

◆ 个案报道

Relapse and metastasis of sarcomatoid hepatocellular carcinoma after operation within a short term: Case report

肝肉瘤样癌术后短期复发转移 1 例

于 森, 刘珊珊, 战 爽

(吉林大学第一医院放射线科, 吉林 长春 130026)

[Key words] Liver neoplasms; Sarcomatoid carcinoma; Tomography, X-ray computed; Relapse

[关键词] 肝肿瘤; 肉瘤样癌; 体层摄影术, X 线计算机; 复发

DOI: 10.13929/j.1003-3289.201703109

[中图分类号] R735.7; R814.42 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2017)11-1756-01

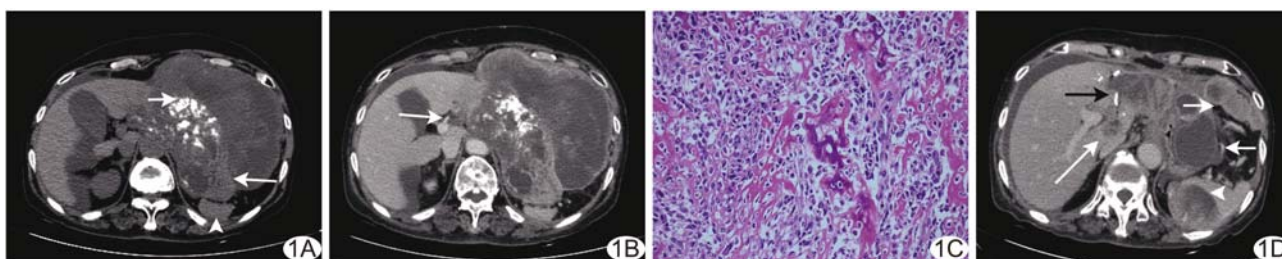


图 1 肝脏肉瘤样癌短期复发转移 A. 术前 CT 平扫, 左侧腹腔囊实性肿物, 腹腔积液, 短箭示钙化, 长箭示受压的胃, 箭头示脾脏未受累; B. 术前增强 CT, 病灶不均匀强化, 箭示门静脉左支癌栓; C. 病理图(HE, ×200); D. 术后增强 CT, 短箭示腹腔新发病灶, 长箭示肝尾叶受累, 箭头示脾受累, 黑箭示肝左叶缝合线

患者女, 68 岁, 20 天前无明显诱因出现间断性腹胀, 伴恶心, 近 2 天发现腹部隆起包块。查体: 上腹部可触及一约 4 cm×4 cm 质硬肿物。实验室检查: AFP 113.77 ng/ml, CA125 361.69 U/ml, CEA、CA199 正常。CT: 左上腹见团块状软组织密度影, 约 16.5 cm×14.1 cm×14.3 cm, CT 值约 14~37 HU, 边缘较清晰, 内见不规则囊状低密度影及斑片状钙化影(图 1A), 增强扫描囊性部分未见强化, 实性部分呈较明显斑片状强化, 病灶边缘显著, 门静脉左支见充盈缺损(图 1B), 病灶与肝左叶分界不清, 邻近胃受压向后下方移位, 胃前壁及小弯侧胃壁与病灶分界不清, 腹腔未见转移灶和肿大淋巴结。肝脾表面、大网膜区、盆腔见液体密度影。术前诊断左上腹占位性病变, 考虑肝左外叶来源恶性肿瘤。患者行剖腹探查术, 术中见肝左叶外生型肿物, 压迫邻近胃壁, 向上侵犯膈肌, 探查胆囊、小肠、结肠、胰、脾及盆腔未见明显结节, 腹主动脉周围及肠系膜未触及结节, 遂行左半肝切除术。免疫组化: CK8(灶状+),

SMA(部分+), Vim(+), CKpan(部分+), CD34、Desmin、AFP 均(-)。病理诊断: 肝肉瘤样癌(图 1C), 门静脉分支可见癌栓。术后 46 天复查 CT: 肝左叶外侧段缺如, 见缝合线影。肝尾叶、肝右叶、脾、胃壁、肠系膜区、大网膜区见广泛分布结节及肿块影(图 1D), CT 值约 8~35 HU, 病灶内见斑片状钙化影, 增强扫描见斑片状延迟强化, 边缘显著, 较大病灶见无强化坏死区, 病变与肝左叶切缘分界不清, 肠系膜区、腹主动脉旁见多发结节影, 最大径为 0.3~0.7 cm, 可见强化。腹腔内可见腹腔积液。实验室检查: CA125 183.75 U/ml, AFP 1.51 ng/ml。患者放弃进一步治疗。

讨论 肉瘤样癌形态学类似梭形细胞肉瘤, 恶性程度高, 预后极差, 常见于肺。原发于肝脏的肝肉瘤样癌罕见, 发病年龄以中老年为主。该病病因不明, 临床症状缺乏特异性, 可有腹胀、腹痛、乏力、发热等。血清 AFP、CEA、CA125 等肿瘤标志物水平多正常或轻度升高。本例患者术前 AFP、CA125 升高, 术后虽多发转移, 但仅 CA125 升高, AFP 正常。CT 平扫肿瘤密度均低于正常肝组织, 多为囊实性混杂密度包块, 由于肝肉瘤样癌分化差, 生长迅速, 导致肿瘤体积较大, 可见低密度坏死区, 呈缺血性肿瘤表现, 少数还可见钙化; 增强后动脉期可见瘤周环形或不规则斑片状强化, 坏死区强化不明显, 静脉期及平衡期仍

