细胞(图 3)。免疫组化: CD34(—)、D2-40(+)、CR(—)、MC(—)。印象诊断: 符合(肝)脉管性肿瘤,考虑为淋巴管瘤。

讨论 肝淋巴管瘤为临床罕见的肝良性肿瘤,巨大多发者更为罕见。肝淋巴管瘤无特征性的临床表现、影像表现及实验室检查阳性结果,易误诊。B 超及 CT 检查易误诊为肝血管瘤或肝癌,肝动脉造影检查亦无特征性表现,定性诊断只能靠手术切除标本或穿刺活检获得病理结果而确诊。本例为肝右叶巨大并多发的肝淋巴管瘤,B 超与 CT 检查均误诊为肝血管瘤,肿块巨大、多发,彩超血流信号、CT 平扫肿块密度及强化表现均与肝血管瘤类似,但肝动脉造影完全未见血管瘤征象,经穿刺活检确诊。

[作者简介] 李基根(1973—),男,湖南隆回人,硕士,主治医师。

E-mail: jiegengli@126.com

[收稿日期] 2010-07-09 [修回日期] 2010-09-10