

Intraductal hepatocellular carcinoma: Case report

胆管内生型肝细胞癌 1 例

赵瑞琛, 高雪梅*, 陈 晨, 程敬亮

(郑州大学第一附属医院磁共振科, 河南 郑州 450052)

[Keywords] Carcinoma, hepatocellular; diagnostic imaging

[关键词] 癌, 肝细胞; 诊断显像

DOI: 10.13929/j.1672-8475.201901048

[中图分类号] R735.7; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1672-8475(2019)07-0450-01

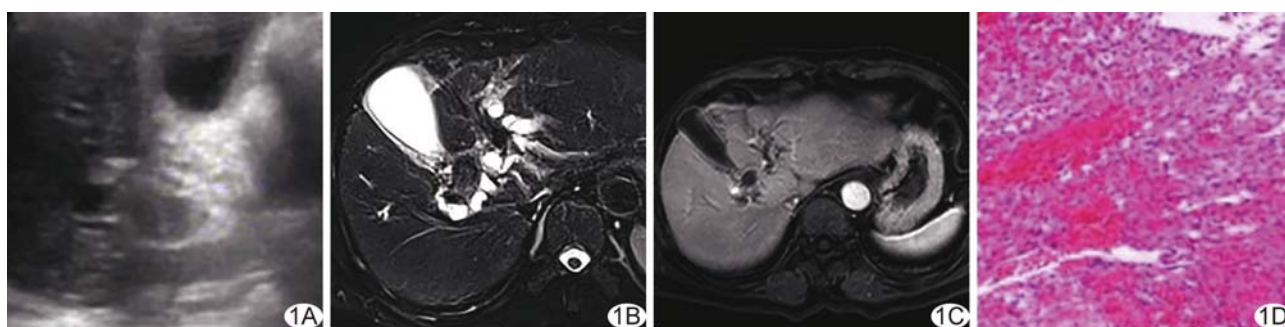


图 1 胆管内生型肝细胞癌 A. CEUS 图像; B. 轴位 MR T2WI; C. 增强 MRI 动脉期; D. 病理图(HE, ×200)

患者男, 62 岁, 无明显诱因因间歇性上腹钝痛 2 月余, 伴尿黄; 乙型肝炎病史 20 年。查体: 巩膜稍黄染, 上腹部稍压痛, 无反跳痛, 墨菲征阳性。实验室检查: 直接胆红素 25.6 U/L, 甲胎蛋白(alpha-fetoprotein, AFP) 1 544.4 U/L。腹部超声示肝外胆管内实性低回声填充(图 1A), 边界不清, 未见明显血流信号; 肝内胆管扩张, 呈“蝴蝶征”; CEUS 动脉相病灶呈不均匀稍低增强, 门静脉相及延迟相增强程度减弱。CT 平扫见肝门部胆总管上段软组织密度结节, 位于门静脉及肝动脉分叉上方, 邻近管腔狭窄; 增强后病灶呈轻中度强化, 局部与周围肝实质分界欠清。MRI 示肝脏体积稍缩小, 左右叶比例失调, 肝裂稍增宽; 肝实质呈网格样改变, 肝门部胆管上段可见稍长 T1 稍长 T2 信号(图 1B), 约 2.8 cm × 1.8 cm × 1.2 cm; DWI 病灶表现为稍高信号; MRCP 可见肝内胆管扩张, 管腔粗细不均, 于肝门部截断; 增强扫描病灶动脉期呈不均匀轻度强化(图 1C), 门静脉期及延迟期强化程度减弱。影像学诊断: 胆管癌, 癌栓阻塞胆管。行胆管切开取栓+胆囊切除术。术中于右肝管内触及肿块, 局部肝脏未触及肿块, 病灶约 3.0 cm × 1.5 cm × 0.7 cm, 切面呈灰褐色, 质软。免疫组化: Hepatocyte(+), AFP(+),

Glypican-3(+), CK19(-), CA19-9(-), Muc-1(-)。术后病理诊断: 低分化肝细胞癌(图 1D)。

讨论 胆管内生型肝细胞癌是肝细胞癌的罕见类型, 早期即可出现梗阻性黄疸, 而肝内病灶因发展缓慢尚未被检出, 极易误诊为胆管癌或胆管结石; 除黄疸外, 其常见症状包括上腹疼痛、恶心、呕吐等, 多数患者有乙型肝炎病史。本病多为单发, 在肝硬化背景下呈铸型、填充式生长于胆管内, 超声表现为实性低或稍低回声病灶, CDFI 无明显血流信号; CT 常表现为软组织密度影; MRI 表现为稍长 T1 稍长 T2 信号, DWI 呈轻度扩散受限; MRCP 可见胆管内不规则充盈缺损或突然截断, 伴梗阻上方胆管扩张。本例符合胆管内生型肝细胞癌的典型影像学表现。

本病需与以下疾病相鉴别: ①肝细胞癌合并胆管癌栓, 癌栓 MRI 呈稍长 T1 稍长 T2 信号, CT 呈软组织密度, 与胆管内生型肝细胞癌相似, 但多可检出肝实质内原发灶; ②胆管癌, 富含纤维结缔组织, 癌灶在纤维结缔组织短 T2 信号背景下呈较高信号, 增强后表现为延迟期明显强化; ③胆管结石, 边缘锐利, CT 呈高密度影, MRI 呈类圆形短 T2 信号, 增强后无强化。

[基金项目] 2017 年度河南省高等学校重点科研项目(17A320033)。

[第一作者] 赵瑞琛(1993—), 女, 河南郑州人, 在读硕士。E-mail: 2368412975@qq.com

[通信作者] 高雪梅, 郑州大学第一附属医院磁共振科, 450052。E-mail: gaosumei1964@163.com

[收稿日期] 2019-01-21 [修回日期] 2019-05-20