

- mesenteric artery embolism: reperfusion with AngioJet hydrodynamic suction thrombectomy and pharmacologic thrombolysis with the EKOS catheter[J]. *Vascular*, 2012, 20:166-169.
- [16] 董和平,魏立平,张 勇. 急性肠系膜上动脉血栓形成介入溶栓治疗 3 例[J]. *中国普通外科杂志*, 2003, 12:232-233.
- [17] Raupach J, Lojik M, Chovanec V, et al. Endovascular management of acute embolic occlusion of the superior mesenteric artery: a 12-year single-centre experience[J]. *Cardiovasc Intervent Radiol*, 2016, 39:195-203.
- [18] 邓梨平,张宏文,邓小军,等. 房颤导致肠系膜上动脉栓塞的综合介入治疗的应用价值[J]. *世界华人消化杂志*, 2011, 19:3177-3181.
- [19] 朱明洋,郑翼德. 急性肠系膜上动脉栓塞诊断与治疗的进展[J]. *中国血管外科杂志(电子版)*, 2020, 12:77-80.
- (收稿日期:2021-07-13)  
(本文编辑:边 倩)

## •病例报告 Case report•

### 肝多发腺瘤 1 例诊疗分析

黄志龙, 田庆华, 周 碧, 张开华, 王建波, 吴春根, 杨 凯

【关键词】 肝细胞腺瘤; 影像诊断; 介入治疗

中图分类号:R735 文献标志码:D 文章编号:1008-794X(2021)-12-1233-03

#### The diagnosis and treatment of multiple hepatic adenomas: report of one case with literature review

HUANG Zhilong, TIAN Qinghua, ZHOU Bi, ZHANG Kaihua, WANG Jianbo, WU Chungen, YANG Kai.  
Department of Radiology, Shanghai Jiao Tong University Affiliated Sixth People's Hospital, Shanghai 201306, China

Corresponding author: YANG Kai, E-mail: 98211yangkai@163.com (J Intervent Radiol, 2021, 30: 1233-1235)

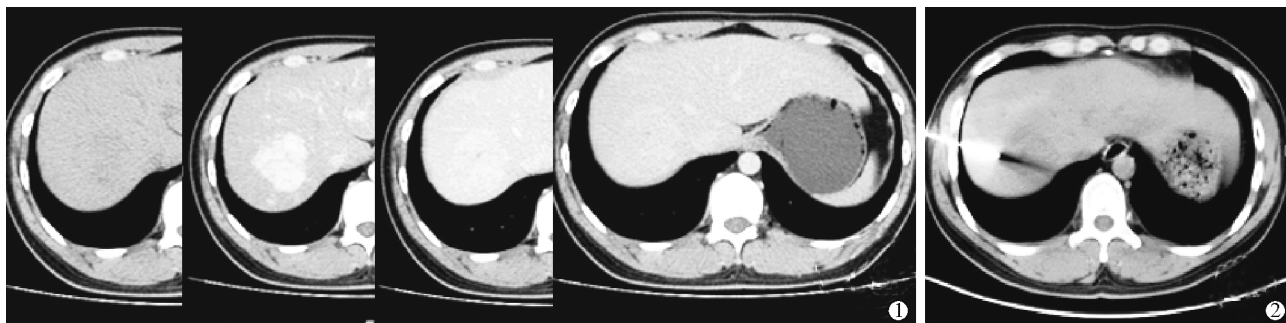
【Key words】 hepatocellular adenoma; imaging diagnosis; interventional therapy

肝细胞腺瘤(hepatocellular adenoma, HCA)是少见的良性肿瘤,以单发为主,偶尔也可见多发,临床表现无特异性,相关报道较少,容易误诊为其他肝脏肿瘤,多在体检或诊治其他疾病中偶尔发现。随着近年来口服避孕药的广泛应用及CT、MRI等检查技术发展,使得该病的确诊率提升,发病率已由0.1/10万上升到1/10万,目前主要处理方式是随访或外科手术切除。现报道1例肝多发腺瘤患者的临床特点、影像诊断、治疗情况。

