

原发性肝癌颅底转移误诊一例

杨文蕊, 李琰, 杨黎, 陆瑶, 张洪英

【关键词】 肝细胞肝癌; 颅底转移; 脑转移瘤; 影像表现

【中图分类号】 R445.2; R739.41 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2022)07-0910-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2022.07.021

开放科学(资源服务)标识码(OSID):

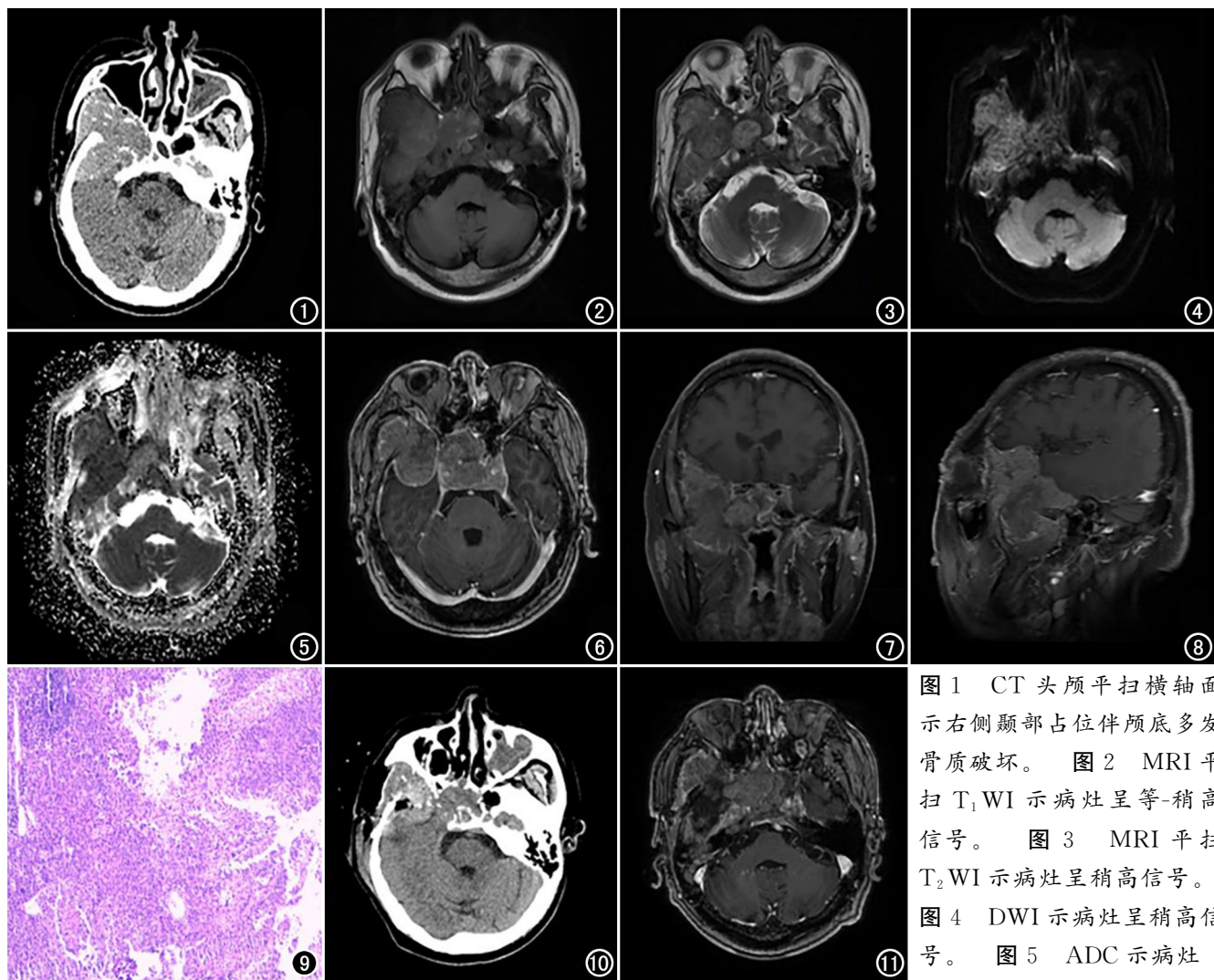


图1 CT头颅平扫横轴面示右侧颞部占位伴颅底多发骨质破坏。图2 MRI平扫T₁WI示病灶呈等-稍高信号。图3 MRI平扫T₂WI示病灶呈稍高信号。图4 DWI示病灶呈稍高信号。图5 ADC示病灶

呈稍低信号。图6 MRI增强横轴面示右侧颞部占位,侵蚀右侧颞骨及头皮下软组织,两侧海绵窦受侵,呈不均匀中度强化。图7 MRI增强冠状面图像。图8 MRI增强矢状面图像。图9 镜下见异型细胞呈巢状分布,浸润性生长,灶区见坏死(HE,×100)。图10 术后CT平扫横轴面图像示肿瘤大部分被切除。图11 术后MRI增强横轴面图像示肿瘤大部分被切除。

病例资料 患者,男,60岁,因“右侧眼睑下垂伴

作者单位:116044 辽宁,大连医科大学研究生院(杨文蕊、李琰、杨黎);225001 江苏,苏北人民医院影像科(杨文蕊、李琰、杨黎、陆瑶、张洪英);225001 江苏,扬州大学(陆瑶)

作者简介:杨文蕊(1995-),女,宁夏银川人,硕士研究生,主要从事神经影像学研究。

通讯作者:张洪英, E-mail: zhying11@aliyun.com

视物模糊1月余”收入本院。患者半年前于本院发现肝占位,于外院行进行病理诊断及介入治疗。病理检查示肝细胞肝癌。查体:血压130/84 mmHg,神志清楚,双侧额纹对称,双侧瞳孔形状正常,左瞳孔直径3 mm、光敏,右瞳孔直径4 mm、对光反射消失。右脸

