

· 病例报告 ·

新生儿巨大肝左叶间叶性错构瘤 1 例并文献回顾

莫佳语¹ 王志茹¹ 盛庆丰¹ 洪文超² 龚小慧² 王雪莉³ 吕志宝¹¹上海交通大学医学院附属儿童医院 上海市儿童医院普外科, 上海 200062; ²上海交通大学医学院附属儿童医院 上海市儿童医院新生儿科, 上海 200062; ³上海交通大学医学院附属儿童医院 上海市儿童医院病理科, 上海 200062

通信作者: 吕志宝 Email: lvzhibao@sohu.com



全文二维码

A case of neonatal giant left interstitial hamartoma of the left liver lobe with literature review

Mo Jiayu¹, Wang Zhiru¹, Sheng Qingfeng¹, Hong Wenchao², Gong Xiaohui², Wang Xueli³, Lyu Zhibao¹

Department of General Surgery, Department of Neonatology, Department of Pathology, Shanghai Children's Hospital, School of Medicine, Shanghai Jiao Tong University, No. 355, Luding Road, Shanghai 200062, P. R. China

Corresponding author: Lyu Zhibao, Email: lvzhibao@sohu.com

【摘要】 肝间叶性错构瘤是一种肝脏良性肿瘤,多见于 2 岁以下儿童,好发于肝右叶,通常无特征性症状及体征,较易误诊。本文总结了 1 例于上海市儿童医院就诊的少见的新生儿肝左叶巨大错构瘤病例临床资料,并结合国内外文献,总结该疾病的临床表现及治疗经验。

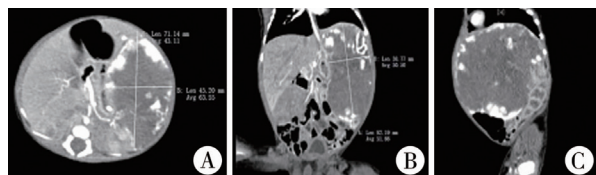
【关键词】 肝间叶性错构瘤; 新生儿; 外科手术

DOI: 10.3760/cma.j.cn101785-202301003-014

肝间叶性错构瘤(mesenchymal hamartoma of the liver, MHL)为一种肝脏良性肿瘤,多见于 2 岁以下儿童,好发于肝右叶,通常无特征性症状及体征,较易误诊。上海市儿童医院收治 1 例罕见新生儿肝左叶巨大间叶错构瘤,本文结合我院诊治经过并回顾国内外文献,以提高对本病的认识。

患儿,男,生后 13 天,因“检查发现肝脏占位 1 d”入本院新生儿科。第 5 胎第 2 产,孕 30 周顺产儿,出生过程顺利,出生体重 1 750 g,1 min Apgar 评分 9 分,生后 4 d 开始奶粉喂养,腹胀明显,CT、B 超提示:肝左叶混合性包块,大小约 62 mm × 62 mm × 58 mm(图 1、图 2),血红蛋白 102 g/L,甲胎蛋白 36 442 ng/mL(1 月龄整),凝血功能、肝功能基本正常。查体:腹部膨隆,肝右肋下 2 cm 可及,质韧,左肋下可及一不规则包块,左界至腋中线,下界平脐,右界达腹中线,质韧,活动度差。

患儿入院后,结合各项检验检查指标,经过普外科、新生儿科、放射科、血液科 MDT 讨论后考虑为肝脏血管瘤可能性

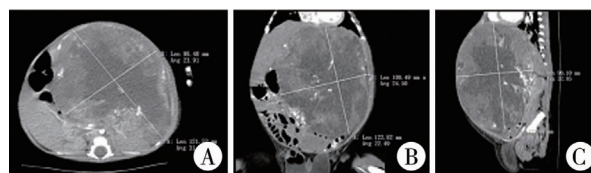


注 该图为患儿入院后第一次 CT 图像, A: 动脉期; B: 冠状位; C: 矢状位; 左上腹见不规则稍低密度肿块影, 大小约 68.5 mm × 45.5 mm × 75.5 mm, 增强后边缘不规则强化

