

Hepatic hydatid cyst complicated with biliary fistula: Case report

肝包虫囊肿合并胆道瘘 1 例

林芳, 张蓓, 王继萍

(吉林大学第一医院放射科, 吉林 长春 130000)

[Keywords] echinococcosis, hepatic; biliary fistula; diagnostic imaging

[关键词] 棘球蚴病, 肝; 胆瘘; 诊断显像

DOI: 10.13929/j.issn.1672-8475.2020.05.016

[中图分类号] R532.32; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1672-8475(2020)05-0320-01

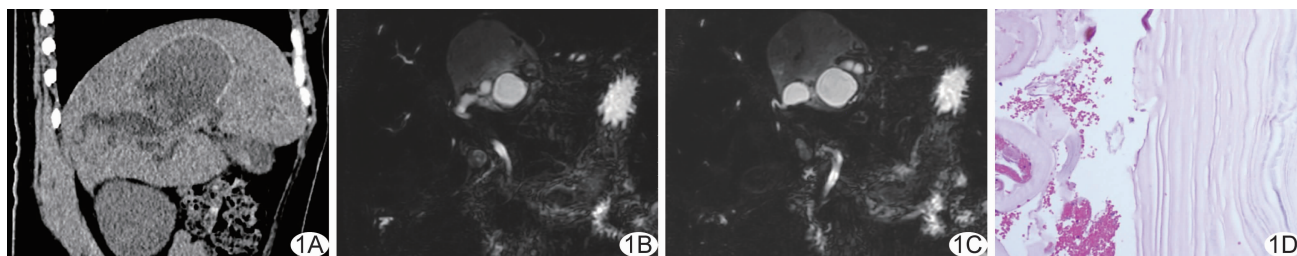


图1 肝包虫囊肿合并胆道瘘 A. 矢状位平扫CT图像; B、C. MRCP示病灶与肝总管(B)及右肝管(C)相通; D. 病理图(HE, ×100)

患者女, 35岁, 蒙古族, 因“间断上腹部疼痛伴恶心、呕吐3个月”入院; 15年前患肝包虫病, 经外院活检证实, 未接受手术治疗。查体: 皮肤巩膜无黄染, 右上腹压痛(+), 反跳痛(-)。实验室检查: 总胆红素 $98.3 \mu\text{mol/L}$, 直接胆红素 $68.7 \mu\text{mol/L}$; 外周血嗜酸性粒细胞百分比 45%, 嗜酸性粒细胞绝对值 $5.91 \times 10^9/L$ 。CT平扫见肝内 $8.3 \text{ cm} \times 7.4 \text{ cm}$ 团块状低密度影, 界清, CT值约 $9 \sim 17 \text{ HU}$, 壁稍厚伴钙化, 局部与右肝管相通, 与肝门区胆管分界不清; 肝内、外胆管扩张, 胆总管直径约 1.3 cm (图1A)。磁共振胰胆管成像(MR cholangiopancreatography, MRCP): 肝内混杂信号肿块, 壁略厚, 其内见多发大小不等囊状长T2信号, 与肝总管(图1B)及右肝管(图1C)相通。影像学诊断: 考虑肝包虫囊肿合并胆道瘘。1周后行腹腔镜下右半肝切除、胆囊切除、胆道探查、T管引流及肝包虫内囊摘除术。术后病理诊断: 符合肝囊型包虫囊肿、右肝管肝包虫囊肿(图1D)。

讨论 对单纯性肝包虫囊肿首选超声检查, 出现梗阻性黄

疸时, 需警惕合并胆道瘘。CT和MRI显示病灶与胆管的关系优于超声, MRCP更能清晰显示病灶是否与胆管相通及胆管内有无异常信号, 故临床疑诊肝包虫合并胆道瘘时, 首选MRCP作为影像学检查方法。肝包虫囊肿影像学表现为肝内单发或多发类圆形囊性病灶, 轮廓清楚, 边缘光滑, 增强扫描无强化; 影像学特征表现包括: ①母囊内含子囊, 呈现轮辐状、蜂窝状外观; ②内外囊剥离而出现飘带征、双环征; ③囊壁呈弧形或壳样钙化等。本例为蒙古族患者, 长期生活于牧区, 既往有肝包虫病, 实验室检查提示梗阻性黄疸及嗜酸性粒细胞明显增多, 影像学表现为肝内混杂信号肿块, 囊壁弧形钙化, 内见多发大小不等囊状长T2信号, 且病变与肝总管及右肝管相通, 与肝门区胆管分界不清, 肝内外胆管扩张, 提示肝包虫囊肿合并胆道瘘。对于单纯性肝包虫囊肿可行根治性病灶切除术; 合并胆道瘘时需行胆囊切除、胆总管探查、T管引流及根治性病灶切除术。术前影像学检查明确病灶与胆管的关系有助于正确选择术式, 减少术后胆漏发生。