

## MRI diagnosis of hepatic inflammatory myofibroblastic tumor: Case report

### MRI 诊断肝脏炎性肌纤维母细胞瘤 1 例

黄 伟<sup>1</sup>, 傅明花<sup>2</sup>, 王志文<sup>2</sup>

(1. 乌鲁木齐军医训练大队, 新疆 呼图壁 831200; 2. 乌鲁木齐军区总医院影像科, 新疆 乌鲁木齐 830000)

[Key words] Liver; Inflammatory myofibroblastic tumor; Magnetic resonance imaging

[关键词] 肝脏; 炎性肌纤维母细胞瘤; 磁共振成像

[中图分类号] R735.7; R445.2 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2011)03-0654-02

患者男, 26 岁, 因“3 周前无明显诱因出现皮肤、巩膜黄染, 伴全身皮肤瘙痒、尿色深黄, 疑为黄疸性肝炎”入院。查体: 体温 36.4~38.3℃, 皮肤、巩膜黄染, 肝脏未触及, 脾脏略增大, 未见其他阳性体征。实验室检查: 总胆红素 122.4 μmol/L, 直接胆红素 102.1 μmol/L, 间接胆红素 20.3 μmol/L, 谷丙转氨酶 251.0 U/L, 谷草转氨酶 158.2 U/L, 碱性磷酸酶 574.5 U/L; 肿瘤标记物: CA19-9 41.27 kμ/L, AFP、CEA(-)。MRI: 肝左叶见直径约 7 cm 类圆形肿块, 边界清, T2WI 为以稍高信号为主的混杂信号, T1WI 呈不均匀低信号(图 1), T2WI SPIR 呈低、稍高混杂信号(图 2), 增强及延迟增强扫描见病灶强化较明显(图 3); 肝门部结构紊乱, 增强扫描呈不均匀延迟强化, 肝内胆管扩张; 脾脏明显增大。术中见腹腔内少量淡黄色腹水; 肝质硬, 肝左叶占位(5 cm×7 cm×8 cm), 质硬, 灰白色, 侵及胃小弯近贲门处; 肝门部静脉海绵样变; 脾大, 质硬。病理: 肝肿块 10.5 cm×7.8 cm×4.8 cm, 剖开见 5.2 cm×5.0 cm 肿物, 切面灰色及灰黄色, 质软; 镜下见(肝左叶)梭形肿瘤细胞(图 4); 免疫组化: CD117(-), CD34(+), CD38(++), Desmin(-), S-100(-), HMB45(-), CK(-), Ki67(10%+), CK20(-), CD15(-); 病理诊断: 肝炎性肌纤维母细胞瘤(inflam-

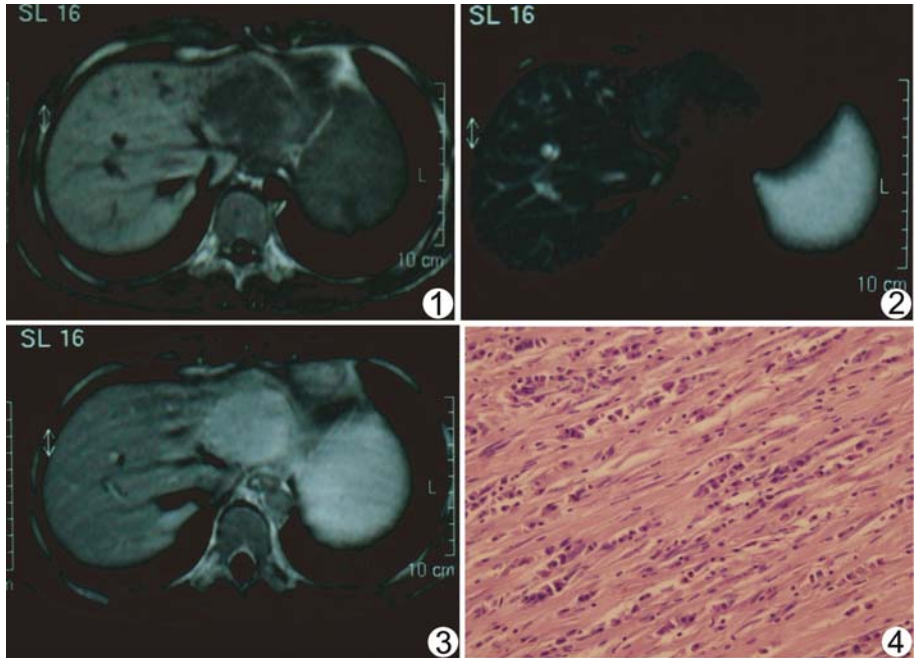


图 1 肝左叶肿块, T1WI 呈不均匀低信号 图 2 肝左叶肿块, 边界清, T2WI SPIR 呈以稍高信号为主的混杂信号 图 3 MR 增强扫描示病灶异常强化 图 4 光镜下见梭形肿瘤细胞 (HE, ×40)

tory myofibroblastic tumor, IMT)。

**讨论** IMT 是一种罕见的以纤维结缔组织增生伴大量慢性炎性细胞浸润的局灶性良性肿瘤样变, 又名炎性假瘤、纤维黄色瘤、浆细胞肉芽肿。该病好发于儿童和青少年, 多以无痛性包块为初发症状, 临床表现为发热、贫血、上腹部胀痛、体质量下降; AFP、CEA 等呈阴性。IMT 具有侵袭性, 易局部复发。MRI: 病灶多为圆形或类圆形, T2WI 呈高、低信号, T1WI 呈等、低信号, 增强扫描有明显强化。肿块 MRI T2WI 呈等信号且存在假包膜时, 应考虑 IMT 可能。确诊需依靠病理检查。

