

The Cause, Diagnosis and Treatment of Hepatic Inflammatory Pseudotumor (A Report of 9 Cases)

Yunfeng Qiu¹, Qiwei Du¹, Weiliang Yang²

¹Departement of General Surgery, Dachang Hospital of Baoshan District, Shanghai

²Departement of General Surgery, The Second Affiliated Hospital of Haerbin Medical University, Haerbin

Email: qiuyunfeng1955@sina.com

Received: Sep. 5th, 2013; revised: Sep. 12th, 2013; accepted: Sep. 22nd, 2013

Copyright © 2013 Yunfeng Qiu et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract: Objective: To improve the understanding and the diagnostic level of Inflammatory pseudotumor (IPL). **Method:** The clinical data of 9 cases IPL were retrospectively analyzed, the diagnosis and the treatment were discussed. **Results:** Only 1 patient was correctly diagnosed by liver biopsy as HIP and cured by non-operative management, while 8 were misdiagnosed, 2 cases were undergoing lateral lobectomy; 1 case was undergoing right posterior lobectomy; 5 cases were undergoing partial hepatectomy respectively. All patients were cured without recurrence on following-up 1 - 10 years. **Conclusion:** Hepatic inflammatory pseudotumor is an uncommon disease, and its cause is still unclear. It may be associated with bacterial infection, immunoreaction, mycetic infection, etc. Although B-mode ultrasonography and CT are of great value in finding liver masses, the percutaneous liver biopsy or the pathological examination is always needed to confirm diagnosis and avoid unnecessary peration. Resection is the preferential treatment, except that those patients confirmed by pathology may be treated conservatively.

Keywords: Liver; Inflammatory Pseudotumor; Diagnosis; Cure

肝脏炎性假瘤的病因与诊治(附 9 例报告)

邱云峰¹, 杜其威¹, 杨维良²

¹上海市宝山区大场医院普外科, 上海

²哈尔滨医科大学附属第二医院普外科, 哈尔滨

Email: qiuyunfeng1955@sina.com

收稿日期: 2013 年 9 月 5 日; 修回日期: 2013 年 9 月 12 日; 录用日期: 2013 年 9 月 22 日

摘要: 目的: 提高对肝脏炎性假瘤的认识和诊断水平。**方法:** 报告 9 例肝脏炎性假瘤的诊治情况, 结合文献就其病因及诊治问题进行探讨。**结果:** 本病术前诊断困难, 易与原发肝癌相混淆。本组误诊 8 例, 只 1 例经肝穿确诊; 手术治疗 8 例, 行左外叶切除 2 例, 右肝第 V 段切除 1 例, 局部切除 5 例; 保守治疗 1 例, 均治愈, 随访 1~10 年, 无复发。**结论:** 本病少见, 病因尚不清楚, 可能与细菌感染、免疫反应及真菌感染有关。BUS 及 CT 检查是发现肝脏肿块的重要手段, 但诊断需要依靠肝穿活检或术中及术后病理检查; 治疗应以手术治疗为主, 如已经病理确诊, 可行保守治疗。

关键词: 肝脏; 炎性假瘤; 诊断; 治疗

1. 引言

肝脏炎性假瘤(Hepatic Inflammatory Pseudotumor,

IPL)十分少见, 近年来随着影像学技术的发展和对该病认识的加深, 报道逐渐增多^[1]。我们自 2000 年 1 月

至 2010 年 12 月共诊治 9 例, 均经病理检查证实, 现报告如下。

2. 临床资料

2.1. 一般资料

本组男 7 例, 女 2 例; 年龄 41~65 岁, 平均 49.5 岁。病程最短 1 周, 最长 3.5 年。

2.2. 临床表现

腹痛 5 例, 右上腹闷胀不适 4 例, 消瘦、乏力、食欲不振 3 例, 发热、多汗 2 例。右上腹压痛 3 例。病变位于右肝 6 例, 左肝 3 例, 均为单发。

2.3. 实验室检查

本组肝功能均正常, AFP 升高 1 例, HbsAg(+)1 例, 白细胞升高 2 例, 1 例为 $12 \times 10^9/L$, 1 例为 $13.5 \times 10^9/L$ 。9 例均行 BUS 检查, 均可探及低回声团块, 质不均, 其中有 4 例形态不规则, CT 检查 9 例, 均可见边界不佳, 形态不规则的低密度灶; 有 5 例进行增强检查, 2 例动脉期轻度强化, 延迟期有 3 例边缘强化。有 2 例进行了 MRI 检查, 在 T1 相均为边界不佳的低信号, 在 T2 相 1 例可见等信号, 1 例可见高信号。

