

参考文献:

[1] 汪建平,陈创奇,覃建章,等. 肛管直肠创伤的诊治经验[J]. 腹部外科,2002,15(2):25-27.

[2] Liu XS,Hui XZ,Zhang YD,et al. Diagnosis and treatment of penetrating anorectal wounds[J]. Chin J Traumatol, 2006,9(1):56-58.

[3] 曾俊,胡卫建. 肛管直肠损伤的诊断和治疗[J]. 四川医学,2003,24(10):998-1000.

[4] Sharma D,Rahman H,Mandloi KC,et al. Anorectal avulsion;an unusual rectal injury[J]. Dig Surg,2000,17(2): 193-194.

(收稿日期:2011-12-29 修回日期:2012-02-01)

• 短篇及病例报道 •

原发性肝脏多发神经内分泌癌术前误诊为食管癌肝转移 1 例

汪俊科¹,梁先春²,皮儒先²,唐 春^{2△}

(1. 重庆市渝北区人民医院普外科 401120;2. 第三军医大学大坪医院肝胆外科,重庆 400042)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.14.051

文献标识码:C

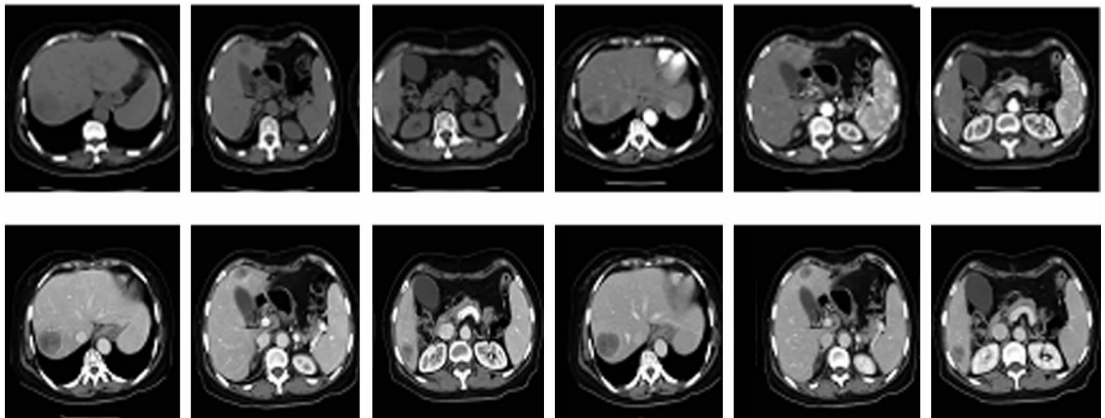
文章编号:1671-8348(2012)14-1454-02

神经内分泌癌属神经内分泌细胞瘤(amine precursor uptake and decarboxylation, APUD)肿瘤或神经内分泌肿瘤,是不常见的肿瘤,发生率约 1.5/10 万。其多发生于支气管、消化道、胰腺等部位。临床上发现的肝脏神经内分泌癌多为肠道、胰腺等处转移所致,原发的罕见。1999 年 Ferrero 等^[1]报道至今总数也不过 40 余例。而在原发性肝脏神经内分泌癌中,一般多为单发,多发的更为少见。肝脏神经内分泌癌具有神经内分泌特性,能分泌多种肽类和生物胺,是产生类癌综合征的主要物质基础^[2]。但肝脏神经内分泌癌一般无类癌综合征,可能与神经内分泌产物数量不足或质量缺陷不能激活靶器官而发挥生物学作用有关。本患者术前也未见相关类癌综合征的表现。现将本院原发性肝脏多发神经内分泌癌术前误诊为食管癌肝转移 1 例报道如下。

1 临床资料

患者,女,55 岁,2010 年 1 月 30 日因吞咽困难诊断为“上段食管癌”,2010 年 2 月 5 日行“经胸部部分劈开、上段食管癌切除、胃食管颈部吻合术”,术后病理结果:食管溃疡型中等分化鳞癌,伴颈部淋巴结癌组织转移(4/4)。术后给予紫杉醇联合奈达铂化疗 6 个疗程。定期复查 B 超,平均每 2~3 个月复查 1 次。于 2010 年 12 月 27 日常规复查 B 超发现,肝内见大小 0.8 cm×0.6 cm 斑片状增强回声,后伴浅淡声影;另见 1.8 cm

