

· 短篇报道 ·

胆囊原发性肝样腺癌影像学特征分析及文献复习

舒 适 黄燕涛* 冷媛媛 缪卓利 仲建全
四川省自贡市第一人民医院放射科(四川 自贡 643000)

【关键词】胆囊肿瘤; 肝样腺癌, 影像学

【中图分类号】R735.8; R814.42

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2024.03.056

Imaging Features and Literature Review of Primary Hepatoid Adenocarcinoma of Gallbladder

SHU Shi, HUANG Yan-tao*, LENG Yuan-yuan, MIAO Zhuo-li, ZHONG Jian-quan.

Department of Radiology, the First People's Hospital of Zigong City, Zigong City, Sichuan Province, China

Keywords: Gallbladder Tumor; Hepatoid Adenocarcinoma; Imaging

肝样腺癌(hepatoid adenocarcinoma, HAC)是发生于肝脏以外组织器官的特殊类型腺癌,可发生于胃肠道、胆囊、肺、子宫等部位,发生于胆囊者罕见,临床上仅数例报道^[1-8]。现就我院诊治的一例胆囊肝样腺癌并结合相关文献,报道如下。

1 病例资料

患者,男,70岁。无明显诱因出现上腹痛4个小时,并放射至腰背部,无反跳痛及肌紧张,既往无特殊病史。实验室检查中甲胎蛋白:1.88U/mL,癌抗原:39.2U/mL,CA125:4330U/mL,CA199:148ng/mL,CA50:90.1ng/mL。腹部超声示:胆囊增大,壁欠光滑,壁见多个稍强回声,呈“菜花状”,与胆囊壁呈宽基底相连,较大者约2.4cm×1.4cm,其周围弱回声包绕,CDFI:稍强回声及弱回声内未见确切血流信号,考虑实性占位,胆囊Ca待排(图1A)。腹部CT扫描示:胆囊形态不规整,体积明显增大,腔内密度不均匀增高,壁不规则增厚,以胆囊体及胆囊底为主,并可见结节影向腔内突出,

较大者最大径约1.8cm,增强扫描动脉期呈不均匀强化,CT值约65HU,胆囊腔内及周围见迂曲增粗血管影,门静脉期CT值约75HU,延迟期呈均匀强化,CT值约79HU;胆囊周围见多个肿大淋巴结,较大者约3.2×2.4cm,并不均匀强化;邻近肝内见环形异常强化结节影,最大径约1.5cm;病灶与十二指肠、结肠肝曲分界不清;考虑为胆囊癌伴淋巴结、肝脏转移(图1B-1E)。全麻下行“肝部分切除术、胆囊切除术”,术中见:胆囊明显增大,约15cm×8cm×3cm,被大网膜包裹,与十二指肠及横结肠粘连,壁不均匀增厚,其内充满脓液,见菜花样新生物;右肝边缘见一灰白色结节,质硬,边界不清,直径约1.5cm大小。术后病理:光镜下见肝样分化区和腺癌分化区(图1F);免疫组织化学:P-CK(+),CK7(+),CEA(+),CK19(+),Villin(+),Heppar-1(+),Glypican3(+,灶),CK5/6(+,部分),p63(+,部分),Ki67(+,约70%),特殊染色PAS(+)显示细胞内、外粘液;病理诊断:胆囊肝样腺癌。