图 1 肝间叶性错构瘤患儿入院时腹部 CT 图像

Fig. 1 Abdominal computed tomography image

of the child on admission



注 该图为患儿经内科治疗无效后术前最后一次 CT 图像, A: 动脉期; B: 冠状位; C: 矢状位; 可见肝脏左叶软组织占位较前明显增大, 118.3 mm × 98.2 mm × 129.4 mm, 病灶密度不均, 增强后不规则强化

图 2 肝间叶性错构瘤患儿术前腹部 CT 图像

Fig. 2 Preoperative abdominal computed tomography image of the child

大, 决定予以普萘洛尔口服治疗, 从 $0.5 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 分两次服用, 后每隔一日用量增加 $0.5 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$, 直至 $2 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$, 共口服 3 周, 期间定期监测甲胎蛋白, 复查 B 超、CT, 见肿瘤稍减小后又继续增大, 术前 CT 见肿瘤增至 $118.3 \text{ mm} \times 98.2 \text{ mm} \times 129.4 \text{ mm}$, 腹腔压力持续增高, 进而影响患儿凝血功能及呼吸循环功能, 出现贫血加重、食纳差等问题, 考虑患儿有手术指征, 予积极纠正患儿全身情况。术前患儿呼吸稍促, 可在未吸氧状态下维持正常氧饱和度, 心率维持在 132 ~ 145 次/分, 无药物维持下血压基本稳定, 经血制品输注纠正后血常规、凝血功能明显改善: 凝血酶原时间(prothrombin time, PT) 16.7 s(较正常延长 1.2 s), 活化部分凝血活酶时间(activated partial thromboplastin time, APTT) 69.5 s(较正常延长 7.5 s), 国际标准比值(international normalized ratio,

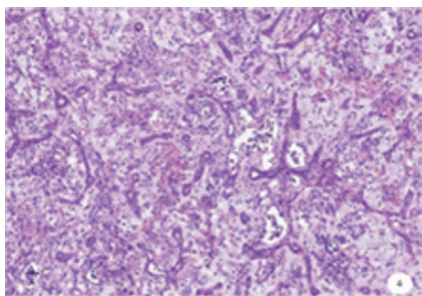
INR)1.52,纤维蛋白原 100 g/mL,纤维蛋白原轻度升高,血红蛋白(hemoglobin, HB)119 g/L,血小板正常^[1-2]。完善术前准备后,于生后 58 d 全身麻醉下行肝段切除术(肝左外叶切除术),术中完整切除肿瘤大小约 120 mm × 130 mm × 110 mm,术中肿瘤离体 30 min 后患儿突发心跳骤停,予以心肺复苏、除颤等抢救措施后,予以纱布填塞后关腹,术中共输血制品约 300 mL,离体肿瘤重约 650 g。切除肿瘤过程中,未见大量创面渗血或活动性大出血。术后患儿处于弥漫性血管内凝血,予以悬浮红细胞、血浆、血浆凝血因子、纤维蛋白原、血小板等支持治疗,待患儿好转后,于 2 d 后计划内行二次手术,术中取出填塞纱布,未见创面活动性出血。术后患儿于重症监护室监护治疗(图 3),各项指标均正常后予以出院。



图 3 肝间叶性错构瘤患儿第 2 次手术后切口照片

Fig.3 Postoperative incision photograph after second surgery in a child with MHL

病理所见:灰红、灰白肿物,约 128 mm × 127 mm,表面附有包膜,包膜完整,切面灰白灰褐灰黄、多彩状,实性质软,少部分切面可见灰褐色正常肝组织。镜下可见不同比例疏松水肿纤维结缔组织及不规则导管上皮成分,导管呈分枝状,间质可见散在小血管,伴急、慢性炎性细胞浸润,可见片状坏死。甲胎蛋白(+/-),CD34(+),CK19(+),SMA(+),Vimentin(+).符合肝间叶性错构瘤表现(图 4)。