2.4. 诊断

7 例误诊为肝癌, 1 例误诊为肝血管瘤, 1 例在 BUS 引导下经皮肝穿刺活检确诊为 IPL。

3. 治疗及结果

3.1. 治疗方式

本组有 8 例行手术治疗, 其中行左外叶切除 2 例, 右肝第 V 段切除 1 例, 5 例行肿块局部切除。术后均痊愈, 无合并症。1 例经肝穿确诊后行保守治疗, 给予先锋霉素 V5 g, 每日一次静滴, 共一周; 猪苓多糖 40 mg, 每日一次肌注, 20 天为 1 个疗程, 间隔 10 天后进行第二疗程, 治疗 3 个疗程后, 症状消失, CT 检查肝脏肿块消失。

3.2. 随访

本组均获随访, 时间为 1~10 年, 除 4 例术后 3

年死于脑出血外, 余均健在, 无复发。保守治疗的 1 例, 已随访 9 年仍健在, 无复发。

4. 讨论

4.1. 发病情况

炎性假瘤是以纤维结缔组织增生伴大量慢性炎性细胞浸润的局灶性病变; 在临床上或影像学上是有类似肿瘤表现的良性、炎性增生性疾病。本病又称浆细胞性肉芽肿、组织细胞瘤、纤维黄色瘤、是一种以肝脏局部非肝实质性细胞成分炎性增生形成瘤样结节为主要病理特征的良性增生性疾病^[2]。可发生于肺、肾、卵巢、胃、胰腺等处; 很少发生于肝脏, 极易误诊。1953 年 Pack 首次报道 IPL^[3], 近年来国内已有大宗的病例报告^[4,5], 并且诊断及治疗水平有了明显的提高。有人报告该病可发生于任何年龄段, 发病年龄从 10 个月~83 岁, 但以 40~70 岁年龄区间最为多见; 男性发病率要高于女性, 约为 2:1; 病灶可单发或多发, 约 80% 病例为单发病灶, 发病部位以肝右后叶最常见, 其次为肝左叶, 两叶同时受累较为少见^[6]。本组男 7 例, 女 2 例, 平均年龄 49.5 岁; 病变发生于右肝 6 例, 左肝 3 例, 均为单发。

4.2. 病因

IPL 的确切病因尚不清楚, 文献报道其发病的主要因素是: 1) 感染学说: 从食物来的一些微生物或慢性胆囊炎, 慢性阑尾炎将菌落通过门静脉回流进入肝实质内, 引起局限性慢性炎症浸润, 并逐渐向远处扩散, 引起管腔闭塞性静脉炎及炎性肉芽肿样增生^[7-9]。本组保守治疗的 1 例即是患慢性阑尾炎的患者, 每年反复发作几次, 手术治疗中 1 例是慢性结石性胆囊炎患者, 经常反复发作。有证据证明感染在 IPL 的发病中起重要作用: a) 病变组织中培养出肺炎克雷白杆菌和大肠杆菌^[7]; b) 病变组织切片可见革兰氏阳性球菌和寄生虫片段^[8]; c) 病变组织切片中找到霉菌; ④病变组织中找到 EB 病毒 RNA^[9]。另外患者发热, 白细胞升高, 血沉和 C 反应蛋白增加, 血中培养出细菌^[10], 是有力的间接证据; 2) 免疫学说: IPL 患者血清免疫球蛋白均显著升高, 在病灶内发现一种多克隆特性的浆细胞, 包含的主要成分为细胞角质素, 免疫反应的主要成分为低分子量的细胞角质素抗体, 具有辨认胆

道和肝细胞的功能, 诱使胆道内纤维化及局部纤维组织细胞增生, 类似 Riedel 甲状腺炎的变化^[11,12]; 3) 真菌感染学说: 真菌感染后分布在损害区的组织细胞内, 诱发原发性硬化性胆管炎及闭塞性门静脉炎, 胆汁外溢促使玻璃样纤维细胞, 多克隆浆细胞和淋巴细胞的高度增殖, 诱发 IPL 的形成^[11,12]。

