

# Contrast-enhanced ultrasonographic manifestations of hepatic myofibroblastic sarcoma: a case report

## 肝脏肌纤维母细胞肉瘤超声造影表现 1 例

张静漪 罗 燕

[中图法分类号]R445.1

[文献标识码]B

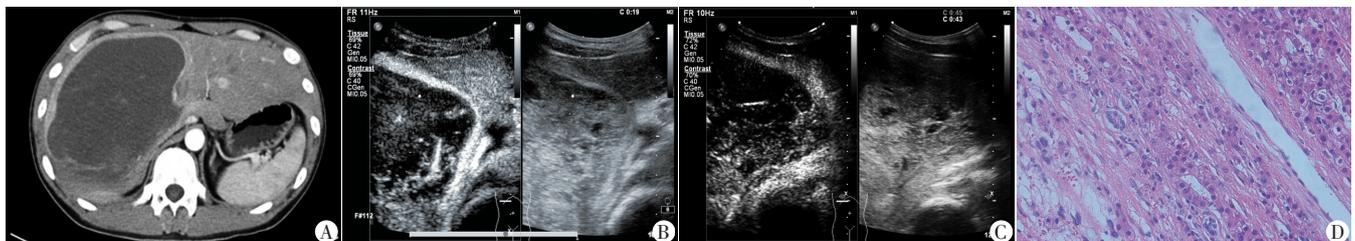
患者男, 26岁, 因右上腹持续性疼痛1周于我院就诊。无乙肝病史, 无发热、黄染、呕吐、腹泻等。体格检查: 右上腹轻压痛, 无肌紧张、反跳痛, 锁骨中线肋下三指处可触及肝脏下缘。实验室检查: 谷丙转氨酶96 U/L, 谷草转氨酶46 U/L, 碱性磷酸酶(ALP)203 U/L, 低密度脂蛋白(LDH)420 U/L; 乙肝表面抗原阴性, 甲胎蛋白(AFP)、癌胚抗原、血清CA19-9、血清CA 125均为阴性。增强CT检查: 右肝见一大大小为17.5 cm×16.0 cm低密度团块, 增强扫描边缘薄壁环状强化, 内部见少许强化影(图1A)。超声检查: 肝脏形态失常、体积增大, 右肝实质内见一大大小为18 cm×16 cm×11 cm团块状稍强回声, 边界较清晰, 形态不规则, 内部回声不均匀, 可见片状低回声区, 推挤中肝静脉, 余肝实质回声均匀。超声造影检查: 动脉相呈周边高增强(图1B), 门脉相及实质相均呈低增强(图1C), 团块内可见片状三期不增强区。超声诊断: 右肝囊实性占位, 考虑肝脏肿瘤性病变伴大片液化坏死。行右肝手术切除, 术中见肿块占据整个右肝, 无肝硬化、腹水及腹腔播散, 腹腔内未见肿大淋巴结。术后大体见肿块包膜完整, 切面灰黄。术后病理检查: 肿瘤细胞呈梭形, 位于疏松黏液样背景中, 内含小到中等大小的核仁, 有丝分裂活性高, 并伴部分较小(<50%)坏死区域(图1D)。免疫组织化学检查: desmin(+), α-SMA(+), CD56(+), vimentin(+), Melan A(-), HMB45(-), ALK-1(-), myogenin(-), calponin(-), β-catenin(-), CD31(-), S100(-), glypican-3(-), Factor V III(-), PCK(-), Ki67(+20%)。病理诊断: 肌纤维母细胞肉瘤

(myofibroblastic sarcoma, MS), 法国联邦国家癌症中心分级(FNCLCC)Ⅲ级。术后6个月随访未见转移及复发。

讨论: MS是一种起源于间叶组织的低度恶性梭形细胞肿瘤。儿童、成人均可发病, 男性发病率高于女性, 以逐渐增大的无痛性肿块为主要表现, 常发生于头颈部、四肢及躯干等<sup>[1]</sup>, 腹内脏器较少。根据FNCLCC分级系统, 本例为肝脏原发高级别MS, 转移率高, 易复发, 手术是首选治疗方法。肝脏原发MS患者常无肝炎病史, 肿瘤体积较小时无明显临床症状, 肿瘤巨大时常有上腹部不适或疼痛等症状。本例术前ALP、LDH均升高, 术后半年复查恢复正常, AFP等肿瘤标志物水平始终正常; 动脉相早期肿瘤周边呈不规则高增强, 动脉相晚期肿瘤中心开始强化, 但强化程度低于正常肝组织, 门脉相及延迟相肿瘤整体均呈低增强, 肿瘤内部三期无强化区可能与肿瘤液化坏死有关。MS需与原发性肝细胞癌、转移性肝癌鉴别, 前者动脉相呈整体均匀高强化, 内部强化程度一般高于正常肝实质, 且内部液化坏死的情况较为少见; 后者于动脉相早期快速高增强, 门脉相及延迟相快速消退。超声造影结合患者病史及实验室检查, 对肝脏MS诊断有一定的价值。

### 参考文献

[1] Wang L, Li LX, Chen DQ, et al. Low-grade myofibroblastic sarcoma: clinical and imaging findings [J]. BMC Med Imaging, 2019, 19(1):36.



A: 增强CT示肿块边缘薄壁环状强化; B: 超声造影示动脉相呈周边高增强; C: 超声造影示门脉相呈低增强; D: 病理图(HE染色, ×400)

图1 肝脏肌纤维母细胞肉瘤影像图和病理图

(收稿日期: 2019-10-27)