

见于心膈角,但也可发生在心包的任何部位,有时与完全囊性变的胸腺瘤难以鉴别。胸腺囊肿囊壁光滑且多无分隔;囊性胸腺瘤多见纤维分隔及囊内结节;此外,胸腺囊肿随呼吸运动纵隔形态改变而变形是其特征性影像表现之一。囊性淋巴瘤囊腔为单房或多房,壁薄且实性成分少见,易发生感染或出血,表现为肿瘤体积迅速增大,囊液浑浊,囊壁增厚并出现明显强化。囊性畸胎瘤多可见脂肪、牙齿、骨骼、毛发等成分,有助于鉴别诊断<sup>[6]</sup>。

囊性胸腺瘤的治疗方式以手术切除为主,根据手术病理结果决定是否辅助放疗。其中经剑突下入路胸腔镜手术在胸腺瘤切除手术中具有创伤小、恢复快、术后并发症少等优点<sup>[7]</sup>。因囊性胸腺瘤大多包膜完整,多无胸腔积液、心包积液、周围组织侵犯、淋巴结肿大或远处脏器转移;且肿瘤以囊性成分为主,实性瘤体成分较少,恶性程度相对较低<sup>[8]</sup>,因此预后较好。

#### 【参考文献】

[1] Artal-Cortes AF, Verdun-Aguilar J, Marquez-Medina D. Opening

windows for thymic tumors[J]. J Thorac Oncol, 2023, 18(2): 136-138.

[2] Scorsetti M, Leo F, Trama A, et al. Thymoma and thymic carcinomas[J]. Crit Rev Oncol Hematol, 2016, 99: 332-350.

[3] Sakaguchi Y, Komatsu T, Takubo Y, et al. Resected case of giant cystic thymoma with spontaneous intracystic hemorrhage[J]. Surg Case Rep, 2019, 5(1): 30.

[4] 陈静,何佳林,刘影,等. 经胸超声在诊断纵隔肿瘤中的应用价值[J]. 心肺血管病杂志, 2021, 40(5): 477-480.

[5] 王亨强,黄壮士,李荣耀,等. 胸腺瘤 Masaoka 分期与 CT 特征相关性分析[J]. 中国临床医学影像杂志, 2019, 30(10): 694-697.

[6] Carter BW, Benveniste MF, Madan R, et al. ITMIG classification of mediastinal compartments and multidisciplinary approach to mediastinal masses[J]. Radiographics, 2017, 37(2): 413-436.

[7] 张科,童继春,吴奇勇. 经剑突下胸腔镜技术在胸腺瘤切除术中的应用[J]. 中国微创外科杂志, 2018, 18(2): 107-109.

[8] 肖刚,胡玉川,段世军,等. 囊性胸腺瘤的临床及 MRI 特征[J]. 放射学实践, 2020, 35(2): 165-169.

## 儿童左膈下异位肝误诊为隔离肺 1 例

### Misdiagnosis of left subphrenic ectopic liver in children as pulmonary sequestration: report of one case

吴美仙,程广明,覃慧,杨柳艳,韦浩,江露,覃文华

(广州市妇女儿童医疗中心柳州医院放射科,广西柳州 545616)

WU Mei-xian, CHENG Guang-ming, QIN Hui, YANG Liu-yan, WEI Hao, JIANG Lu, QIN Wen-hua

(Department of Radiology, Liuzhou Hospital of Guangzhou Women and Children's Medical Center,

Liuzhou Guangxi 545616, China)

【关键词】肝;异位;儿童;体层摄影术,X线计算机

【中图分类号】R657.3;R814.42

【文献标识码】B

【文章编号】1008-1062(2024)11-0830-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.11.019

**病例** 女,8月22天,因“发现肺部肿物8月余”入院,患者母亲孕检时超声发现患儿左侧肺部肿物,其母亲孕期无特殊,出生后至今患儿未出现呼吸急促,未发生肺炎,生长发育情况良好,系第2胎足月娩出,出生体质量3.25 kg,否认出生时有窒息、抢救史,生后即母乳喂养,按时添加辅食,生长发育与正常同龄儿相仿。查体:胸廓无畸形,两肺叩诊呈清音,未闻及干湿性啰音。血常规五分类:白细胞数 $8.53 \times 10^9/L$ ,血红蛋白 $97 g/L$ ;超敏C反应蛋白 $>5.00 mg/L$ ,C反应蛋白 $12.63 mg/L$ 。

