

浸潤性肝結核誤診肝惡性腫瘤

陳信宜醫師 / 台北國泰綜合醫院 消化內科

病例報告：

一名 34 歲的東南亞外籍女性患者否認有任何全身性疾病，也沒有服用任何藥物，健康食品或喝酒的習慣。根據她的陳述，多年來一直有上腹部飽脹和輕微不適。大約 8 年前，她來到臺灣，成為一名看護人。腹部飽脹的症狀越來越嚴重，尤

其是最近幾個月。有時，她會因為腹部不適而睡不好覺。她以為自己得了慢性胃炎，不予理睬。她噁心嘔吐了 4 天，尤其是吃了辛辣或油膩的食物。此後，她出現水樣腹瀉，並出現低燒和寒顫。她否認吃生的（未煮熟的）食物、飼養的寵物或戶外活動。她在 8 個月內體重

減輕了約 5 公斤。近日前往我們的肝膽胃腸門診尋求治療。KUB 在結腸中顯示大量糞便，這可能是由於便秘所致。血液分析顯示貧血和肝功能檢查異常。腹部超音波顯示：1. 肝腫大。2. 脾腫大。3. 輕微腹水（圖 1）。因此，轉到急診室，她有心動過速和低燒。腹部 CT 顯示：1. 肝臟腫大的明顯畸形；2. 明顯的左右側肝區域浸潤改變；3. 輕度脾腫大（>10cm）；4. 瀰漫性腹水；5. 一些右側腹膜外側結節與一些突出的左主動脈旁淋巴結（圖 2）。初步疑浸潤性肝惡性腫瘤，安排外科腹腔鏡切片檢查，結果如圖 3。病理報告：腹膜、小腸、漿膜、肝臟、包膜腹腔鏡活體冷凍切片---慢性肉芽腫性炎症伴乾酪樣壞死，腹水、腹膜腔、癌細胞收集---存在大量急性和慢性炎症浸潤與一些反應性間皮細胞混合（沒有證據表明惡性腫瘤）。診斷為結核性腹膜炎。經治療後患者症狀改善，腹部超音波與電腦斷層也明顯改善，如圖 4、5。

討論：

肝結核可能源至於為腸結核的肝侵犯，肺結核與肝損傷，原發性肝結核病，局



圖 1、超音波顯示肝腫大，邊界不清，右肝疑等迴音肝腫塊？和輕微腹水

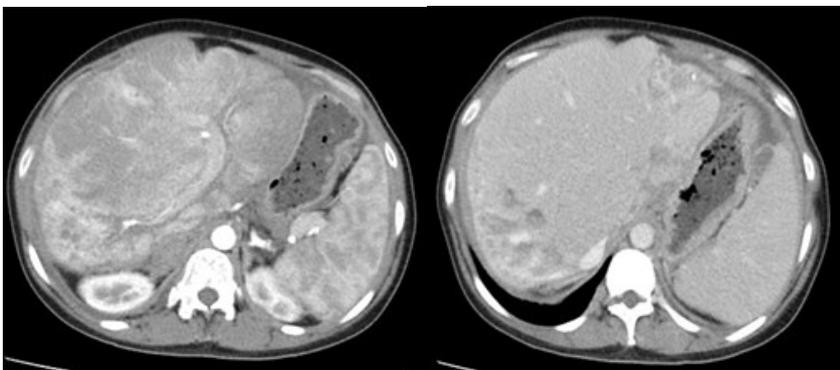


圖 2、腹部 CT 顯示肝臟腫大明顯畸形，輕度脂肪肝，明顯的左右側肝區域浸潤改變。



圖 3、肝臟組織病理學顯示乾酪性肉芽腫性炎症 (腹腔鏡)

膽管炎。最常見的肝結核是 50%-80% 的病例因透過肝動脈血源性傳播而發生。原發性肝結核很少見，因為肝臟中的低氧張力不利於分枝桿菌的生長，儘管豐富的血液供應和網膜內皮系統的存在促進了結核桿菌芽腫的形成。原發性肝結核病的可能始於原發性腸道結核菌進入門靜脈並播種肝實質。肉芽腫通常位於肝門附近，只有輕度肝功能損害，因此這些病變大多是輕微的症狀或無症狀的。文獻中描述的最常