4.3. 诊断

IPL 发病无一定规律, 无特异性的症状, 主要表现为上腹部隐痛, 胀痛, 间歇性发热, 乏力, 食欲不振, 体重减轻等。本组病例右上腹部疼痛及胀痛 8 例, 消瘦、乏力、食欲不振 4 例, 发热 2 例。而且患者的一般状态都很好, 本组有 2 例是在体检时发现的肝脏肿块。可见本病的常见症状及体征均是常见病、多发病的表现, 不被人们重视, 加上本病发病率低, 所以术前常被误诊。本组只 1 例经肝穿确诊, 余 8 例均误诊。综合本组病例资料, 以下几点对诊断有帮助: a) 症状轻, 无明显的阳性体征, 而且病程较长, 本组最长 1 例为 3.5 年; b) 无肝脏病史, 肝功能正常, HbsAg 及 AFP 均阴性, 本组有 8 例均正常; c) BUS 检查多表现为边界清楚的低回声实质性肿块, 本组均有此种表现; d) CT 检查多为边界不清, 密度不均匀的低密度区, 本组均有此种表现。这种表现主要是由于病灶组织结构遭到破坏, 缺乏正常的肝细胞, 并被不同数量的纤维母细胞代替所致^[13]。根据以上几点仍不能确诊应作肝脏穿刺检查可作定性诊断。有人提出 IPL 的诊断要点主要包括^[10]: a) 多为肝右叶单发肿块, 短期内肿块可缩小; b) 中老年男性多见; c) 常有发热、肝区痛和消瘦乏力等表现; d) 外周血白细胞可升高, 血沉和 C 反应蛋白可增加; e) 既往无肝病史, 无肝硬化的表现; f) 肿瘤指标 AFP 和 CEA 正常; g) 肿块 B 型超声为低回声, CT 平扫为低密度, 多无增强, 延迟期呈现周边增强; h) 血管造影为少血管影。

4.4. 治疗

我们认为, 目前绝大多数 IPL 术前很难与肝脏恶性肿瘤相鉴别, 为此本病应手术治疗, 以防延误诊断,

除非术前获得定性诊断而保守治疗。手术的目的是切除病灶, 明确诊断。同时避免瘤体长大出现胆汁排出受阻, 门静脉压力增高压迫症状^[14]。为此手术治疗是目前 IPL 的主要治疗手段。手术方式应根据病变范围而定, 大多行局部及肝叶或段切除。除非在半肝内有多发病变, 否则不宜行半肝切除。本组手术治疗 8 例, 行左外叶切除 2 例, 右肝第 V 段切除 1 例, 5 例行肿块局部切除, 效果良好。本组 1 例应用肝穿获得明确诊断而保守治疗, 经过应用先锋霉素 V5 g, 每日一次, 静滴一周, 猪苓多糖 40 mg, 每日一次肌注, 20 天为 1 疗程, 间隔 10 天后进行第二疗程, 在治疗中症状逐渐消失, 3 个疗程后复查 CT 肝脏肿块消失, 随访 9 年无复发。

参考文献 (References)

- [1] 杜波, 马彦江, 李昭宇. 肝脏炎性假瘤 8 例临床分析[J]. 宁夏医科大学学报, 2010, 32(3): 415-417.
- [2] 张云, 房世保, 吉晓丽. 肝脏炎性假瘤[J]. 齐鲁医学杂志, 2010, 25(2): 91-92.
- [3] 朱雄伟, 傅志仁. 肝脏炎性假瘤的诊治分析[J]. 肿瘤杂志, 2006, 10(26): 48-50.
- [4] 尤俊, 林小军, 张亚奇等. 肝脏炎性假瘤的诊断和治疗[J]. 中华肝胆外科杂志, 2002, 8(3): 162-165.
- [5] 单云峰, 周伟平, 傅思源等. 50 例肝脏炎性假瘤的临床分析[J]. 肝胆外科杂志, 2002, 10(5): 342-344.
- [6] 窦科峰, 曹大勇. 肝脏炎性假瘤的诊断与治疗[J]. 肝胆外科杂志, 2008, 16(6): 401-403.
- [7] S. Seki, T. Kitada, H. Sakaguchi, et al. A clinicopathological study of inflammatory pseudo tumors of the liver with special reference to vessels. *Hepatogastroenterology*, 2004, 51(58): 1140-1143.
- [8] A. Abbey-Toby, D. Cazals-Hatem, M. Colombat, et al. Inflammatory pseudo-tumor of the liver is preoperative diagnosis possible. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 2003, 27(10): 883-890.
- [9] E. Biecker, A. Zimmermann and J. F. Dufour. Spontaneous regression of an inflammatory pseudo tumor of the liver. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 2003, 41(10): 991-994.
- [10] 肖文斌, 刘玉兰. 肝脏炎性假瘤[J]. 中华普通外科杂志, 2002, 17(11): 703-704.
- [11] J. Aguirre-Garcia. Inflammatory pseudo-tumor of the liver. *Annals of Hepatology*, 2004, 3(1): 34.
- [12] T. Yoshida, I. Nishimori, M. Kumon, et al. Inflammatory pseudo-tumor of the liver report of a case diagnosed by needle biopsy. *Hepatology Research*, 2003, 27(1): 88-96.
- [13] 司徒祖超, 陈崢, 张广源. 肝脏炎性假瘤 35 例 CT 表现及诊治分析[J]. 中国医药科学, 2012, 2(4): 115-116.
- [14] 胡伟, 肖卫东, 李勇. 肝脏少见良性肿瘤 21 例临床分析[J]. 南昌大学学报(医学版), 2013, 53(5): 57-59.