

流;追问病史,平素静息态下偶发胸闷、胸痛,复查超声心动图考虑 ALCA-N 伴壁内走行及开口处狭窄,并经 CCTA 及手术证实。本病极易误诊为爆发性心肌炎或血管迷走性晕厥,掌握正常冠状动脉开口位置、适当选择血流标尺,通过多切面综合判断有助于早期诊治,降低死亡率及心血管不良事件发生率。

利益冲突:全体作者声明无利益冲突。

作者贡献:闫慧娜撰写和修改文章;朱旭图像分析、审阅文章;郑敏图像分析、经费支持;向雪、唐毅图像分析;白永虹图像分析、指导。

## Dual-energy CT diagnosed ectopic liver: Case report 双能量 CT 诊断异位肝组织 1 例

刘健<sup>1</sup>,毛志群<sup>2</sup>,刘子源<sup>1</sup>,万仞<sup>2</sup>

[1. 湖南师范大学附属第一医院(湖南省人民医院)放射科,2. PET 影像中心,湖南长沙 410005]

[Keywords] liver; anatomic variation; tomography, X-ray computed; image enhancement

[关键词] 肝;解剖变异;体层摄影术,X线计算机;图像增强

DOI:10.13929/j.issn.1003-3289.2024.06.038

[中图分类号] R322.47; R445.3 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2024)06-0952-01

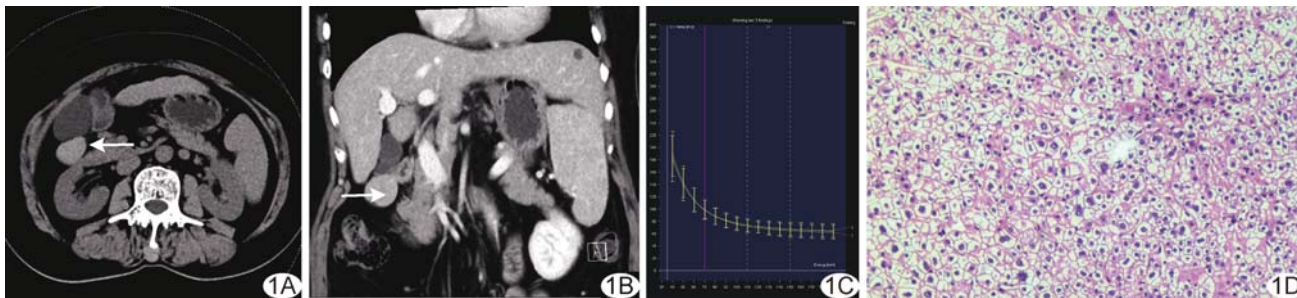


图1 胆囊窝区异位肝组织 A.腹部平扫轴位CT图;B.腹部冠状位延迟期增强CT图;C. DECT能谱曲线(曲线1代表肿块,曲线2代表肝脏);D.病理图(HE,×20) (箭头病灶)

患者女,54岁,体检发现腹腔占位10天;既往体健。查体未见明显异常。实验室检查:多肿瘤标志物(-),乙型肝炎病毒表面抗原(-),谷丙转氨酶22.50 U/L,谷草转氨酶31.66 U/L,直接胆红素5.30  $\mu\text{mol/L}$ ,间接胆红素11.10  $\mu\text{mol/L}$ 。全腹部CT:胆囊窝区32 mm×21 mm软组织密度肿块,边界清晰,与肝脏及胆囊分界清楚(图1A),增强后均匀强化(图1B);肝左叶增大,内见囊状无强化低密度灶;脾增大,实质密度均匀;双能量CT(dual-energy CT, DECT)能谱曲线显示胆囊窝区肿块能谱曲线斜率和形状与肝脏几乎一致(图1C)。影像学诊断:胆囊窝区异位肝组织;左肝囊肿;脾大。行腹腔镜下腹腔内肿块切除术,术中见胆囊游离侧缘附着长径约5 cm椭圆形肿块,质地稍硬。术后病理:4.5 cm×2.5 cm×2.0 cm肝组织,质地中等,包膜完整,切面呈灰褐色,未见出血及坏死;光镜下见肝细胞浑浊变形(图1D);诊断为异位肝组织。本例报道经院伦理委员会审批(2024-17)。

讨论 异位肝组织属罕见肝脏发育异常,多见于胆囊壁,偶

见于肝脏韧带、脐部、肾上腺、腹膜后或胸腔内,或为胚胎时期肝脏下移时肝细胞残留所致;临床常无明显症状,影像学表现亦缺乏特异性。DECT可根据不同物质在高、低管电压条件下CT值不同而加以区分。本例胆囊窝区肿块能谱曲线形态及斜率均与肝脏基本一致而获得诊断。鉴别诊断:①巨淋巴细胞增生症,为血管样均匀强化肿块,其中5%~10%可见点状、分支状或弧形钙化;②嗜铬细胞瘤,临床可表现为恶性高血压、尿儿茶酚胺及其代谢产物增高,肿块密度常不均匀,易囊变、坏死,强化方式及表现多样;③间质瘤,密度常不均匀,易囊变、坏死,增强后不均匀强化,并可侵及邻近结构。最终确诊依靠病理学检查。

利益冲突:全体作者声明无利益冲突。

作者贡献:刘健查阅文献、图像分析、撰写文章;毛志群指导、审阅文章;刘子源图像处理;万仞查阅文献、图像分析。

[第一作者] 刘健(1997—),男,湖南湘乡人,在读硕士,医师。E-mail: liujian8791@163.com

[收稿日期] 2024-01-15 [修回日期] 2024-03-20