#### 1 临床资料

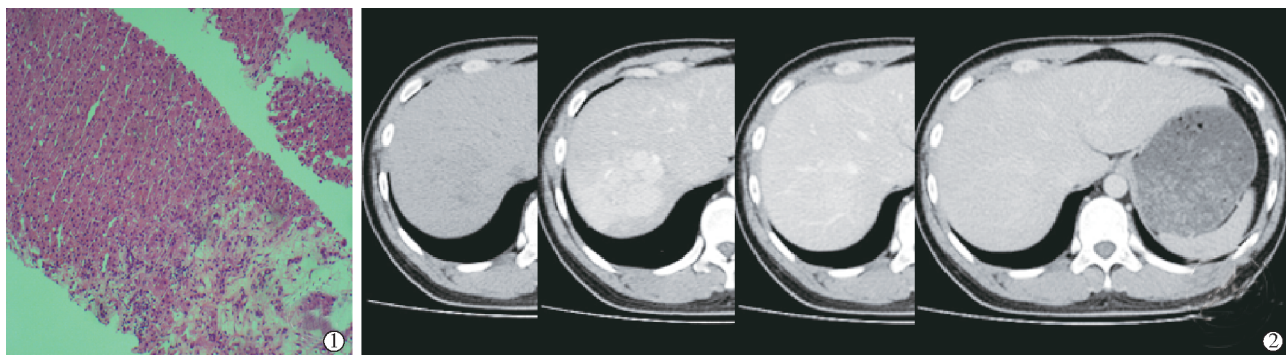
患者,男,24岁。以“半月前右上腹胀痛不适,1h前突发右上腹剧烈疼痛”为主诉前来就诊,追问病史,2018年体检发现肝占位,后定期随访,大小变化不大。2020年1月4日于行上腹部CT增强检查(图1)示:肝内多发病灶,大者位于肝右叶近膈顶,直径约53mm,呈早期明显强化,病灶中央区低密度影未强化,考虑多发腺瘤可能。2020年4月7日行肝

占位病灶穿刺活检术,术后病理(图2)示肝组织伴纤维组织增生,汇管区及纤维组织内见淋巴细胞及少量中性粒细胞浸润,结合临床,考虑肝细胞腺瘤可能大。免疫组化结果:AFP(-),Hep-1(+),Ki67(1%+),CK19(-),CD34(血管+),LCA(淋巴细胞+),P53(-),CD10(-),CK18(-)。术后无不适。2020年4月15日突发右上腹剧烈疼痛,呈持续性,服用止痛药无缓解,再次行增强CT检查(图3)示肝脏多发病灶,肝右叶近膈顶病灶大小为74mm×50mm,较前有所增大,考虑穿刺后病灶周围肝实质损伤并异常灌注可能,收治入院。入院查体:腹部未见明显隆起;触诊腹部无压痛、反跳痛,未触及明显肿块,肝区无叩击痛,移动性浊音阴性,肠鸣音正常。实验室检查:丙氨酸转氨酶158U/L,天冬氨酸转氨酶145U/L,病毒血检测阴性,AFP3.04ng/mL,CA-125、CA19-9、CEA均正常。于2020年4月21日行经皮肝动脉栓塞术(图3),术后保肝、止痛、止吐,营养支持等治疗后,2020年4月24日出院。2020年6月6日术后复诊(图4),肝右叶介入术后改变,碘油沉