腹部CT平扫及增强检查示:左膈下软组织肿块,密度尚均匀,病灶大小约 $22 mm \times 8 mm \times 22 mm$ ,病灶与周围组织分界尚清晰,平扫CT值32 HU,增强动脉期明显强化,内见迂曲血管影,延迟期病灶强化尚均匀,CT值138 HU,腹腔干分支进入病灶内,病灶左侧旁可见提前显影静脉,呈粗大瘤样扩张,直径约5 mm,并向下汇入门静脉主干;病灶周围骨质未见破坏征象。

手术记录:左膈下、胃小弯右后、腹主动脉左侧可见一红色肿块,其下后方可见由腹腔干发出的供血管,直径约3 mm。大体病理:灰褐色不规则组织一块,大小约 $30 mm \times 20 mm \times 12 mm$ ,病理诊断:肿物内见肝组织,考虑肝组织异位。

【收稿日期】2024-03-01;【修回日期】2024-03-29

【作者简介】吴美仙(1987-),女,广西柳州人,主治医师。E-mail:514481012@qq.com

【通信作者】覃文华,广州市妇女儿童医疗中心柳州医院放射科,545616。E-mail:lzqwh267@126.com

**讨论** 异位肝组织是指发生在肝脏以外且解剖学上与肝脏无联系的肝组织<sup>[1]</sup>,临床罕见,国内外文献报道极少。异位肝组织多发于胆囊,其次为腹膜后、肝周韧带、胰腺、脾脏、胸腔与十二直肠韧带,这是异位肝组织形成机制与解剖结构协同作用的结果<sup>[2]</sup>,异位肝组织是肝脏的发育异常,其原因可能是附加的肝叶,由于其连接的血管蒂退化,成为肝脏本身无联系的异位组织或者当胚胎初期的肝组织没有完全突入腹腔或在突入腹腔的过程中残留的部分胚胎细胞继续发育为成熟的肝组织<sup>[3]</sup>。但由于异位肝组织与正常肝组织仅存在位置异常,多数患者并无典型临床症状,仅有少部分患者因毗邻脏器被压迫提示异常症状,所以目前临床难以直接诊断异位肝组织<sup>[4]</sup>。

异位肝组织一般密度均匀,部分病灶内部可见囊变或钙化,李向阳等<sup>[5]</sup>报道42例异位肝组织供血动脉主要为左或右肝动脉延续,也有肝固有动脉、肠系膜上动脉。叶外型隔离肺可见于腹腔内或腹膜后区域,供血动脉为腹主动脉上段,偶可见冠状动脉、胸廓内动脉、腹腔动脉、胃左动脉、膈动脉、肋间动脉等,引流静脉多回流到奇静脉、半奇静脉,也可至上下腔静脉。本病例病灶形态不规则,密度均匀,增强扫描渐进性

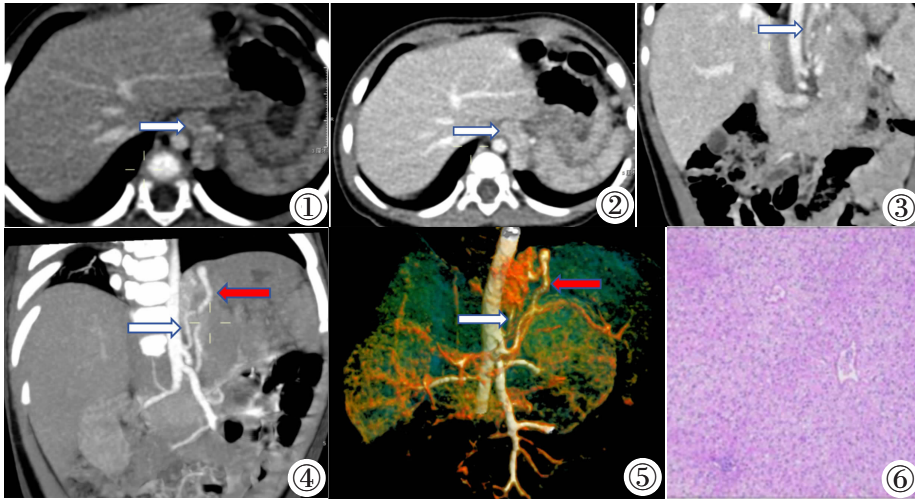


图 1 动脉期病变呈不均匀轻度强化, 内见迂曲血管显示 (白色箭头)。图 2 门脉期病变渐进性强化, 亦可见迂曲增粗血管 (白色箭头)。图 3 动脉期冠状位, 显示病灶紧贴脊柱, 不均匀强化 (白色箭头)。图 4 最大密度投影, 可见腹主动脉分支供血 (白色箭头), 病灶左侧见迂曲扩张血管 (红色箭头), 向下汇入门静脉。图 5 血管三维成像直观显示供血动脉 (白色箭头) 及引流静脉 (红色箭头)。图 6 病理显示肝小叶结构。

