

VII 段病灶坏死形成肝脓肿,累及膈肌导致胆汁胸膜瘘,可能与长期肝胆疾病史导致胆道损伤、多种医源性操作及脓肿引流管时间较长而增加瘘发生概率有关。本例提示,对存在长期胆管损伤史患者应谨慎选择 D-TACE;如 D-TACE 后出现发热,即使

引流液及血液培养均未见明显细菌生长,仍应予充分重视,应密切监测,必要时预防性使用抗生素;D-TACE 后发生肝脓肿、尤其膈下脓肿者出现刺激性干咳时,应警惕胆汁胸膜瘘可能,明确诊断后尽早行胸腔镜下膈肌修补术或介入封堵瘘口。

## Pancreatic head hemangiomatosis in young child: Case report

### 幼儿胰头血管瘤病 1 例

马运婷,赵新湘,郑 月

(昆明医科大学第二附属医院放射科,云南 昆明 650000)

[Keywords] pancreas; head of pancreas; angiomas; child; diagnostic imaging

[关键词] 胰腺; 胰头; 血管瘤病; 儿童; 诊断影像

DOI:10.13929/j.issn.1672-8475.2022.06.016

[中图分类号] R735.9; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1672-8475(2022)06-0382-01

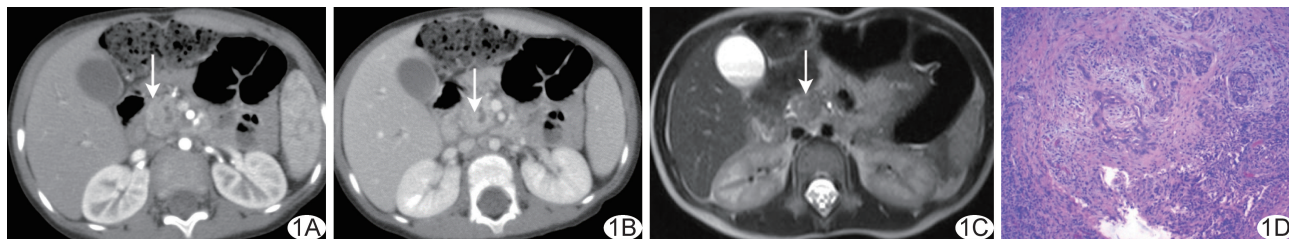


图 1 胰头血管瘤病 A. 腹部增强动脉期轴位 CT; B. 增强门静脉期轴位 CT; C. 轴位 T2WI; D. 病理图(HE, ×40) (箭示胰头部病灶)

男性患儿,2 岁 9 个月,发现全身皮肤、巩膜黄染 16 天,无畏寒、发热,无皮疹、瘙痒,无烦躁不安、意识障碍。查体:全身皮肤、黏膜黄染明显。实验室检查:谷丙转氨酶 122 U/L,谷草转氨酶 116 U/L,碱性磷酸酶 1 003 U/L, $\gamma$  谷氨酸转氨酶 868 U/L,总胆红素 336.4  $\mu$ mol/L,直接胆红素 251.5  $\mu$ mol/L,间接胆红素 84.9  $\mu$ mol/L。腹部 CT:胰头处见大小为 1.8 cm×1.5 cm×2.1 cm 稍低密度影,边界不清,CT 值约 48.6 HU,增强后动脉期病变明显强化(图 1A),CT 值约 124.8 HU,门静脉期(图 1B)、平衡期持续强化;十二指肠乳头部增厚,局部与胰头病变分界不清;CT 诊断:胰头神经内分泌肿瘤可能。腹部 MRI:胰头病变呈 T1WI 低信号、T2WI 等信号(图 1C)、弥散加权成像( $b=700$  s/mm<sup>2</sup>)低信号,十二指肠乳头部 T1WI 呈低信号,胆总管及主胰管于胰头部狭窄,远端胆总管及主胰管轻度扩张,胰头周围见数枚增大淋巴结;MRI 诊断:胰头占位性病变,神经内分泌肿瘤可能。行根治性胰十二指肠切除术,术中见胰头 4.5 cm×3.0 cm×2.0 cm 灰白色病变,质软,边界模糊。术后病理:光镜下胰头、胆总管下段及十二指肠乳头肌层内

见大量弥漫、结节状生长的毛细血管(图 1D);免疫组织化学:CD31(+),CD34(+),D2-40(+),Ki-67(3%+)。病理诊断:胰头血管瘤病,累及胆总管下段及十二指肠乳头部。术后 9 个月复查,患儿恢复良好,无复发。

**讨论** 血管瘤病又称弥漫性血管瘤(diffuse hemangioma, DH),为罕见良性血管源性疾病,好发于颜面部及四肢,女性多见,内脏 DH 极少见,多见于肝脏、肺、脑、肠及乳腺;其典型影像学表现为肿块内见脂肪成分和迂曲的血管;病理学上常见弥漫增生的血管及脂肪成分,免疫组织化学 CD31、CD34 阳性。本例男性患儿胰头 DH 病灶 CT 呈稍低密度影,增强后各期均明显强化,与富含毛细血管有关;MRI 呈 T1WI 低信号、T2WI 等信号,弥散不受限。鉴别诊断:①神经内分泌肿瘤,病灶局限,弥散常受限,增强后动脉期、门静脉期明显强化,后期减退;②壶腹癌,肿瘤标记物升高,可见典型的占位性病变及胆胰管扩张,弥散受限,增强后持续性低强化;③肿块型胰腺炎,常有胰腺炎病史,CT 可见钙化。手术切除为治疗 DH 的主要方法,但术后易复发。