注 可见纤维结缔组织疏松水肿,导管呈分枝状,不规则,间质可见散在小血管,伴急、慢性炎性细胞浸润,可见片状坏死

图 4 肝间叶性错构瘤病理结果图(HE 染色, ×100)

Fig.4 Pathological results of MHL (HE staining, ×100)

随访至术后 1 年,患儿生长发育正常,复查肝功能、血常规、凝血功能、肿瘤标志物基本正常,影像学检查未见肿瘤复发。患儿 1 岁时因“腹股沟斜疝”再次行手术治疗,术中腹腔镜同时探查肝脏,见剩余肝脏质地均匀,无肿瘤复发。

讨论 1903 年首次报道 MHL,1956 年,首次对 MHL 进行系统命名^[3]。肝脏间叶性肿瘤不同于成人 MHL,在儿童

中,男童发病率高于女童^[3-5]。检索国内外文献,截至 2022 年 5 月 PubMed 数据库内共检索到 9 例新生儿肝间叶错构瘤病例,其中 6 例(66.7%)为早产儿,5 例(55.6%)产前即发现腹腔占位,3 例术前甲胎蛋白升高,患儿均因出现临床症状在新生儿期接受手术治疗,其中 1 例术后病理提示肝间叶性错构瘤与血管瘤并存。6 例(66.7%)术后恢复良好,未见肿瘤复发,1 例术后出现血管瘤复发,1 例术后出现再发血管瘤,1 例死亡,详细情况见表 1^[6-14]。

部分 MHL 可通过妊娠晚期 B 超检查发现,表现为羊水过多甚至胎儿宫内死亡,新生儿期可表现为严重腹胀及呼吸窘迫。肿瘤可在一段时间内迅速增大,达到稳定后可能略缩小^[4]。查体通常可见腹部明显膨隆。本例患儿因腹胀入院,初期患儿除贫血外无临床症状,随肿瘤增大,逐渐出现凝血功能异常、贫血加重,呼吸循环异常。故针对此类患儿主要需警惕肿瘤压迫导致并发症及巨大肝间叶错构瘤对于婴幼儿(尤其是早产儿)消耗问题。

MHL 患儿通常无特异性实验室指标,术前肝酶指标及甲胎蛋白通常正常或有轻度升高^[15]。甲胎蛋白通常可作为与肝母细胞瘤鉴别参考指标,但对于实性 MHL,术前甲胎蛋白可呈不同程度升高。本例患儿术前甲胎蛋白轻度增高,术前甲胎蛋白为 36 442 ng/mL(1 月龄整),术后病理检查证实肿瘤呈实性,管考平等^[16]也曾报道 8 例 MHL 患儿术前甲胎蛋白升高,手术切除标本均以实性成分为主。Chang 等^[17]也认为甲胎蛋白是否升高与肿瘤实性成分占比有关。

MHL 好发于肝右叶^[5]。在 CT 及 MRI 上多为孤立病灶,且直径多在 10 cm 以上^[18-19]。常表现为囊实性,CT 平扫呈多分隔低密度影,边界一般较清,通常不伴有钙化,增强时动脉期可见囊壁及分隔处轻中度强化,囊性部分无强化。需要考虑和肝母细胞瘤、肝脏胚胎肉瘤、血管瘤、胆管囊腺瘤、畸胎瘤和肝包虫囊肿等鉴别^[20-21]。本例患儿术前 CT 可见瘤体直径约 13 cm,瘤体巨大,囊实性,密度不均,平扫 CT 值 9~32 HU,未见明显钙化。增强扫描后见明显不均匀强化,呈填充样强化,动脉期 CT 值 15~63 HU。影像学表现与血管瘤较难鉴别。李杨等^[21]也曾报道 2 例术前影像学高度怀疑为肝脏血管瘤,术中病理证实 MHL。故对于呈现填充样强化的肝脏肿瘤影像,需注意血管瘤与 MHL 的鉴别。结合本例诊治经验,若怀疑为血管瘤的患儿经内科治疗无效需考虑 MHL 的可能。

