

• 腹部影像学 •

脾脏囊性占位性病变的螺旋 CT 诊断价值

许尚文, 曾建华, 彭旭红, 张雪林, 段刚

【摘要】 目的:探讨脾脏囊性占位性病变的螺旋 CT 表现及其诊断价值。**方法:**回顾性分析经手术病理或穿刺活检证实 19 例脾脏囊性占位性病变的 CT 表现。19 例均行 CT 平扫, 16 例行动态增强扫描。**结果:**19 例中脾囊肿 10 例, 脾转移瘤 4 例, 脾脏淋巴管瘤 2 例, 脾海绵状血管瘤 2 例及脾原发性淋巴瘤 1 例。CT 对脾脏囊性占位性病变的检出率极高, 能明确肿块性质、范围及其与周围组织的关系。**结论:**平扫和动态增强螺旋 CT 检查对脾脏囊性占位性病变有较高的定性诊断价值。

【关键词】 脾肿瘤; 囊肿; 体层摄影术, X 线计算机

【中图分类号】 R814.42; R733.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2005)02-0153-03

Evaluation the Value of Helical CT Scanning in Diagnosing Cystiform Space-Occupying Lesions in the Spleen XU Shang-wen, ZENG Jian-hua, PENG Xu-hong, et al. Department of Radiology, Nanfang Hospital, the First Military Medical University, Guangzhou 510515, P. R. China

【Abstract】 Objective: To study the helical CT findings of splenic space-occupying lesions and to evaluate the value of CT scan in the diagnosis of the disease. **Methods:** A retrospective analysis was made on the CT scans of 19 patients with surgically and pathologically proven splenic space-occupying lesions, which included unenhanced CT scan ($n=19$) and dynamic enhanced CT scan ($n=16$). **Results:** There were 10 cases of splenic cysts, 4 cases of splenic metastases, 2 cases of cystic lymphoma, 2 cases of splenic cavernous hemangioma and 1 case of splenic primary malignant lymphoma. CT scan could easily detect the splenic space-occupying lesions, and could well demonstrate the size, shape, density of the lesions and the surrounding structures as well. **Conclusion:** The multi-phase helical CT scan are very helpful in the the diagnosis of splenic cystiform space-occupying lesions.

【Key words】 Splenic neoplasms; Cyst; Tomography, X-ray computed

脾脏囊性占位性病变在临床上较少见, 有关其 CT 表现国内外文献报道较少。本文对 19 例经手术病理或穿刺活检证实的脾脏囊性占位性病变进行回顾性分析, 旨在提高本病术前诊断水平。

材料与方法

搜集我院 1992 年 1 月~2004 年 1 月 19 例经手术病理或穿刺活检证实的脾脏肿瘤患者, 男 11 例, 女 8 例, 年龄 21~58 岁, 平均 (41.1 ± 15.1) 岁。病程最短 9 天, 最长达 6 年余。无临床症状者 8 例, 左上腹不适或隐痛者 7 例, 腹胀及纳差 1 例, 脾脏增大 1 例。1 例有脾脏外伤史, 1 例有胰腺炎病史。

检查方法: 使用 Siemens Somatom Plus 4 全身螺旋 CT 机。19 例均行 CT 平扫, 16 例行静脉团注法双期或三期增强扫描, 层厚和间隔 3~10mm, 扫描前进行肠道准备及口服阳性对比剂。

结 果

1. 肿瘤种类、例数、形态和边缘及 CT 表现

19 例患者共检出 31 个脾脏囊性病变, 单发 11 例, 多发 8 例, 病灶最大达 $8.3 \text{ cm} \times 7.5 \text{ cm}$ (图 1), 最小约 $1.1 \text{ cm} \times 1.3 \text{ cm}$ 。

脾囊肿 10 例: 单发 7 例, 多发 3 例 (图 2)。包虫囊肿 1 例 (图 3), 真性囊肿 7 例 (图 1), 假性囊肿 2 例。其 CT 表现为脾脏内边界清楚、单发或多发类圆形囊性占位, 2 例见囊壁钙化, 增强扫描囊壁及囊内均未见强化, CT 值 5~18 HU。

