

讨论：儿童甲状腺癌较为少见，年发病率仅0.44/10万<sup>[1]</sup>。分化型甲状腺癌(differentiated thyroid cancer, DTC)可分为乳头状癌(papillary thyroid carcinoma, PTC)和滤泡状癌(follicular thyroid carcinoma, FTC)，PTC又包含经典型、滤泡型、实体型、弥漫硬化型等病理亚型。本篇报道2例罕见的甲状腺滤泡型乳头状癌(follicular variant papillary thyroid carcinoma, FVPTC)，且均为儿童患者。组织病理学上，一方面，FVPTC镜下无典型乳头状结构，但细胞核具有乳头状癌典型的核特征，即核增大拥挤、呈毛玻璃样、具有深核沟和假包涵体，故仍属乳头状癌；另一方面，由于肿瘤组织全部或大部分由滤泡结构组成，故属滤泡亚型。本病主要危险因素是电离辐射暴露<sup>[2]</sup>，患儿多因颈部肿块就诊，较大肿块可压迫临近结构，导致声音嘶哑、呼吸及吞咽困难等症状<sup>[3]</sup>。

PTC多为单发实性病灶，易淋巴转移，CT特点为形态不规则、微小钙化、增强后边界变模糊及“咬饼征”<sup>[4]</sup>，而FTC易血行转移，CT特点为形态规则、包膜较厚、增强后瘤体内出现低或无强化星芒状坏死<sup>[5]</sup>。Lerner等<sup>[6]</sup>研究发现儿童FVPTC是介于PTC和FTC之间的肿瘤实体。本组2例FVPTC患儿影像学特点亦介于二者之间，结合本研究及既往文献报道总结FVPTC影像学表现如下。CT表现：①边界清晰，形态规则，有包膜，突出于甲状腺生长，甲状腺边缘中断，表现为“咬饼征”<sup>[7]</sup>。②集中分布的微小钙化。③平扫低密度结节边界清晰，增强后肿瘤组织与甲状腺组织间密度差减小，结节边界变模糊。④动脉期明显不均匀强化，实性成分等或略低于正常甲状腺，点片状坏死区不强化。⑤静脉期强化减低，呈“快进快出”。⑥易转移至颈部Ⅱ~Ⅵ区淋巴结，增强淋巴结呈环形或乳头状结节样强化。超声表现为纵横比>1、微小钙化、血流丰富、囊变及转移淋巴结。

总之，儿童FVPTC恶性程度高、早期易淋巴转移、术后易复发，当我们发现甲状腺结节符合上述影像学表现，并与PTC其他亚型、结节性甲状腺肿、甲状腺腺瘤及淋巴瘤等鉴别后，要考虑到本病的可能<sup>[8-9]</sup>。单侧局限结节可行腺叶加峡部切除，多灶结节可行甲状腺全切，要注意同时对淋巴结进行清扫，尽早治疗预后较好<sup>[1,10]</sup>。

