孤立性肝結核以肝惡性腫瘤呈現

胡瑞庭醫師 /國泰綜合醫院 消化內科

病例報告：

一名 59 歲女性因高血壓、逆流性食道炎和消化性潰瘍病病史前來就診。她於 3 月出現間歇性夜間發燒，但沒有檢查體溫。相關癥狀包括出汗、間歇性上腹部飽脹感和 4 個月內無意體重減輕 5 公斤。儘管在當地診所接受治療，但她的癥狀仍然存在，在一家醫學中心進行進一步檢查。腹部斷層掃描（CT）的報告為晚期膽管癌。她決定尋求第二診療意見，來到門診。她報告沒有呼吸道癥狀、食慾下降、噁心/嘔吐、疲勞、腹痛、排便習慣改變、黑便、泌尿系統不適、肌痛或皮疹。她否認有任何接觸或旅行史，不吸煙或飲酒，也沒有已知的過敏症。經檢查，她的生命徵象正常。結膜蒼白，心肺和腹部檢查無明顯異常。未發現皮疹或淋巴結腫大，全血細胞計數僅顯示正細胞性貧血，血紅蛋白水準為 9.6g/dl。生化檢查均正常。甲胎蛋白、癌胚抗原、癌抗原 19-9 等腫瘤標誌物均在正常範圍內。腹部超音波位於肝門周圍的邊界不清的混合性迴音肝腫瘤（圖 1）。腹部 CT 顯示肝門周圍低密度病變邊界不清，左腋窩淋巴結腫大（圖 2）。進行了超音波引導下的肝活檢，組織病理學顯示乾酪性肉芽腫性炎症（圖 3），但抗酸染色未能證明任何分枝桿菌的證據。三組痰液抗酸染色均為陰性。安排左腋窩淋巴結活檢，組織病理學再次證實乾酪性肉芽腫性炎症。組織化學研究再次未能證明分枝桿菌的證據，但左腋窩淋巴結的兩組結核菌培養產生了結核分枝桿菌復合體。開始抗結核治療方案，3 個月後腹部 CT 隨訪顯示肝腫瘤完全消退（圖 4）。

討論：

結核病（TB）表現為獨立的肝腫瘤，沒有結核病的臨床證據，很少見，難以診斷，並且經常與原發性或轉移性肝癌混淆。肝結核通常是由於結核病的舊病灶重新活動而發生的，或者在極少數情況下是由於原發性肝病例。臨床表現通常不典型，實驗室檢查和影像學檢查也是如此。

文獻報導了三種形式的肝結核：粟粒性肝結核、局部性肝結核和膽道性肝結核[1,2]。獨立性肝結核的臨床表現通常隱匿且無特異性，常導致診斷延遲。在我們的患者中，診斷為肝結核之前的臨床症狀持續時間約為 4 個月。局部肝結核與

