

· 病例报道 ·

Ultrasonic misdiagnosis of primary unknown cardiac metastatic hepatocellular carcinoma: a case report

超声误诊原发灶不明的心脏转移性肝细胞癌 1 例

唐慧 唐晶 吴静 顾鹏

[中图分类号]R540.45

[文献标识码]B

患者女, 55 岁, 因胸前区不适伴乏力 5 d 来我院就诊。体格检查: 律齐, 胸骨左缘第四肋间可闻及 II 级舒张期隆隆样杂音, 未扪及震颤。超声心动图检查: 右房增大, 内可见一大小约 7.7 cm×5.0 cm 团状稍高回声, 形态不规则, 呈分叶状, 似可见一蒂与右房外侧壁(近房室环处)相连, 随心动周期呈往返运动, 并于舒张期稍突向右室(图 1A)。下腔静脉肝段内径增宽, 约 2.5 cm, 下腔静脉汇入右房处(膈肌平面及偏下)管腔内可见实性团状低回声(图 1B), 与右房内实性团块相连, 突入长度约 1.4 cm。超声心动图提示: 右房肿瘤(黏液瘤?)突入下腔静脉。胸部+全腹增强 CT 检查: 右心可见一大小约 7.1 cm×4.6 cm 软组织密度肿块影, 边界清楚, 增强后轻度强化(图 1C); 左、右肺动脉可见充盈缺损影; 余未见异常。CT 提示: 右心占位, 考虑黏液瘤可能; 左、右肺动脉充盈缺损, 考虑肺栓塞。术中见: 右房肿瘤大小约 7.0 cm×5.0 cm, 肿瘤部分质韧, 表面大量絮状物漂浮, 肿瘤多处附着(右房前下壁、下腔静脉近端前壁及左侧壁); 左肺动脉上下叶动脉分叉处较多, 肿瘤组织脱落导致栓塞, 右肺动脉近端未见明显栓塞。术后病理诊断: “右房”恶性肿瘤; 免疫组化检查(图 1D): CK(+), HCK(-), LCK(+), Heppar1(+), Ki-67(约 90%+)。病理及免疫组化检查提示“右房”查见癌, 考虑肝细胞癌转移。患者术后多次行腹部超声及增强 CT 检查均未见肝脏占位性病灶。

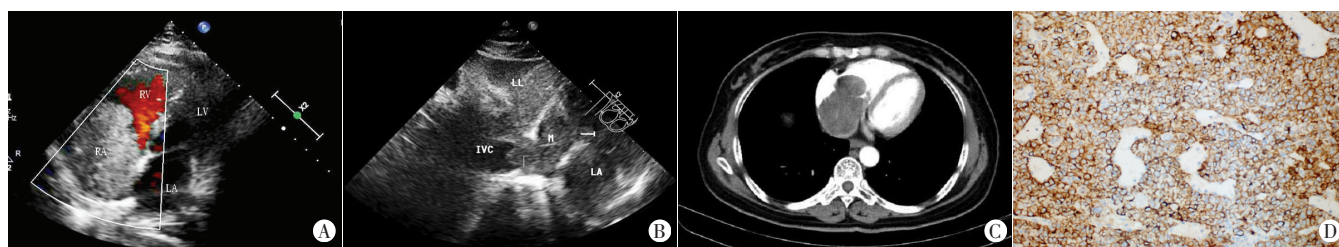
讨论: 肝细胞癌远处转移较为常见, 但转移灶很少作为其首发症状。原发灶不明肿瘤最常见的首发部位依次为肺、胰

腺、肝脏或胆管, 目前对原发灶不明肿瘤的研究多为恶性黑色素瘤, 肝癌报道较少。研究^[1]表明, 肝细胞癌的心房转移率为 2.7%~4.1%, 多数心脏转移瘤是肝内肝癌的直接转移或邻近侵犯, 孤立性心脏转移少见, 而原发灶不明的心脏转移性肝细胞癌更罕见。右房内肿瘤大多是转移性肿瘤, 但在原发灶不明的情况下, 超声和 CT 定性均较困难, 故当发现右房内占位病变时, 首先应寻找原发灶, 并行相应的肿瘤标志物检测。本例误诊为右房黏液瘤, 分析原因可能为患者否认肝炎病史, 且术前常规超声心动图及 CT 均未发现肝脏占位, 未检测甲胎蛋白, 仅肝炎病毒结果为阳性。术后 1 周和 1 个月检测甲胎蛋白分别为 1009.8 μg/L、1434.4 μg/L。

无原发灶的转移性肝细胞癌需与肝样腺瘤或异位肝的肝细胞癌相鉴别, 其中肝样腺瘤多发生于胃肠道。本例患者多次行多部位超声及胸、腹增强 CT 检查均未发现其他异常病灶, 可以排除肝样腺瘤或异位肝的肝细胞癌可能。由于恶性肿瘤心脏转移可导致心脏骤停, 尽早确诊尤为重要, 超声可以长期动态随访, 有利于临床制定治疗方案。

参考文献

- [1] Kawakami M, Koda M, Mandai M, et al. Isolated metastases of hepatocellular carcinoma in the right atrium: case report and review of the literature[J]. *Oncol Lett*, 2013, 5(5): 1505-1508.



A: 超声心动图于心尖四腔心切面见右房内见一稍高团状回声, 形态不规则, 呈分叶状(RV: 右室; RA: 右房; LV: 左室; LA: 左房); B: 超声心动图显示下腔静脉汇入右房处管腔内可见实性团状低回声(IVC: 下腔静脉; LL: 肝左叶; M: 肿块; LA: 左房); C: 增强 CT 图; D: 免疫组化图(×200)

图 1 转移性肝细胞癌影像学检查图和免疫组化图

(收稿日期: 2020-05-30)