

肝转移瘤为首表现的隐匿性肺癌 1 例

刘慧, 杨劲松, 段文斌

(湖南师范大学附属第一医院 湖南省人民医院, 湖南省长沙市 410000)

[关键词] 隐匿性肺癌; 肝转移; 免疫治疗

[摘要] 隐匿性肺癌是肺癌中较为罕见的一种形式, 文献报道少, 而隐匿性肺癌肝转移更为罕见。本文报道 1 例隐匿性肺癌肝转移, 术前误诊为原发性胆管细胞癌, 并进行经验总结。

[中图分类号] R734.2

[文献标识码] A

1 病例简介

57 岁男性, 因体检发现右肝占位 5 天于 2020 年 11 月 30 日入院。患者无腹痛腹胀、皮肤巩膜黄染、恶心呕吐、畏寒发热、咳嗽咳痰、乏力纳差等不适, 大小便正常。查体心胸腹无阳性体征。实验室检查: 糖类抗原 125 为 833.63 U/mL, 糖类抗原 199 为 1 314.71 U/mL, 糖类抗原 724 为 9.62 U/mL, 癌胚抗原为 80.15 $\mu\text{g/L}$; 血、尿及大便常规、肝肾功能未见异常。腹部 CT 见右肝一大小约 7.6 cm \times 8.5 cm \times 5.7 cm 团块状稍低密度灶, 边缘较模糊, 增强扫描动脉期呈不均匀强化, 门脉期、静脉期强化略明显, 肝门区见肿大淋巴结影呈环形强化(图 1)。术前行肝肿块穿刺活检示中分化腺癌(图 1)。肺部 CT 可见右肺门两枚肿大淋巴结(图 1), 胃肠镜检查未见异常。术前诊断考虑右肝胆管细胞癌, 行右半肝切除+区域淋巴结清扫术。术后病理:(右半肝)中-低分化腺癌, 淋巴结可见转移, 免疫组化示甲状腺转录因子-1(thyroid transcription factor-1, TTF-1)、天冬氨酸蛋白酶 A(Napsin A)阳性表达(图 1)。术后免疫组化与肝胆管细胞癌诊断矛盾, 遂行 PET-CT 示右肺下叶近肺门处占位病变, 糖代谢异常增高, 考虑肺癌; 隆突下食管旁淋巴结肿大, 糖代谢异常增高, 考虑淋巴结转移; T6 椎体左侧结节状糖代谢异常增高灶, 考虑骨转移(图 1)。请多学科会诊(multi-disciplinary treatment, MDT), 考虑诊断①肺癌肝转移并第 12 组淋巴结转移; ②右肺门淋巴结肿大(转移瘤可能性大); ③T6 椎体转移? 建议行纤维

支气管镜及痰细胞学检查, 患者拒绝。行基因检测提示程序性细胞死亡受体-1(programmed cell death receptor-1, PD-1)90%敏感, 接受免疫治疗。随访至今 10 月余, 未见肺部新病灶及肝脏肿瘤复发。

2 讨论

隐匿性肺癌较为罕见, 发病率 0.6%~1.0%^[1], 最先由 Papanicolaou 等^[2]报道, 诊断要求为: 胸部 X 线或 CT 未发现占位性病变, 细胞学检查确诊, 除外鼻咽、口腔、喉部或食道等非肺脏部位的癌^[3]。其临床表现无特异性, 缺乏肺癌的典型症状及体征。有研究发现, 隐匿性肺癌患者常在其他转移性或内科疾病症状出现数月甚至半年后才出现肺部病变, 或通过手术病理结果发现原发病灶来源于肺, 再行进一步排查确诊^[4-6]。

本例患者无任何临床表现, 体检发现肝巨大肿瘤, 无肺癌相关症状及体征, 腹部 CT 表现与右肝胆管细胞癌表现相符, 呈“慢进慢出”表现^[7], 无转移瘤的典型“牛眼征”表现, 且胸部 CT 未见明显肿瘤病灶, 仅示右肺门两枚肿大淋巴结, 误认为肝肿瘤合并纵隔淋巴结转移。患者术后拒绝行纤维支气管镜及痰细胞学检查, 结合术前增强 CT、术后病理、PET-CT 检查结果, 诊断隐匿性肺癌肝转移。对隐匿性肺癌的认识不足及对影像学不典型表现的警惕性不够是本病例误诊的主要原因。

通过对本病例的认真分析, 笔者总结以下经验

[收稿日期] 2022-01-02

[修回日期] 2022-03-10

[基金项目] 湖南省卫生健康委科研计划项目(20200548); 湖南省肝胆胰肠诊疗能力提升项目(湘卫[2019]118号)

[作者简介] 刘慧, 硕士研究生, 研究方向为心胸外科方向, E-mail 为 lh1273370589@163.com。通信作者段文斌, 博士研究生, 主治医师, 研究方向为肝胆外科方向, E-mail 为 duanwenbin0222@163.com。