MHL 的最终确诊需依靠病理,大体标本多为表面光滑,包膜完整,与正常肝脏边界清晰,呈灰红色、灰白或者黄褐色;切面多为囊实性,可见囊腔分隔,囊内为黄色、淡黄色液体。HE 染色可见淋巴管、血管、梭形细胞、黏液样基质和胶原等间充质成分,明显坏死及钙化较少见^[21]。本例患儿病理检查结果与经典 MHL 稍有差异,实性成分占比较大,局部区域可见少许坏死。镜下可见肿瘤成分仍以间质成分为主,符合间叶性错构瘤表现。

手术切除是 MHL 的主要治疗方式,目前对于 MHL 的手术时

表 1 PubMe 数据库中截至 2022 年 5 月报道的新生儿肝间叶性错构瘤病例资料

Table 1 Reported cases of MHL in the PubMed Database as of May 2022

年份	作者	病例性别	临床症状	出生史	影像学检查	甲胎蛋白	肿瘤大小	位置	治疗	病理	随访
1996 年	Balmer 等 ^[6]	男	呼吸暂停	足月	囊实性肿块	正常	直径 6 cm	肝右叶	手术完整切除	肝间叶性错构瘤	良好
2018 年	Berte 等 ^[7]	女	严重腹胀、呼吸窘迫、肠梗阻	35w	多发结节低回声,肝血管完全扭曲	正常	最大肿瘤直径 9 cm	肝双叶	手术完整切除 + 药物治疗	肝间叶错构瘤 + 血管瘤	恢复良好,随访见一长径小于 1 cm 血管瘤
2003 年	Bejarano 等 ^[8]	女	产检查发现腹部肿块	36w	多囊性肿块,有分隔	升高	/	肝左叶	手术完整切除	肝间叶性错构瘤	术后出现多发血管瘤
2009 年	Cornette 等 ^[9]	女	严重腹胀、血流动力学不稳定	35w	多房囊性肿块	/	直径 16 cm	肝右叶	手术完整切除	肝间叶性错构瘤	良好
2003 年	Kamata 等 ^[10]	女	产前发现腹部肿块,严重腹胀	30w	多囊性肿块	/	直径 7 cm	肝左叶	手术完整切除	/	良好
2007 年	Hsiao 等 ^[11]	女	产前发现腹部肿块,进行性腹胀、频繁呕吐	足月	多发肝肿块	升高	直径 9 cm	肝双叶	手术完整切除	肝间叶性错构瘤	良好
2001 年	DanielA 等 ^[12]	女	腹胀、肺动脉高压、肾功能不全	足月	实性肿块	正常	直径 15 cm	肝右叶	手术完整切除	肝间叶性错构瘤	良好
2007 年	Heyer 等 ^[13]	女	产前发现肿块、反复呕吐	33w	囊性肿块,有分隔	/	直径 4.5 cm	肝双叶	手术完整切除	肝间叶性错构瘤	良好
2009 年	Wan 等 ^[14]	女	产前发现腹部肿块、心力衰竭、弥漫性血管内凝血	36w	囊性肿块,有分隔	升高	直径 12 cm	肝右叶	栓塞 + 手术完整切除	肝间叶性错构瘤	死亡

注 “/”代表未见相关数据

机尚无明确规定,结合本例及文献病例分析,MHL 虽然为良性肿瘤,但瘤体较大,对儿童尤其是新生儿,肿瘤负荷大,肿瘤消耗常导致患儿出现全身症状。Ramanujam 等^[22]曾报道 1 例恶性间质肿瘤,认为与 MHL 恶变相关,因此对于 MHL,仍建议早期手术切除。

