

· 病例报道 ·

Ultrasonic manifestations of hepatic mucinous adenocarcinoma: a case report

肝脏黏液腺癌超声表现 1 例

王艺洁 夏要友

[中图法分类号]R445.1

[文献标识码]B

患者女,43岁,因1个月前无明显诱因出现皮肤、巩膜黄染,间断性右上腹胀痛就诊。自诉既往体健,无特殊病史,饮食较差,伴恶心、呕吐,大便正常,小便色深,体质量2个月内下降8 kg。实验室检查:丙氨酸氨基转移酶 188 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶 373 U/L,总胆红素 159.2 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素 139.6 $\mu\text{mol/L}$,间接胆红素 19.6 $\mu\text{mol/L}$,糖类抗原 125 47.53 kU/L,癌胚抗原 46.57 ng/ml,糖类抗原 242 102.24 kU/L,均不同程度升高。超声检查:肝脏体积增大,包膜平整,实质回声弥漫性稍增粗;肝内胆管广泛性稍扩张,内径最宽约 0.4 cm;肝实质内沿胆管走行探及多个条带状强回声,其后伴声影(图1),肝左叶见斑片状强回声聚集成团,范围约 6.7 cm×4.3 cm,内部回声不均,边界不清,形态不规则(图2)。左颈部探及多个肿大淋巴结,最大者约 6.2 cm×3.4 cm,形态规则,部分淋巴结相互融合,其内可探及斑片状多发不规则强回声(图3)。超声提示:①肝脏体积增大并弥漫性病变,考虑淤胆肝声像;②肝内胆管结石并轻度扩张声像;③肝左叶不均质包块,恶性可能;④左侧颈部实性包块并内部多发钙化,考虑肿大淋巴结(转移病灶)。肝左叶病变及左颈部肿大淋巴结均行超声引导下穿刺活检,病理提示:两处取材均为黏液腺癌(图4);免疫组化检查:Glypican-3(-),CK19(+),CK7(-),CEA(+),CK20(+),Ki-67(50%),P53(+),Villin(+),Hepa(-),CD34(-)。临床诊断:肝脏黏液腺癌并左颈部淋巴结转移。

讨论:黏液腺癌是发生于腺上皮且能分泌黏液的恶性肿瘤,多见于胃肠道、乳腺、卵巢、肺。肝脏黏液腺癌来源于肝内

胆管上皮细胞,是胆管细胞性肝癌的少见病理类型,超声对其报道较少。本例患者肝脏病变较为弥散,主要表现为肝内胆管扩张及沿胆管分布的多个条带状强回声,其中肝左叶斑片状强回声较为集中,呈边界不清、形态不规则、内部回声不均的局灶性包块。结合穿刺病理显示黏液不同程度聚集,考虑为肝脏黏液腺癌细胞大量分泌的黏液成为非均质性液体形成密集的小界面,导致超声波明显散射形成斑片状强回声;而肝左叶病变导致局部胆管密集扩张,黏液持续进入各级胆管后声像图表现为沿肝内胆管分布的条带状强回声。研究^[1]报道1例肝脏黏液腺癌超声表现为肝内较大实质不均质低回声包块,伴肝内外胆管扩张,本例超声表现与其明显不同,原因可能是该病例病灶内黏液较少且并未广泛进入肝内胆管。胆囊黏液腺癌也可因肝内外胆管堵塞而扩张导致积液,并可引流出黏液性胆汁,胆囊壁不规则增厚,胆囊表现类似胆囊腺肌增生症^[2],超声检查较易鉴别。但肝脏黏液腺癌临床较少见,肿瘤标记物升高也无特异性,超声表现因病例具体情况而异,尚难总结其声像图特征,与其他肝脏恶性肿瘤鉴别诊断较困难,超声引导下穿刺活检能为其定性诊断提供可靠依据。

参考文献

- [1] 张国全,张玲云,路文峰.肝脏黏液腺癌超声造影1例[J].中国超声医学杂志,2015,31(5):477.
- [2] 刘家秒,胡志前,周海洋,等.胆囊黏液腺癌引起阻塞性黄疸3例诊治体会[J].肝胆胰外科杂志,2010,22(3):256-257.

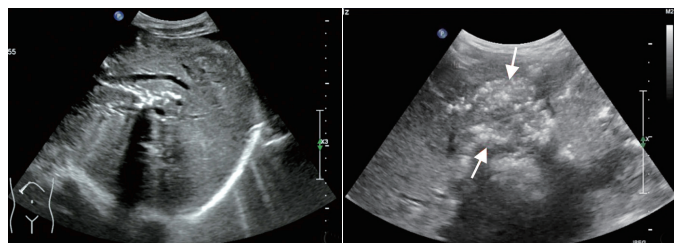


图1 超声示肝内多个条带状强回声沿胆管分布

图2 超声示肝左叶强回声聚集成团(箭头示)

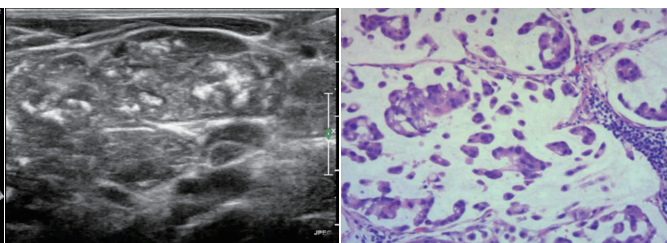


图3 超声示左颈部异常淋巴结

图4 病理示左颈部淋巴结病理组织可见典型“黏液湖”(HE染色,×100)

(收稿日期: 2022-03-03)