

• 病例报道 •

外生型肝细胞肝癌一例

王勇朋, 孙高峰

【关键词】 肝肿瘤; 脾脏; 体层摄影术, X 线计算机; PET

【中图分类号】 R735.7; R814.42 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2018)09-0985-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2018.09.023

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



外生型肝细胞肝癌(Pedunculated hepatocellular carcinoma, PHCC)是原发性肝癌中的少见类型,肿瘤向肝外生长,肝脏本身不累及或很少累及,影像及临床常误诊为其他部位恶性肿瘤。本文报道 1 例被误诊为脾脏恶性肿瘤的 PHCC,并结合文献复习,以提高对本病的认识,减少术前误诊。

病例资料 患者,女,54 岁,因间断左上腹痛 5 个月伴加重 20 天入院。患者 5 个月前出现无明显诱因的左上腹痛,上腹部 CT 平扫示左膈下(脾窝)区病变与脾脏等密度且无分界,与等肝密度蒂相连(图 1),被误诊为脾脏不规则增厚,当时处置不详。近 20 天腹痛

加重,入院查体:左上腹似扪及包块;实验室检查:AFP >2000 ng/mL(参考值 <20 ng/mL),余肿瘤相关抗原未见异常;乙型肝炎表面抗体阳性,数值 170.99 mIU/mL(参考值 <10 mIU/mL),乙型肝炎核心抗体数值 10.28 S/CO(参考值 <1 S/CO);肝功能各项指标正常,丙型肝炎抗体 IgG、HIV 抗原抗体均为阴性。入院时上腹部 CT 平扫+增强扫描:左侧膈下(脾窝)区可见分叶状肿块,直径约 8 cm,密度不均,增强扫描呈明显不均匀强化,相比肝实质呈“快进快出”改变,肿块内见更低密度区,肿块侵犯肝左叶、脾脏,冠状面图像显示肝左动脉分支增粗、迂曲并延伸至肿块内,并见

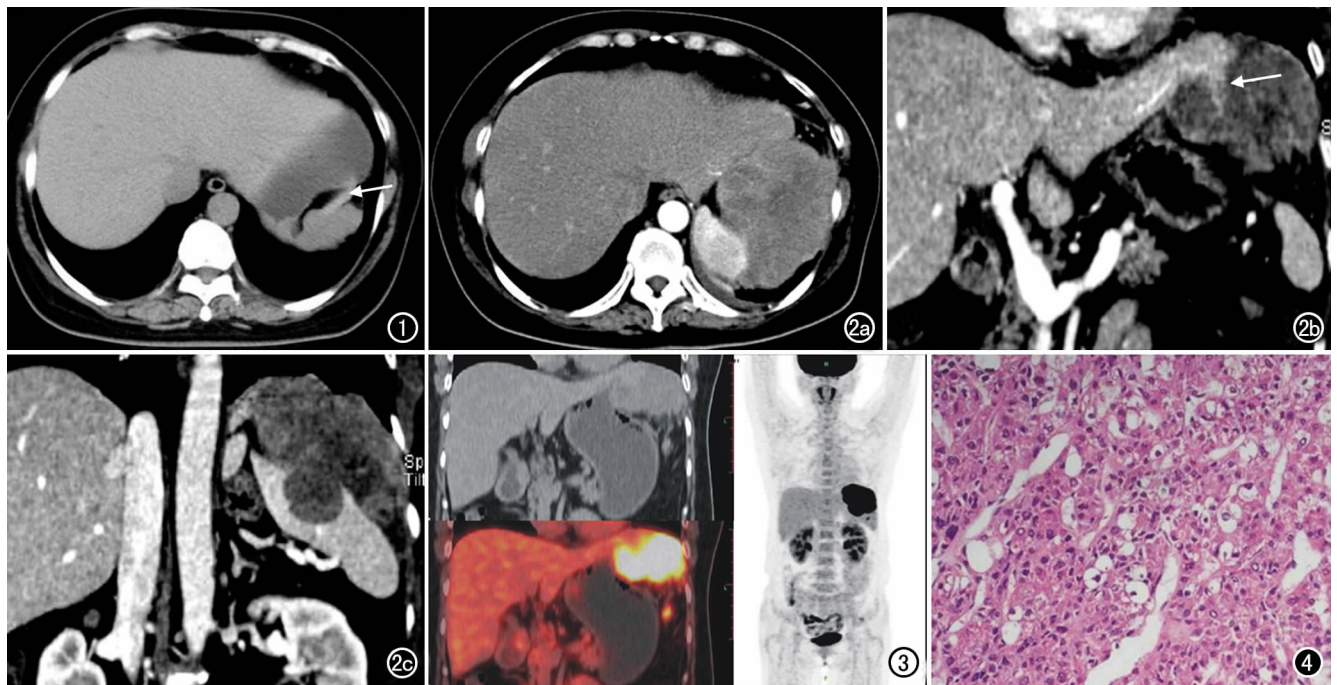


图 1 入院 5 个月前上腹部 CT 平扫横轴面图像,肿瘤被误诊为脾脏不规则,并与等肝密度蒂相连(箭)。

图 2 入院时上腹部 CT 平扫+增强扫描图像。a) 左膈下分叶状肿块较前明显增大,呈不均匀强化,相比肝实质呈“快进快出”改变; b) 肿块侵犯肝脏显示“鸟嘴征”(箭),并见增粗迂曲的供血动脉; c) 肿块侵入脾脏。

