

中国儿童保健杂志, 2018, 26(7): 784-786.

- [7] 王昭冉, 刘戈力, 杨管岩, 等. 促性腺激素及盆腔超声在中枢性性早熟女童诊断中的价值[J]. 天津医科大学学报, 2018, 24(1): 32-35.
- [8] 曾理, 胡晶, 马继斌. 超声辅助检查在女童特发性真、假性性早熟鉴别诊断中的作用分析[J]. 中国性科学, 2014, 23(11): 44-46.

[9] 王海荣, 胡慧勇, 蒋海燕, 等. 三维超声成像用于诊断性早熟女童[J]. 中国医学影像技术, 2019, 35(6): 886-890.

[10] 王晋, 罗红, 庞厚清, 等. 儿童至青春早期子宫卵巢超声测值及超声对性早熟的诊断价值[J]. 四川大学学报(医学版), 2019, 50(4): 583-587.

(收稿日期: 2020-09-05)

· 病例报道 ·

Ultrasonic misdiagnosis of hepatic inflammatory myofibroblastic tumor: a case report

肝脏炎性肌纤维母细胞瘤超声误诊 1 例

方建强 赵维安 李 庆

[中图法分类号] R445.1

[文献标识码] B

患者女, 64岁, 因右上腹痛来我院就诊。体格检查: 一般情况可, 体温 36.3℃, 右上腹部疼痛, 墨菲征阳性, 皮肤、巩膜无黄染, 浅表未触及肿大淋巴结。实验室检查: 白细胞计数 $11.35 \times 10^9/L$, 余血常规、肿瘤指标、肝功能及凝血指标检查均正常。常规超声检查: 胆囊壁增厚约 0.5 cm, 胆囊腔内见多发团状强回声, 较大者直径约 2.0 cm, 肝左内叶近胆囊处见一 2.2 cm × 1.9 cm 混合回声结节, 边界欠清, 内部回声欠均匀, 其内未探及明显血流信号; 超声提示: 胆囊炎伴多发结石, 肝内异常回声结节, 建议行超声造影检查。增强 CT 提示: 胆囊炎, 胆囊多发结石, 胆囊底部囊壁局限性不均匀明显强化, 胆囊癌待排, 胆囊窝周围肝脏环形明显强化影, 考虑转移瘤。超声造影检查: 胆囊壁略早于肝实质呈均匀高增强, 未见明显异常灌注及消退。肝左内叶混合回声结节于动脉相 8 s 开始快速灌注, 形态不规则, 边界欠清晰高增强(图 1A), 于门脉相 25 s 开始廓清, 门脉相及延迟相均呈不均匀低增强(图 1B); 超声造影提示: 肝左内叶混合回声结节, LI-RADS M 类, 考虑胆管细胞性肝癌。后行肝脏穿刺活检, 病理结果: 肝脏梭形细胞病变(图 2)。免疫组化: ALK(-), CD34(-), CD68(+), PanCK(-), ERG(-), SMA(+), 提示肝脏炎性肌纤维母细胞瘤

(IMT)。因病灶紧邻胆囊, 遂行胆囊+肝病灶切除术, 术后病理提示胆囊壁炎症改变, 未见肿瘤组织。半年后超声检查未见复发。

讨论: IMT 是一种交界性间叶性肿瘤, 常被诊断为炎性假瘤、浆细胞肉芽肿等, 该病常发生于肺脏, 也可发生于肺外组织, 如头颈部、纵隔、腹部脏器等, 发生于肝脏者较为罕见。本例患者常规超声显示肝左内叶近胆囊处结节形态不规则, 边界欠清, 内部回声不均匀, 部分为等回声, 部分为低回声, 彩色多普勒于病灶内未探及明显血流信号, 超声造影表现为动脉相形态不规则、边界欠清晰的高增强, 门脉相及延迟相均呈低增强的恶性肿瘤“快进快退”特征, 故误诊为胆管细胞性肝癌。分析误诊原因: ①肝脏 IMT 罕见, 临床医师对其认识不足; ②患者伴有胆囊炎及结石, 部分临床表现与肝脏 IMT 相似; ③超声造影表现为恶性肿瘤的“快进快出”灌注特征。肝脏 IMT 因缺乏特异性的临床及超声特征易误诊为恶性肿瘤, 但其与肝脏恶性肿瘤的治疗方式截然不同, 大部分肝脏 IMT 患者经激素或抗感染治疗后肿块可缩小或消失, 故可选择保守治疗观察随访。临床准确诊断肝脏 IMT 十分重要, 当超声造影表现为“快进快出”的恶性肿瘤增强模式时, 并不能完全排除该病, 最终确诊仍依靠病理检查。

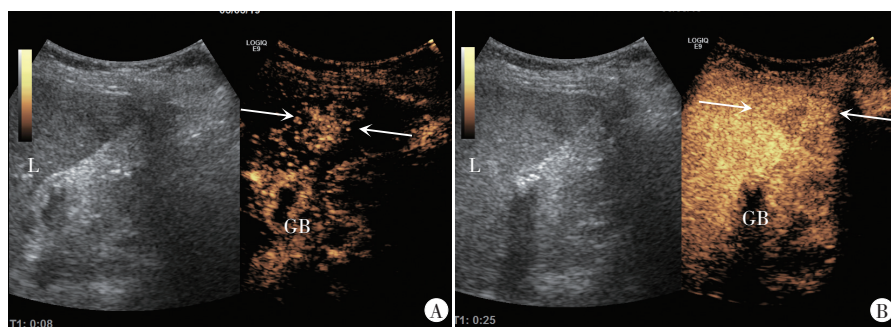


图 1 肝左内叶 S4 段结节超声图像(L: 肝脏; GB: 胆囊)
A: 超声造影示结节于动脉相 8 s 开始快速灌注, 形态不规则, 边界欠清晰高增强(箭头示); B: 超声造影示结节于门脉相 25 s 开始廓清, 门脉相及延迟相均呈不均匀低增强(箭头示)

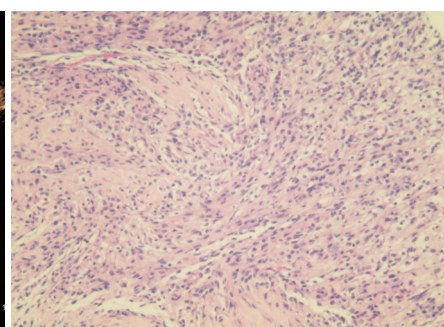


图 2 病理图示肝组织内见梭形细胞增生(HE 染色, ×100)

(收稿日期: 2020-03-30)