×1.6 cm 增强回声,其形态规则,边界清晰,内部回声欠均质,周边可见浅淡声晕增宽。CT 示肝右后上段、右后下段及肝左内段分别见大小约 4.8 cm×4.1 cm、2.5 cm×2.5 cm、2.1 cm×2.0 cm 类圆形组织密度块影,边界欠清晰,增强扫描动脉期病变明显环形强化,门静脉及延迟期环形强化影未见消退(图 1),腹部 CT 其他部位未见明显肿块。考虑食管鳞癌术后肝转移癌,收治入院。入院后查胸部 X 线拍片肺部未见肿块;肝炎标志物示 HBsAg(-),HBcAb(+);AFP 0.87 ng/L,CEA 7.60 ng/mL,CA125 2.80 U/mL,CA 15-3 3.15 U/mL,CA 19-9 1.20 U/mL。2010 年 12 月 31 日予以手术治疗。术中见肝脏 V、VI、VII 段各一包块,完整切除送病理检查。大体:包块大小约 2.5 cm×2.5 cm~5.5 cm×5.5 cm,切面灰白色,质中,与周围肝组织分界不清。镜检:肝神经内分泌癌,周围肝组织纤维组织增生,汇管区慢性炎,肝细胞轻度浊肿(图 1)。免疫组化:SYN(+),CK 5/6(-),Hepa(-),CD34(-),CK19(+),Ki-67(++),P53(-),CD56(++),CgA(++)(封 4 图 2)。术后病理诊断:原发性肝脏神经内分泌癌。术后 1 个月行肝脏氟尿嘧啶(fluorouracil,5-FU)及奈达铂灌注化疗 1 次。随访 4 个月,患者生存良好,定期复查腹部 CT、B 超等,未见复发及转移。



上:普通 CT 扫描;下:增强 CT 扫描。

图 1 原发性肝脏多发神经内分泌癌 CT 影像

△ 通讯作者, Tel: 13320338985; E-mail: tangchun7315@hotmail.com.

2 讨 论

由于肝神经内分泌癌发病率低,临床缺乏典型症状,易漏诊、误诊。本病须与常见的肝脏肿瘤,特别是原发性肝癌、转移性肝癌相鉴别。除了常用的发病背景、临床表现以及实验室检查等鉴别诊断外,最重要的就是影像学检查,特别是 CT 检查进行鉴别。由于门静脉期正常肝实质明显强化,而肿瘤显示为相对低密度,是显示肝内转移灶的最好时期。肝神经内分泌癌动脉期病灶的边缘部可见轻-中度不均匀强化,而病灶的中心强化不明显或不强化仍呈低密度^[3];静脉期及延迟期仍有轻、中度强化,肿瘤非实性部分强化不明显,密度始终低于周围肝实质;其内常可见不同程度的低密度区,为肿瘤生长过程中组织退变、囊变、坏死出血所致。

本病患者的 CT 影像表现更倾向于肝神经内分泌癌,即肝脏平扫见多发性低密度病灶,增强扫描动脉期病变明显环形强化,门静脉及延迟期环形强化影未见消退,但未见不同程度的低密度区,考虑与肿瘤较小,肿瘤尚未发生组织退变、囊变、坏死出血等有关。但术前曾一度误认为患者为食管癌肝转移,分析原因:(1)患者 1 年前曾有明确的食管癌切除手术史,定期复查 B 超,在前几次均未发现肝脏肿瘤,后复查发现肝脏多发包块,临床上常规应首先考虑转移癌之可能。(2)患者术前无典型的类癌综合征表现。(3)术前 CT 检查可基本排除肝脏多发性肿瘤中常见的血管瘤;而原发性肝癌肝内转移其 CT 表现应为快进快出型,再加上术前血清 AFP(-),因而,原发性肝癌的可能性也相对较小。(4)术后重新分析 CT 影像,其更符合肝神经内分泌癌的表现,但因为该病极为少见,临床医生对其认识不足,对该病的意识不到位,故术前并未充分考虑到该病之可能。(5)术前主要考虑为食管癌肝转移,而消化道肿瘤肝转移若能完整切除肝脏病灶,可取得良好的治疗效果,故术前未行穿刺活检,而直接考虑了手术切除治疗,错失了术前取得病理诊断的机会。