## 参考文献

- [1] 国家儿童医学中心, 国家儿童肿瘤监测中心, 中华医学会小儿外科学分会, 等. 中国儿童甲状腺结节及分化型甲状腺癌专家共识[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2020, (20): 1521-1530.
- [2] 郭一军, 朱丽娟. 儿童及青少年甲状腺癌的流行病学及病因特点[J]. 中国实用外科杂志, 2022, (6): 633-638.
- [3] 林贞琼. 超声引导下FNAC检查鉴别诊断甲状腺结节良恶性的应用价值研究[J]. 罕少疾病杂志, 2025, 32(7): 61-63.
- [4] 薛萍, 王峰先, 韩合理. 乳头状甲状腺癌CT、MRI表现及与病理对照研究[J]. 中国CT和MRI杂志, 2023, 21(4): 28-29.
- [5] 谢永生, 吴美妮, 何品, 等. 甲状腺癌及其转移淋巴结的影像诊断及鉴别诊断[J]. 中华放射学杂志, 2022, 56(6): 715-718.
- [6] Lerner J, Goldfarb M. Follicular variant papillary thyroid carcinoma in a pediatric population[J]. Pediatr Blood Cancer, 2015, 62(11): 1942-1946.
- [7] 孔维丹, 岳秀慧, 陶晓峰. 甲状腺结节的影像学研究进展[J]. 实用放射学杂志, 2019, 35(11): 1862-1864.
- [8] 张艾红, 岳松伟, 巴建, 等. MSCT检查对结节性甲状腺肿、乳头状甲状腺癌的鉴别诊断价值对比[J]. 中国CT和MRI杂志, 2022, 20(6): 39-41.
- [9] 邹思平, 王畅, 林剑扬. 36例原发甲状腺恶性淋巴瘤临床病理特征分析[J]. 罕少疾病杂志, 2024, 31(11): 38-39.
- [10] Baumgarten H, Jenks C M, Isaza A, et al. Bilateral papillary thyroid cancer in children: Risk factors and frequency of postoperative diagnosis[J]. J Pediatr Surg, 2020, 55(6): 1117-1122.

(收稿日期: 2024-06-12)

(校对编辑: 赵望淇、韩敏求)

## · 短篇 ·

# 成人肝脏未分化胚胎性肉瘤误诊为肝细胞癌1例

刘申成 杨 洋 李邦国\*

遵义医科大学附属医院放射科(贵州 遵义 563003)

第一作者: 刘申成, 女, 在读硕士研究生, 主要研究方向: 胸部影像学. E-mail: liushencheng2018@163.com

通讯作者: 李邦国, 男, 主任医师, 主要研究方向: 胸部影像学. E-mail: lbg2015@163.com

【关键词】肝肿瘤; 未分化胚胎性肉瘤; 肝细胞癌; 误诊; 计算机断层扫描

【中图分类号】R735.7

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2025.09.059

# Adult Undifferentiated Embryonal Sarcoma of the Liver Misdiagnosed as Hepatocellular Carcinoma: One Case Report

LIU Shen-cheng, YANG Yang, LI Bang-guo\*.

Department of Radiology, Affiliated Hospital of Zunyi Medical University, Zunyi 563003, Guizhou Province, China

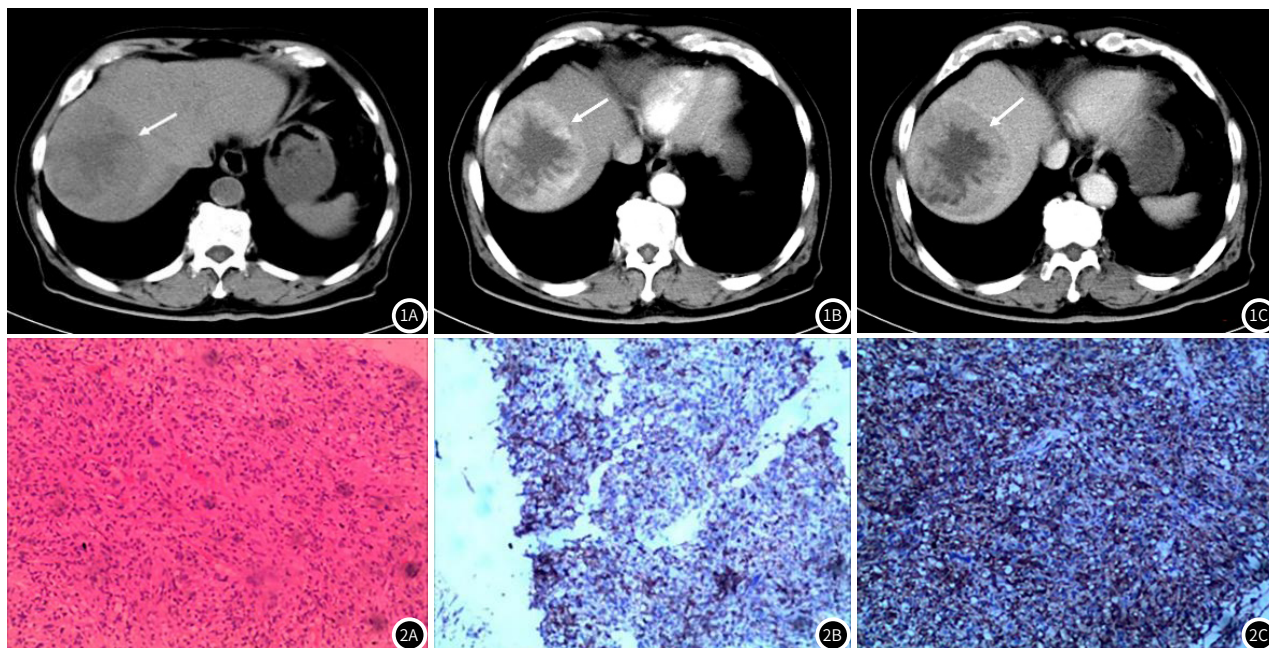
**Keywords:** Liver Tumor; Undifferentiated Embryonal Sarcomas; Hepatocellular Carcinoma; Misdiagnosis; Computed Tomography

