

· 病例报道 ·

Misdiagnosis of hepatic metastasis of incidental gallbladder carcinoma by
ultrasound: a case report

意外胆囊癌肝转移超声误诊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,45岁,因右侧腹胀痛就诊,精神尚可,食纳差,无嗳气,大小便正常,近期体重无明显减轻。既往史:1年前因急性化脓性结石性胆囊炎行胆结石取出、胆囊造瘘手术,后来我院行胆囊切除术。术后病理结果:胆囊弥漫性高-中分化腺癌侵及胆囊壁肌层,胆囊颈部残端未见癌组织残留。术后恢复良好,未行胆囊癌根治术及放化疗。

入院后实验室检查:甲胎蛋白3.41 ng/ml,CA125 34.52 U/ml, CA199 1.36 U/ml,癌胚抗原7.94 ng/ml。超声检查:肝下缘、肝肾间隙前方见一10.3 cm×6.3 cm×6.5 cm囊实性肿块,与肝脏、肾脏分界清晰,其内回声不均,可见不规则低回声区;CDFI未探及明显血流信号;超声造影示肿块内部三期均无增强,周边呈环状增

强(图1),考虑包裹性积液。后行超声引导下穿刺置管引流术,插入18 G穿刺针后抽出暗红色陈旧性血性液体,置入8 Fr中心静脉导管,引流顺畅,共引流1300 ml;引流4 d后复查超声:原病灶明显缩小,大小约5.5 cm×4.5 cm,病灶实际位于肝右后叶下段,边界清,呈不均质低回声,中心部有少许液性无回声区及引流管回声,团块状低回声内未探及明显血流信号。1周后复查超声:肝右后叶下段低回声未见明显缩小;超声造影示动脉相早期病灶周边呈环状高增强,中心可见一范围约3.2 cm×1.9 cm无增强区,动脉相晚期至门脉相周边快速减退呈低增强,结合既往病史考虑为胆囊癌肝转移(图2,3)。行超声引导下穿刺活检,病理结果:少许纤维组织内高分化腺癌浸润(图4)。

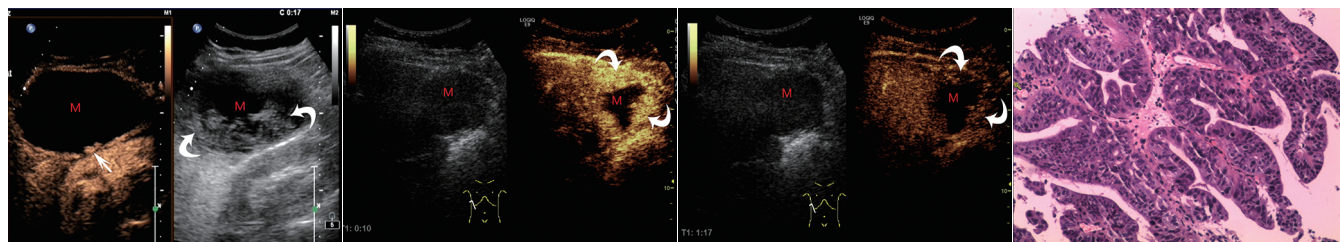


图1 超声造影示囊实混合性包块 图2 超声造影示动脉相低回声包块 图3 超声造影示门脉相低回声包块 图4 病理图示纤维组织内见浸润内未见明显造影剂充填(M:混合性包块周边见造影剂快速灌注呈高增强,周边造影剂快速消退呈低增强,中心性生长的腺样及乳头状结构,细胞极包块;直箭头示囊壁上结节样增强;中心部未见造影剂充填(M:混合性包块;性紊乱,核大深染,凋亡易见(HE染色,×200)) 包块;箭头示包块周边呈高增强) 箭头示包块周边呈低增强)

讨论:意外胆囊癌是指术前临床诊断为胆囊良性疾病行胆囊切除术,而在术中或术后经病理检查被确诊为胆囊癌,其发生率约0.2%~0.9%^[1]。胆囊癌临床少见,71%~90%为腺癌,恶性程度高,易出现肝转移^[2]。分析本例漏诊原因:①胆囊癌肝转移超声多表现为团块低回声状,可伴有液化坏死,表现为液性为主的巨大团块较为少见,本例穿刺引流前超声显示病灶大部分位于肝实质之外,当引流完全肿瘤缩小后才显示团块实际位于肝实质内;②超声造影时,临床医师主要是观察包块内二维超声表现为实性的部分,对于团块周边及与肝组织的对比观察欠仔细,本例引流前超声造影示团块壁上见散在结节样增强,且周边环状增强在门脉相有消退,将液体压迫的肿瘤组织误认为周边环状增强的囊壁;③各项实验室检查指标均正常,忽略了恶性肿

瘤的可能性,而肿瘤标记物对于胆囊癌诊断价值有限,仅能作为辅助检查^[2];④患者随访复查依从性差,术后半年出现腹痛才行第一次复查。该病例提示超声医师在观察病灶时应仔细观察其与周围组织的关系,尤其是超声造影表现为肿瘤内部造影剂不充填无增强时,需仔细观察肿瘤周边的增强情况,结合病史做出正确诊断。

参考文献

- [1] 安鑫,薛冰川,张文龙.腹腔镜胆囊手术中意外胆囊癌的诊治对策[J].中国微创外科杂志,2016,16(9):858-859.
- [2] 陈玲,刘医辉,董春慧.胆囊癌临床特点与USCS数据资料的比较分析[J].现代肿瘤医学,2018,26(1):69-72.

(收稿日期:2018-10-04)