圖 1、超音波檢查顯示肝門周圍不規則、邊界不清、混合性迴音肝腫瘤

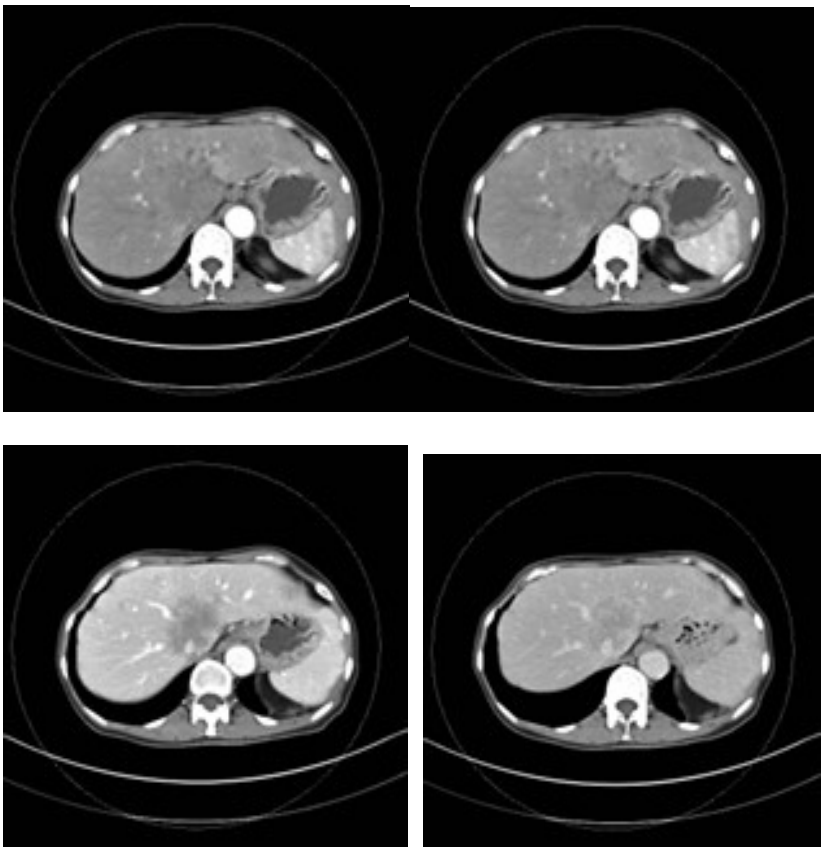

圖 2.腹部 CT 顯影和不顯影顯示肝門周圍不規則的低密度腫瘤。

膽道型阻塞性黃疸不同，臨床表現沒有特異性[3]。最常見的臨床表現是發燒、腹痛和體重減輕。實驗室檢查通常顯示鹼性磷酸酶水準升高，而丙氨酸轉氨酶和天冬氨酸轉氨酶水準正常。特異性較低的發現包括貧血、低白蛋白血症和低鈉血症[4]。我們的患者只有典型貧血。

通過影像學檢查診斷肝結核是一項挑戰，尤其是結節型且沒有肺結核證據的情況下。超音波檢查結果從伴或不伴有高迴音環的低迴音腫瘤到高迴音腫瘤。CT，從造影劑後伴或不伴邊緣增強的低密度腫塊到伴中央壞死或中央鈣化的異質性密度[3]。

由於影像學檢查為多變性，通常與原發性腫瘤或轉移相似，因此如果不進行切片，就很難做出診斷。因此，肝切片以及組織病理學和細菌學證據對於確診肝結核是必要的。

肝結核病的診斷可以從組織學標本中得出，這些標本顯示以下情況：（1）肝組織中存在抗酸桿菌（AFB）的證據;（2）在其他地方發現的結核桿菌加上肝肉芽腫，伴或不伴乾酪性肉芽腫性壞死；或剖腹手術中的典型肉眼外觀，包括各種大小的類似起司或白堊白色不規則結節[5]。抗酸染色（從 0% 到 45%）和培養（從 10%到 60%）的敏感性都很低，這意味著診斷仍然很困難。無 AFB 不應影響診斷，尤其是在結核病流行地區。 使用聚合酶鏈反應直接檢測結核分枝桿菌的存在正在增加，這可能會提高靈敏度。一旦確定肝結核的明確

