DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.06.023
第24卷第6期 第三军医大学学报 Vol. 24, No. 6
686 2002年6月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Jun. 2002

[7] 申 洪. 体视学抽样方法[A]. 见: 申 洪, 戴忠英著. 实用生物体视学[M]. . 广州: 中山大学出版社. 1991. 169—174.
[8] Lantz B M, Foerster J M, Link D P, *et al*. Determioation of relative blood flow in single arteries: New vido dilution technique[J]. AJR, 1980, 134(6): 1 161—1 168.
[9] Dion J E, Rakin R N, Vinuela F, *et al*. Dextran microsphere embolization: Experimental and clinical experience with radiologic-pathologic correlation[J]. Radiology, 1986, 160(3): 717—721.
[10] Link D P, Lantz B M, Seibert J A, *et al*. Partial splenic embolization guided by blood flow measurements[J]. Invest Radiol, 1989, 24(9): 678—683.

(编辑 郭建秀)

个案与短篇

文章编号: 1000-5404(2002)06-0686-01

脾脏炎性假瘤1例

A case of splenic inflammatory pseudotumor

张雪梅, 杜义 (第三军医大学附属西南医院放射科, 重庆 400038)

患者, 男, 54岁, 以无明显诱因右上腹隐痛4月伴全身乏力为主诉就诊, 既往有腹壁脓肿切开引流史。查体: 肝脾未扪及。

超声: 脾上极5.0 cm×4.9 cm大小略低回声肿块影, 界清, 有包膜, 其内散在回声增强光点伴声影, CDFI未探及明显血流信号和液性暗区。CT: 平扫示脾脏轻度肿大, 上极见一类圆形低密度影, 大小约4 cm×3.5 cm, 界清, 内有斑点状高密度影, 见图1; 增强后早期无强化, 边界更加清楚, 见图2; 延迟期病灶有强化, 以周边较明显, 病灶界限变模糊, 见图3。核医学: 脾血池显像示脾上极内侧局限性放射性缺稀区。



图1 CT平扫: 脾上极类圆形、界清低密度影, 约4 cm×3.5 cm大小, 内有钙化灶



图2 CT增强早期肿块无增强, 边界更清楚



图3 CT增强延迟期病灶有强化, 以边缘较明显, 边界变模糊

手术所见: 脾膈面少许粘连, 肿块位于脾上极, 质地较硬。病理检查: 肿块约4 cm×3 cm×3 cm大小, 表面光滑, 切面呈灰白色, 与周围组织界限清楚。镜下见病灶内大量纤维组织增生, 其间有淋巴细胞、浆细胞、单核细胞等慢性炎细胞浸润, 局部有钙化, 有灶性出血, 并见肉芽组织增生, 周围脾组织呈慢性淤血改变。诊断: 脾脏炎性假瘤。

讨论

脾脏炎性假瘤是一种罕见的良性增生性肿瘤样病变, 病理上以大量纤维组织增生为特征, 间以淋巴细胞、浆细胞、组织细胞以及单核细胞等慢性炎性细胞浸润。其病因尚未明确, 可能与EB病毒感染有关[1]。本例有腹壁脓肿引流史, 似与肿块发生关系不大。

有关脾脏炎性假瘤的影像学报道甚少。一般认为, 脾脏炎性假瘤多孤立发病, 呈圆形或类圆形、边界不清的低回声或低密度影, 部分可有钙化, 这些表现均不具特异性, 需与以下几种疾病鉴别。①脾脏恶性淋巴瘤: 一般多发, 单发者可有轻度增强, 钙化较为少见。② 血管瘤: CT平扫与炎性假瘤表现相似, 但血管瘤有典型的增强表现。本例虽然超声及核医学检查均提示为乏血肿块, 但CT延迟期有增强, 这可能与病变内所含纤维组织较多有关[2]。在CT增强上, 脾脏炎性假瘤与血管瘤的区别在于前者早期无强化, 且延迟期始终未变成等密度。③脾转移瘤: CT平扫多为低密度, 强化不明显, 可出现"靶心"征或

(下转688页)

作者简介: 张雪梅(1972—), 女, 重庆市人, 硕士研究生, 医师, 主要从事CT及MRI诊断方面的研究。电话: (023)68754424

收稿日期: 2002-02-27; 修回日期: 2002-05-15

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

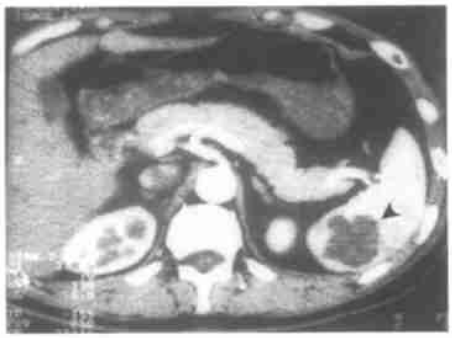


图 2 增强早期: 肿块无强化, 边界更清楚

Fig 2 CT scanning at early phase of contrast depicting no enhancement in the mass while the margin clearer