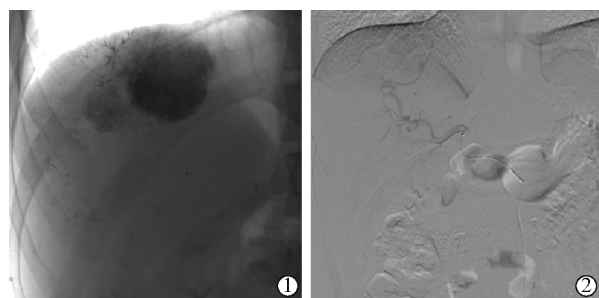
①肝内多发病灶,大者位于肝右叶近膈顶,直径约 53 mm,平扫 CT 值约 48 Hu,增强 CT 值约 106 Hu、105 Hu、87 Hu,呈早期明显强化,病灶中央区低密度影未强化,考虑多发腺瘤可能;②肝右叶近膈顶病灶穿刺活检术

图 1 2020 年 1 月 4 日肝区 CT 平扫图像



①病理:肝组织伴纤维组织增生,汇管区及纤维组织内见淋巴细胞及少量中性粒细胞浸润,结合临床,考虑肝细胞腺瘤可能大(HE×100);②CT 示肝脏多发病灶,肝右叶近膈顶病灶为 74 mm×50 mm,较前有所增大,考虑穿刺后病灶周围肝实质损伤并异常灌注可能

图 2 肝组织病理表现和 2020 年 4 月 7 日 CT 表现



①术前造影见明显肿瘤染色性病灶,未见明显动静脉分流,插管分支血管缓缓注入碘化油与 100  $\mu$ mPVA 悬乳剂 6 mL;②术毕造影示肿瘤染色大部分消失

图 3 经皮肝动脉栓塞术

积,病灶较前明显缩小。

## 2 讨论

目前 HCA 确切病因尚不清楚,可能与口服避孕药相关,该病也可发生于应用雌性类固醇激素治疗、长期使用抗惊厥药卡马西平、糖原累积症、性激素紊乱患者。也有学者提出脂肪肝变可能是肝细胞腺瘤的潜在病因<sup>[1]</sup>。其病灶以单发为主,多发病例多见于肝腺瘤病或者糖原累积症。HCA 主要由层状或索状肝细胞和少量 Kupffer 细胞组成,不含胆管,细胞大而淡染<sup>[2]</sup>。镜下表现为富含糖原或充满脂滴的肝细胞排列成片或索条状,不形成腺泡结构,少数病例有轻度细胞异型



图 4 2020 年 6 月 6 日 CT 复查,两个病灶见碘油明显沉积,所见大病灶似见病灶残留,可考虑二次栓塞

及核分裂像。

HCA CT 平扫多呈密度均匀、等或低密度灶,边界欠清,当病灶较大,邻近肝实质被病灶压迫,周围纤维组织增生形成假包膜,但平扫显示欠佳,合并出血坏死时可见密度不均。在增强 CT 检查时由于血管丰富,动脉期可明显均匀性强化,出血坏死区无强化,门脉期和延迟期呈等或略低密度。MRI 平扫对脂性成分显示更佳,在 T1WI 可见病灶周围明显环形低信号,具有一定的特征性,增强 MRI 强化特点与 CT

相仿<sup>[3-4]</sup>。穿刺有助于明确病灶性质,但是术前穿刺假阴性率高,故不作为常规检查。

其主要与以下疾病鉴别:①肝细胞癌,特别是低度恶性肝癌,肝癌多有慢性乙型肝炎、肝硬化病史,肝功能异常,AFP多升高,增强扫描多为不均匀性快进快出性强化。②肝内局灶性结节样增生,多无明显的包膜,典型的FNH把握粗大的间隔及中心瘢痕形成诊断难度不大,但是当FNH较小,缺乏特异性表现时,鉴别存在一定的困难。③富含血供肝转移瘤,结合患者原发病灶,同时借助MRI可诊断。

