

• 腹部疾病 •

64层螺旋CT诊断肝脏外生型局灶性结节增生1例

广东省第二中医院放射科 (广东 广州 510000)

黄德干

【关键词】肝脏; 局灶性结节增生; 体层摄影术, X线计算机

【中图分类号】R575; R814.42

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2015.01.16

病史资料 患者,女,32岁,因反复右上腹不适2个月余入院。无发热或黄疸。血常规及肝肾功能检查未见异常。甲胎蛋白(AFP) $<20\mu\text{g/l}$ 。查体:右上腹压痛,无反跳痛,腹部平软。检查所见:CT平扫肝左叶外侧段见一类椭圆形等密度肿块影,突向肝轮廓之外,大小约 $6\text{cm}\times 5\text{cm}\times 4\text{cm}$,轮廓欠光整,呈分叶征,大部分边界较清晰,其内后缘与胃底部前壁局部分界不清,病灶中心见小条状低密度影。CT增强扫描动脉期病灶呈明显较均匀强化,密度明显高于正常肝脏且接近同层主动脉密度,其特点是从病灶中心开始强化并向周边呈“开花”状、“涌泉”样推进,病变中心疤痕组织未见强化;门脉期病灶呈稍高密度影,强化程度有所下降,其疤痕组织呈等密度,病灶周围见增粗静脉引流血管影;延迟扫描病灶呈等密度,疤痕组织轻度强化,呈稍高密度影。CT诊断:考虑肝左叶局灶性结节增生。

手术所见:肝左叶外侧段外下缘见 $6.5\text{cm}\times 5.5\text{cm}\times 4.3\text{cm}$ 包块,切面见一结节,直径约5cm,切面灰黄,质中,包膜完整,未见出血坏死,其后缘局部包膜与胃壁轻度粘膜。镜检见纤维间隔将肝细胞分隔成结节状,可见小胆管增生。病例诊断:(肝左叶)肝细胞局灶性结节性增生。

讨 论

肝脏局灶性结节增生(focal nodular hyperplasia, FNH)属于肝细胞良性再生结节,并非真正肿瘤,是肿瘤样病变^[1]。FNH多见于中年女性,与口服避孕药无明确关系。临床多无症状,20%出现

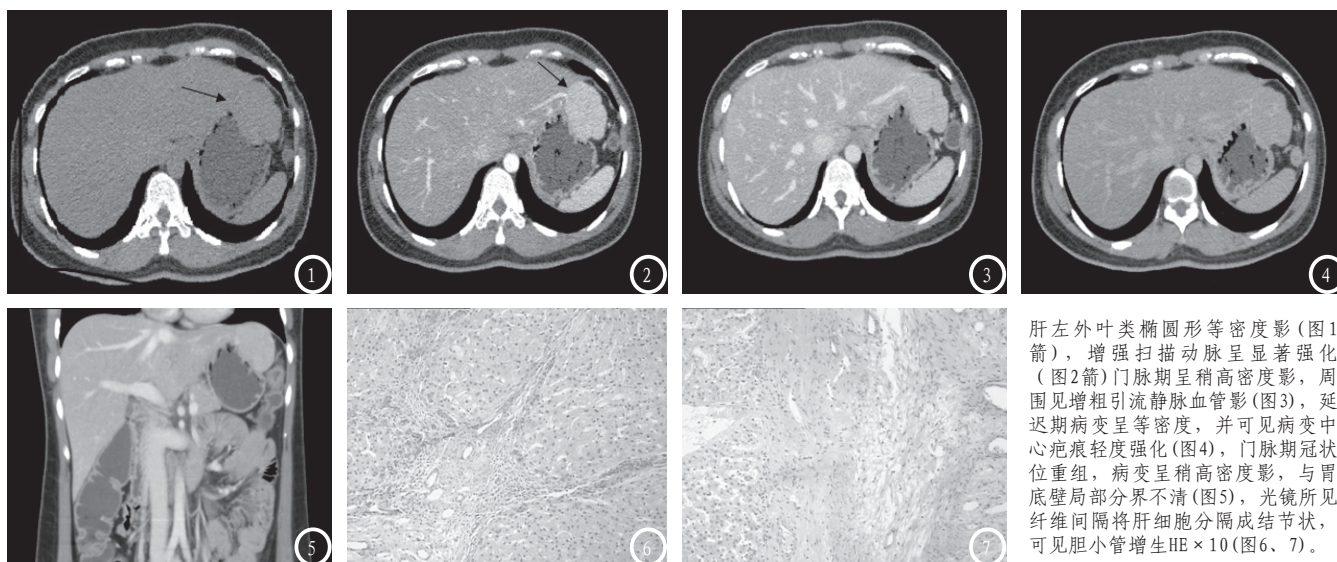
腹痛,严重者可有门脉高压及破裂出血。FNH发展很慢,且具有自限性,甚至可以自行消退,不发生癌变,也不发生出血,临床上一般认为该病不需要治疗,因此,熟悉FNH的影像学特征并做出正确的诊断具有重要的临床价值,可以避免很多不必要的有创检查或手术。