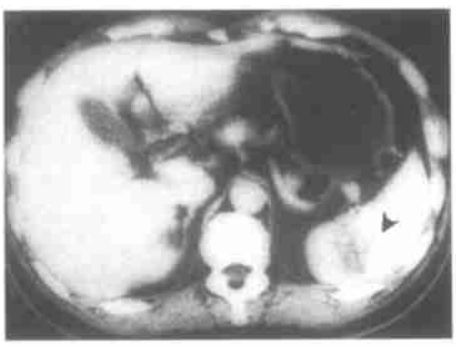


图 3 延迟期: 肿块逐渐强化

Fig 3 CT scanning at delay phase of contrast delineating mass grad ually enhanced

3 讨论

脾血管瘤极为少见, 在尸检报告中脾血管瘤的发生率为 0.03% ~14%, 临床上一般没有症状, 有时表现为左上腹疼痛或无痛性包块, 通常在影像学检查或病理学检查时意外发现。本病多发生于 30 ~ 60 岁, 男女比例为 1∶1.37。脾血管瘤可以是孤立的或多个发病(脾血管瘤病), 后者常为全身血管瘤病的一部分。病理上脾血管瘤分为海绵状血管瘤、毛细血管瘤和混合性血管瘤。

脾血管瘤在 CT 上有两种表现: ①均匀的团块; ②多囊性团块, 前者肿块常较小, 呈低密度或等密度, 有清晰的边缘。多囊性团块多较大, 表现为一个与残余正常脾密度相等的肿块内多个水样密度区, 少数肿块内可见斑点或环状强化, 块状部在注射造影剂后密度可增加或无变化。肿块内水样密度影可能为坏死液化所致。本组有 6 例表现为边界清楚的均匀低密度影, CT 值低于脾实质但高于水, 与上述第一种表现相似。另 2 例分别有钙化和坏死液化区, 但并非多囊性肿块, 与文献所述有所不同。

增强扫描对血管瘤的诊断有重要意义, 以往多认为, 脾血管瘤的增强表现与肝血管瘤类似, 早期表现为肿块边缘的结节状强化, 继之向中心蔓延, 最后呈等密度改变。本组仅 1 例有此表现, 大部分表现为早期不强化, 由于脾实质强化, 边界更加清楚, 而延迟期才渐表现为等密度强化, 脾血管瘤的此种强化表现之所以不完全等同于肝脏, 可能与各自的背景不同有关[3]。值得注意的是, 本组有 4 例在注射造影剂约 4 ~ 6 min 后, 肿块内渐有造影剂充填, 并与脾实质密度类似, 另 1 例未成等密度强化者系因肿块内含有坏死区域所致, 而坏死区周围的肿块实质部分其强化特点类似于其他 4 例。因此, 我们认为延迟期等密度强化这一征象对脾血管瘤的诊断较有特征性。

脾血管瘤在影像学上应与以下疾病鉴别: ①淋巴管瘤: 两者均表现为边缘清楚的均匀低密度影, 但淋巴管瘤密度更低, 接近于水, 而且增强扫描无强化或强化不明显[4]。②脾血管瘤有钙化时应与错构瘤鉴别, 后者常孤立发病, 注射造影剂后多有不均匀强化, 脾血管瘤延迟期等密度强化的特点可与其鉴别。本组 1 例肿块中央有粗大斑块样钙化, 术前 CT 平扫即误诊为错构瘤, 因此当发现脾脏占位性病变且平扫无特征时, 必须行增强扫描。③脾囊肿: 表现为密度均匀, 边界清楚的低密度影, 可多发或单发, 有时边缘可有蛋壳或弧线样钙化, 其 CT 值较血管瘤和淋巴管瘤均低, 为水样密度。增强扫描无强化。

参考文献:

[1] Demunck B, Wilms G, Marchal G, *et al*. Conventional CT and CT arteriography of a splenic hemangioma[J]. J Belge Radiol, 1988, 71(5): 605—609.

[2] Danza F M, Sallustio G, Rabitti C, *et al*. Splenic cavernous hemangioma: CT findings and report of an unusual case[J]. Rays, 1988, 13(3): 77—79.

[3] 吴恩福, 郑祥武, 李建策, 等. 脾脏占位性病变的 CT 诊断[J]. 中国医学计算机成像杂志, 2000, 6(3): 180—183.

[4] 胡树志, 陈巨坤, 衣正贵. Klippel-Trenaunay 综合征伴脾血管瘤二例[J]. 中华放射学杂志, 1996, 30(11): 802—803.

(编辑 郭建秀)

(上接 686 页)

"牛眼"征, 常有原发肿瘤, 脾外淋巴结肿大, 少有钙化等可资鉴别。④脾结核: 有些孤立性结核球与炎性假瘤表现极为类似, 二者影像学鉴别较难, 需结合临床。

从本例及文献[2]来看, CT 延迟期增强可能是脾脏炎性假瘤的一种较有意义的征象。多种影像检查手段联合应用并结合临床资料综合分析可能有利于脾脏炎性假瘤的发现及鉴别诊断, 但最后确诊仍需依据病理组织学检查。

关键词: 炎性假瘤; 脾脏

中图法分类号: R733.2 文献标识码: B

参考文献:

[1] Arber D A, Weiss L M, Chang K L, *et al*. Detection of Epstein-Barr virus in inflammatory pseudotumor[J]. Semin Diagn Pathol, 1998, 15(2): 155—160.

[2] Irio H, Honda H, Kanoko K, *et al*. Inflammatory pseudotumor of the spleen: CT and MRI findings[J]. J Comput Assist Tomogr, 1996, 20(2): 244—248.

(编辑 郭建秀)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net