



· 病例报告 ·

肝内异位脾脏1例

刘魏然, 石华铮

上海全景云医学影像诊断中心, 上海 200080

[关键词] 肝脏; 异位脾脏; 磁共振成像

中图分类号: R735.7; R445.2 文献标志码: B DOI: 10.19732/j.cnki.2096-6210.2023.01.014

1 资 料

患者, 男性, 59岁, 无明显诱因出现腹痛、腹胀2周。至外院就诊, 实验室检查示糖类抗原(carbohydrate antigen, CA) 7-24为20.72 μmL , 甲胎蛋白、CA19-9及癌胚抗原(carcinoembryonic antigen, CEA)均正常, 乙肝及丙肝病毒标志物检查均为阴性, 上腹部增强计算机断层成像(computed tomography, CT)提示肝脏恶性肿瘤, 建议进一步检查(无具体影像学资料)。查体: 巩膜无黄染, 全腹软, 轻微压痛, 腹部未触及肿大包块。患者既往体健, 无腹部外伤及手术史, 无恶性肿瘤家族史。

本中心上腹部磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)增强扫描结果: 肝右前叶下段一类圆形肿块, 大小约71 mm \times 54 mm, 边界清晰, T1加权成像(T1-weighted imaging, T1WI)呈低信号, T2加权成像(T2-weighted imaging, T2WI)呈中等高信号、肿块中心可见星芒状T2WI高信号的瘢痕, 弥散加权成像(diffusion-weighted imaging, DWI)呈不均匀高信号、肿块内见条状低信号的流空血管影,

表观弥散系数(apparent diffusion coefficient, ADC)图上肿块边缘呈稍高信号、中心瘢痕呈高信号, 增强扫描动脉期肿块边缘明显强化, 门静脉期持续强化, 移行期呈稍高信号, 肿块中心瘢痕未见强化, 肝胆特异期病灶中心呈显著低信号, 边缘呈相对低信号(图1)。考虑为肝右前叶下段恶性肿瘤, 纤维板层样肝癌可能性大。

患者行开腹右肝肿瘤切除术, 切面可见灰白暗红色肿块6.0 cm \times 3.5 cm, 质地柔软, 肿瘤距肝切缘0.1 cm。镜下所见: 肿瘤组织由类似脾窦及脾小梁样结构构成, 间叶性细胞排列松散, 无明显异型性, 肿瘤无包膜, 对周边肝组织有挤压, 未见淋巴管血管侵犯。免疫组织化学法检查: Hep-1(-), GPC3(-), HBsAg(-), GS(-), Arginase(-), HSP70(+), CD10(灶+), CK7(-), CK19(-), CEA(-), CD34(+), CK(-), CAM5.2(-), VIM(+), CD20(-), Bob.1(-), PAX-5(灶+), CD45RO(灶+), CD21(-), CD35(-), MPO(灶+)。最后诊断: 异位脾脏。

