

· 病例报告 ·

肝右叶肝细胞癌误诊为畸胎瘤一例

于晓燕 李建瑞 张云萍

患者男,65岁,主因巩膜及小便黄染20 d入院,外院CT平扫示肝右叶占位。入院查体:营养中等,全身皮肤及巩膜轻度黄染,未见肝掌及蜘蛛痣;腹软,肝脾肋下未及,肝区无叩痛,移动性浊音及Murphy征(-);周身浅表淋巴结未触及肿大;既往体健,无慢性肝病史,不嗜烟酒,无输血和血制品史;实验室检查:白细胞 $6.4 \times 10^9/L$,红细胞 $3.12 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 $144 g/L$,血小板 $120 \times 10^9/L$,肝功能、乙型肝炎五项、HCV-Ab、HCV-DNA均无异常,甲胎蛋白(AFP) $<20 ng/L$ 。增强CT显示:肝右叶可见混杂密度占位,最大层面大小约 $4.03 cm \times 5.42 cm$,边界尚清,其内可见脂肪密度影,CT值 $-47 \sim 162 HU$,病灶周边亦可见点条状钙化影;动脉期及门脉期均未见明显强化(图1)。诊断:肝SⅦ、Ⅷ段占位,畸胎瘤可能性大。手术所见:切面肿物大小约 $4.0 cm \times 3.5 cm \times 4.0 cm$,边界清,包膜完整,实性,粉红淡黄相间,质软。病理诊断:肝右叶肝细胞性肝癌侵犯膈肌及胆道癌栓(图2)。术后辅以常规化疗4周后出院,出院后身体恢复良好。

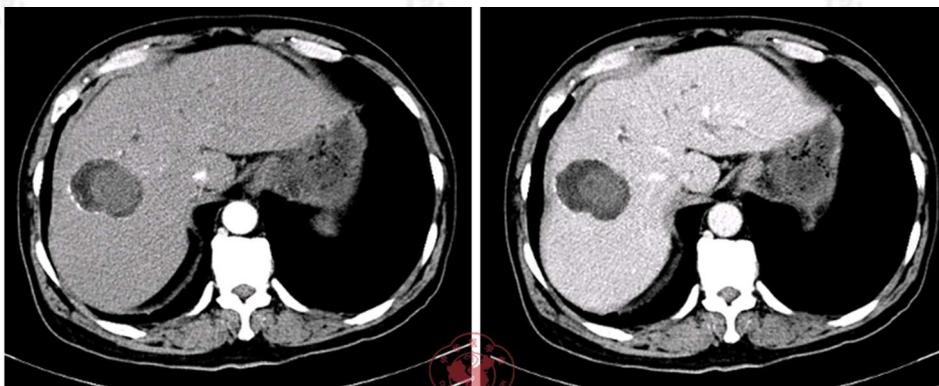


图1 病灶呈囊实性,密度不均,其内可见脂肪密度影,边缘可见钙化,动脉期及门脉期病灶均未见明显强化

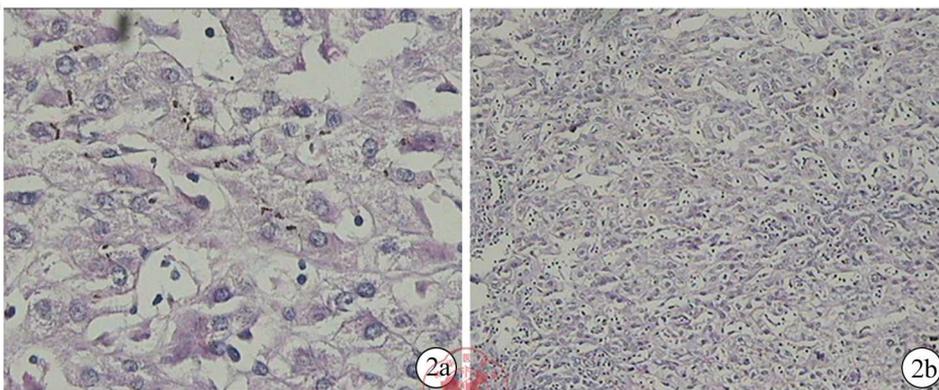


图2 肝小叶结构消失,瘤细胞排列成不规则小梁状,细胞异形性明显(2a: HE $\times 400$; 2b: HE $\times 100$)

讨论 原发性肝癌是我国常见的恶性肿瘤之一,其发展快、病死率高,病史结合影像学检查多能做出正确诊断,CT平扫多为有包膜的低密度灶,少数为高密度,可能与肿瘤内出血、钙化或肿瘤分化程度有关,伴有脂肪肝的病灶也会呈高密度。较大病灶中心常发生囊变坏死、出血或脂肪变性,故密度多不均匀^[1]。约90%以上的原发性肝癌血供丰富,具有典型的“快进快出”的CT动态增强特点,较易作出正确的诊断;另有约10%属于乏血供的肝细胞癌(HVHCC),HVHCC时动脉期病变强化不明显,门脉期及延迟期较明显低于同期正常肝实质密度^[2]。HVHCC不具备典型肝癌的CT表现,但仔细分析其影像表现,仍

特殊的影像特征:(1)病灶内部密度常不均匀,可能与坏死或少量出血有关;(2)由于乏血供,常呈轻度强化或强化不明显;(3)境界模糊,边缘欠锐利,病灶可多发或单发。肝脏畸胎瘤是肝脏罕见的良性肿瘤,为两个以上胚层来源的几种不同类型组织所构成的真性肿瘤^[3],多发生于儿童,女性多见,临床以肿瘤压迫邻近脏器所致的恶心、呕吐、便秘为主要症状,影像学表现为肝内较大的囊性或囊实混合性肿块,多突出向肝外生长,边界清晰,内含脂肪密度影和发育不全的骨骼和牙齿。本例诊断为肝畸胎瘤的依据:(1)无明显肝炎、肝硬化病史;(2)肿块外形规则,无包膜,密度欠均,并有脂肪及钙化成分;(3)增强后各期均未见明显强化。本例误诊原因为:病灶内有脂肪及钙化成分,增强后病灶无强化。

综上所述,多数原发性肝癌患者有肝炎、肝硬化病史,但少数病史不明显,病灶可无明显包膜,且密度不均,伴脂肪变性及出血、坏死、钙化;少数乏血供的原发性肝细胞癌增强扫描可无强化。对于影像表现复杂且不典型的病例,应建议行CT引导下穿刺活检确诊。

参 考 文 献

- [1] 吴恩惠. 中华影像医学肝胆脾卷. 北京:人民卫生出版社,2002:35.
- [2] Lim JH, Choi D, Kim SH, et al. Detection of hepatocellular carcinoma: value of adding delayed phase imaging to dual-phase helical CT. AJR Am J Roentgenol, 2002, 179(1): 67-73.
- [3] 肖力华. 肾上腺畸胎瘤的CT表现. 西南军医, 2008, 10(5): 34-35.

(收稿日期:2010-07-21)

(本文编辑:吴莹)

于晓燕,李建瑞,张云萍. 肝右叶肝细胞癌误诊为畸胎瘤一例[J/CD]. 中华临床医师杂志:电子版,2011,5(2):615-616.