

肝脏炎性假瘤误诊为肝胆管细胞癌1例

曹卫刚(滨州医学院烟台附属医院 普通外科, 山东 烟台 264100)

肝脏炎性假瘤(inflammatory pseudotumor of the liver, IPL)是一种少见的肝脏炎性瘤样结节为病理特征的良性占位病变, 极易误诊。本文回顾分析IPL误诊1例, 现报告如下。

1 病例资料

1.1 主诉 患者, 男性, 63岁, 因“查体发现肝脏占位3天”收入院。

1.2 现病史 3天前患者腹部超声示肝脏右后叶低回声占位, 患者无腹痛、腹胀、腹泻, 无反酸、嗝气, 无畏寒、发热, 无恶心、呕吐, 无厌油。为进一步诊治行肝脏增强CT示肝右后叶占位性病变, 肝癌(胆管细胞型)可能性大, 门诊以“原发性肝癌”收入院。患者自发病以来, 一般情况尚可, 精神、睡眠、饮食好, 大小便正常, 体重无明显变化。

1.3 入院后诊疗经过 入院后查体示体温36.0℃, 脉搏70次/分, 呼吸15次/分, 血压124/60 mm Hg。全身皮肤、巩膜无黄染, 浅表淋巴结未触及, 心、肺听诊未见异常, 腹平软, 全腹无压痛, 无反跳痛及肌紧张, 肝、脾肋下未触及, 墨菲氏征阴性, 移动性浊音阴性, 肠鸣音约4次/分, 双下肢无水肿。完善术前相关检查, 未见明显手术禁忌证, 患者及家属要求行手术治疗。术前诊断为原发性肝癌, 术中见大网膜、肠管与肝脏黏连致密, 肝脏膈面与腹膜黏连, 仔细分离黏连, 切断肝圆韧带、镰状韧带、右侧三角韧带、冠状韧带, 游离并显露第二肝门及肝裸区, 向左侧游离至下腔静脉, 翻起肝右叶就见肿瘤位于第Ⅶ段, 大小约3 cm × 4 cm, 呈奶酪样, 表面凹陷, 边界较清, 肿瘤与周围无浸润, 遂行肝部分切除术。术后病理和免疫组织化学染色检查诊断为肝脏炎性假瘤(图1), 病理标本切面为灰黄、灰红质软, 大小约6 cm × 5 cm × 3 cm肿物, 坏死明显; 肝(肝右叶)由纤维组织包绕形成多个结节, 镜下结节内全为坏死组织, 其边缘可见大量巨噬细胞和多核巨细胞反应; 周围肝组织内, 肝细胞疏松化, 门管区小胆管增生及大量慢性炎细胞浸润。最终诊断为“肝脏炎性假瘤”。患者出院后随访至今, 患者一般情况好, 未见复发。

1.4 既往史 既往体健, 否认肝炎、结核等传染病病史, 否认高血压病、冠心病、糖尿病等慢性病史, 否认手术及重大外伤史, 否认药物及食物过敏史, 预防接种史随当地,

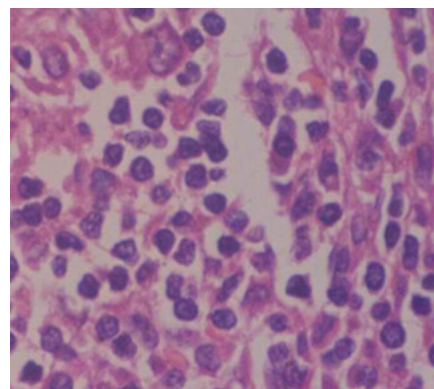


图1 术后病理组织切片(HE染色, 100×)

注: 镜下结节内全为坏死组织, 其边缘可见大量巨噬细胞和多核巨细胞反应, 周围肝组织内大量慢性炎细胞浸润

有少量饮酒、吸烟史。

1.5 辅助检查 入院后化验血、尿、便常规及生物化学、凝血指标均正常; HBV标志物均阴性, AFP 4.21 ng/L (0~13.6 ng/L), 癌胚抗原(CEA) 4.39 μg/L (0~3.4 μg/L), 糖类抗原(CA19-9) 11.75 kU/L (0~27 kU/L); 心电图、胸部X线片示未见异常; 肝脏增强CT平扫示肝右叶后上段见一不规则形大小约4.7 cm × 3.8 cm × 4.5 cm, 低密度影, 边缘清晰, 密度不均(图2A); 动脉期扫描示病变周边见轻度强化影, 随时间延长病变边缘强化稍明显(图2B); 门静脉期扫描病变呈低密度, 未见强化(图2C), 提示肝癌(胆管细胞型)可能性大。