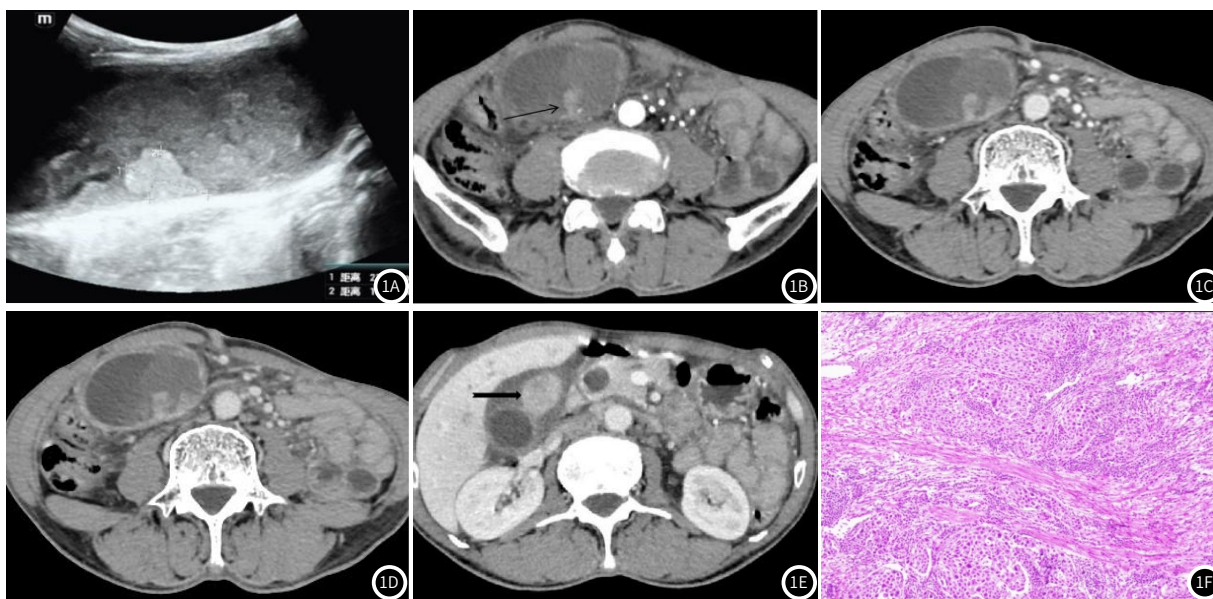


图1A-图1F 胆囊肝样腺癌;图1A 超声图像示胆囊腔内“菜花状”稍强回声;图1B CT增强扫描动脉期示胆囊壁不均匀增厚并呈结节状向腔内突出(箭头所示),呈不均匀强化;图1C CT增强扫描动脉期示病灶持续强化;图1D CT增强扫描延迟期示增厚胆囊壁及结节呈均匀强化;图1E CT增强扫描示胆囊前份肿大淋巴结(羽箭所示);图1F 病理图片示肿瘤内见肝样分化区和腺癌分化区(HE×400)。

【第一作者】舒 适,女,住院医师,主要研究方向:胸腹部影像诊断。E-mail: 970568303@qq.com

【通讯作者】黄燕涛,男,副主任医师,主要研究方向:腹部影像诊断。E-mail: 46137672@qq.com

2 讨 论

胆囊肝样腺癌是发生于肝脏以外组织器官的特殊类型腺癌，好发于胃肠道、肺、子宫等部位^[9]，发生于胆囊者较罕见，多见于中老年人群，男女发病率无明显差异。经“万方”、“知网”等数据库检索仅数篇文献报道^[1-8]，其发病机制尚不明确。

胆囊肝样腺癌其肝样分化区多位于组织深部，组织学特点与肝细胞癌相似，腺癌分化区多位于组织表面，核分裂象多见，其间可见移行区。免疫组化中Heppar-1阳性表达最具诊断价值，CK7、CK19、AFP阳性表达也有助于该病的诊断。

黄爱娜等^[1]、张娟等^[2]、司友娇等^[6]所收集的并加上本病例共15例原发于胆囊的肝样腺癌患者，男：女=1：1，最大者74岁，最小者44岁，平均(59.5±6.5)岁。8例患者以腹痛为主要表现；6例合并胆囊结石；4例患者因体检发现。所有患者肿瘤标记物均有不同程度升高，其中11例AFP升高，6例CA199升高，2例CA125升高；肿瘤大小均在5cm以下，较小者仅1.5cm×1.0cm×1.0cm。CT/MRI增强扫描：3例中度延迟强化；4例不均匀强化；1例动脉期明显强化；1例轻度强化；转移：肝脏、淋巴结同时转移3例，淋巴结转移4例，肝脏转移1例，术后1-2年肝等转移2例。

总结本组病例，胆囊肝样腺癌在临床及影像学上以下特点可能提高对本病诊断的准确性，具体包括：(1)好发于中老年人群；(2)以腹痛为主要临床表现，常伴有胆囊结石，多无肝硬化背景；(3)肿瘤标记物中AFP、CA199多不同程度升高；(4)好发于胆囊体及底部，多呈结节及肿块，中度不均匀强化为主，延迟强化为其特点；(5)易发生淋巴结、肝脏转移。