患者术后3个月恢复良好, 无明显不适。

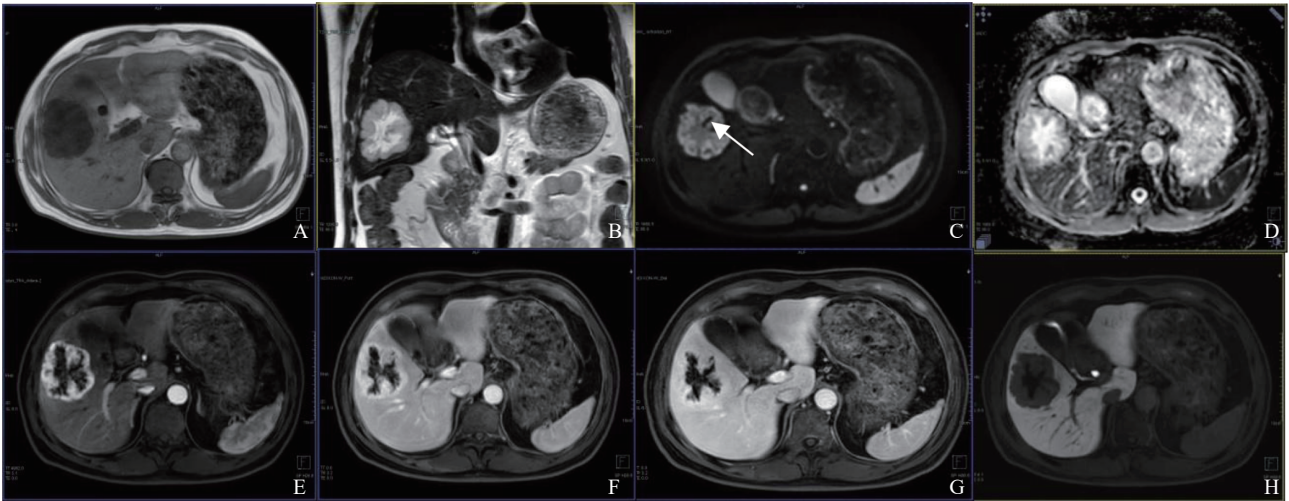


图1 肝内异位脾脏MRI图像

A、B: MRI示肝右前叶下段肿块, T1WI横断位肿块呈低信号, T2WI冠状位肿块呈中等高信号、中心可见星芒状T2WI高信号的瘢痕; C、D: DWI示肿块呈不均匀高信号、其内可见条状低信号的流空血管影(箭头所示), ADC图示肿块边缘呈稍高信号、中心瘢痕呈高信号; E~G: T1WI增强横断位示动脉期肿块边缘明显强化, 门静脉期持续强化, 移行期呈稍高信号, 肿块中心瘢痕未见强化; H: 肝胆特异期示肿块中心显著低信号、边缘呈相对低信号。

2 讨 论

异位脾脏是指正常脾脏以外的脾组织, 分为先天性副脾和获得性的脾组织植入^[1]。副脾是指胚胎发育异常而造成另外异位的脾组织, 常位于脾门或脾门附近, 由脾动脉分支供血。获得性脾组织植入多由脾外伤或手术引起脾脏细胞脱落, 由周围结构提供血供而形成。已有研究^[2-4]报道, 异位脾脏可存在于胰腺、肝脏、肾上腺、胃等器官, 其中以胰腺尾部多见。异位脾脏大多数无任何临床症状, 通常是由于其他原因行影像学检查、腹部手术或尸体解剖偶然发现。

肝实质内异位脾脏临床上实属罕见, 文献中均为个案报道, 常常被误诊为肝脏恶性肿瘤。根据既往文献^[5-6]报道, 肝内异位脾脏影像上多呈均质性改变, 增强扫描动脉期明显均匀强化, 门脉期持续强化, 延迟期强化减退, 各期强化方式与脾脏一致, 且多有脾脏手术及腹部外伤史。但在陈家诚等^[7]报道的案例中, 患者无脾脏手术及腹部外伤史, 肝内异位脾脏在CT及MRI上表现出密度及信号混杂且强化不均匀。本研究患者亦无腹部手术及外伤史, 在MRI上表现为边界清晰的富血供肿块, 且内部信号不均匀, 病灶中

央可见无强化的星芒状T2WI高信号的瘢痕样结构, 结合病理学检查结果考虑为玻璃样变性引起的信号改变, 在肝胆特异期病灶中心呈明显低信号、边缘呈相对低信号, 考虑为造影剂滞留造成的。由此可见, 肝内异位脾脏的影像学表现并无特异性, 尤其对于先天性肝内异位脾脏, 往往由于认识不足而误诊, 导致患者遭受不必要的手术治疗。

肝内异位脾脏需要与以下肝脏富血供肿瘤进行鉴别: ① 肝细胞肝癌, 多有肝炎的病史及甲胎蛋白的升高, 动态增强MRI表现为“快进快出”的强化方式, 并常有包膜样延迟强化。本例患者在术前误诊为纤维板层样肝癌, 其主要好发于青年人, 绝大多数患者无肝硬化及肝炎病史, 甲胎蛋白多为阴性, 病理学特征主要是癌巢间出现大量平行排列的板层状纤维组织, 其中央瘢痕在T1WI及T2WI上均为低信号^[8], 与本研究患者并不相符。② 肝腺瘤, 好发于育龄期女性, 有包膜, 无中央瘢痕, 且容易合并出血及脂肪变性, 其强化特点与病理学类型密切相关。大多数肝腺瘤动脉期可见明显或中度强化, 且包膜下可见粗大的供血动脉影, 并且供血动脉可穿透包膜进入病灶内^[9]。③ 血管平滑肌脂肪瘤(angiolipoma, AML), AML是一种富血