脾囊性转移瘤 4 例: 单发 1 例 (图 4), 多发 3 例 (图 5), 均有明确原发病史, 其中肺癌、结肠癌、胃癌、膀胱癌各 1 例。CT 平扫示脾内低密度灶, 边界欠清, 增强后周边有轻度强化, 中央为不强化低密度区, 1 例可见壁结节, 2 例呈靶心样典型表现 (图 5), 脾脏增大 1 例。

脾囊性淋巴管瘤 2 例: CT 平扫示脾脏增大, 其内见多发囊性占位, 部分病灶内可见间隔, 增强见囊内

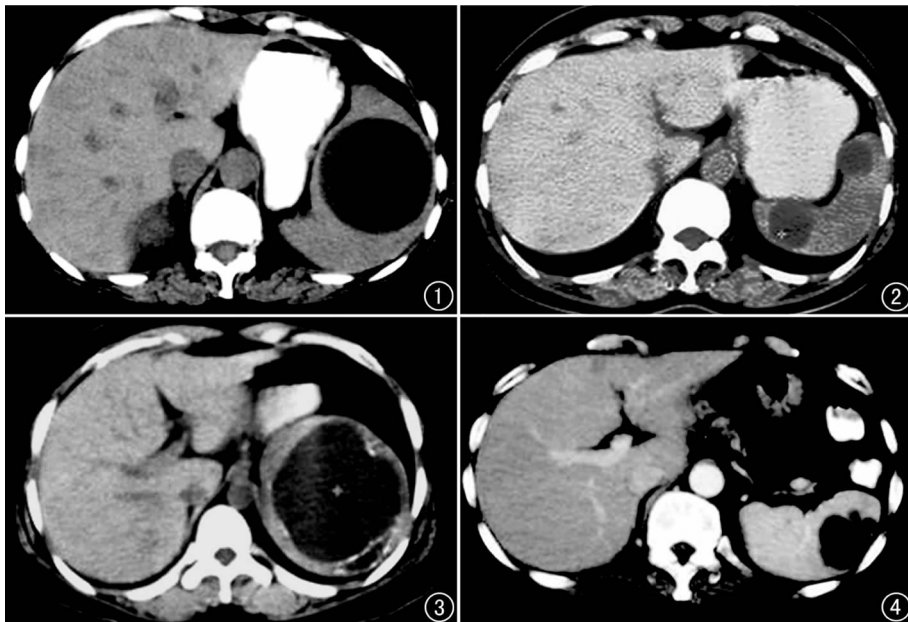


图 1 脾脏真性囊肿。CT 平扫示脾内一巨大圆形囊性占位,密度均匀。图 2 脾多发真性囊肿。CT 平扫示脾内多发圆形囊性占位,密度均匀,CT 值约 11 HU。
图 3 包虫囊肿(单纯型)。CT 平扫示脾内一巨大圆形囊性占位,囊壁明显弧形钙化。
图 4 脾内转移性鳞癌(肺癌术后 2 年半)。CT 增强扫描示脾内一不规则形低密度灶,无明显强化。

粗细不均的间隔和边缘呈轻度强化(图 6)。

脾海绵状血管瘤囊变 2 例:CT 平扫示脾脏局限性隆起,其内见低密度占位,边缘欠规则,增强扫描示病灶中央未见强化,周边有中等度强化(图 7)。

脾原发性恶性淋巴瘤囊变 1 例(图 8):CT 平扫示脾脏增大,其内可见圆形低密度肿块影,大小约 $6.3\text{ cm} \times 7.5\text{ cm}$,增强扫描示病灶边缘不规则强化,肿块内液性低密度区未见强化,中央 CT 值为 13 HU。

2. 定位及定性诊断

所有病例 CT 扫描定位诊断都准确;但在定性诊断方面,CT 诊断符合率为 78.9%(15/19)。

讨 论

脾脏占位性病变少见,有人认为与脾脏特有的免疫功能有关。其临床表现缺乏特异性,诊断主要依赖于影像学检查。尽管超声费用低、操作简单方便,对发现病灶很敏感,但定性诊断能力相对较差,且易受肠气影响;MRI 价格较贵,部分地区尚未普及;CT 是目前诊断脾囊性占位最有价值的影像检查方法,能明确显示病灶的部位、形态、大小及与周围脏器和血管的关系,其定性诊断符合率较高,可作为脾囊性病变的首选检查方法。