由于病例较少，术前准确诊断较为困难；临床上需与以下疾病相鉴别：(1)胆囊癌：多见于老年女性，结节型胆囊癌与本病难以鉴别，需要依靠病理检查来确诊，但前者多发生在底或颈部，并且易直接侵犯邻近肝脏，AFP一般不升高^[10]；(2)胆囊腺瘤：好发于胆囊体部，常单发，表面光滑，密度稍高，增强扫描多呈均匀强化^[11]；

(3)胆囊息肉，好发于胆囊底部，呈带蒂小结节灶，绝大多数小于1cm，CT值高于胆汁，增强扫描多呈渐进性均匀强化^[12]。

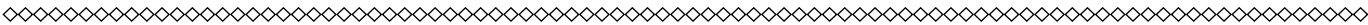
综上所述，胆囊肝样腺癌是一种非常罕见且恶性程度高的肿瘤，它易发生肝脏和淋巴结转移，大部分患者可伴有AFP水平升高，确诊仍需依靠病理检查；在影像学诊断胆囊癌时，建议临床常规检测血清AFP水平；根治手术及彻底的周围淋巴结清扫是治疗胆囊肝样腺癌的手术方式，术后同时也应监测AFP水平及影像学随访。

参考文献

[1] 黄爱娜, 陆健, 曾蒙苏, 等. 胃外肝样腺癌的影像学诊断[J]. 放射学实践, 2022, 37(9): 1092-1097.
[2] 张娟, 冯亚园, 霍雷, 等. 胆囊肝样腺癌的临床影像病理分析[J]. 中华消化病与影像杂志(电子版), 2022, 12(4): 210-214.
[3] 吴娟, 周先荣, 袁静萍, 等. 肺、胆囊、膀胱原发肝样腺癌三例临床病理学观察[J]. 中华病理学杂志, 2021, 50(2): 137-139.
[4] 陈佳菁, 林慧, 陈婷婷, 等. 胆囊肝样腺癌1例[J]. 诊断病理学杂志, 2020, 27(5): 359-360.
[5] 张鹏, 王禹, 廖佳桦, 等. 胆囊肝样腺癌行胆囊根治术1例[J]. 癌症进展, 2017, 15(12): 1493-1494, 1469.
[6] 司友娇, 赵凯凯, 黄九宁, 等. 胆囊肝样腺癌1例[J]. 中国医学影像技术, 2017, 33(9): 1440-1440.
[7] 狄纯婵, 周平. 胆囊肝样腺癌并淋巴结转移1例[J]. 中华病理学杂志, 2016, 45(2): 125-126.
[8] 杨岳, 孙冬林, 邹岩, 等. 胆囊肝样腺癌合并甲胎蛋白升高1例[J]. 中华肝胆外科杂志, 2014, 20(9): 643-643, 669.
[9] 肖晓燕, 黄文鹏. 胃肝样腺癌的临床影像特征和预后研究进展[J]. 临床放射学杂志, 2022, 41(4): 785-788.
[10] 王浩. 第8版原发性胆囊癌AJCC TNM分期系统解读及影像学诊断要点[J]. 武警医学, 2021, 32(1): 71-74.
[11] 石岩, 刘海涛. 胆囊腺瘤的CT、MRI诊断[J]. 中国CT和MRI杂志, 2020, 18(8): 97-100.
[12] 陈涛, 王坚. 胆囊息肉影像学诊断新进展[J]. 中华肝胆外科杂志, 2019, 25(5): 394-397.

(收稿日期: 2023-04-03)

(校对编辑: 韩敏求)



(上接第158页)

