

可见肿瘤边缘强化。目前,手术切除是首选治疗方法,化疗及放疗对肝肿瘤样癌治疗的有效性尚不明确。该病恶性程度高,侵袭性大,预后极差。本例术后 40 余天即出现腹腔多处复发及转

移,分析原因可能是肿瘤虽完整切除,切缘阴性,但术前未行 MRI 等进一步评估肝脏,术中受累膈肌未联合切除,可能存在受累组织残存或未发现的转移灶,导致术后迅速转移复发。

Littoral cell angioma of spleen: Case report

脾脏窦岸细胞血管瘤 1 例

杨千朋,刘尼军,王敏茹,宁 龙

(陕西省核工业二一五医院影像科,陕西 咸阳 712000)

[Key words] Angioma; Spleen; Tomography, X-ray computed

[关键词] 血管瘤;脾脏;体层摄影术,X 线计算机

DOI:10.13929/j.1003-3289.201702103

[中图分类号] R733.2; R814.42 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2017)11-1757-01

患者男,43 岁,以“左上腹胀痛不适 1 周”入院。腹部疼痛为慢性隐痛,向左侧腰背部放射,无发热、恶心及呕吐。查体:腹软,左上腹有压痛,无反跳痛,脾肋缘下可触及,质韧。实验室检查:血红蛋白 66 g/L,血细胞比容 19.70%,血小板 $61 \times 10^9/L$ 。上腹部 CT 示脾大,实质内见多发大小不等低密度结节灶,境界欠清,最大病灶最大径约 2.1 cm;增强后病灶由周边逐渐向中心填充强化,大部分病灶延迟期呈等密度,CT 诊断为脾脏多发血管瘤可能性大(图 1A~1D)。行腹腔镜下脾切除术,术中见脾脏色泽红润,约 $18.0 \text{ cm} \times 13.0 \text{ cm} \times 6.0 \text{ cm}$,边缘较钝,与周围组织无明显粘连,于左肋缘下切口将脾脏夹碎后取出。病理诊断:脾多发性窦岸细胞血管瘤伴淤血性脾大(图 1E)。免疫组化:CD31(+),CD34 部分(+),CD68(+),CK(-),Ki-67 低表达。

讨论 脾脏窦岸细胞血管瘤是一种较罕见的原发性脾脏血管瘤,目前认为其起源于脾脏红髓的窦岸细胞,肿瘤细胞具有内皮细胞和组织细胞的双重分化特征。发病原因不详,可能由于各种刺激因素(如慢性感染、肿瘤等)所致。可见于任何年龄,以 30~50 岁多见,多数患者无明显临床症状,部分患者出现脾大、

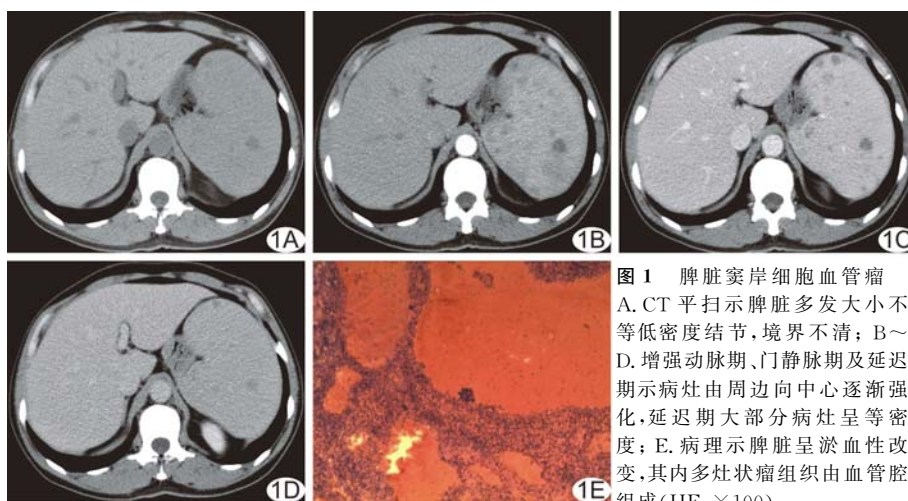


图 1 脾脏窦岸细胞血管瘤
A. CT 平扫示脾脏多发大小不等低密度结节,境界不清; B~D. 增强动脉期、门静脉期及延迟期示病灶由周边向中心逐渐强化,延迟期大部分病灶呈等密度; E. 病理示脾脏呈淤血性改变,其内多灶状瘤组织由血管腔组成(HE, $\times 100$)

血小板减少、贫血。脾脏窦岸细胞血管瘤的影像学表现分为多发结节型和单发结节型,本例为多发结节型,较多见。多发结节型脾脏窦岸细胞血管瘤的病灶大小不等,平扫边界不清,增强扫描动脉期及门静脉期病灶显示清晰,对比剂由周边向中心逐渐填充,延迟期呈等密度。本例延迟期少部分病灶仍呈低密度,可能由延迟时间不足所致。单发结节型增强扫描动脉期病灶常呈明显强化,门静脉期及延迟期病灶强化程度降低,密度趋于均匀。脾脏窦岸细胞血管瘤是一种良性肿瘤,也可具有恶性生物学行为,常合并内脏恶性肿瘤。故一经发现应尽早手术切除,同时应仔细检查和密切随访。此外,本病需与血管瘤病、淋巴管瘤病、转移性肿瘤、淋巴瘤、结节病累及脾脏,以及脾脏感染形成的微脓肿等相鉴别。

[第一作者] 杨千朋(1982—),男,山东菏泽人,本科,主治医师。

E-mail: 49943577@qq.com

[收稿日期] 2017-02-26 [修回日期] 2017-06-08