鉴别诊断: ①原发性肝细胞癌: 多有肝炎肝硬化病史, AFP

[作者简介] 黄伟(1989—), 男, 甘肃临泽人, 大专。

E-mail: huangw\_ko@163.com

[收稿日期] 2010-12-17 [修回日期] 2011-01-11

(+), T2WI 信号多偏高。动脉期强化明显,呈“快进快出”,下腔静脉、门静脉内可存在癌栓。②转移性肝癌:有原发灶病史,病灶可多发,多呈“牛眼征”。③胆管细胞癌:可早期强化,且多

延迟强化,与炎性假瘤有类似特征,但多位于肝左叶,且直径多 >5 cm,病灶内或周边常见扩张的胆管, T2WI 多为不均匀高信号。

## Misdiagnosis of parasellar atypical arterio-venous malformation: Case report

### 鞍旁不典型动静脉畸形误诊 1 例

罗 丽,李 霞,舒 健,唐焯真

(泸州医学院附属医院放射科,四川 泸州 646000)

[Key words] Magnetic resonance imaging; Vascular malformations [关键词] 磁共振成像;血管畸形  
[中图分类号] R445.2; R651.12 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2011)03-0655-01

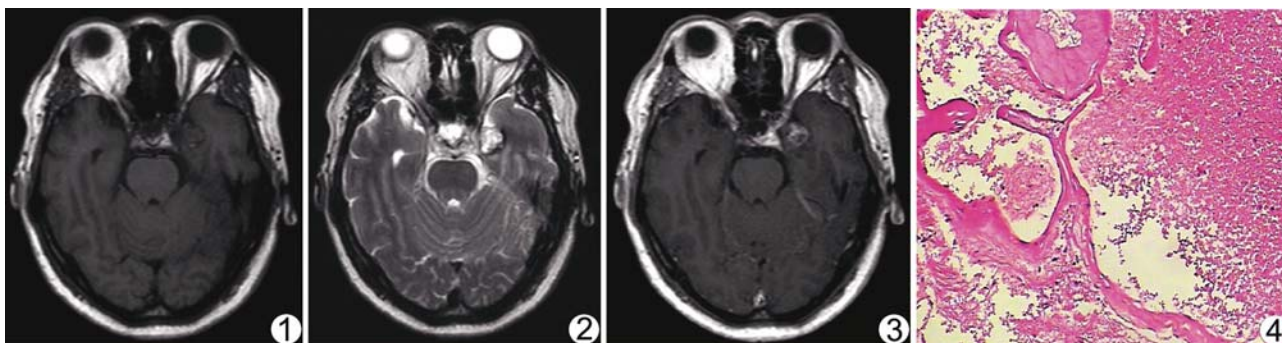


图 1 T1WI 示左侧鞍旁不规则病灶,以等信号为主,周边可见少许点状出血灶 图 2 T2WI 示病灶以高信号为主,周围可见低信号环,未见血液流动空信号 图 3 增强 T1WI 示病灶呈不均匀点线状明显强化 图 4 病理检查示动、静脉不同程度扩张,管壁厚薄不均,有少许新、旧出血灶(HE, ×200)

患者男,52 岁,因“反复发作性意识不清 8 年,再次发作 2 小时”入院。入院时查体:意识不清,呼之不应,双目凝视,双手轻微抖动,双侧病理征阴性。实验室检查未见异常。颈部血管彩色多普勒未见异常。视频脑电图:右侧额部可见偶发慢波。MRI:左侧鞍旁见结节状占位病灶,边界清楚,形态不规则,大小约 2.3 cm×1.8 cm×1.5 cm;T1WI 呈等信号为主,其内可见少许斑点状高信号出血灶(图 1);T2WI 呈高信号为主,周围可见低信号环(图 2);DWI 呈等信号;FLAIR 序列呈高信号;增强扫描病灶呈明显不均匀强化(图 3);MRA 示 Willis 环血管未见异常。MRI 诊断:左侧鞍旁海绵状血管瘤伴少量出血可能性大。手术及病理:左侧颞叶内侧海马沟附件发现病灶,与邻近脑组织无明显粘连,呈红褐色、质软、边界清楚,表面可见细小

迂曲血管,术中未见粗大供血动脉及引流静脉。病理诊断:左侧鞍旁动静脉畸形(arterio-venous malformation, AVM),见图 4。

讨论 AVM 是颅内最常见的先天性血管畸形,表现为某一区域的异常血管团,动脉与静脉直接交通,其间无毛细血管,周围见粗大供血动脉及引流静脉存在。AVM 以大脑前、中动脉分布区脑皮质内最为常见,发生于鞍旁者极为少见。本例表现为实性病灶,体积较小,MR 各序列均未见血管流空信号, MRA 未显示鞍旁血管异常,缺乏典型 AVM 影像表现。鞍旁为脑外海绵状血管瘤的好发部位, T2WI 上病灶周围见含铁血黄素沉着所致低信号环,因此易导致术前误诊;但本例增强扫描示病灶点线状不均匀明显强化仍然符合 AVM 表现。本例 AVM 发生于鞍旁,影像学表现缺乏典型表现,需与神经源性肿瘤、脑膜瘤、动脉瘤及海绵状血管瘤等鉴别。鞍区海绵状血管瘤有如下特点:单发,体积较大,常同时累及鞍旁和鞍内,典型者呈葫芦状生长,增强扫描病变显著强化。

[作者简介] 罗丽(1980—),女,四川泸州人,硕士,医师。

E-mail: ruselili81@126.com

[收稿日期] 2010-12-15 [修回日期] 2010-12-25