下垂,左眼外展受限,右眼内收、上下视受限。头颅 CT 平扫(图 1):右侧颞部占位伴颅骨多发破坏,并侵犯颅内、右眶、蝶窦及颞下窝,右侧颞叶累及可能,两侧海绵窦软组织影。头颅 MRI 平扫+增强(图 2~8):右侧颞骨骨质破坏,见不规则软组织肿块影,呈等 T_1 稍长 T_2 信号,DWI 呈稍高信号,ADC 呈稍低信号。增强后呈轻中度不均匀强化,肿块向前侵犯眼眶外侧壁及上壁、上颌窦外侧壁,右侧眼外肌受压,向下侵犯颞下窝,向内侵犯蝶骨大翼及右侧翼突、蝶窦、蝶鞍,两侧海绵窦见轻度强化软组织影,向后侵至颅内,与右侧颞叶关系密切。

术前诊断:①骨或软骨来源恶性肿瘤伴周围组织侵犯可能(骨肉瘤或软骨肉瘤?);②右侧颞部占位伴颅骨多发骨质破坏(转移瘤?);③原发性肝癌介入治疗后;④乙型肝炎。

手术治疗:根据术前 MRI,设计右侧额颞部发际内弧形切口,长约 6 cm。切开头皮、颞肌至颅骨,蒂保留于颞部。磨钻和铣刀做右侧额颞部骨窗,大小约 $2\text{ cm} \times 3\text{ cm}$ 。蝶骨嵴、颞骨颅底面,眶外侧壁骨质破坏,肿瘤侵犯颞肌、硬膜。在硬膜外切除肿瘤,清除部分破坏颅骨。肿瘤境界不清,无包膜,质地偏软,大部分可以吸除,血供丰富。将侵犯颅内、眶内肿瘤切除,颞上窝、颞下窝、筛窦及蝶窦内肿瘤做部分切除。肿瘤侵犯范围较广泛,术中出血较多,因此未行肿瘤全切。瘤腔填塞明胶海绵及止血棉止血,硬膜悬吊,止血满意。将收缩压升至 130 mmHg,检查创面,无明显活动性出血。骨瓣复位,钛板和钛钉固定。逐层缝合头皮,关闭切口。术程顺利。术后给予止血、控制血压、预防感染、补液支持、脑保护等治疗。术后病理:镜下见异型细胞呈巢状分布,浸润性生长,灶区见坏死(图 9)。免疫组化(I20211383):异型细胞 CKpan(+),GFAP(-),EGFR(+),S100(-),AFP(灶区+),Glypican-3(+),Hepatocyte(+),Ki67(约 50%+),Arginase-1(+).(颅底)结合 HE 及免疫组化结果诊断:转移性癌,肝来源。术后复查头颅 CT 及 MRI(图 10、11)示肿瘤大部分被切除。

讨论 肝细胞肝癌是全球范围最常见的恶性肿瘤之一,尤其在东亚、东南亚及非洲地区的发病率最高^[1],可能与这些地区乙肝病毒和丙肝病毒的高感染率有关^[2],在我国以乙肝病毒感染最为常见。原发性肝癌极易侵犯门静脉分支,形成肝内播散,肝外血行转移最常见于肺(34%~70%),其次为局部淋巴结(16%~45%)、骨、肾上腺等,脑转移较为罕见(0.2%~2.2%)^[3]。国内的报道多为个案报道^[4],部分个案报道为原发性肝癌乳腺转移^[5]。肝癌脑转移可出现头痛、头晕、意识丧失、偏瘫、复视、颅内出血等症状和体征^[5]。

本例术前误诊为原发性骨肉瘤或者软骨肉瘤,三者影像学表现极为相似,如病灶呈等 T_1 WI、稍长 T_2 WI 信号,DWI 呈高信号,增强呈不均匀强化,均可表现为不规则软组织肿块伴周围骨质破坏。本例被误认为原发性骨肉瘤或者软骨肉瘤的原因是有以下符合骨源性肿瘤的特点:①骨质呈现溶骨性骨质破坏;②肿块内可见散在骨质影,并且病灶周围脑组织没有明显水肿,因此被误诊为原发性骨源性肿瘤。所以对于有肝癌肿瘤病史的老年患者,如果在短期内发现颅内占位,并且临床症状进展较为迅速的病例,应该考虑到转移瘤的可能,做到早发现、早诊断、早治疗。

参考文献:

- [1] Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics[J]. CA Cancer J Clin, 2011, 61(2): 69-90.
- [2] Chen CJ, You SL, Lin LH, et al. Cancer epidemiology and control in Taiwan: a brief review[J]. Jpn J Clin Oncol, 2002, 32: S66-S81.
- [3] Choi HJ, Cho BC, Sohn JH, et al. Brain metastases from hepatocellular carcinoma: prognostic factors and outcome: brain metastasis from HCC[J]. J Neurooncol, 2009, 91(3): 307-313.
- [4] 高胜强,陈冬冬,单云峰.原发性肝癌脑转移一例[J].肝胆胰外科杂志, 2015, 27(4): 341-342.
- [5] 孙雨美,李丹阳,张清.原发性肝癌乳腺转移误诊一例[J].放射学实践, 2020, 35(9): 135-136.
- [6] 常颜信,刘虎,刘凯,等.原发性肝癌脑转移的诊断与治疗[J].中华转移性肿瘤杂志, 2019, 2(2): 38-40.

(收稿日期:2021-04-25 修回日期:2021-12-07)