

肝脏弥漫性原发性神经内分泌肿瘤一例

王红, 贺芸芸, 刘四斌

【关键词】 肝脏肿瘤; 原发性神经内分泌肿瘤; 体层摄影术; X线计算机; 病理学

【中图分类号】 R735.7; R814.42 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2019)05-0591-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2019.05.024

开放科学(资源服务)标识码(OSID):

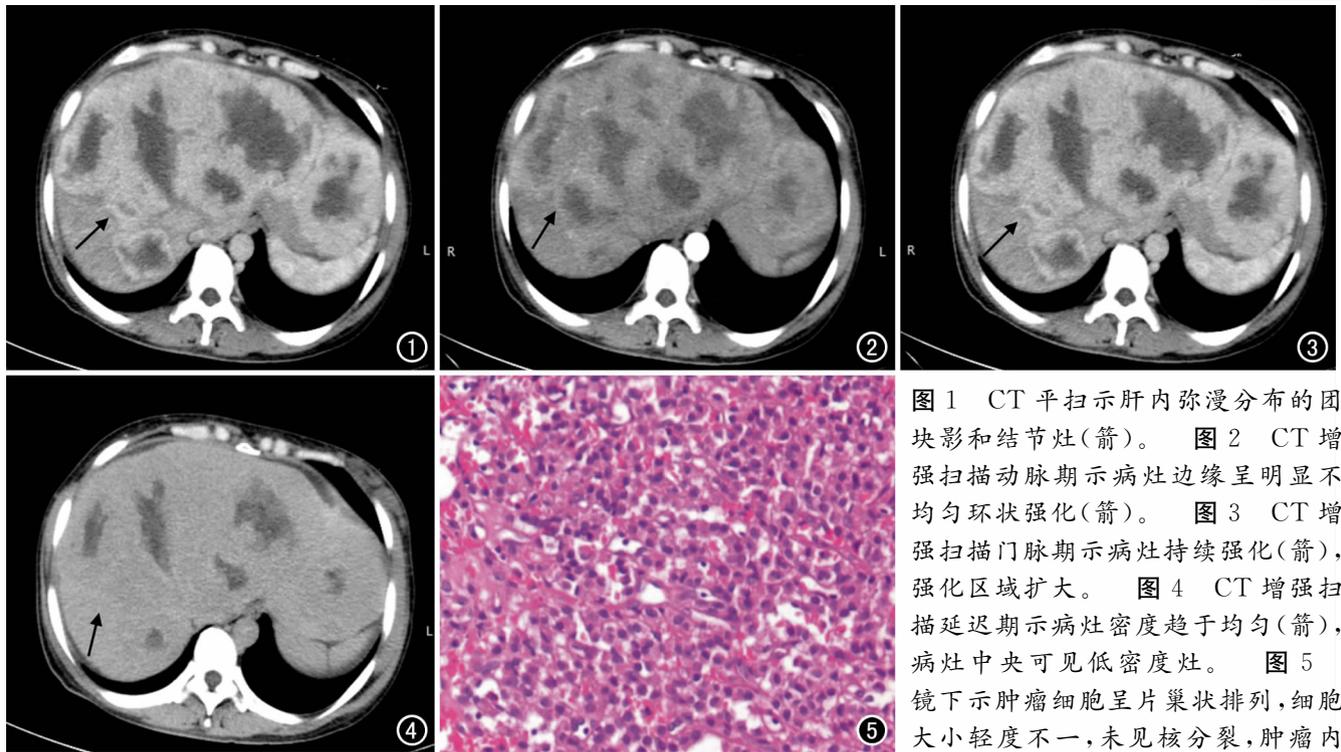


图1 CT平扫示肝内弥漫分布的团块影和结节灶(箭)。图2 CT增强扫描动脉期示病灶边缘呈明显不均匀环状强化(箭)。图3 CT增强扫描门脉期示病灶持续强化(箭), 强化区域扩大。图4 CT增强扫描延迟期示病灶密度趋于均匀(箭), 病灶中央可见低密度灶。图5 镜下示肿瘤细胞呈片巢状排列, 细胞大小轻度不一, 未见核分裂, 肿瘤内血管丰富($\times 400$, HE)。

病例资料 患者,女,40岁,发现中上腹部包块半年余,近一个月自觉包块增大,遂就诊。专科检查:触及中上腹部包块,质硬,伴压痛,位于剑突下约3 cm,肋下1 cm,质硬,压痛;脾肋下未及;Murphy征阴性,生理反射存在,病理反射未引出。肿瘤标志物:糖类抗原125(54.99 u/ml)和癌胚抗原(24.73 ng/mL)升高,余未见异常。CT检查:平扫示肝脏弥漫分布大小不等的结节状稍低密度灶,密度不均,中央呈低密度影,边界不清(图1);增强扫描动脉期示病灶边缘呈明显不均匀环状强化(图2),门脉期呈持续强化,强化区域扩大(图3),延迟期病灶密度趋于均匀,病灶大部与周围正常肝实质相比呈相对稍低或等密度,中央低密度区范围减小(图4)。肝脏穿刺病理诊断:肝脏神经内分泌肿瘤(G2期)。免疫组化:CDX2弥漫阳性,CgA阳性,NSE弱阳性,Ki-67阳性率约3%,Hepato-