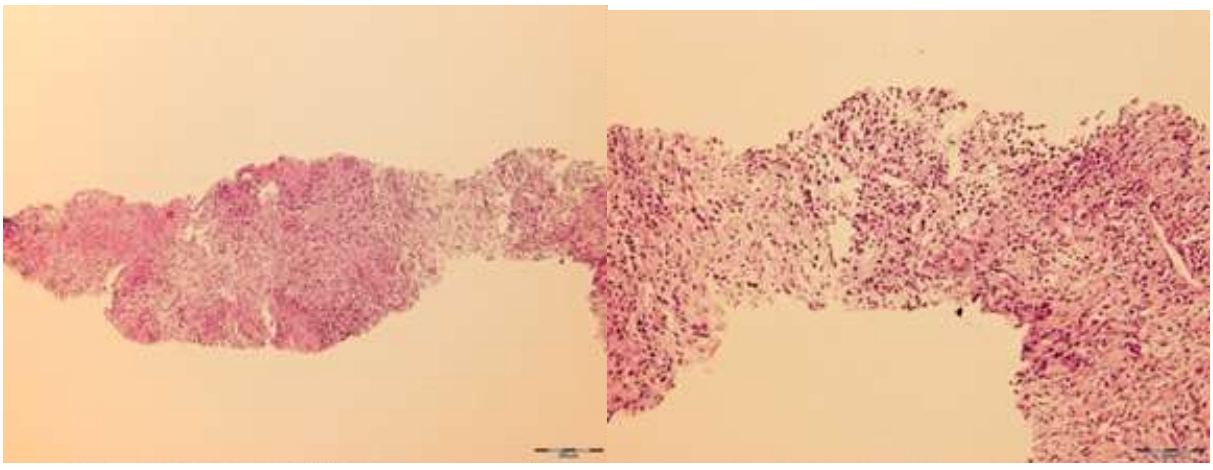

圖 3.肝臟組織病理學顯示乾酪性肉芽腫性炎症 (caseating granulomatous inflammation

診斷，建議進行至少 6 個月的常規抗結核治療。　　總之，孤立性肝結核是一種罕見疾病，由於非特異性症狀而難以診斷，需要高度懷疑。雖然罕見，但在台灣，肝結核應作為肝臟病變的鑑別診斷之一，尤其是當患者出現上腹痛、發燒、體重減輕和肝腫大時。最佳診斷方法是肝切片，經組織病理學證實乾酪樣肉芽腫、AFB 或結核分枝桿菌培養生長。

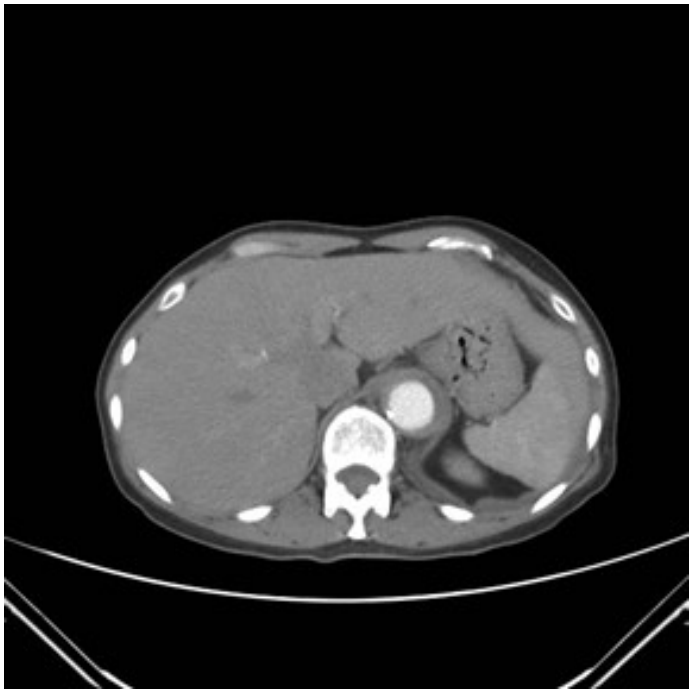

圖 4、抗結核治療後的腹部 CT 顯示肝腫瘤消失

參考文獻

1. Bernhard JS, Bhatia G, Knauer CM. Gastrointestinal tuberculosis: an eighteen-patient experience and review. J Clin Gastroenterol. 2000 Jun;30(4):397-402.

2. Brookes MJ, Field M. Massive Primary Hepatic Tuberculoma Mimicking Hepatocellular Carcinoma in an Immunocompetent Host. MedGenMed. 2006; 8(3): 11.

3. Tai WC, Kuo CM, Lee CH, et al. Liver tuberculosis in Southern Taiwan: 15-years clinical experience. J Intern Med Taiwan 2008; 19:410–17..

4. Malik M, Kurban L, Murray GI, Alkari B. Isolated tuberculosis of the liver: a diagnostic challenge. BMJ Case Reports 2011; doi:10.1136/bcr.12.2010.365