MHL 主要手术方式为肿瘤切除或部分肝叶切除。随着精准外科的发展,相较于传统规范左半肝切除,越来越多的学者认为,精准的肝段切除不仅可以做到完整切除肿瘤,同时具有手术打击小、术后恢复佳、并发症少的优点。在术中对于肝脏门脉、静脉系统、胆管等结构进行准确辨认、处理的情况下,可以实现术中出血量较传统左半肝切除术。精准肝段切除术对术前评估、术中处理的精细程度提出更高要求^[23]。计算机、3D 等技术的加入,使得精准肝段切除术的开展具有更大的可能性^[24]。吴莹等^[25]曾报道 3 例计算机辅助手术系统下顺利完成术前模拟肝切除,并于术中精准切除肝段的病例,效果满意。针对产前发现的 MHL 患儿,若产前出现症状,胎儿时期行超声引导下经皮囊肿抽吸术可能有利于胎儿顺利娩出及产后更顺利切除肿瘤。Tsao 等^[26]曾报道 1 例 MHL 患儿因肿瘤巨大压迫脐静脉,经宫内囊肿抽吸后胎儿得以正常发育。但其安全性仍缺乏大样本数据的验证。

在本例患儿的诊治过程中,我们得出以下几点经验教训:第一,肝间叶性错构瘤术前极易误诊,尤其需与肝血管瘤相鉴别。第二,对于新生儿(尤其是早产儿),因其体重较低,各系

统发育较差,手术及麻醉打击较大,耐受差,手术风险极大。本例手术过程中即遇到术中肿瘤离体后患儿血压不稳定、心跳骤停,术后我们结合既往报道病例及患儿术前术后诊治过程对上述现象的发生原因进行讨论,考虑可能与肿瘤血供异常丰富,离体后回心血量骤减,导致血压骤降,继而心跳骤停有关。结合本例诊治经过,我们认为对于新生儿(尤其是早产儿),若全身情况良好,可尝试渡过新生儿期后尽快手术,若患儿出现心肺肾功能异常、凝血功能不佳,仍建议尽早手术,术中需对出血量及患儿生命体征变化精准评估,其中肿瘤所占血容量也是不可忽略的。第三,在儿童肝脏手术过程中,应密切关注患儿血压、心率情况,若出现血压不稳定,可先暂停操作,待血压恢复平稳后再进行操作;若出现心跳骤停,应立即采取有效心肺复苏,同时可纱布填塞止血,紧急关腹结束手术,待患儿生命体征平稳后行二次手术。我们认为在肝脏肿瘤手术中,纱布填塞仍是一种有效的止血方式。

综上,肝间叶性错构瘤术前误诊率较高,术前应结合患儿病史、查体、辅助检查仔细鉴别。手术是其主要治疗方式。新生儿患者若出现全身症状,应尽早手术;若全身情况良好,可尝试度过新生儿期后尽早手术。手术风险大,但一般预后良好。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

