

DOI:10.3724/SP.J.1008.2009.01331

• 病例报告 •

原发性肝癌肉瘤 1 例报告

Primary hepatic carcinosarcoma: a case report

季峻松¹, 曹晓伟¹, 陈 婷¹, 施晓敏², 傅志仁²

1. 第二军医大学长征医院闸北分院肝移植科, 上海 200070

2. 第二军医大学长征医院全军器官移植研究所, 上海 200003

[关键词] 肝肿瘤; 肝癌肉瘤

[中图分类号] R 735.7

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2009)11-1331-02

1 病例资料 患者, 男性, 38岁, 因“发现肝脏占位8个月, 上腹部不适伴低热1周”, 于2008年6月10日入院。入院前8个月在外院体检时彩超意外发现“肝内占位性病变”, CT强化检查考虑“肝血管瘤”, 患者无不适感觉, 未作任何治疗。入院前1周出现持续低热, 并伴有右上腹间断性胀痛, 复查彩超、CT提示“原发性肝癌”(图1A)。入院后查体: 皮肤、巩膜无黄染, 无肝掌及蜘蛛痣, 肝脏右肋下2指, 质韧, 无明显压痛, 肝区叩痛阴性, 移动性浊音阴性; 乙肝 HBsAg、HBeAg、HbcAb 阳性; AFP 13.58 ng/ml, CEA 1.78 ng/ml, CA-199 4.29 U/ml, 肝功能正常, Child A级; MRI显示肝脏内信号欠均匀, 呈网格状改变, 肝脏右叶可见一较大异常信号影, 约9 cm×7 cm×5 cm, T₁呈略低信号, T₂呈高信号, 信号不均匀, 增强后周边部不均匀强化, 考虑原发性肝癌可能性大。于2008年6月13日全

麻下剖腹探查, 术中探查肿块约7 cm×6 cm, 灰白色, 呈膨胀性生长, 位于肝脏V、VIII段, 周边一1 cm×0.5 cm的小卫星灶, 边界尚清楚, 质硬(图1B), 肝脏其他区域呈小结节性肝硬化, 符合“原发性肝癌”。阻断第一肝门, 距肿瘤外2 cm切除, 合掌法缝合切面。术后病理: 镜检显示肿瘤组织内呈现出2种不同的细胞成分, 分区存在, 相互之间无移行, 一种为多边形瘤细胞, 胞质丰富或疏松透亮, 核圆形, 呈粗梁索排列, 梁索间血窦衬覆扁平内皮细胞, 另一种为多形性瘤细胞, 胞质嗜伊红, 核圆形或椭圆形, 核大深染, 核分裂多见, 排列较为密集(图1C); 免疫组化: CEA(-)、AFP(±)、CD117(-)、Bcl-2(-)、CK7(-)、CK19(-)、SMA(-)、S-100(-)、CD34(-)、CD99(-)、Desmin(-)、Vimentin(++), AE1/AE3(++), HMB45(-)。病理诊断: 肝细胞肝癌肉瘤样变伴坏死。

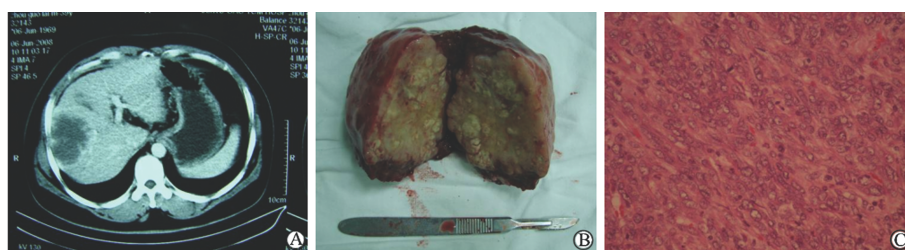


图1 原发性肝癌肉瘤 CT(A)、实体(B)及病理(C, original magnification: ×40)表现

于肿瘤切除1个月后进行预防性肝脏肿瘤介入治疗, 术中未见明显肿瘤染色灶。此后给予口服中药抗肿瘤治疗。术后3个月再次入院复查, AFP: 224.6 ng/ml, CT显示肝内巨大占位, 且伴腹壁转移瘤和双肺广泛转移瘤。再次行肝脏肿瘤介入治疗, 肝内见巨大肿瘤染色团块, 并伴有动-静脉瘘, 予奥沙利铂 150 mg、表柔比星 40 mg、氟尿苷 1 000 mg、超液态碘化油 14 ml, 明胶海绵灌注化疗及栓塞。术后半年患者死亡。

2 讨论 肝癌肉瘤的病理特征是肿瘤内同时出现癌和肉瘤两种独立的组织成分, 多见于子宫、乳腺、食管, 罕见于肝脏, 以男性多见。原发性肝癌肉瘤目前发病机制不明, 术前诊断十分困难, 误诊率极高。临床确诊仍需病理诊断。文献

报道肝癌肉瘤多被误诊为肝囊肿、肝脓肿、胆道感染、肝包虫等, 特别是肝囊肿, 约占误诊的 34.4%~50%^[1]。究其原因主要有: (1) 肿瘤多较巨大, 生长迅速, 常因肿瘤血供不足合并中心组织坏死、液化, 形成囊肿, 酷似囊肿; 而肿瘤坏死合并感染可致发热, 又难与肝脓肿鉴别; (2) 临床医生对于本病的认识不够充分; (3) 肝癌肉瘤早期大多没有临床症状, 当其发展到一定程度后才会出现右上腹闷胀、隐痛等不适, 不少患者未加以重视, 贻误了病情, 失去了治疗的最佳时期。而类似本例误诊为“肝血管瘤”者尚未见报道。结合本病例, 我们认为对于肝脏不明性质的肿块, 短期内需注意监测, 增长迅速时应尽早考虑采取以手术治疗为主的综合治疗; 医生在

[收稿日期] 2009-03-10

[接受日期] 2009-05-14

[作者简介] 季峻松, 硕士生. E-mail: jijunsong1@sina.com

临床工作中,思路要开阔、诊断要缜密,尤其与常规疾病不相符的地方要详细追查;同时要加强肿瘤知识的宣传,提高人们的保健和防范意识。

肝癌肉瘤预后很差,即使符合米兰标准的患者,也不主张行肝移植治疗原发性肝癌肉瘤^[2],目前仍以手术切除为首选治疗。但临床上该病多被误诊,且肿瘤发展迅速,手术切除率低。不能手术切除者及手术切除后的患者均可根据肿瘤的大小及患者全身状况,考虑行肝脏介入治疗、全身化疗或中医中药等治疗,但疗效均不理想。

本例患者术前8个月偶然发现,由于误诊为肝血管瘤,失去了早期手术切除的机会,虽然在勉强手术切除后,联合肝脏介入、中医中药等多种方法治疗,但肿瘤仍迅速广泛转

移,从手术至死亡仅半年。原发性肝癌肉瘤误诊为“肝血管瘤”,更加说明原发性肝癌肉瘤的表现多样化,加深了我们对该病的了解。但由于该病罕见,其诊治和预后等方面的特点尚需更多的病例总结和研究以进一步明确。

[参考文献]

[1] 李良庚,崔秀娟,田雨霖,何三光,沈魁,李江宁.原发性肝癌八例报告[J].中华外科杂志,1994,32:606-607.
[2] Garcez-Silva M H,Gonzalez A M,Moura R A,Linhares M M,Lanzoni V P,Trivino T. Carcinosarcoma of the liver:A case report[J]. Transplant Proc.2006,38:1918-1919.

[本文编辑] 魏学丽,孙岩