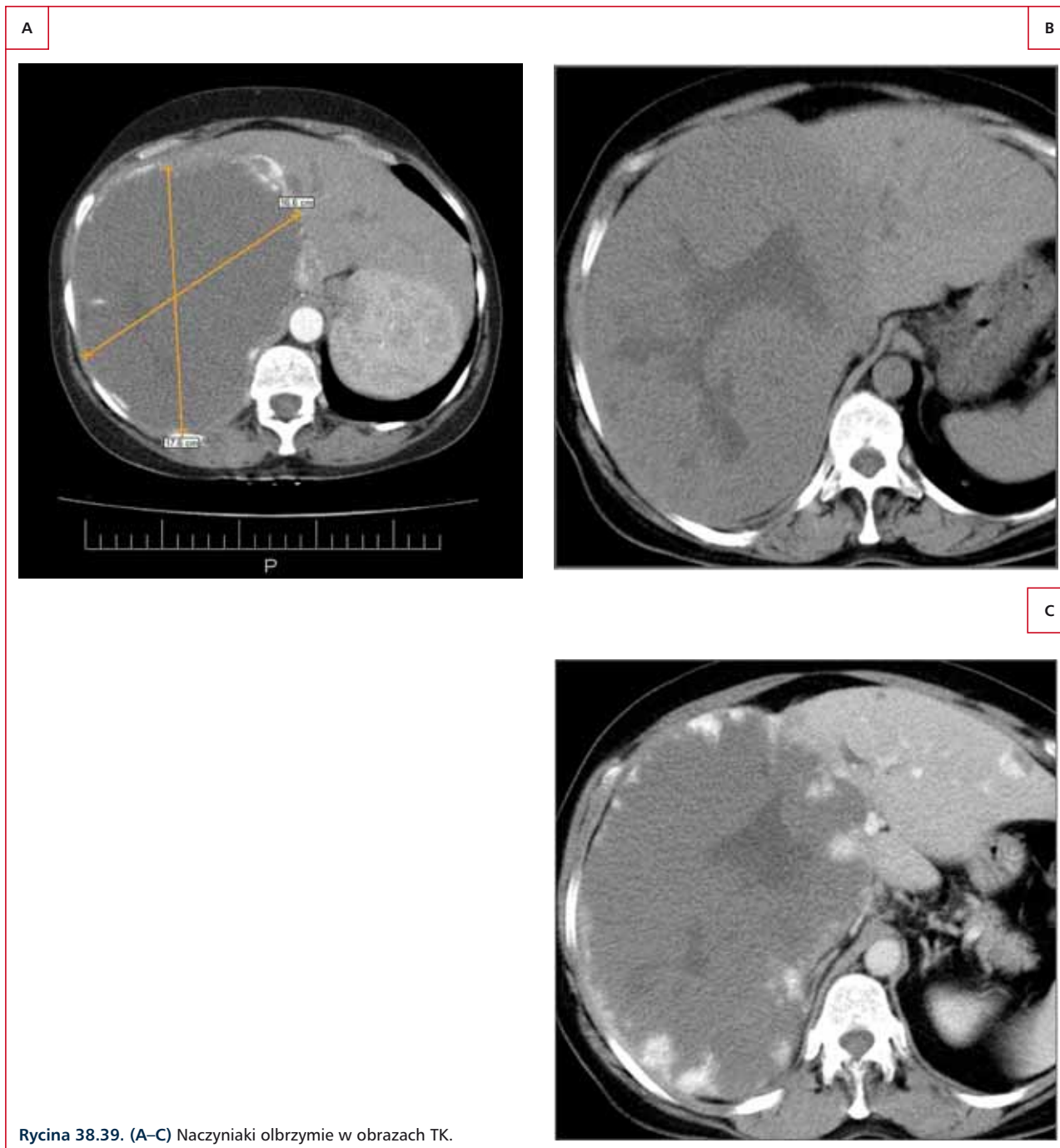


przepływu w badaniu dopplerowskim. Do potwierdzenia rozpoznania naczyniaka zazwyczaj konieczne jest wykonanie badania trójfazowej tomografii komputerowej (TK), która pozwala zaobserwować charakterystyczny sposób

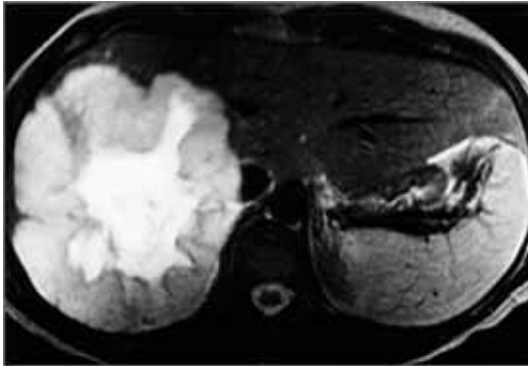
wypełniania się guza krwią z kontrastem (typowo od obwodu zmiany ku jej środkowi).

