DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.06.024
第24卷第6期 第三军医大学学报 Vol. 24, No. 6
2002年6月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Jun. 2002

文章编号:1000-5404(2002)02-0687-02

论著

脾血管瘤的CT诊断

张雪梅,黄学全, 崔义 (第三军医大学附属西南医院放射科,重庆 400038)

提 要:目的 探讨脾血管瘤的CT表现,评价增强CT扫描对脾血管瘤的诊断价值。方法 回顾性分析8例脾血管瘤的CT表现,其中5例行增强扫描。结果 5例单发,3例多发。平扫:病灶表现为圆形或卵圆性低密度影,边界清楚,其中6例密度均匀,CT值30~40 Hu,2例肿块内分别见更低密度影和粗大钙化。增强扫描:1例早期表现为肿块边缘结节状强化,4例无明显强化,但肿块边缘更加清楚,延迟期4例(4/5)表现为等密度强化。结论 延迟期等密度强化是脾血管瘤的特征性表现;当发现脾脏低密度占位性病变且怀疑血管瘤时,应作增强扫描并延时观察。

关键词:脾血管瘤;断层摄影术,X线计算机
中图法分类号:R732.2;R733.2;R814.14 文献标识码:A

CT diagnosis of splenic hemangioma

ZHANG Xue-mei, HUANG Xue-quan, DING Shi-yi (Department of Radiology, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: **Objective** To explore the CT features of splenic hemangioma, and evaluate the delayed CT scanning in the diagnosis of splenic hemangioma. **Methods** CT findings of 8 cases with splenic hemangioma confirmed by pathology were analyzed retrospectively. All patients underwent routine CT scanning, and 5 of them got contrast enhanced CT scan. **Results** On routine CT scans, masses were round or oval in shape, showing hypodense with a clear margin. Six masses were homogeneous, and 2 others were heterogeneous, in which 1 had lower dense area and 1 had rough calcification. On the early phase after contrast media were injected, nodule-shaped enhancement at the periphery of the mass were found in 1 case, and no evident enhancement were detected in other cases except the margin clearer. Four of 5 masses showed isodense enhancement at the splenic parenchyma 4~6 min after the injection of contrast media. **Conclusion** Delayed enhancement with isodensity is one of CT features for splenic hemangioma. When a low dense mass is found in spleen and the diagnosis of hemangioma is suspected, a delayed CT scan with contrast media injection is necessary and helpful.

Key words: splenic hemangioma; tomography, X-ray computed

有关脾血管瘤的影像学描述报道较为少见[1,2]。我们搜集8例,结合临床资料分析其CT表现,以期提高对该病的CT诊断水平。

1 材料与方法

搜集我院1996-2000年间经手术病理证实的脾血管瘤8例,其中男5例,女3例,年龄30~54岁,平均41.75岁,临床主要表现为左腹部疼痛(3例)、左腹部包块(4例)和胆红素升高(1例),2例合并慢性乙型肝炎及肝硬化。

采用ART全身CT扫描机,横轴位扫描,层厚:10 mm,层距10 mm。8例均行CT平扫,5例平扫加增强扫描。

2 结果

脾脏均有不同程度增大,约6~8个肋单元。5例表现为脾内孤立性结节或肿块,3例表现为多发大小不一的结节灶。病灶最大者4.9 cm×5.1 cm,最小者0.8 cm×1.0 cm。平扫:表现为圆形或卵圆形低密度影,边界较清楚,见图1。6例肿块内部密度均匀,CT值约30~40 Hu,1例病灶内混杂有不规则更低密度影,1例病灶中央有较粗大的斑块样钙化。增强表现:早期1例病灶边缘呈结节状强化,4例无明显强化,但由于脾脏实质强化,病灶边缘更显清楚,见图2。随时间延长,脾实质强化逐渐减退,而病灶渐呈不同程度的强化,见图3。4~6 min后,4例与脾实质密度接近,1例肿块内有片状不强化区,强化区与脾实质密度接近。

本组5例增强扫描者术前均正确诊断,3例仅作平扫者有1例误诊为错构瘤,2例作出正确诊断。



图1 平扫:肿块呈低密度影

Fig 1 Plain CT scanning showing hypodense mass in the spleen

作者简介:张雪梅(1972—),女,重庆市人,硕士研究生,医师,主要从事腹部及神经系统影像学诊断方面的研究。电话:(023)68754424

收稿日期:2002-03-17;修回日期:2002-05-16

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

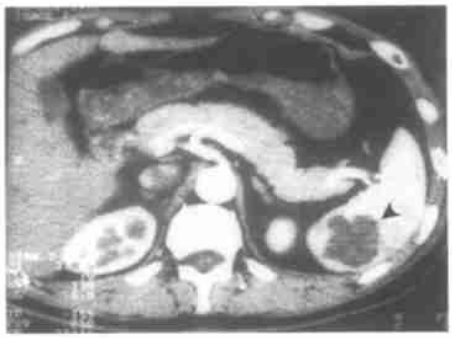


图 2 增强早期: 肿块无强化, 边界更清楚

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

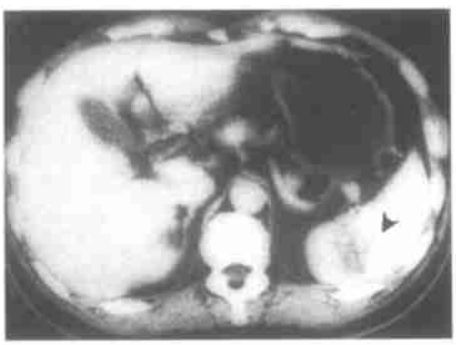


图 3 延迟期: 肿块逐渐强化

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