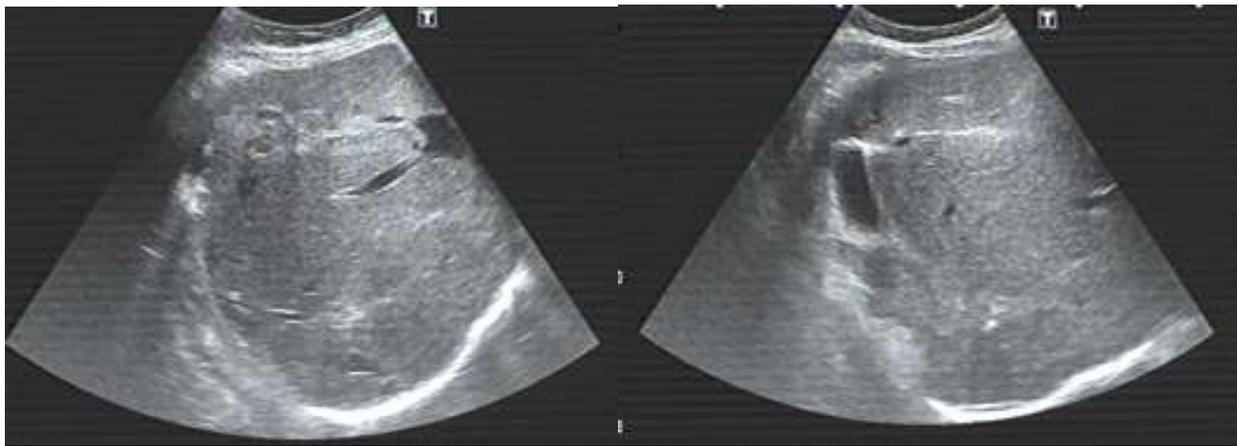


圖 4、超音波顯示沒有肝腫大，邊界清晰，疑等迴音肝腫塊消失和沒有腹水

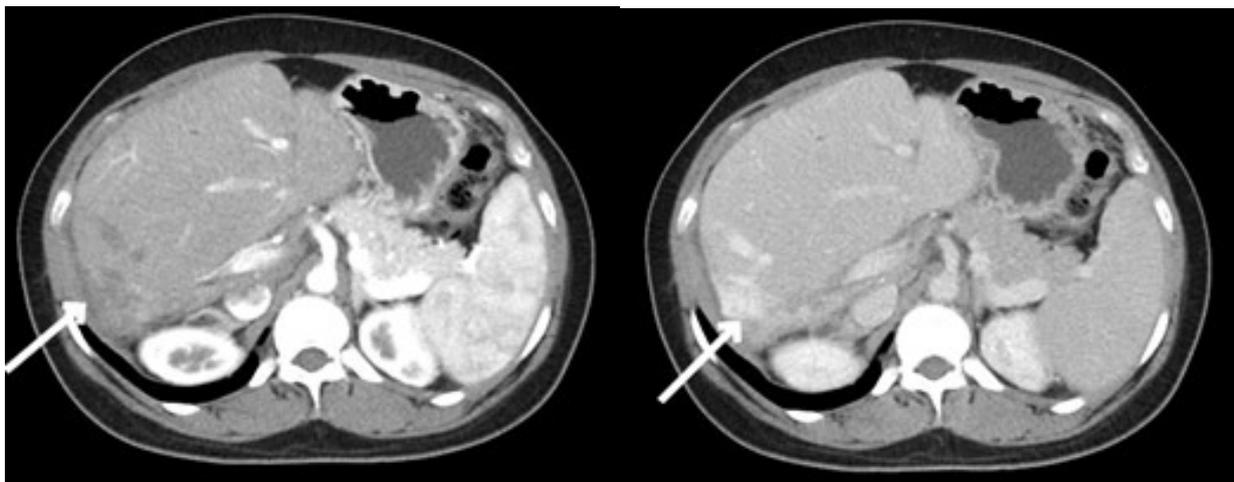


圖 5、與治療前 CT 的比較：

1. 腹膜炎明顯改善或恢復。2. 肝殘餘左葉低增強性肝結節和靜止性肝內鈣化結節或肉芽腫的 regressive change 伴肥大。

灶性結核病或膿腫和結核性遇到的臨床和實驗室發現是發燒、體重減輕、腹痛、肝腫大和鹼性磷酸酶水準升高。超音波和斷層掃描可以顯示肝內低密度病變或線性高密度鈣化病變，儘管有這些特徵但並不特異性。^[1]

文獻報告常以三種形式的肝結核方式：粟粒性肝結核、局部性肝結核和膽道性肝結核。最常見的肝臟形式是粟粒型結核病，為血行性播散是通過肝動脈。局部和膽道形式可能通過門靜脈從腸道擴散。粟粒型很少被識別，因為通常沒有臨床表現。我們的患者表現為肝結核為浸潤形式更是很少見報導，可能是因為肝臟中相對較低的氧分枝桿菌不利於生長。首先常會被誤認為肝臟惡性腫瘤。^[2]

浸潤性肝結核的臨床表

現通常無特異性，與浸潤性肝臟惡性腫瘤一樣，超音波往往只有肝腫大的現象而被忽視常導，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多年。最常見的臨床表現是不明原因發熱、腹漲痛和體重減輕。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或略高。特異性較低的發現包括貧血、低白蛋白血症和低鈉血症我們的患者只有慢性病的典型貧血（正細胞和正色素）。

通過影像學檢查診斷肝結核更是一項挑戰，尤其是如本案浸潤性肝結核且沒有肺結核證據的情況下，超音波完全看不出低迴音或高迴音腫瘤，只顯示肝腫大。斷層表現，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，大多會先想到浸潤性肝臟惡性腫瘤。

由於影像學檢查中病變為多態性，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。本案如以經皮超音波切片，擴散或出血則被擔心，因此腹腔鏡肝切片或腹腔探查則是必要的^[3,4]。一旦確定肝結核的明確診斷，建議進行至少 6 個月的常規抗結核治療。

浸潤性肝結核是非常罕見疾病，由於非特異性癥狀與影像而非常難以診斷，最佳診斷方法是肝切片，肝結核應作為肝臟病變的鑒別診斷之一，尤其是當患者出現上腹痛、發熱、體重減輕和肝腫大時。

Reference

1. Chien R, Freitas M, et al. Looking beyond appearances: when liver biopsy is the key for hepatic tuberculosis diagnosis. *BMJ Case Rep* 2020;13:e234491. doi:10.1136/bcr-2020-234491
2. Yang C, Liu X, Ling W, Song B, Liu F. Primary isolated hepatic tuberculosis mimicking small hepatocellular carcinoma: a case report. *Medicine* 2020;99:41(e22580).
3. Keri VC, et al. Looking beyond appearances: when liver biopsy is the key for hepatic tuberculosis diagnosis *BMJ Case Rep* 2020;13:e233303. doi:10.1136/bcr-2019-233303