

外生型肝癌三例

刘传方 詹迎江

外生型肝癌是指肿块主要向肝外生长,仅以蒂与肝脏相连,而肿块本身几乎不累及肝脏实质。外生型肝癌是肝癌的一种特殊类型,极为罕见,在国内尚未见报道。现将我们 2 例经手术病理证实及 1 例 DSA 证实的外生型肝癌的 CT 及动脉造影表现报告如下。

病例资料

例 1 男性,53 岁。腹部不适 3 个月。查体:腹平软,无压疼、反跳痛,肝肋下 1cm,脾未及。实验室检查:HBsAg(+),AFP(-)。GPT、GOT、ALP 及血胆红素均正常。B 超:腹腔内淋巴结肿大。肝后后腹膜腔内占位病变。CT:右肝后叶后方可见一约 3cm 直径肿块,仅有一个层面与肝脏相连。增强扫描,肿块增强。较难鉴别肿块来源于后腹膜腔或肝脏。腹腔动脉造影:右肝动脉分支紊乱,可见大量细小不规则的肿瘤血管。肿瘤染色明显。针吸活检证实肝细胞癌的诊断。

例 2 女性,64 岁。餐后上腹饱胀感 6 个月。自觉左上腹部肿块 1 周。体检:左上腹可触及一约 10cm 肿块。质韧,似可移动,轻度触痛,反跳痛(-)。实验室检查:HBsAg(-),AFP100 μ g/L, GPT、GOT、ALP 及血胆红素均正常。B 超或 CT 扫描均可见左上腹巨大肿块,与胃关系密切,而肝脏形态“正常”。腹腔动脉造影:左肝动脉与胃左动脉共干。根据 UP(umbilicalpoine)可以辨认,左上腹巨大肿物由左肝外叶动脉供血。考虑肿块来源于肝脏。手术中见肿块有一细蒂与左肝外叶相连。术后病理学诊断为肝细胞癌。

例 3 男性 46 岁,上腹隐痛不适 1 月余。查体:心肺正常,中上腹微隆,腹软肝肋下 1cm,剑下 6cm 并触及一质硬肿块,脾未及,余均正常。HBsAg(-)、AFP(-)、GPT、GOT 及血胆红素均正常。CT:肝右叶后下段 3.0 \times 3.5cm 占位,肝右叶 10 \times 12cm 占位,肝左叶下方胃后见

一 10 \times 12.5cm 占位,仅有一个层面与肝左叶相连,胰腺向前推移,左肾向后推移,增强后肿块不均匀强化。CT 诊断为 1、肝内占位,考虑为肝癌;2、腹膜后肿块,性质待查。行腹腔动脉 DSA:肝左右叶均有肿瘤血管湖与 CT 诊断相吻合。CT 所示腹膜后巨大肿块血供来源于肝总动脉,且有肿瘤染色,故考虑为肝癌合并外生型肝癌。因无法手术故行介入治疗,共 4 次,其中肝左右叶肿瘤碘油沉积非常好,CT 复查肿瘤组织已很难看到。而外生型肝癌因超选较困难故碘油沉积较肝内肿块少,但仍有较多碘油沉积,进一步治疗可考虑手术切除。

讨 论

1934 年 Goldberg 首次报道了 1 例外生型肝癌以后仅在日本有散在报道。本文 3 例患者 CT 扫描,腹腔动脉造影及术中所见均符合外生型肝癌诊断。外生型肝癌发病原因尚不清楚,复习文献资料可能与下列因素有关:(1)先天畸形的肝叶癌变;(2)副肝叶癌变;(3)异位肝组织癌变;(4)肝硬化再生结节超出肝外并发生癌变。本文 3 例外生型肝癌,肿块均由肝动脉供血,并有蒂与肝脏相连,我们认为是先天畸形的肝叶或副肝叶癌变。

自 B 超、CT 广泛应用于临床,肝癌的诊断已非困难。但对于外生型肝癌,尤其是蒂较细小的,CT 或 B 超作出正确的诊断是很困难的,易与后腹膜(如例 1)或胃底(如例 2、例 3)的肿块相混淆。腹腔动脉造影常有助于鉴别诊断。本文 3 例外生型肝癌均是依靠腹腔动脉造影作出正确诊断的。

由于外生型肝癌生长方式特殊,手术切除率较高。因此,术前正确的诊断是必要的。对于不能切除的病人如例 3 可先行介入治疗,必要时考虑手术。

作者单位:江苏省泗阳县人民医院(刘传方)

上海解放军第八五医院(詹迎江)