<症例報告>

高度の炎症反応を伴い診断に苦慮した肝未分化癌の一例

堀本 啓大^{1)*} 藤田 弘之¹⁾ 宮下 憲暢¹⁾ 三和 公明¹⁾
小西 和哉²⁾ 平野 聡³⁾ 高桑 康成⁴⁾ 岡本 宗則¹⁾

要旨：症例は80歳代女性。食思不振と炎症反応高値が持続し、径8 cm大の肝腫瘍を指摘されたため当科紹介となった。一部肝外に突出し、動脈相から平衡相にかけて腫瘍辺縁の淡い造影効果を伴う乏血性の腫瘍で、生検でも悪性所見は得られなかった。炎症反応高値と併せて、肝放線菌症などによる慢性肝膿瘍を疑い抗生剤加療を開始した。炎症反応が遷延し腫瘍が増大傾向を示したため、再度生検を施行したところ肝肉腫の診断となり、肝後区域切除、横隔膜合併切除が施行された。異型核を持つ腫瘍細胞がシート状に増殖しており、Vimentin (+), AE1/AE3 (+)にてUndifferentiated carcinoma (Sarcomatoid carcinoma)と最終診断された。肝未分化癌の報告は稀であり、しばしば弛張熱や炎症反応を伴い肝膿瘍と鑑別が困難な症例が散見される。本例でも同様の経過を辿り診断に苦慮したため報告する。

索引用語： 肝癌 未分化癌 肉腫様肝癌 肝放線菌症 造影超音波検査

はじめに

肝未分化癌は肝原発の上皮性腫瘍のうち2%以下とされ、非常に稀である¹⁾。通常は乏血性の腫瘍であり、被膜形成に乏しく、壊死や出血を伴うとされるが、画像診断のまとまった報告はない。高熱や炎症反応を伴う症例もあり、しばしば肝膿瘍と診断され治療を開始されることもある。今回、我々は炎症反応の上昇を伴い慢性肝膿瘍と鑑別に難渋した肝未分化癌の一例を経験したので報告する。

症 例

症例：80歳代 女性。

主訴：食思不振。

既往歴：33歳時 虫垂炎、43歳時 子宮卵巣摘出（詳細不明）、65歳時 糖尿病、71歳時 狭心症、脂質代謝異常症。

現病歴：当院内科に糖尿病にて通院加療中であった。3カ月前から食思不振と血液検査で白血球数(WBC)、

CRPが軽度上昇していた。改善がみられないためスクリーニング目的に単純CT検査を施行されたところ、肝S6に8 cm大の低吸収域を認め精査加療目的に当科紹介となった。

入院時現症：身長147 cm。体重43.5 kg。BMI 20.1。血圧111/68 mmHg。脈拍103/分。体温37.1℃。意識清明。結膜：貧血なし。黄疸なし。胸部：心雑音聴取せず。肺野に副雑音聴取せず。腹部：平坦、軟で圧痛を認めず。下腿浮腫なし。表在リンパ節触知せず。神経学的異常なし。

血液検査所見 (Table 1)：WBC 15800/μl, CRP 11.61 mg/dl と炎症反応高値を認め、プレセプシンも337 pg/ml と軽度上昇していた。ALP 369 U/L と軽度上昇していたが肝逸脱酵素は正常で、血清アルブミン値は2.8 g/dl と低下していた。Child-Pugh スコアは6点、grade A、ICG15分停滞率も1.6%であり、肝予備能は良好に保たれていた。背景肝はHBs抗原陰性、HBs抗体陰性、HBc抗体陰性、HCV抗体陰性で、主要な腫瘍マーカーは陰性であった。

腹部超音波検査 (Fig. 1)：肝S5/6に境界明瞭、内部不均一、辺縁に低エコー帯を伴う径47×38 mm、49×40 mm、35×19 mmの低エコー腫瘍が癒合している所見を認めた。Sonazoid®による造影ではearly vascular phaseで腫瘍辺縁から中心部にむけて全体がほぼ均一に造影されたが中心部は一部造影されなかった。造