作者贡献声明 文献检索、论文设计、论文撰写为莫佳语,数据收集与分析为莫佳语、王志茹、洪文超 龚小慧 王雪莉,论文指导为盛庆丰、吕志宝

参 考 文 献

- [1] Andrew M, Paes B, Milner R, et al. Development of the human coagulation system in the healthy premature infant[J]. *Blood*, 1988, 72(5):1651-1657.
- [2] Levi M, Toh CH, Thachil J, et al. Guidelines for the diagnosis and management of disseminated intravascular coagulation. British Committee for Standards in Haematology[J]. *Br J Haematol*, 2009, 145(1):24-33. DOI:10.1111/j.1365-2141.2009.07600.x.
- [3] Motiwale SS, Karmarkar SJ, Oak SN, et al. Cystic mesenchymal hamartoma of the liver-a rare condition[J]. *Indian J Cancer*, 1996, 33(3):157-160.
- [4] Martins-Filho SN, Putra J. Hepatic mesenchymal hamartoma and undifferentiated embryonal sarcoma of the liver: a pathologic review[J]. *Hepat Oncol*, 2020, 7(2):HEP19. DOI:10.2217/hep-2020-0002.
- [5] Algashaamy K, Montgomery EA, Garcia-Buitrago M. Liver mesenchymal neoplasms: something old, something new[J]. *Pathology*, 2022, 54(2):225-235. DOI:10.1016/j.pathol.2021.09.022.
- [6] Balmer B, Le Couteur C, Feldges A, et al. Mesenchymal liver hamartoma in a newborn; case report[J]. *Eur J Pediatr Surg*, 1996, 6(5):303-305. DOI:10.1055/s-2008-1071003.
- [7] Berte N, Filfilan A, Mainard L, et al. Co-existing infantile hepatic hemangioma and mesenchymal hamartoma in a neonate[J]. *J Surg Case Rep*, 2018, 2018(1):rjx260. DOI:10.1093/jscr/rjx260.
- [8] Bejarano PA, Serrano MF, Casillas J, et al. Concurrent infantile hemangioendothelioma and mesenchymal hamartoma in a developmentally arrested liver of an infant requiring hepatic transplantation[J]. *Pediatr Dev Pathol*, 2003, 6(6):552-557. DOI:10.1007/s10024-003-3024-7.
- [9] Cornette J, Festen S, van den Hoonaard TL, et al. Mesenchymal hamartoma of the liver: a benign tumor with deceptive prognosis in the perinatal period. Case report and review of the literature[J]. *Fetal Diagn Ther*, 2009, 25(2):196-202. DOI:10.1159/000212057.
- [10] Kamata S, Nose K, Sawai T, et al. Fetal mesenchymal hamartoma of the liver: report of a case[J]. *J Pediatr Surg*, 2003, 38(4):639-641. DOI:10.1053/jpsu.2003.50142.
- [11] Hsiao KH, Lin LH, Chen DF, et al. Hepatic mesenchymal hamartoma combined with infantile hepatic hemangioendothelioma in an infant[J]. *J Formos Med Assoc*, 2007, 106(3 Suppl):S1-S4. DOI:10.1016/s0929-6646(09)60357-0.
- [12] Mulrooney DA, Carpenter B, Georgieff M, et al. Hepatic mesenchymal hamartoma in a neonate: a case report and review of the literature[J]. *J Pediatr Hematol Oncol*, 2001, 23(5):316-317. DOI:10.1097/00043426-200106000-00017.
- [13] Heyer C, Weikamp A, Teig N, et al. Hepatic mesenchymal hamartoma in a preterm newborn: demonstration by low-dose multidetector CT[J]. *Acta Paediatr*, 2007, 96(10):1538-1542. DOI:10.1111/j.1651-2227.2007.00368.x.
- [14] Wan P, Susman J, Kandel J, et al. Neonatal hepatic mesenchymal hamartoma causing cardiac failure and disseminated intravascular coagulopathy[J]. *Am J Perinatol*, 2009, 26(8):601-604. DOI:10.1055/s-0029-1220783.