cyte阴性,Glypican-3阴性(图5)。

讨论 肝脏神经内分泌肿瘤起源于肽能神经元和神经内分泌细胞^[1],发病率低,约5.25/10万^[2];原发者罕见,多继发于胰腺、胃肠道或肺组织,相关文献报道截至2013年肝脏原发性神经内分泌肿瘤不超过200例^[3]。肝脏神经内分泌肿瘤CT强化方式不一,与病灶分化程度及其成分比例有关,当病灶内纤维成分比例明显高于血窦时,门脉期及延迟期病灶仍呈持续强化,本例CT增强扫描符合该强化方式,呈明显延迟性持续性强化,推测该例纤维成分丰富;当病灶内纤维成分比例较低时,门脉期便可开始廓清^[4],易误诊为肝癌。本例病灶呈弥漫性分布,但未侵犯血管,肝门区和腹膜后淋巴结不大,这也符合肝脏原发性神经内分泌肿瘤的特征^[5],可与肝癌相鉴别。本病主要需与原发肝癌和肝转移瘤鉴别:①原发性肝癌。患者多有基础肝病和肝硬化病史,肿瘤标记物甲胎蛋白多呈阳性,增强扫描呈快进快出的强化方式^[6]。大多数原发性肝癌易侵犯血管,可合并门脉癌栓或动静脉瘘;②肝

作者单位:434020 湖北,湖北省荆州市中心医院放射科
作者简介:王红(1992-),女,湖北荆州人,硕士,住院医师,主要从事影像诊断工作。
通讯作者:刘四斌,E-mail:liusib9159@qq.com

转移瘤。患者多有原发肿瘤病史,CT平扫肝内可见多发稍低密度结节灶,增强扫描呈不规则环状强化,典型者呈牛眼征。

当影像表现符合神经内分泌肿瘤,患者无肝硬化背景,甲胎蛋白正常,并排除其他部位神经内分泌肿瘤的情况下,应高度怀疑肝脏原发性神经内分泌肿瘤可能,确诊依赖于病理和免疫学检查,Syn、CDX2、CgA和NSE均是特异性很高的神经内分泌标记物。

参考文献:

[1] Kellock T, Tuong B, Harris AC, et al. Diagnostic imaging of primary hepatic neuroendocrine tumors: a case and discussion of the

literature[J]. Case Rep Radiol, 2014, 2014:156491.

- [2] 朱雄增. 胃肠胰神经内分泌肿瘤新分类的临床意义[J]. 中华胃肠外科杂志, 2013, 16(1):12-14.
- [3] 王明月, 周悦, 董军强, 等. 肝脏原发性神经内分泌肿瘤的CT表现与病理特点[J]. 实用放射学杂志, 2014, 30(2):254-259.
- [4] 敖炜群, 吴东, 曾蒙苏, 等. 原发性肝脏神经内分泌瘤的CT和MRI诊断[J]. 放射学实践, 2013, 28(10):1032-1036.
- [5] 张京刚, 邢伟, 陈杰, 等. 原发性肝胆神经内分泌瘤的影像学表现[J]. 实用放射学杂志, 2013, 29(2):322-324.
- [6] Wang LM, An SL, Wu JX. Diagnosis and therapy of primary hepatic neuroendocrine carcinoma: clinical analysis of 10 cases[J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2014, 15(6):2541-2546.

(收稿日期:2018-09-13 修回日期:2019-02-11)

《放射学实践》(英文稿)稿约

《放射学实践》是由国家教育部主管,华中科技大学同济医学院主办,与德国合办的全国性影像学学术期刊,创刊至今已34周年。本刊坚持服务广大医学影像医务人员的办刊方向,关注国内外影像医学的新进展、新动态,全面介绍X线、CT、磁共振、介入放射及放射治疗、超声诊断、核医学、影像技术学等医学影像方面的新知识、新成果,受到广大影像医师的普遍喜爱。

本刊为国家科技部中国科技论文核心期刊、中国科学引文数据库统计源期刊,在首届《中国学术期刊(光盘版)检索与评价数据规范》执行评优活动中,被评为《CAJ—CD规范》执行优秀期刊。

2012年始本刊拟在英文专栏刊发全英文文稿。

1. 文稿应具科学性、创新性、逻辑性,并有理论和实践意义。论点鲜明,资料可靠,数据准确,结论明确,文字简练,层次清楚,打印工整。

2. 本刊实行盲法审稿,来稿附上英文稿一份,中文对照稿两份(用小4号字、1.5倍行距打印),文稿中不出现任何有关作者本人的信息。另纸打印一份中英文对照的文题、作者姓名、作者单位(应准确、规范、完整)及邮政编码。如系2个单位及以上者,则在作者姓名右上角排阿拉伯数字角码,按序将单位名称写于作者下方。并注明第一作者的性别,职称及第一作者或联系人的电话号码, E-mail地址。

3. 来稿须经作者所在单位审核并附单位推荐信。推荐信应证明内容不涉及保密、署名无争议、未一稿两投等项。

4. 论著采用叙述式摘要。关键词一般3~5个,请采用最新版的MeSH词表(医学主题词注释字顺表)中的主题词。MeSH词表中无该词时,方可用习用的自由词。使用缩略语时,应在文中首次出现处写明中、英文全称。

5. 表格采用三线表,表序按正文中出现的顺序连续编码。数据不多、栏目过繁、文字过多者均不宜列表。表内同一指标数字的有效位数应一致。

6. 线条图应另纸描绘,全图外廓以矩形为宜,高宽比例约为5:7,避免过于扁宽或狭长。照片图须清晰,像素高,层次分明,图题及图解说明清楚。

7. 参考文献必须以作者亲自阅读过的近年文献为主,并由作者对照原文核实(请作者在文章发表前提供PubMed等数据库的所含文献页面)。文献一般不少于30篇。内部刊物、未发表资料、私人通讯等勿作参考文献引用。参考文献的编号按照在正文中出现的先后顺序排列,用阿拉伯数字加方括号角注。并按引用的先后顺序排列于文末。