1. 脾囊肿

可分为寄生虫和非寄生虫性囊肿。寄生虫性以包虫囊肿多见,常合并其它部位包虫囊肿,约占全部脾囊肿的 0.8%~3.7%^[1];非寄生虫性分为真性及假性囊肿。真性囊肿囊壁内含有上皮细胞层,而假性囊肿则无,大多是脾脏外伤后脾脏血肿演变形成,也可由脾脏栓塞、感染或胰腺炎时胰酶消化作用而形成^[2]。

脾包虫囊肿可分为单纯型和多子囊型,两型囊壁常可见明显弧形钙化。单纯型(图 3)多表现为脾内类圆形、密度均匀的囊性病灶,不强化,若显示由纤细的内囊壁及较厚的外囊壁所形成的双层囊壁,则系特征性表现^[3,4],无此特征性改变时则与单纯囊肿鉴别较困难。多子囊型包虫囊肿更具有特征性 CT 表现,多表现为母囊内或囊周充满子囊,且子囊密度总是低于母囊,此征象较有诊断价值。

真性和假性囊肿 CT 表现类似,可单发,也可多发,多呈大小不一、边界清晰的圆形液性低密度灶,密度均匀,CT 值约 10 HU,囊壁菲薄,少数囊壁可见弧状钙化,增强扫描病灶内部及囊壁无强化,边界显示更清晰。外伤性囊肿由于出血和机化,囊内可见混合性密度。本组 10 例由于表现典型,术前定性诊断准确。本组 2 例假性囊肿中,1 例有明确胰腺炎病史,另 1 例有明确外伤史。

2. 脾囊性淋巴管瘤

形成的原因为局部淋巴液引流受阻,使淋巴液积聚而形成囊性扩张,病理上可以表现为毛细血管状、海绵状或囊状。CT 扫描可见脾脏增大,其内见单个或多个液性低密度灶,CT 值 10~30 HU,边缘可清晰或不清晰,病灶内可见粗大的间隔,增强扫描示病灶周边及内部粗大间隔可见轻度强化,此点有助于与其他脾囊性病灶相鉴别。本组 2 例表现均较典型,诊断准确。

3. 囊性转移瘤

脾脏与肝脏相比转移瘤明显少见,多为血行转移^[5],以肺癌、乳腺癌、前列腺癌转移多见。脾转移瘤 CT 表现多样化,缺乏特异性,囊性转移瘤在脾转移性肿瘤中并不常见,其形成的病理基础主要是肿瘤的液化、坏死。其 CT 表现为脾无或轻度增大,脾内单发或