强化, 由腹主动脉分支供血, 引流静脉汇入门静脉, 本例误诊原因主要是病灶由腹主动脉供血, 发病部位也是叶外型隔离肺常发生位置, 因此误诊为实质肿块型隔离肺, 但肺外型隔离肺虽多数无典型症状, 但少数会出现类支气管扩张 (如咳血) 等症状, 病灶可呈囊实性或实性为主, 影像学表现动脉期轻度强化, 呈渐进性明显强化, 可见无强化液性区, 本例为实性病灶, 增强扫描动脉期不均匀明显强化, 可见迂曲血管影, 呈渐进性轻度强化, 延迟期病灶与肝组织呈相对等密度, 动脉期病灶强化程度高于肝组织, 笔者推测异位病灶组织由腹主动脉供血, 而肝脏由肝动脉及门脉两套血管系统供血, 特别是以门脉供血为主, 因此病灶于动脉期强化较肝脏显著; 手术中可见肿块呈红色, 质地软, 病理镜下见肝小叶组织, 最终确诊仍依靠病理学检查。

异位肝一般临床无明显症状, 但有进展为肝细胞癌的风险<sup>[6]</sup>, 尤其甲胎蛋白 (AFP) 升高者, 因此发现后大多采取手术切除, 本例于胎儿期发现, 生后 8 月行手术切除, 后期随访无复发表现, 由于异位肝病报道少, 术前诊断为隔离肺, 未完善 AFP 等检查结果, 将会定期对患儿进行继续随访, 但是作

者认为为防止癌变、蒂扭转、感染等并发症, 手术切除是异位肝组织的主要治疗方法, 术前需要进行 CT 或者 MRI 增强检查明确血供及强化方式, 排除是否存在恶变可能。

#### [参考文献]

- [1] 吴平辉, 徐芳, 冯起放, 等. 右上腹膜后异位肝组织 1 例报告[J]. 山东医药, 2013, 53(6): 98-99.
- [2] Leone N, De Paolis P, Carrera M, et al. Ectopic liver and hepatocarcinogenesis: report of three cases with four years' follow-up [J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2004, 16(8): 731-735.
- [3] 符正豪, 陈心, 郭峻莉. 脐部异位肝组织一例临床病理分析[J]. 海南医学, 2010, 21(15): 101-102.
- [4] 吴霞, 张玉蓉, 汪静. 腹膜后异位肝细胞肝癌 1 例及文献复习[J]. 中西医结合肝病杂志, 2022, 32(8): 754-755.
- [5] 李向阳, 高汉斌, 崔晓荣, 等. 异位肝组织的影像学诊断[J]. 江苏医药, 2023, 49(9): 938-942.
- [6] Adachi Y, Hayashi H, Yusa T, et al. Ectopic hepatocellular carcinoma mimicking a retroperitoneal tumor: A case report[J]. World J Gastroenterol, 2020, 26(18): 2268-2275.

## 3D-TTE TrueVue Glass 模式诊断左侧三房心合并房间隔缺损 1 例

### 3D-TTE TrueVue Glass pattern in the diagnosis of left tricuspid heart with atrial septal defect: report of one case

姚沐欣, 龙颀婧, 崔抒宇, 梁慧莉, 邱悦, 马春燕, 陈昕

(中国医科大学附属第一医院心血管超声科, 辽宁 沈阳 110001)

YAO Mu-xin, LONG Xie-jing, CUI Shu-yu, LIANG Hui-li, QIU Yue, MA Chun-yan, CHEN Xin

(Department of Cardiovascular Ultrasound, the First Hospital of China Medical University, Shenyang 110001, China)

[关键词] 房间隔缺损; 三房心; 超声检查, 多普勒, 彩色

[中图分类号] R541.1; R445.1 [文献标识码] B

DOI:10.12117/jccmi.2024.11.020

[文章编号] 1008-1062(2024)11-0831-02

病例 女, 54 岁, 以“心悸、气短两周”为主诉入院。心电图示: 窦性心律 100 次/分。超声所见: 左心房内距二尖瓣环上

方约 20 mm 处见一线样回声, CDFI 示该处血流明亮呈湍流信号, 频谱多普勒示血流速度加快约 1.6 m/s, 峰值压差 10 mmHg

[收稿日期] 2024-01-22; [修回日期] 2024-03-07

[作者简介] 姚沐欣 (1999-), 女, 辽宁朝阳人, 在读硕士研究生。E-mail: 1251853905@qq.com

[通信作者] 陈昕, 中国医科大学附属第一医院心血管超声科, 110001。E-mail: chen\_heart@163.com

[基金项目] 辽宁省教育厅课题 (No. LJKMZ20221139) 资助。