W przypadku wątpliwości diagnostycznych można wykonać obrazowanie wątroby metodą rezonansu magnetycz-



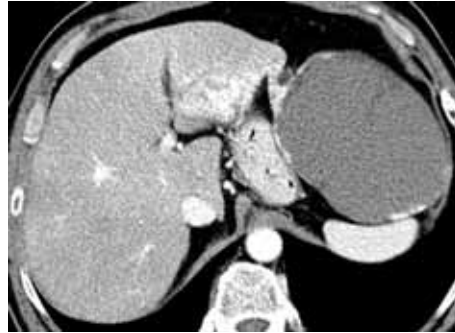
Rycina 38.39. (A–C) Naczyniaki olbrzymie w obrazach TK.

38.40



Rycina 38.40. Naczyniak w obrazie MRI.

38.41



Rycina 38.41. Uszypułotwany naczyniak lewego płata wątroby w obrazie TK.

nego (MRI): w obrazach T2-zależnych naczyniaki są silnie hiperintensywne (ryc. 38.40). Bardzo rzadko wykonuje się scyntyografię z użyciem krwinek znakowanych technetem-99m. Z zasady nie powinno się wykonywać biopsji tego typu zmian – technika nie jest wprawdzie niebezpieczna, ale mało użyteczna.

Leczenie: naczyniaki zwykle nie wymagają leczenia. Jeśli stwierdza się szybkie powiększanie się zmiany lub pojawienie się nieobecnym wcześniej objawów, w przypadkach wątpliwości diagnostycznych podejmuje się leczenie zabiegowe. U chorych, u których resekcja wątroby jest technicznie niemożliwa lub przeciwwskazana, w celu zmniejszenia naczyniaka i zniesienia „efektu masy” można wykonać zabieg małoinwazyjny radiologii interwencyjnej – embolizację tętniczą. W innych przypadkach wskazane jest leczenie chirurgiczne – resekcja wątroby i usunięcie naczyniaka w całości, na granicy tkanek zdrowych. W przypadku korzystnej lokalizacji guza (ryc. 38.41) wskazane jest wykonanie operacji metodą laparoskopową.

Monitorowanie: u chorych niezakwalifikowanych do operacji wskazana jest regularna obserwacja naczyniaków (np. wykonywanie USG co 12 miesięcy).

Ogniskowy rozrost guzkowy (FNH – focal nodular hyperplasia)

Epidemiologia: FNH to drugi co do częstości występowania łagodny guz wątroby (1% populacji). Stwierdzany jest 6–8-krotnie częściej u kobiet, zwykle między 20. a 50. rokiem życia. Najczęściej (77%) zmiana jest pojedyncza. Większość zmian (85%) jest mniejsza niż 5 cm (średnio 3 cm) średnicy. Zmiany poddane działaniu wysokich

stężeń hormonów płciowych (ciąża, doustna antykoncepcja) mogą się powiększać.

FNH składa się z prawidłowych hepatocytów i mikroskopowo przypomina mięszk wątroby; zasadniczą różnicą jest zlokalizowana w centralnej części guza blizna łącznotkankowa, od której promieniście rozchodzą się przegrody łącznotkankowe, dzielące obszar guza. Blizna centralna i wymienione przegrody zawierają naczynia tętnicze.

FNH należy do zmian bogato unaczynionych, dobrze ograniczonych i nieotorebkowanych. Najbardziej rozpowszechniona jest naczyniowa koncepcja powstawania FNH: udowodniono zwiększoną aktywność angiogenezy w ogniskowym rozroście guzkowym, a naczynie w bliźnie centralnej może być związane z malformacją tętniczo-żylną i w drodze zwiększonego przepływu tętniczego wpływać na lokalny rozrost hepatocytów. Genetycy wykazali, że w rozwoju FNH zachodzi poliklonalny proces regeneracyjny.

Obraz kliniczny: zmiany FNH są najczęściej bezobjawowe. Rzadko obserwuje się pęknięcia lub krwawienia z guza do jamy otrzewnej lub do guza. W przypadkach zmian uszypułotwanych zdarza się skręt szypuły powodujący ból.

Rozpoznanie: zmiany są wykrywane przypadkowo w badaniach obrazowych wykonywanych z innych wskazań. W badaniu USG blizna centralna jest widoczna w 20–30% przypadków, natomiast USG doppler pozwala w 80% uwidocznić położoną w bliźnie centralnej tętnicę z rozchodzącymi się promieniście naczyniami w przegrodach łącznotkankowych – obraz tzw. koła ze szprychami lub przekrojonej pomarańczy.

FNH rozpoznaje się na podstawie obrazu trójfazowej TK – cechą charakterystyczną jest przepływ krwi z kontra-