供、无包膜的间叶源性肿瘤,好发生于无肝硬化高危因素的女性患者。肝AML影像学特征与其不同的组织成分构成相关,血管、平滑肌和脂肪3种成分构成的比例不同,其影像学表现不同。尽管影像学表现多样,但在CT及MRI动态增强上表现为富血供且显示病灶中心血管影、瘤周引流静脉早显以及脂肪成分的存在是其重要的影像学特征^[10]。④局灶性结节增生(focal nodular hyperplasia, FNH),FNH属于肝脏富血供的良性病变,并非真正的肿瘤,影像学上多呈均质性改变,动态增强表现明显强化,其特征是部分病灶存在典型的中央瘢痕,T2WI呈高信号,增强扫描表现延迟强化。另外, FNH的一个重要的影像学特征就是在行肝胆特异性MRI对比剂(钆塞酸二钠)增强时,在肝胆特异期呈明显高信号,根据此特征可以将FNH与肝内其他病变相鉴别^[11]。

综上,肝内异位脾脏临床上比较罕见,术前明确诊断比较困难,而其术前诊断的不确定性可能导致激进的临床治疗。正常情况下,异位脾脏无临床症状,无需治疗。对于一些较大的异位脾脏,只要没有发生病变、压迫或蒂扭转均无需手术治疗。通过本例患者的诊治经过及文献复习,无疑将加深人们对肝内异位脾脏的影像学认识。影像科医师在诊断肝内富血供的病变时,在排除肝内常见的肿瘤性病变后,尽管患者可能没有脾脏外伤或创伤性脾切除病史,也应考虑到异位脾脏的可能,以避免不必要的手术。

[参 考 文 献]

[1] CHAUVET E, SPYROPOULOU V, ANOOSHIRAVANI-

- DUMONT M, et al. Accessory spleen fracture: report of a pediatric case and review of the literature [J]. *Pediatr Emerg Care*, 2020, 36(1): e10-e13.
- [2] 马倩,叶小龙,郑建明. 腹腔异位脾的临床及病理特征分析: 13例报告 [J]. *解放军医学杂志*, 2020, 45(3): 319-322.
- [3] CORRADETTI S, DURO A, FUENTE I P, et al. Accessory spleen mimicking a right adrenal tumor [J]. *Cir Esp (Engl Ed)*, 2021, 99(4): 321-323.
- [4] FARVACQUE G, DE CHAISEMARTIN C. Accessory spleen mimicking an intra-abdominal tumour [J]. *ANZ J Surg*, 2019, 89(10): E448-E449.
- [5] GANDHI D, SHARMA P, GARG G, et al. Intrahepatic splenosis demonstrated by diffusion weighted MRI with histologic confirmation [J]. *Radiol Case Rep*, 2020, 15(5): 602-606.
- [6] MENTH M, HERRMANN K, HAUG A, et al. Intra-hepatic splenosis as an unexpected cause of a focal liver lesion in a patient with hepatitis C and liver cirrhosis: a case report [J]. *Cases J*, 2009, 2: 8335.
- [7] 陈家诚,陈小菁,庄春雨,等. 肝内脾异位结节1例报告 [J]. *临床肝胆病杂志*, 2020, 36(5): 1131-1133.
- [8] CHAKRABARTI S, TELLA S H, KOMMALAPATI A, et al. Clinicopathological features and outcomes of fibrolamellar hepatocellular carcinoma [J]. *J Gastrointest Oncol*, 2019, 10(3): 554-561.
- [9] ZULFIQAR M, SIRLIN C B, YONEDA N, et al. Hepatocellular adenomas: Understanding the pathomolecular lexicon, MRI features, terminology, and pitfalls to inform a standardized approach [J]. *J Magn Reson Imaging*, 2020, 51(6): 1630-1640.
- [10] DING G H, LIU Y, WU M C, et al. Diagnosis and treatment of hepatic angiomyolipoma [J]. *J Surg Oncol*, 2011, 103(8): 807-812.
- [11] AUER T A, WALTER-RITTEL T, GEISEL D, et al. HBP-enhancing hepatocellular adenomas and how to discriminate them from FNH in Gd-EOB MRI [J]. *BMC Med Imaging*, 2021, 21(1): 28.

(收稿日期: 2022-09-17 修回日期: 2022-10-23)