肝脏原发性神经内分泌癌为一极为罕见的病例,临床上无特异性表现,大多发现较晚。有研究表明,早期发现的患者多伴有肝脏其他疾病,如血管瘤、慢性病毒性肝炎等,在定期复查中偶然发现^[4-5]。本例患者也因为食管癌术后,定期复查才早期发现,从而取得良好的治疗效果。其典型的影像学表现报道较少。MRI 在 T₁ 期呈低密度影,在 T₂ 期呈高密度影,肝动脉造影呈血管丰富的高密度染色^[6]。若患者无病毒性肝炎及肝硬化背景^[5],AFP(-)等,应高度怀疑本病。虽然针吸或经内镜活检偶可确诊部分病例,但由于获得的标本少且普通染色难以将其与其他小细胞性恶性肿瘤相鉴别,故术前难以确诊,往往依赖于术后病理诊断。电镜、免疫组化等技术对本病诊断价值较大,其中 NSE、SYN 阳性是确诊本病的确切依据^[7]。本例

· 短篇及病例报道 ·

患者,术后 CgA、SYN 阳性,并且在术前及术后反复行 CT、B 超等检查,未发现其他部位的肿瘤,故诊断为原发性肝神经内分泌癌。

本病预后较差,有研究报道,仅有 1 例术后 18 个月仍存活^[8]。手术切除是最有效的方法。肝动脉栓塞化疗术对不能手术的病例有一定疗效,放射治疗不敏感。可应用于干扰素联合生长抑素类似物如奥曲肽等进行辅助治疗,能缩小肿瘤体积,有较好的临床应用前景。本病例肿瘤完整切除,目前术后随访 4 个月,患者未见复发及转移,远期疗效仍有待观察。

参考文献:

- [1] Ferrero A, Gallino C, D'Aloisio G, et al. Primary neuroendocrine carcinoma of the liver; difficult diagnosis of a rare neoplasm[J]. Acta Chir Belg, 1999, 99(6): 299-302.
- [2] Krishnamurthy SC, Dutta V, Pai SA, et al. Primary carcinoid tumor of the liver; report of four resected cases including one with gastrin production[J]. J Surg Oncol, 1996, 62(3): 218-221.
- [3] Kumbasar B, Kamel IR, Tekes A, et al. Imaging of neuroendocrine tumors: accuracy of helical CT versus SRS[J]. Abdom Imaging, 2004, 29(6): 696-702.
- [4] Akahoshi T, Higashi H, Tsuruta S, et al. Primary neuroendocrine carcinoma coexisting with hemangioma in the liver; report of a case[J]. Surg Today, 2010, 40(2): 185-189.
- [5] Ishida M, Seki K, Tatsuzawa A, et al. Primary hepatic neuroendocrine carcinoma coexisting with hepatocellular carcinoma in hepatitis C liver cirrhosis; report of a case [J]. Surg Today, 2003, 33(3): 214-218.
- [6] Tsuchimochi S, Nakajo M, Inoue H, et al. Primary hepatic neuroendocrine carcinoma with multiple metastases; a case report[J]. Radiat Med, 1995, 13(4): 183-185.
- [7] Pilichowska M, Kimura N, Ouchi A, et al. Primary hepatic carcinoid and neuroendocrine carcinoma: clinicopathological and immunohistochemical study of five cases [J]. Pathol Int, 1999, 49(4): 318-324.
- [8] Balta Z, Sauerbruch T, Hirner A, et al. Primary neuroendocrine carcinoma of the liver. From carcinoid tumor to small-cell hepatic carcinoma: case reports and review of the literature[J]. Pathology, 2008, 29(1): 53-60.

(收稿日期: 2011-12-28 修回日期: 2012-02-07)

角层下脓疱性皮肤病 1 例报道

高 飞, 曹 萍

(云南省第一人民医院皮肤科, 昆明 650032)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2012.14.052

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2012)14-1455-02

1 临床资料

患者, 女, 51 岁, 反复全身起疹伴痛痒 7 年, 再发加重 7 d,

于 2011 年 8 月 9 日来本院就诊。7 年来每年发作 3~4 次, 均无服药或感冒等诱因。家族成员无类似病史, 无食物、药物过