

cases. *Pediatr Radiol*, 2008, 38(7):791-794.

- [15] Chaudhary A, Debnath J, Thulkar S, et al. Imaging findings in hepatic Langerhans' cell histiocytosis. *Indian J Pediatr*, 2006, 73(11):1036-1038.

- [16] 李欣, 杨志勇, 贾万英. 儿童朗格汉斯细胞组织细胞增生症的 CT 表现(附 13 例分析). *中华放射学杂志*, 2001, 35(1):67-69.

- [17] Schmidt S, Eich G, Hanquinet S, et al. Extra-osseous involvement of Langerhans' cell histiocytosis in children. *Pediatr Radiol*, 2004, 34(4):313-321.

- [18] Girard M, Franchi-Abella S, Lacaille F, et al. Specificities of sclerosing cholangitis in childhood. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*, 2012, 36(6):530-535.

Heterotopic pancreas in intrahepatic and extrahepatic bile duct: Case report 肝内外胆管异位胰腺 1 例

林国辉¹, 宋建勋², 黄旭¹

(1. 广东医科大学研究生院, 广东 湛江 524023; 2. 深圳市宝安区人民医院放射科, 广东 深圳 518100)

[**Keywords**] heterotopic pancreas; tomography, X-ray computed; magnetic resonance imaging

[**关键词**] 异位胰腺; 体层摄影术, X 线计算机; 磁共振成像

DOI: 10.13929/j.1003-3289.201809102

[**中图分类号**] R576; R445 [**文献标识码**] B [**文章编号**] 1003-3289(2019)06-0866-01

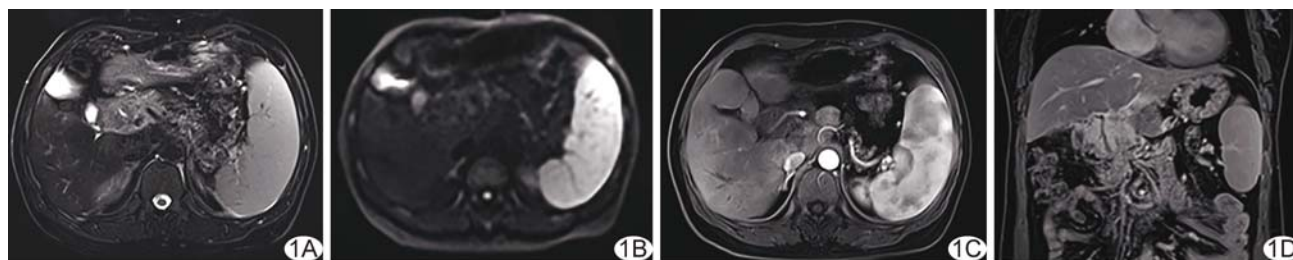


图 1 肝内外胆管 HP MRI 表现 A. 轴位脂肪抑制 T2WI 病变呈稍高信号; B. 轴位 DWI 病变呈稍低信号; C. 轴位增强 T1WI 动脉期病变呈轻度强化; D. 延迟期冠状位增强 T1WI 病变与正常胰腺信号强度大致相等

患者女, 40 岁, 5 个月前无明显诱因出现阵发性上腹钝痛, 进食前后明显, 伴腹胀、嗝气、恶心等。查体: 上腹压痛, 肝区轻叩痛。实验室检查: γ -谷氨酰转肽酶 79.0 U/L, 丙氨酸转氨酶 46.0 U/L, 天冬氨酸转氨酶 42.0 U/L, 活化部分凝血酶原时间 35.3 s, CA125 35.8 U/ml。CT 平扫示肝门部约 33.3 mm×27.9 mm×38.3 mm 不规则肿块影。MR 平扫示左右肝管、肝门区肝总管及胆总管管壁弥漫性均匀增厚, 呈铸状围管生长, 肝门部见约 31.5 mm×29.7 mm×40.4 mm 病变, T1WI 呈稍低信号, 脂肪抑制 T2WI 呈稍高信号(图 1A), DWI 呈稍低信号(图 1B), ADC 呈稍高信号; 增强扫描病变动脉期轻度强化(图 1C), 门静脉期及延迟期(图 1D)强化程度与胰腺相仿; 磁共振胰胆管造影(magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP)示肝总管及胆总管管腔变细。影像学诊断: 左右肝管、肝门区肝总管及胆总管管壁弥漫均匀增厚, 考虑良性病变可能性大。行腹腔镜下肝门肿物活检术, 术中见肝门部肿物呈灰白色, 冰冻切片提示(肝门部占位)肝细胞无明显异型

性。免疫组织化学: CK(+), Ki-67(个别细胞+), Syn(局部胰岛结构+), CgA(局部胰岛结构+), CD34(血管+)。病理诊断: 肝内外胆管异位胰腺(heterotopic pancreas, HP)。

讨论 HP 属先天性异常, 是与正常胰腺无解剖联系的孤立胰腺组织, 拥有独立的血液供应和神经支配, 好发于胃肠道, 发于胆道系统者罕见; 其 CT 及 MRI 表现与正常胰腺组织相似, 增强动脉期及门静脉期病变与正常胰腺 CT 值呈显著线性正相关。HP 强化程度与其成分关系密切, 以腺泡组织为主者强化显著, 高于正常胰腺; 以导管组织为主者强化程度低于正常胰腺; 腺泡、导管混合型强化程度接近正常胰腺组织。本例胰腺及胆管系统正常形态及结构存在, 病变与胰腺分界清晰、DWI 信号相仿, 增强动脉期与胰腺同步强化, 方式及程度与正常胰腺相似。确诊 HP 需依赖病理学检查。肝内外胆管 HP 需与硬化性胆管炎鉴别, 后者 MRCP 主要表现为肝内外胆管弥漫性、多灶性短节段狭窄和轻度扩张, 呈“串珠征”。

[**第一作者**] 林国辉(1992—), 男, 广东湛江人, 在读硕士。E-mail: 648432676@qq.com

[**收稿日期**] 2018-09-19 [**修回日期**] 2018-12-19