

CT diagnosis of large hepatic hemangioma: case report

CT 诊断巨大肝血管瘤 1 例报告

邹兴光, 崔文彪

(黑龙江省第三医院放射科, 黑龙江 北安 164092)

[Key words] Liver; Hemangioma; Tomography, X-ray computed [关键词] 肝; 血管瘤; 体层摄影术, X 线计算机

[中图分类号] R735.7; R814.42 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2008)S1-0238-01

患者,女,40岁,纳差、乏力、腹胀一年余。查体:肝脏肿大超过肋下2指,质地稍硬。B超诊断肝脏巨大占位,行CT平扫后做增强扫描。注射碘海醇90 ml(300 mgI/ml),分别于注射造影剂后30秒(动脉期)、65(门静脉期)秒及延迟3分、10分和20分进行扫描,分别用7 mm层厚、层距重建。检查所见:平扫片显示肝脏体积明显扩大,左侧腹腔的大部分被占据,肝脏右叶见占据整个右叶的略低密度区,其中心区见不规则更低密度区及条带状钙化密度影。动脉期肝右叶病灶区内可见少许散在斑点状及结节状强化,门静脉期显示斑点状及结节状强化,影像范围略有扩大,附近大血管受压移位,到延迟3分钟造影剂进一步充填,延迟10分钟时肝脏右叶低密度占位区大部分被充填呈近似等密度,至20分钟时病灶区几乎完全被充填,只有中心区的原来更低密度区始终未见强化,右前叶上段、下段的小部分区域仍然未见强化,呈低密度区。CT诊断:肝脏血管瘤(图1~4)。

讨论 肝血管瘤是肝脏常见的良性肿瘤,其中以肝海绵状血管瘤最为常见。典型的肝血管瘤CT诊断比较容易,但是对于巨大的肝血管瘤CT诊断由于受扫描技术、仪器性能和医生诊断经验等因素的影响比较大,诊断有一定的难度。典型的肝血管瘤CT增强时早期表现为病灶边缘增强,呈结节状或云絮状,密度较高,与同期的腹主动脉的强化程度接近,强化区逐渐向中央区扩展,延迟后病灶呈等密度或略高密度,强化特点表现为造影剂“早进晚出”型,CT表现比较特异,诊断容易。

常见的肝血管瘤主要应与原发性肝细胞癌和转移性肝癌鉴别,原发性肝细胞癌造影剂强化典型的呈“快进快出”型,容易鉴别;而

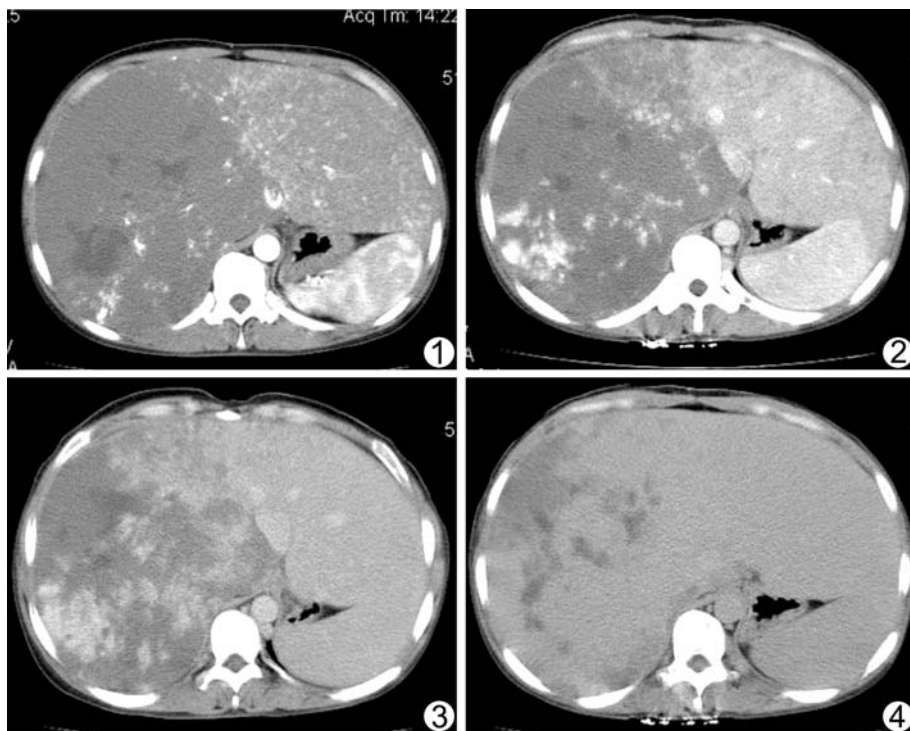


图1 动脉期,肝右叶巨大占位内见少许斑点状、结节状强化 图2 门静脉期,肝右叶巨大占位内斑点状、结节状强化增多 图3 3分钟,肝右叶占位内充填的斑点状、斑片状强化范围进一步扩大 图4 20分钟,占位区大部分被充填呈近似等密度,仅边缘少部分未被充填,中心区始终未强化

转移性肝癌虽然部分病灶也可出现边缘强化,但延迟扫描无充填表现,另外转移性肝癌多有肿瘤病史,结合临床不难诊断。巨大的肝血管瘤由于肿瘤巨大,CT增强后尽管也表现为造影剂早期强化,以后逐步充填,但是充填的时间要比典型的血管瘤长,有的甚至到30分钟以上还没有被完全充填,这样就要求扫描时要根据具体情况尽量做到有足够长的延迟时间,使它的影像学特点显示的更典型。病灶中心区内始终未见强化的更低密度区为血管瘤中的瘢痕组织,而不是以往一直认为的坏死区域。巨大的肝血管瘤与肝血管肉瘤的影像学表现有时很相似,鉴别有一定的困难,血管肉瘤为恶性病变,呈明显浸润生长,周围血管常有侵犯;血管肉瘤常有肝内其他区域、周围淋巴结及其他脏器的转移,这些特点有助于两者的鉴别诊断。肝脏血管瘤磁共振成像(MRI)检查更容易显示血管瘤的强化特点,更易于提高诊断的准确率。如果CT诊断有困难病人可以再进行MRI检查进一步明确诊断。

[作者简介] 邹兴光(1964—),男,黑龙江北安人,本科,副主任医师。

E-mail: bazou_xg@163.com

[收稿日期] 2008-04-24 [修回日期] 2008-07-23