- [15] Siddiqui MA, McKenna BJ. Hepatic mesenchymal hamartoma: a short review[J]. *Arch Pathol Lab Med*, 2006, 130(10):1567-1569. DOI:10.5858/2006-130-1567-HMHASR.
- [16] 管考平, 刘树立, 李旭, 等. 儿童肝脏巨大间叶错构瘤伴甲胎蛋白升高的诊治探讨[J]. *中华小儿外科杂志*, 2014, 35(2):97-99. DOI:10.3760/cma.j.issn.0253-3006.2014.02.005.
- [17] Chang HJ, Jin SY, Park C, et al. Mesenchymal hamartomas of the liver: comparison of clinicopathologic features between cystic and solid forms[J]. *J Korean Med Sci*, 2006, 21(1):63-68. DOI:10.3346/jkms.2006.21.1.63.
- [18] Pugmire BS, Towbin AJ. Magnetic resonance imaging of primary pediatric liver tumors[J]. *Pediatr Radiol*, 2016, 46(6):764-777. DOI:10.1007/s00247-016-3612-0.
- [19] Vasireddi AK, Leo ME, Squires JH. Magnetic resonance imaging of pediatric liver tumors[J]. *Pediatr Radiol*, 2022, 52(2):177-188. DOI:10.1007/s00247-021-05058-z.
- [20] 王海燕. 儿童肝脏未分化性胚胎肉瘤及间叶性错构瘤的影像学表现[J]. *医学影像学杂志*, 2021, 31(11):1978-1980.
- [21] Wang HY. Imaging features of undifferentiated embryonal sarcoma and mesenchymal hamartoma of the liver in children[J]. *J Med Imaging*, 2021, 31(11):1978-1980.
- [22] 李杨, 刘霞, 段崇峰, 等. 肝脏间叶性错构瘤的 CT 表现[J]. *临床放射学杂志*, 2021, 40(2):341-345. DOI:10.13437/j.cnki.jcr.2021.02.031.
- [23] Li Y, Liu X, Duan CF, et al. CT manifestations of hepatic mesenchymal hamartoma[J]. *J Clin Radiol*, 2021, 40(2):341-345. DOI:10.13437/j.cnki.jcr.2021.02.031.
- [24] Ramanujam TM, Ramesh JC, Goh DW, et al. Malignant transformation of mesenchymal hamartoma of the liver: case report and review of the literature[J]. *J Pediatr Surg*, 1999, 34(11):1684-1686. DOI:10.1016/s0022-3468(99)90644-9.
- [25] 廖文戈, 彭强, 任清华, 等. 精准肝脏外科理念在儿童肝母细胞瘤中的应用进展[J]. *临床小儿外科杂志*, 2021, 20(11):1082-1085. DOI:10.12260/lxewkzz.2021.11.016.
- [26] Liao WG, Peng Q, Ren QH, et al. Application advances of precision liver surgery for pediatric hepatoblastoma[J]. *J Clin Ped Sur*, 2021, 20(11):1082-1085. DOI:10.12260/lxewkzz.2021.11.016.
- [27] Zhao J, Zhou XJ, Zhu CZ, et al. 3D simulation assisted resection of giant hepatic mesenchymal hamartoma in children[J]. *Comput Assist Surg (Abingdon)*, 2017, 22(1):54-59. DOI:10.1080/24699322.2017.1358401.
- [28] 吴莹, 周显军, 孙兆旭, 等. 计算机辅助手术系统在小儿巨大肝间叶性错构瘤诊治中的应用[J]. *临床小儿外科杂志*, 2016, 15(4):379-382, 388. DOI:10.3969/j.issn.1671-6353.2016.04.020.
- [29] Wu Y, Zhou XJ, Sun ZX, et al. Usefulness of computer assisted surgical system for hepatic mesenchymal hamartoma in children[J]. *J Clin Ped Sur*, 2016, 15(4):379-382, 388. DOI:10.3969/j.issn.1671-6353.2016.04.020.
- [30] Tsao K, Hirose S, Sydorak R, et al. Fetal therapy for giant hepatic cysts[J]. *J Pediatr Surg*, 2002, 37(10):E31. DOI:10.1053/jpsu.2002.35444.

(收稿日期:2023-01-05)

本文引用格式:莫佳语, 王志茹, 盛庆丰, 等. 新生儿巨大肝左叶间叶性错构瘤 1 例并文献回顾[J]. *J Clin Ped Sur*, 2025, 24(1):79-82. DOI:10.3760/cma.j.cn101785-202301003-014.

Citing this article as: Mo JY, Wang ZR, Sheng QF, et al. A case of neonatal giant left interstitial hamartoma of the left liver lobe with literature review[J]. *J Clin Ped Sur*, 2025, 24(1):79-82. DOI:10.3760/cma.j.cn101785-202301003-014.