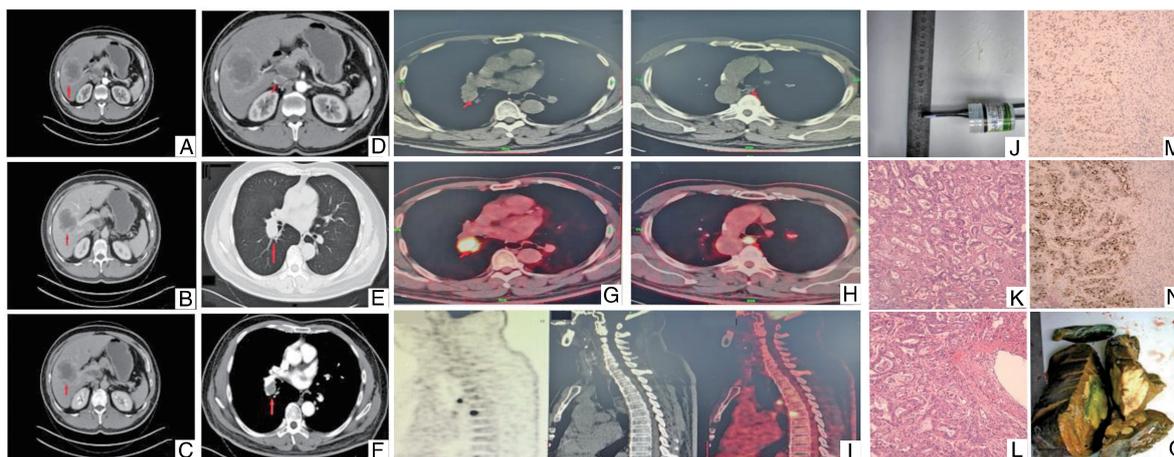


图 1 肝转移瘤为首表现的隐匿性肺癌患者影像图片

A 为动脉期;B 为门脉期;C 为静脉期;D 为肝门肿大淋巴结环形强化;E 为肺门肿大淋巴结(肺窗);F 为肺门肿大淋巴结(纵隔窗);G 为右肺下叶背段近肺门处糖代谢异常增高的占位;H 为隆突下食管旁糖代谢异常增高的淋巴结;I 为 T6 椎体左侧结节状糖代谢异常增高灶;J 为肝肿块穿刺活检标本;K 和 L 分别为穿刺和手术标本肿瘤细胞(HE 染色,100×);M 和 N 分别为免疫组化 TTF-1 和 Napsin-A 阳性表达(EnVison 染色,100×);O 为肝肿瘤大体标本。

教训:①肝肿瘤穿刺活检提示为腺癌时,需考虑其他腺上皮来源肿瘤如肺癌、胃肠道肿瘤等肝转移可能。穿刺活检因所取组织少,对于肿瘤的来源判断常存在困难,此时可通过免疫组化进一步明确组织来源并进行鉴别^[8]。本例术后病检免疫组化发现 TTF-1、Napsin A 阳性,高度提示肺来源肿瘤。因术前穿刺活检未行免疫组化检查,且肺原发病灶 CT 表现不典型,故术前判断肿瘤来源存在一定困难。②对于肝占位病变合并肺门淋巴结肿大时,需警惕肺门淋巴结转移或肺门处原发肿瘤可能。本病例若能完善痰细胞学检查、支气管镜检查及刷检后找癌细胞^[9],完善全身 PET-CT 扫描,或能术前明确诊断。③多学科会诊模式的重要性。MDT 模式目前在临床得到广泛推广,能避免单学科诊疗的弊端,尽量减少误诊、漏诊率,为患者提供更准确、更全面诊疗思路^[10]。本病例肝占位病变,活检提示为腺癌,肺部 CT 提示右肺门肿大淋巴结,若能术前请病理科、放射科、心胸外科、呼吸内科等相关科室进行多学科会诊,有可能术前诊断隐匿性肺癌肝转移,从而规划更合理的诊治方案。

综上所述,针对肝占位病变患者,若活检提示为腺癌,或肺部 CT 提示肺门肿大淋巴结等情况时,需警惕隐匿性肺癌肝转移可能。活检组织的免疫组化检查、全身 PET-CT 扫描、支气管镜检查及刷检找癌细胞、痰细胞学检查及 MDT 模式,有可能为术前诊断提供更准确、更全面的思路,降低误诊、漏诊概率,为患者提供更合理地治疗。

[参考文献]

- [1] WU L L, LI C W, LIN W K, et al. Incidence and survival analyses for occult lung cancer between 2004 and 2015: a population-based study[J]. BMC Cancer, 2021, 21(1): 1009.
- [2] PAPANICOLAOU G N, KOPROWSKA I. Carcinoma in situ of the right lower bronchus; a case report [J]. Cancer, 1951, 4(1): 141-146.
- [3] 李川申, 车东媛, 周燕发. 隐性肺腺癌一例病例讨论[J]. 中国全科医学, 2008, 11(22): 2050-2051.
- [4] GILARDI R, DELLA R N, PANCALDI G, et al. Acrometastasis showing an occult lung cancer[J]. J Plast Surg Hand Surg, 2013, 47(6): 550-552.
- [5] HSU P K, SHAI S, WANG J, et al. Esophageal metastasis from occult lung cancer[J]. J Chin Med Assoc, 2010, 73(6): 327-330.
- [6] 谢红滨. 以肺外表现为首发症状的肺癌 39 例分析[J]. 中国医疗前沿, 2011, 6(10): 57-58.
- [7] 何纯, 王月干, 唐康康, 等. 周围型肝内胆管细胞癌的多排螺旋 CT 表现[J]. 南华大学学报(医学版), 2010, 38(2): 271-272, 278.
- [8] 王佑权, 刘国文, 黄果. 乳腺癌肉瘤诊治体会[J]. 中南医学科学杂志, 2016, 44(6): 685-687.
- [9] 谭菲. 纤维支气管镜检查技术在肺癌诊断中的应用[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2020, 27(S1): 59-60.
- [10] LAMPRELL K, ARNOLDA G, DELANEY G P, et al. The challenge of putting principles into practice: resource tensions and real-world constraints in multidisciplinary oncology team meetings[J]. Asia Pac J Clin Oncol, 2019, 15(4): 199-207.

(此文编辑 朱雯霞)