病例报告: 男患, 88岁, 因“发现血糖升高11年, 右腹痛1月, 加重3天”入院。1月前右腹部压痛显著, 无反跳痛、肌紧张, 3天前右下腹疼痛, 呈钝痛, 伴恶心、纳差, 全身乏力, 无

胸闷胸痛, 无发热, 无呕吐。实验室肿瘤标志物检查: 甲胎蛋白15.01ng/mL、癌胚抗原4.39μg/L、糖类抗原19-9 <0.8 U/mL、糖类抗原125 8.3U/mL、FPSA/TPSA 0.319等。全腹部CT平扫加增

强：肝右叶见大小约94mm×81mm类圆形低密度肿块，密度不均匀，边界不清，增强扫描动脉期明显强化、边缘强化为主，静脉期呈相对低密度，呈“快进快出”征象(图1A~1C)。CT诊断：肝右叶肿块，考虑原发性肝细胞癌。行穿刺活检术，病理肉眼观：灰白组织2小条，长0.5~1.0cm。镜检：肝组织结构破坏消失，由梭形细胞增生取代，肿瘤细胞异型性明显，可见核分裂象及病

理性核分裂，间质散在多少不等炎症细胞浸润(图2A)。免疫组化：Vimentin(+++); Ki-67(40%); CD117(-); CD34(-); CK(-); Desmin(-); Dog-1(-); Hepatocyte(-); S100(-); SMA(-); ALK(-); EMA(-); STAT6(-); LCA(-); CD21(-); CD68(-)(图2B、2C)。病理诊断：肝脏未分化胚胎性肉瘤。



男，88岁，肝脏未分化胚胎性肉瘤。

**图1A~1C** 腹部CT平扫加增强显示肝右叶大小约94mm×81mm类圆形低密度肿块，密度不均匀，边界不清。增强扫描动脉期动脉期明显强化、边缘强化为主，静脉期呈相对低密度，呈“快进快出”征象(箭头示)。

**图2A** 镜检：肝组织结构破坏消失，由梭形细胞增生取代，肿瘤细胞异型性明显，可见核分裂象及病理性核分裂，间质散在多少不等炎症细胞浸润(HE×100)。**图2B、2C**免疫组化：Vimentin(+++); Ki-67(40%)。

讨论：肝脏未分化胚胎性肉瘤(undifferentiated embryonal sarcoma of liver, UESL)是起源于肝脏间叶组织的肿瘤，1978年由Stocker和Ishak首次提出<sup>[1]</sup>，好发于6~10岁儿童，在儿童肝脏恶性肿瘤中占第3位<sup>[2]</sup>。在成人中发病率低，容易误诊为肝细胞癌、肝腺癌等<sup>[3]</sup>。本病临床表现无特异性，一般以腹痛、腹部肿块或肿瘤压迫周围组织结构产生症状就诊为主，术前诊断较困难<sup>[4]</sup>。本病病理学检查镜下见疏松的黏液样基质中有未分化的梭形或星形细胞，其间可见散在分布的多形瘤巨细胞，核分裂象多见。免疫组化多表现为Vimentin、CD68及bcl-2等呈阳性，而SMA、S-100及Desmin等呈阴性。