参考文献

[1] Benson AB, Venook AP, Al-Hawary MM, et al. NCCN guidelines insights: rectal cancer, version 6.2020[J]. Natl Compr Canc Netw, 2020, 18(7): 806-815.
[2] Petrelli F, Trevisan F, Cabiddu M, et al. Total neoadjuvant therapy in rectal cancer: a systematic review and meta-analysis of treatment outcomes[J]. Ann Surg, 2020, 271(3): 440-448.
[3] Debove C, Guedj N, Tribillon E, et al. Local excision of low rectal cancer treated by chemoradiotherapy: is it safe for all patients with suspicion of complete tumor response[J]. Int J Colorectal Dis, 2016, 31(4): 853-860.
[4] Kennedy ED, Borowiec AM, Schmocker S, et al. Patient and physician preferences for nonoperative management for low rectal cancer: is it a reasonable treatment option[J]. Dis Colon Rectum, 2018, 61(11): 1281-1289.
[5] 刘俊, 黄修仿, 叶超, 等. III期结直肠癌患者预后因素分析及探讨淋巴结转移率对预后的预测价值[J]. 中国实验诊断学, 2021, 25(10): 1438-1442.
[6] He L, Xiao J, Zheng P, et al. Lymph node regression grading of locally advanced rectal cancer treated with neoadjuvant chemoradiotherapy[J]. World J Gastrointest Oncol, 2022, 14(8): 1429-1445.
[7] Ferrari L, Fichera A. Neoadjuvant chemoradiation therapy and pathological complete response in rectal cancer[J]. Gastroenterol Rep (Oxf), 2015, 3(4): 277-88.
[8] 赵言, 刘文. HR-T₂WI联合DWI在直肠癌壁外血管侵犯评估中的应用[J]. 中国医学计算机成像杂志, 2022, 28(5): 505-509.
[9] Babatürk A, Erden A, Geçim İE, et al. Apparent diffusion coefficient histogram analysis for predicting neoadjuvant chemoradiotherapy response in patients with rectal cancer[J]. Diagn Interv Radiol, 2022, 28(5): 403-409.
[10] 中华人民共和国卫生和计划生育委员会医政医管局, 中华医学会肿瘤学分会. 中国结直肠癌诊疗规范(2017年版)[J]. 中华外科杂志, 2018, 56(4): 241-258.
[11] Mor V, Laliberte L, Morris JN, et al. The Karnofsky Performance Status Scale. An examination of its reliability and validity in a research setting[J]. Cancer, 1984, 53(9): 2002-2007.
[12] Yamaoka Y, Kinugasa Y, Shiomi A, et al. The distribution of lymph node

metastases and their size in colon cancer[J]. Langenbecks Arch Surg, 2017, 402(8): 1213-1221.
[13] Wei Q, Yuan W, Jia Z, et al. Preoperative MR radiomics based on high-resolution T2-weighted images and amide proton transfer-weighted imaging for predicting lymph node metastasis in rectal adenocarcinoma[J]. Abdom Radiol (NY), 2023, 48(2): 458-470.
[14] 王唯成, 李睿, 陈天武, 等. 多层螺旋CT对结肠癌术前淋巴结转移诊断价值的研究[J]. 国际医学放射学杂志, 2018, 41(5): 542-546.
[15] 李华玉, 汤坚强, 张峻岭, 等. 中低位直肠癌侧方淋巴结转移影像学的诊断价值[J]. 中华普通外科杂志, 2022, 37(4): 250-254.
[16] Park JS, Jang YJ, Choi GS, et al. Accuracy of preoperative MRI in predicting pathology stage in rectal cancers: node-for-node matched histopathology validation of MRI features[J]. Dis Colon Rectum, 2014, 57(1): 32-38.
[17] Jiménez de los Santos ME, Reyes-Pérez JA, Domínguez Osorio V, et al. Whole lesion histogram analysis of apparent diffusion coefficient predicts therapy response in locally advanced rectal cancer[J]. World J Gastroenterol, 2022, 28(23): 2609-2624.
[18] Surov A, Meyer HJ, Pech M, et al. Apparent diffusion coefficient cannot discriminate metastatic and non-metastatic lymph nodes in rectal cancer: a meta-analysis[J]. Int J Colorectal Dis, 2021, 36(10): 2189-2197.
[19] Park EJ, Kim SH, Jo SJ, et al. High-resolution diffusion-weighted imaging for evaluation of extramural tumor invasion in primary rectal cancer[J]. J Comput Assist Tomogr, 2021, 45(4): 522-527.
[20] 张晓燕, 李晓婷, 史燕杰, 等. 高分辨率MR T2WI联合DWI评价直肠癌新辅助治疗后病理学完全缓解[J]. 中国介入影像与治疗学, 2017, 14(3): 164-168.
[21] Jang JK, Lee CM, Park SH, et al. How to combine diffusion-weighted and T2-weighted imaging for MRI assessment of pathologic complete response to neoadjuvant chemoradiotherapy in patients with rectal cancer[J]. Korean J Radiol, 2021, 22(9): 1451-1461.

(收稿日期: 2023-06-13)

(校对编辑: 韩敏求)