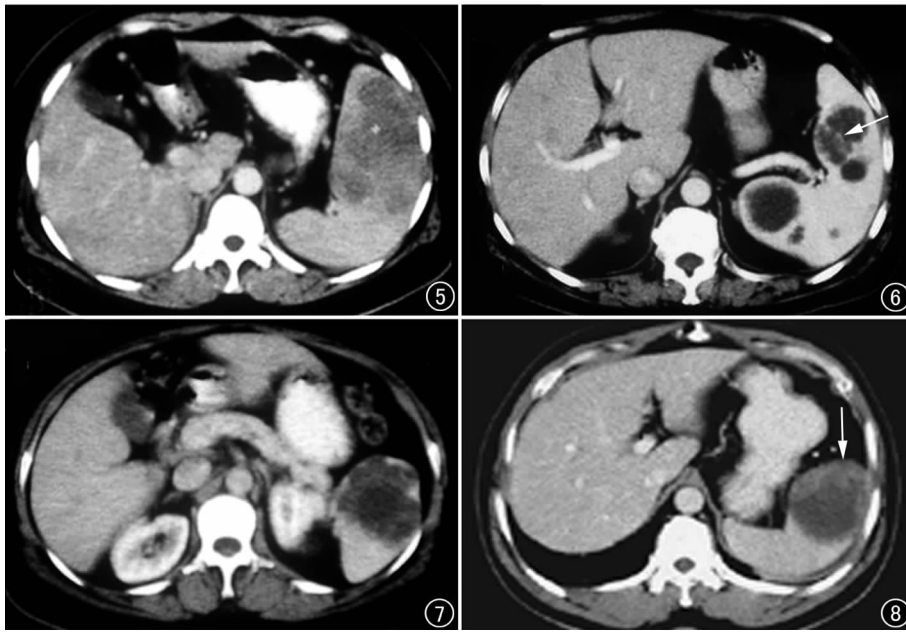


图 5 脾转移性腺癌(结肠癌术后 3 年)。CT 增强扫描示脾明显增大,其内见多个类圆形低密度灶,病灶轻度强化,部分病灶呈典型牛眼征,肝内也可见类似病灶。

图 6 脾淋巴瘤。CT 增强扫描示脾内多发大小不一囊性占位,其内可见粗大分隔(箭),分隔及病灶周边有轻度强化。图 7 海绵状血管瘤伴囊变、坏死。CT 增强扫描示脾内低密度占位,形态欠规则,周边有轻度强化,中央无明显强化。图 8 脾原发恶性淋巴瘤伴液化、坏死。CT 增强扫描示脾脏局限性增大,其内可见圆形低密度肿块影,病灶前缘有不规则强化(箭),肿块内低密度影无明显强化。

多发类圆形囊性或囊实性病灶,边缘可清楚或不清楚。根据病史及临床表现,大多数脾囊性转移灶与脾囊肿可以鉴别,且囊性转移灶 CT 表现具有一定特征性,也有助于鉴别。转移性病变囊壁往往较厚且有强化,内缘多欠规则,部分可见壁结节,典型者呈牛眼征或靶心征。而脾囊肿囊壁菲薄,增强扫描囊内及囊壁均无强化。

4. 脾血管瘤囊变

血管瘤是最常见的脾良性肿瘤,由毛细血管或海绵样扩张的血管组成,可单发或多发。大多数病例具有类似肝脏海绵状血管瘤的典型 CT 表现^[6],但部分尤其较大的病灶可发生囊变,其形成的病理基础是病灶坏死液化。囊性血管瘤 CT 平扫可见脾脏增大或局限性隆起,其内见低密度占位,其内缘大多欠规则,增

强扫描部分病灶周边可见中等度强化(图 7),偶可见周边明显结节状强化,中央低密度灶基本无或仅有很轻微的强化,延迟期扫描大多数病灶周边呈等密度。

5. 脾原发恶性淋巴瘤囊变

脾原发淋巴瘤罕见,根据病变形态特点,可分为均匀弥漫型、粟粒结节型、巨块型和多肿块型^[2]。脾原发恶性淋巴瘤囊性变并不多见,其 CT 表现为脾脏肿大,脾内囊性低密度肿块,内缘不规则,部分可见分隔,以单发多见增强扫描多数病灶周边可见,轻度强化,中央囊性部分无强化,可有脾门及腹膜后淋巴结肿大,此点有助于与单纯性囊肿相鉴别。本组 1 例(图 8)术后病理证实为病灶大部分发生液化、坏死。

综上所述,只要掌握各种脾脏囊性占位性病变的病理基础及其 CT 平扫及动态增强表现,可提高诊断准确性。

参考文献:

- [1] 宋发亮,杨贵斌,谭湘潭. 人体包虫病影像诊断学[M]. 乌鲁木齐:新疆科技卫生出版社,1999. 28.
- [2] 周康荣. 腹部 CT[M]. 上海:上海医科大学出版社,1996. 94.
- [3] Pandolfo I, Blamandino G, Scribano E, et al. CT Finding of Hepatic Involvement by Echinococcus Granulosus[J]. JCAT, 1984, 8(5): 841.
- [4] LoCasto A, Galia M, Barbiera F, et al. Isolated Hydatid Disease of the Spleen; CT Findings in 4 Patients and Differential Diagnosis [J]. Radiol Med (Torino), 2002, 104(3): 134-139.
- [5] Gupta PB, Harvey L. Spontaneous rupture of the spleen secondary to metastatic carcinoma of the ovary[J]. Br J Surg, 1993, 80(5): 613.
- [6] 张雪梅,黄学全,丁仕义. 脾血管瘤的 CT 诊断[J]. 第三军医大学学报, 2002, 24(6): 687-688.

(收稿日期:2004-03-18 修回日期:2004-08-30)