图 3 全身 ^{18}F -FDG PET/CT 图像示左膈下软组织肿块并 FDG 摄取明显增高, SUVmax 值为 15.8。

图 4 病理诊断为肝细胞肝癌,Edmonson 分级为 III 级,粗梁型($\times 200$, HE)。

作者单位:563003 贵州,遵义医学院附属医院影像科(王勇朋);200433 上海,中国人民解放军海军军医大学附属长海医院核医学科(孙高峰)

作者简介:王勇朋(1975—),男,河南开封人,硕士,副主任医师,主要从事骨关节及肿瘤影像诊断工作。

通讯作者:孙高峰, E-mail:sgf1256@163.com

“鸟嘴征”(图 2)。入院第 3 天全身¹⁸F-FDG PET/CT: 左侧膈下(脾窝)区可见密度不均肿块伴 FDG 摄取增高,最大标准化摄取(maximal standard uptake value, SUV_{max})值为 15.8,延迟 SUV_{max} 值为 15.1,与周围分界不清,侵犯肝左叶、脾脏(图 3)。术前诊断:脾脏恶性肿瘤侵犯肝左叶,不排除肝细胞肝癌(因 AFP 明显升高)。行剖腹肿物、脾脏及部分肝左叶切除术,术中见肿瘤延续于肝左叶,与脾脏粘连并侵犯脾脏,术后病理诊断:肝左叶肝细胞肝癌,Edmonso 分级Ⅲ级,粗梁型(图 4),免疫组化:AFP(+),Ki-67 50%。

讨论 PHCC 分为两型:①带蒂型。肿瘤与肝脏通过蒂相连并经蒂内血管获取营养,肿瘤与肝脏有明确的界限或一定距离,肝脏的形态不受肿瘤影响;②无蒂型。肿瘤直接连接肝脏,但肿瘤主体位于肝外^[1]。PHCC 亚洲病例报道较多,中国台湾一组 432 例肝细胞肝癌中,PHCC 18 例(4.2%),平均发病年龄为 47.8 岁,男女比例为 2:1^[2]。

PHCC 可见于腹盆腔、腹膜后,肿瘤直径常大于 5 cm,内部因出现坏死、囊变或脂肪变,密度不均,增强扫描肿块呈明显不均匀强化^[3]。带蒂型可见等肝密度蒂与肿瘤相连,蒂内常见迂曲、增粗供血动脉;无蒂型肿块常包绕、侵犯局部肝实质,局部受侵犯肝实质伸入病灶内呈鸟嘴样改变(即“鸟嘴征”)。PHCC 以肝动脉供血为主,有研究者认为显示肿瘤肝动脉供血,可为诊断 PHCC 提供强有力的依据^[4]。本例 PHCC 的 CT 表现较典型:早期病灶较小,见等肝密度蒂与病变相连,5 个月后复查肿块明显增大,直径达 8 cm,生长速度很快,内见更低密度区,增强扫描呈明显不均匀强化,相比肝实质呈“快进快出”改变,薄层冠状面图像可见肝动脉分支供血。¹⁸F-FDG PET/CT 显示肿块代谢明显升高,提示恶性,但鉴别来源作用有限,主要用于临床分期及疗效评估^[5]。

AFP 在胎儿期是一种含量丰富的血浆蛋白,主要

由胎儿肝脏、卵黄囊和胃肠道分泌,胎儿出生后,AFP 迅速下降至成人水平(低于 5 ng/mL),AFP 明显升高、进行性升高且变化较快者,对肝细胞肝癌有明确提示作用^[6]。国家卫生和计划生育委员会制订的原发性肝癌诊疗规范(2017 年版)也指出,AFP $\geq 400 \mu\text{g/L}$ 可诊断为肝癌,但要排除慢性或活动性肝炎、肝硬化、睾丸或卵巢胚胎源性肿瘤以及怀孕等病变^[5]。

综上所述,本例误诊原因有以下几个方面:①PHCC 临床少见,其特殊生长方式是误诊的主要原因,本例影像学表现提示病变主体与脾脏关系更密切;¹⁸F-FDG PET/CT 对发现肿瘤及鉴别肿瘤的良恶性优势明显,但对于鉴别 PHCC 与脾脏恶性肿瘤的作用有限;②对 PHCC 认识不足,本例的肝动脉供血、“鸟嘴征”均为 PHCC 的典型影像学表现;③对 AFP 增高的意义没有充分认识,特别是本例患者 AFP 明显升高。

参考文献:

- [1] Tzouliadis L, Hulin SJ, Shaw I, et al. Image of the month-pedunculated hepatocellular carcinoma[J]. Arch Surg, 2007, 142(1): 95-97.
- [2] Yeh CN, Lee WC, Jeng LB, et al. Pedunculated hepatocellular carcinoma: clinicopathologic study of 18 surgically resected cases[J]. World J Surg, 2002, 26(9): 1133-1138.
- [3] Norzila AB, Mpk W. Pedunculated hepatocellular carcinoma: distinguishing features from conventional hepatocellular carcinoma [J]. Eur J Int Med, 2016, 15(1): 110-113.
- [4] 夏淦林, 冯峰. 外生型肝癌的 CT 和 DSA 诊断[J]. 中国医学计算机成像杂志, 2007, 13(6): 448-452.
- [5] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 原发性肝癌诊疗规范(2017 年版) [EB/OL]. <http://www.moh.gov.cn/yzygj/s7659/201706/80abf02a86c048fcb130e5e298f7aeec.shtml>. 2017-06-02.
- [6] Yuze S, Sahin OZ, Bedir R, et al. A case report of retroperitoneal extrahepatic hepatocellular carcinoma presented with elevated level of Alpha fetoprotein[J]. Hippokratia, 2014, 18(1): 80-82.

(收稿日期:2018-03-14 修回日期:2018-04-13)