[第一作者] 于森(1991—), 女(满族), 吉林吉林人, 在读硕士。

E-mail: cqingxiangdai@vip.qq.com

[收稿日期] 2017-03-21 [修回日期] 2017-05-17

可见肿瘤边缘强化。目前,手术切除是首选治疗方法,化疗及放疗对肝肿瘤样癌治疗的有效性尚不明确。该病恶性程度高,侵袭性大,预后极差。本例术后 40 余天即出现腹腔多处复发及转

移,分析原因可能是肿瘤虽完整切除,切缘阴性,但术前未行 MRI 等进一步评估肝脏,术中受累膈肌未联合切除,可能存在受累组织残存或未发现的转移灶,导致术后迅速转移复发。

Littoral cell angioma of spleen: Case report

脾脏窦岸细胞血管瘤 1 例

杨千朋,刘尼军,王敏茹,宁 龙

(陕西省核工业二一五医院影像科,陕西 咸阳 712000)

[Key words] Angioma; Spleen; Tomography, X-ray computed

[关键词] 血管瘤;脾脏;体层摄影术,X 线计算机

DOI:10.13929/j.1003-3289.201702103

[中图分类号] R733.2; R814.42 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2017)11-1757-01

患者男,43 岁,以“左上腹胀痛不适 1 周”入院。腹部疼痛为慢性隐痛,向左侧腰背部放射,无发热、恶心及呕吐。查体:腹软,左上腹有压痛,无反跳痛,脾肋缘下可触及,质韧。实验室检查:血红蛋白 66 g/L,血细胞比容 19.70%,血小板 $61 \times 10^9/L$ 。上腹部 CT 示脾大,实质内见多发大小不等低密度结节灶,境界欠清,最大病灶最大径约 2.1 cm;增强后病灶由周边逐渐向中心填充强化,大部分病灶延迟期呈等密度,CT 诊断为脾脏多发血管瘤可能性大(图 1A~1D)。行腹腔镜下脾切除术,术中见脾脏色泽红润,约 $18.0 \text{ cm} \times 13.0 \text{ cm} \times 6.0 \text{ cm}$,边缘较钝,与周围组织无明显粘连,于左肋缘下切口将脾脏夹碎后取出。病理诊断:脾多发性窦岸细胞血管瘤伴淤血性脾大(图 1E)。免疫组化:CD31(+),CD34 部分(+),CD68(+),CK(-),Ki-67 低表达。

讨论 脾脏窦岸细胞血管瘤是一种较罕见的原发性脾脏血管瘤,目前认为其起源于脾脏红髓的窦岸细胞,肿瘤细胞具有内皮细胞和组织细胞的双重分化特征。发病原因不详,可能由于各种刺激因素(如慢性感染、肿瘤等)所致。可见于任何年龄,以 30~50 岁多见,多数患者无明显临床症状,部分患者出现脾大、

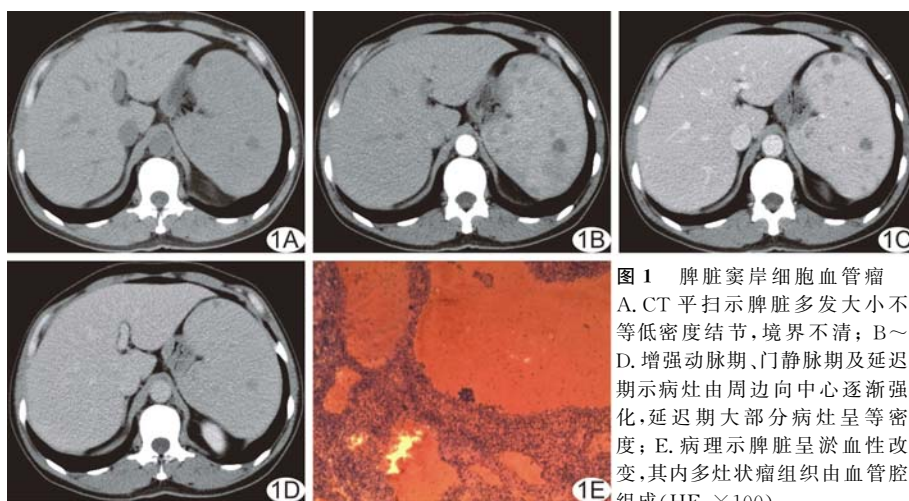


图 1 脾脏窦岸细胞血管瘤
A. CT 平扫示脾脏多发大小不等低密度结节,境界不清; B~D. 增强动脉期、门静脉期及延迟期示病灶由周边向中心逐渐强化,延迟期大部分病灶呈等密度; E. 病理示脾脏呈淤血性改变,其内多灶状瘤组织由血管腔组成(HE, $\times 100$)

血小板减少、贫血。脾脏窦岸细胞血管瘤的影像学表现分为多发结节型和单发结节型,本例为多发结节型,较多见。多发结节型脾脏窦岸细胞血管瘤的病灶大小不等,平扫边界不清,增强扫描动脉期及门静脉期病灶显示清晰,对比剂由周边向中心逐渐填充,延迟期呈等密度。本例延迟期少部分病灶仍呈低密度,可能由延迟时间不足所致。单发结节型增强扫描动脉期病灶常呈明显强化,门静脉期及延迟期病灶强化程度降低,密度趋于均匀。脾脏窦岸细胞血管瘤是一种良性肿瘤,也可具有恶性生物学行为,常合并内脏恶性肿瘤。故一经发现应尽早手术切除,同时应仔细检查和密切随访。此外,本病需与血管瘤病、淋巴管瘤病、转移性肿瘤、淋巴瘤、结节病累及脾脏,以及脾脏感染形成的微脓肿等相鉴别。

[第一作者] 杨千朋(1982—),男,山东菏泽人,本科,主治医师。

E-mail: 49943577@qq.com

[收稿日期] 2017-02-26 [修回日期] 2017-06-08