病理改变:FNH的实质部分由正常肝细胞,Kupffer细胞,血管和胆管等组成,但正常排列的肝小叶结构消失。组织学检查见肝细胞形态正常,并围绕富于胆管和血管的纤维结缔组织间隔生长,间隔内有单核细胞浸润和Kupffer细胞,失去正常肝小叶结构,胆管往往失去正常形态^[3]。其最大病理特点为:以星状纤维疤痕组织为核心,辐射状分布的纤维组织分隔,形成多房状结构,纤维分隔内同样含血管腔和增生的胆管^[4]。

CT表现:CT平扫FNH呈等密度或略低密度,在较严重的脂肪肝背景下也可呈现相对略高密度;由于病灶常位于肝包膜下,可造成肝脏局限性轮廓改变,即使在没有密度差异的情况下,也可以通过这种轮廓改变发现病灶。增强扫描动脉期绝大多数FNH都有较明显的强化,增强CT值常可达 $40\sim 100\text{HU}$,除中央疤痕外,肿块的实性部分强化较均匀,边缘清楚,由于没有包膜,病灶呈现分叶状且边界略显毛糙。门脉期及平衡期,动脉期强化的实性部分通常呈现等密度或略高密度,少数呈现略低密度,病灶边界变得不清楚。约有50%的FNH在CT上可显示中央疤痕,平扫时中央疤痕通常不能显示,如果能显示,则其密度略低于病灶的其他部分;动脉期疤痕常无强化,门脉期或平衡期中央疤痕常出现延时强化,密度略高于或等于病灶其

作者简介:黄德干,男,医学影像专业,主治医师,主要研究方向为影像诊断。

通讯作者:黄德干



他部分。部分FNH中央瘢痕或病灶周围可见迂曲增粗的畸形血管, 对FNH诊断也有一定帮助。FNH病灶内一般没有钙化。

FNH与其它肿瘤的鉴别诊断: ①HCC: HCC的强化方式多为“速升速降”型, 且多有假包膜, 在增强晚期可见到包膜强化, FNH无包膜, 在动态增强早期两者都可见强化表现, 但HCC中心坏死/脂肪变性多见, 强化不均匀, 而FNH除中心瘢痕以外强化较均匀, 而且可见到“中心开花”, 即从中心向周围强化^[1]。②肝血管瘤: 肝血管瘤一般从病灶边缘开始呈结节状或斑块状强化, 然后逐渐向中央填充, 而FNH强化从病灶中心开始向周边呈“涌泉”样、“开花”样推进。③肝腺瘤: 平扫呈等或略低密度, 边缘光滑, 周围可见“透明环”影, 动脉期呈较明显均匀强化, 门脉期

下降与正常肝组织呈等密度, 门脉期或平衡期包膜常可出现延时强化^[3]。

参考文献

- [1] 李靖翊, 刘建滨, 史凤霞, 等. 256排螺旋CT灌注成像对肝细胞型肝癌与局灶性结节增生的鉴别诊断价值[J]. 中国CT和MRI杂志, 2014, (2): 63-65.
- [2] 郭琪. 肝脏局灶性结节增生的CT误诊分析(附4例报告)[J]. 罕少疾病杂志, 2011, 18(1): 19-21.
- [3] 杨秋霞, 张嵘, 吴静, 等. 肝细胞腺瘤的影像学表现与组织病理学的相关性[J]. 中国CT和MRI杂志, 2013, 11(1): 48-52.

【收稿日期】2015-01-29

(上接第43页)

但初步认为肿块的CT密度、增强表现及MRI信号与颈部甲状腺的一致性, 特别是CT和MRI冠状位图像上可见肿块与颈部甲状腺的连续性, 对坠入性胸内甲状腺肿的诊断有重要价值。

参考文献

- [1] 张全亮, 侯占军, 徐昌富. 胸内巨大甲状腺肿1例[J]. 中国胸心血管外科杂志, 1998, 14(4): 226.
- [2] 牟光远, 陈志祥, 李超. 巨大胸内异位甲状腺肿1例[J]. 中国临床

新医学杂志, 2012, 5(11): 1068.

- [3] 潘纪成, 张国桢, 蔡祖龙. 胸部CT鉴别诊断学[M]. 北京, 科学技术文献出版社, 第2版, 2008, 355-357页.
- [4] 刘峥嵘, 张静. 胸骨后巨大甲状腺肿诊治体会[J]. 中国实用外科杂志, 2004, 24(6): 373.
- [5] 杨斌, 辛华, 韩春山, 等. 巨大胸骨后甲状腺肿的临床特点分析[J]. 中国实验诊断学, 14(9): 1501.
- [6] 刘瑞林, 李永军. 纵隔异位甲状腺组织1例[J]. 罕少疾病杂志, 2002, 9(2): 50-50.
- [7] 康骅, 张雁. 以呼吸困难为主要表现的胸骨后异位甲状腺肿[J]. 中国医刊, 2007, 42(6): 74-75.
- [8] 李伟宁, 陈韵彬, 王燕. 甲状腺瘤术后复发的CT诊断价值[J]. 中国CT和MRI杂志, 2005, 3(1): 28-29.

【收稿日期】2015-01-29