文献报道,约25%HCA出血,9%HCA可发展为肝癌<sup>[5-6]</sup>,故一经发现即积极给予手术治疗,HCA多为外科手术切除,术后复发少见<sup>[7-8]</sup>。Sinkler等<sup>[9]</sup>报道,腺瘤的独特表现与肝脏血管关系密切,故有些患者不适合手术切除。此时可选用动脉栓塞治疗,多灶性腺瘤也常被栓塞,经皮肝动脉栓塞术多用在肝脏恶性肿瘤,可解决肿瘤出血并减少肿瘤体积,同时降低了外科治疗所带来的风险<sup>[10-11]</sup>。有研究者应用三丙烯醛明胶微球栓塞肝动脉治疗肝细胞腺瘤,成功率100%,随访10~40个月,所有病灶未见生长,而且多数病灶已经退变<sup>[12]</sup>。利用动脉栓塞术治疗HCA可以使病灶充分缩小,也为进一步手术切除提供了便利<sup>[13]</sup>。通过肝动脉栓塞治疗HCA可在保留肝脏功能的基础上,同时达到防止恶变、消除破裂出血,以及消除患者的思想负担、提高生活质量的目的<sup>[14-15]</sup>。

#### [参考文献]

- [1] 张 齐,杨 野. 肝细胞腺瘤 9 例诊疗分析[J]. 中国医科大学学报, 2018, 47:730-734.
- [2] 汪禾青,饶圣祥,曾蒙苏. 肝腺瘤病理亚型与 MRI 诊断的研究进展[J]. 中华放射学杂志, 2016, 50:714-717.
- [3] 王 佳,王鑫坤,叶慧义. 肝细胞腺瘤的 CT 和 MRI 影像诊断[J]. 中华全科医师杂志, 2012, 11:645-647.
- [4] 杨秋霞,张 嵘,吴 静,等. 肝细胞腺瘤的影像学表现与组织病理学的相关性[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2013, 11:48-52.
- [5] Margolskee E, Bao F, de Gonzalez AK, et al. Hepatocellular adenoma classification: a comparative evaluation of immunohistochemistry and targeted mutational analysis[J]. Diagn Pathol, 2016, 11: 27.
- [6] Belghiti J, Cauchy F, Paradis V, et al. Diagnosis and management of solid benign liver lesions[J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2014, 11: 737-749.
- [7] 郭 辉,关连越. 肝腺瘤 10 例分析[J]. 中国实验诊断学, 2019, 23:1830-1831.
- [8] 安松林,王黎明,荣维淇,等. 肝细胞腺瘤的临床诊治及文献复习[J]. 肝胆胰外科杂志, 2013, 25:448-451.
- [9] Sinkler MA, Bosley M. Massive hepatic adenoma response to bland embolization: a case study[J]. Radiol Case Rep, 2019, 14: 48-51.
- [10] Karkar AM, Tang LH, Kashikar ND, et al. Management of hepatocellular adenoma: comparison of resection, embolization and observation[J]. HPB(Oxford), 2013, 15: 235-243.
- [11] 辜 斌,魏小英,况圣佳,等. 急诊肝动脉栓塞治疗肝癌破裂出血[J]. 放射学实践, 2006, 21:726-728.
- [12] Deodhar A, Brody LA, Covey AM, et al. Bland embolization in the treatment of hepatic adenomas: preliminary experience[J]. J Vasc Interv Radiol, 2011, 22: 795-799.
- [13] van Rosmalen BV, Klompenhouwer AJ, de Graeff JJ, et al. Safety and efficacy of transarterial embolization of hepatocellular adenomas[J]. Br J Surg, 2019, 106: 1362-1371.
- [14] 贾蓉蓉,霍荣瑞,葛德湘,等. 经动脉栓塞术治疗肝细胞腺瘤的系统评价[J]. 中国癌症防治杂志, 2018, 10:371-376.
- [15] Klompenhouwer AJ, de Man RA, Thomeer MG, et al. Management and outcome of hepatocellular adenoma with massive bleeding at presentation[J]. World J Gastroenterol, 2017, 23: 4579-4586.

(收稿日期:2020-09-04)

(本文编辑:俞瑞纲)