UESL的CT影像多表现为<sup>[5-6]</sup>：肿块通常为巨大、单发，以囊性为主的囊实性肿块，肝右叶多见，边界清楚，内可见厚薄不一的分隔、出血、坏死，钙化极少见。实性部分多位于肿块边缘，呈结节状、带状、乳头状等。增强扫描实性部分多呈“延迟强化”，囊性部分无明确强化，可合并有增粗迂曲动脉血管影或假包膜征等，也有文献报道<sup>[7]</sup>UESL增强扫描可呈“快进快出”征象。本例UESL为老年男患，CT影像表现为肝右叶类圆形软组织肿块，边界不清，内见出血、坏死，增强扫描呈“快进快出”征象，术前误诊为原发性肝细胞癌。

肝脏未分化胚胎性肉瘤主要与肝细胞癌、肝腺癌鉴别。肝细胞癌发病年龄较大，常有肝炎、肝硬化病史，甲胎蛋白(AFP)升

高等，CT增强表现为“快进快出”征象<sup>[8]</sup>。而UESL好发于儿童，尽管CT增强扫描也可表现为“快进快出”征象，但是UESL的实性部分常呈结节状、带状、乳头状，增强扫描多呈“延迟强化”征象，且本例患者无肝炎、肝硬化病史，AFP虽有升高但程度远不及肝细胞癌升高明显。肝腺癌CT表现为肝巨大囊实性肿块，边界清楚，以囊性成分为主，可见壁结节和纤维分隔，增强扫描囊壁和壁结节明显强化，但该病大多起源于肝内胆管，可能会出现黄疸症状，实验室检查CA199可升高<sup>[9]</sup>。

综上所述，肝脏未分化胚胎性肉瘤临床表现及影像表现缺乏特异性，术前诊断困难。CT检查可以明确病变位置、大小、形态及与周围组织结构的关系，如果儿童患者肝脏出现单发巨大囊实性肿块，边界清楚，实性成分位于肿块边缘，增强检查实性成分呈“延迟强化”或“快进快出”征象时，应考虑肝脏未分化胚胎性肉瘤可能；如果中老年患者肝脏出现上述表现，在考虑肝细胞癌的同时需要警惕未分化胚胎性肉瘤，但是确诊仍需病理学检查。

## 参考文献

- [1]Stocker JT, Ishak KG. Undifferentiated (embryonal) sarcoma of the liver: report of 31 cases [J]. Cancer, 1978, 42 (1): 336-348.
- [2]Shi Y, Rojas Y, Zhang W, et al. Characteristics and outcomes in children with undifferentiated embryonal sarcoma of the liver: a report from the National Cancer Database [J]. Pediatr Blood Cancer, 2017, 64 (4): e26272.
- [3]赵才勇, 崔凤, 施伟, 等. 肝脏原发性未分化多形性肉瘤的CT及MRI表现 [J]. 中国医学

- 影像技术, 2018, 34 (3): 378-381.
- [4] 曾盛熊, 王成伟. 肝脏未分化胚胎性肉瘤误诊为肝包虫一例[J]. 临床放射学杂志, 2021, 40 (5): 898-899.
- [5] 徐勘, 贾宁阳, 陈栋, 等. 肝脏未分化胚胎性肉瘤的影像及病理表现(附12例报告)[J]. 中国医学计算机成像杂志, 2020, 26 (6): 543-548.
- [6] 谭宜珠, 杨艳丽, 刘衡, 等. 成人型肝脏未分化胚胎性肉瘤CT表现[J]. 医学影像学杂志, 2021, 31 (10): 1796-1798.
- [7] 潘佳佳, 陈芳, 张浩, 等. 成人肝脏未分化胚胎性肉瘤CT和MRI表现分析[J]. 中华肝胆外科杂志, 2019, 25 (11): 819-822.