2 讨论

1953年由Pack等首次报道IPL^[1], 是一种少见的肝脏良性增生性病变, 以肝脏局部炎性瘤样结节为主要病理特征的。该病任何年龄均可发生, 以婴幼儿和青壮年好发, 男性多于女性, 多为单发病灶, 以肝右叶居多。临床症状不典型, 少数患者表现为腹痛、发热、消瘦。查阅相关文献^[2], 该病病因及发病机制不明确, 目前主要有感染学说、免疫学说和真菌感染学说。患者多无乙型肝炎及肝硬化病史, 考虑与HBV无明确关联性, 肝功能多正常或轻微升高, AFP、CEA、CA199均正常, 预后好。临床诊断困难, 极易误诊为肝癌。本例患者无临床症状, 肝功能及肿瘤标准物均正常, 无乙型肝炎病史。查体未见阳性体征。

超声、CT、磁共振检查能够准确定位病灶, 相对于定性相对困难。典型肝脏疾病影像表现^[3,4], 超声示“太阳



图2 肝脏增强CT

注: A: 肝右叶后上段见一不规则形大小约4.7 cm × 3.8 cm × 4.5 cm低密度影, 边缘清晰, 密度不均; B: 动脉期病变周边见轻度强化影, 随时间延长病变边缘强化稍明显; C: 门静脉期扫描病变呈低密度, 未见强化(↑病灶)

球”特征的肝脂肪瘤, CT扫描表现“快进快出”的肝癌及呈“牛眼征”的肝转移瘤和MRI图像呈“灯泡征”的肝血管瘤, 但文献报道肝炎性假瘤的误诊率仍然很高。组织病理学检查是诊断疾病的“金标准”, 肝组织活检能够明确诊断, 但同时有肿瘤播散及漏诊的风险。对于肝组织活检诊断为肝炎性假瘤的患者可予以激素等治疗, 同时, 随访观察病灶进展情况, 指导进一步治疗。

手术切除为治疗肝炎性假瘤的主要治疗方法, 既明确诊断, 又切除病灶^[5]。有关文献^[6]报道IPL具有潜在的恶变能力, 故积极手术是必要的。

胆管细胞癌好发于肝左叶, CT平扫为边界欠清, 密度较低。增强扫描为边缘轻、中度强化, 延迟强化, 呈“慢进慢出”表现, 病灶边缘多呈分叶征、周围“胆管包绕征”, CA199可升高。本例患者无乙型肝炎病史, AFP正常, CEA略升高, 肝脏增强CT表现为延长强化, 与胆管细胞癌极其相似, 极易误诊。肝脏IPL发展缓慢, 症状较轻, 手术切除后预后好, 有术后复发的报道^[7], 建议定期复查。

参考文献

- [1] Pack GT, Banke RHW. Total right hepatic lobectomy report of a case[J]. Ann Surg, 1953, 138: 253-258.
- [2] 张云, 房世保, 吉晓丽. 肝脏炎性假瘤[J]. 齐鲁医学杂志, 2010, 25: 91-92.
- [3] 刘祥. 肝脏炎性假瘤的病因病理及影像学诊断[J]. 山西医药杂志, 2013, 42: 157-159.
- [4] 窦科峰, 曹大勇. 肝脏炎性假瘤的诊断与治疗[J]. 肝胆外科杂志, 2008, 16: 401-403.
- [5] 杜波, 马彦江, 李昭宇. 肝脏炎性假瘤8例临床分析[J]. 宁夏医科大学学报, 2010, 32: 415-417.
- [6] 樊嘉, 沈英皓. 肝脏炎性假瘤的特点与诊治概况[J]. 肝胆外科杂志, 2005, 4: 81-83.
- [7] 刘振平, 张翠生, 刘小方. 肝脏炎性假瘤的临床诊治分析[J]. 中国医药指南, 2010, 8: 53-55.

收稿日期: 2014-02-14

· 消息 ·

《中国肝脏病杂志(电子版)》官方微信已开通

《中国肝脏病杂志(电子版)》已开通官方微信, 成为一本集光盘、纸版、网络、手机报、微博、微信等多位一体的国家级电子期刊。用户可登陆微信平台, 查找公众号, 输入“中国肝脏病杂志电子版”或“zhongguoganzangbing”或扫描二维码(见封底)进行关注。

本刊编辑部