- [8] 李东风, 杜红升, 马静, 等. 肝细胞癌患者超声及CT征象特点分析[J]. 中国CT和MRI杂志, 2018, 16 (7): 94-96.
- [9] 洪勇, 严宗伟, 夏学文, 等. 肝胆管囊腺癌的CT、MRI诊断[J]. 中国CT和MRI杂志, 2008, 6 (6): 50-52.

(收稿日期: 2024-06-18)

(校对编辑: 赵望淇、韩敏求)

## · 短篇 ·

## 胃多发异位脾种植1例

黄思婷<sup>1</sup> 郭剑波<sup>2</sup> 刘苏东<sup>3</sup> 陈奕金<sup>1,\*</sup>

1.梅州市人民医院消化内科

2.梅州市人民医院放射科

3.梅州市人民医院科研实验中心(广东梅州 514000)

第一作者: 黄思婷, 女, 主治医师, 主要研究方向: 消化系统疾病影像学诊断及微创治疗。E-mail: linyi0831@126.com

通信作者: 陈奕金, 男, 主任医师, 主要研究方向: 消化道肿瘤的诊断及治疗。E-mail: 879561010@qq.com

【关键词】异物脾; 胃肿瘤; 体层摄影术; X线计算机

【中图分类号】R735.2

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2025.09.060

## Multiple Ectopic Spleen Implantation in Stomach: One Case Report

HUANG Si-ting<sup>1</sup>, GUO Jian-bo<sup>2</sup>, LIU Su-dong<sup>3</sup>, CHEN Yi-jin<sup>1,\*</sup>

1.Department of Gastroenterology, Meizhou People's Hospital, Meizhou 514000, Guangdong Province, China

2.Department of Radiology, Meizhou People's Hospital, Meizhou 514000, Guangdong Province, China

3.Research and Experimental Center, Meizhou People's Hospital, Meizhou 514000, Guangdong Province, China

**Keywords:** Ectopic Spleen; Gastric Tumors; Tomography; X-ray Computed

患者女, 40岁, 发现胃多发肿物6天。患者6天前在外院体检行胃镜检查提示胃多发肿物。10余年前有脾外伤切除手术史。无家族肿瘤史。查体左上中腹见一长约15cm斜型手术瘢痕, 余无特殊。上腹部CT增强示: 胃底大弯侧外后缘可见一大小11mm×12mm等密度结节, CT值约47 HU, 边界尚清(图1A), 增强动脉期均匀强化(图1B)。胃底穹隆部粘膜下见一大小约14mm×10mm类圆形结节, 边界清晰, CT值约43 HU(图1C), 增强动脉期明显强化(图1D)。超声胃镜(图2A): 以12MHz超声小探头探查穹隆部及大弯侧病变灶胃壁层次结构清晰, 均来源于固有

肌层, 内部低回声, 回声欠均匀, 有完整被膜, 周围组织无明显浸润征象, 最大截面分别为约13.8×7.5mm、13.2×8.5mm, 前者凸向腔内生长(图2B); 后者凸向腔外生长(图2C)。影像学诊断: 胃多发肿物。为诊治胃多发肿物, 遂行手术探查见大网膜和左侧腹壁粘连, 予以松解, 脾脏缺如, 胃底大弯外后缘见一大小12mm×10mm暗红色肿物, 考虑为异位脾, 予保留; 术中胃镜下定位见胃底大弯侧浆膜下见一大小12mm×15mm结节, 从浆膜下予以切除送检。术后病理: 送检组织见白髓、红髓, 符合异位脾(图2D)。诊断胃多发脾种植。本例报道经医院伦理委员会批准(批号: 梅市伦理2024-C-223)。