1) 医療法人菊郷会愛育病院・消化器内科

2) 医療法人菊郷会札幌センチュリー病院・外科

3) 北海道大学大学院消化器外科学教室 II

4) NTT 東日本札幌病院臨床検査科

*Corresponding author: horimoto@aiiku-hp.or.jp

<受付日2017年7月6日><採択日2017年11月22日>

Table 1 Laboratory data on admission

Hematology		Blood Biochemistry		Serology and Others	
WBC	15800 / μ l	TP	7.1 g/dl	CRP	11.61 mg/dl
Seg	88.0 %	Alb	2.8 g/dl	Hyaluroid acid	90.4 ng/ml
Lym	9.0 %	T.Bil	0.3 mg/dl	typeIV collagen 7S	6.0 ng/ml
Mono	3.0 %	D.Bil	0.1 mg/dl	M2BPGi	0.95
Eosi	0.0 %	AST	18 U/l	IgG	1529 mg/dl
Baso	0.0 %	ALT	9 U/l	IgA	309 mg/dl
Hb	10.1 g/dl	LDH	216 U/l	IgM	33 mg/dl
Hct	30.6 %	ALP	369 U/l		
MCV	83 fl	γ -GTP	216 U/l	Tumor Markers	
MCH	27.4 pg	ChE	252 U/l	AFP	3 ng/ml
MCHC	33.0 %	Cr	0.56 mg/dl	DCP	36 mAU/ml
Plt	58.6×10^4 / μ l	BUN	21.9 mg/dl	CEA	1.6 ng/ml
		CK	73 U/l	CA19-9	<5.0 U/ml
Coagulation		Na	136 mEq/l		
PT	92 %	K	4.6 mEq/l	Hepatitis viral markers	
PT-INR	0.99	Cl	97 mEq/l	HBsAg	(-)
APTT	42.7 sec	UA	3.5 mg/dl	HBsAb	(-)
Fibrinogen	528 mg/dl	T.Chol	115 mg/dl	HBcAb	(-)
FDP	17.5 mic/ml	T.G	65 mg/dl	anti-HCV	(-)
		FPG	89 mg/dl		
		HbA1c	7.8 %	ICG R15	1.6 %
		Ferritin	124.6 ng/ml		
		Presepsin	337 pg/ml		

M2BPGi: Mac-2 Binding Protein

DCP: Des- γ -carboxy prothrombin

影効果は腫瘍辺縁にも波及しており造影域の拡大がみられた。Late vascular phase では造影剤の洗い出しがみられ、post vascular phase では明瞭な欠損像として描出された。

腹部ダイナミック CT (Fig. 2) : 肝 S6 に動脈相～平衡相にかけて造影効果に乏しく辺縁に淡い造影効果を伴う3個の腫瘍を認め、被膜を有していた。

EOB-MRI (Fig. 3) : 肝 S6 に肝臓より突出する多結節状の腫瘍を認め、内部に壊死を伴っていた。T1 強調画像で low intensity, T2 強調画像で淡い high intensity, 拡散強調画像では high intensity を示し、周囲の肝臓に軽度の浮腫性変化を認めた。動脈相～平衡相にかけて腫瘍は造影効果を持たず、肝細胞相では明瞭な欠損像として描出された。

FDG-PET CT (Fig. 4) : 肝 S6 に SUVmax 8.6 の集積を認めた。

入院後経過 : 肝細胞癌も否定できなかったが、腹部 dynamic CT 検査, EOB-MRI 検査では典型的な造影所見は得られず、腫瘍マーカーや背景肝が正常であった

こと、血液検査で炎症反応が高値であったことと発熱などの臨床症状と併せて、肝膿瘍を第一に考え SBT/CPZ 2 g/日での抗生剤治療を開始した。腹部エコー検査では液状成分に乏しく、また悪性腫瘍を否定できなかったため穿刺ドレナージは施行しなかった。炎症反応の改善がみられないため、第9病日に21G吸引生検針で肝腫瘍生検を施行した。病理結果は一部にフィブリンの析出を伴い好中球浸潤が目立つ部位がみられ膿瘍の一部が採取された可能性が疑われた。グラム染色にて放線菌は検出されなかった。腫瘍性病変周囲で反応性変化を来した非腫瘍部が採取された可能性も考えられた。第16病日に施行した造影超音波検査では、造影早期相で腫瘍内部に濃染像がみられ、腫瘍辺縁にも造影域が拡大した。急性期を過ぎた肝膿瘍の所見としては内部の血流信号が豊富であり内部の壊死融解所見も見られず、短期間での画像変化に乏しい印象を受けた。肝悪性腫瘍の可能性を否定できず、外科に診断も兼ねて肝切除術を相談したが、周術期リスクが高いため保存的加療を継続する方針となった。肝外突出性で

Fig. 1 Abdominal ultrasonography (US). B mode imaging showed coadunate several hypoechoic masses in the 6th segment of the liver (a). Contrast enhanced US with Sonoazoid® (0.5 ml/body) revealed the early enhancement of the mass with the peripheral enhancement in the early vascular phase (b). The region showed washout pattern in the late vascular phase (c). Perfusion defect was observed in the post vascular phase (d).

Fig. 2 Dynamic computed tomography (CT). The mass was revealed as a low density area in plain CT (a). The mass periphery was slightly enhanced in arterial, portal and equilibrium phase (b-d).

Fig. 3 Imaging series of abdominal magnetic resonance imaging (MRI) with gadolinium-ethoxy-benzyl-diethylenetriamine-pentaacetic acid (Gd-EOB-DTPA). The mass was demonstrated as low intensity area on the T1 weighted image (a), high intensity area on the T2 weighted image (b) and the diffusion weighted image (c). Dynamic MRI consistently revealed absence of enhancement (d-f) and a defect in the hepatobiliary phase (g).

Fig. 4 Fluorodeoxyglucose (FDG)-positron emission tomography/computed tomography (PET/CT) images illustrated FDG uptake in the 6th segment of the liver.

浸潤傾向があることから肝放線菌症などの特殊な慢性肝膿瘍も疑い、第20病日からはPCG 120万単位/日の投与も併用したが炎症反応の改善は見られなかった。腫瘍から確実に組織が採取されていない可能性を考え、

第35病日に再度、肝腫瘍生検を施行した。18 G 針にて腫瘍中心部の低エコー域とその手前の等エコー域から2カ所検体を採取した。採取検体は透明、ゼラチン様で壊死を反映している印象であったが、腫瘍中心部から採取した検体では、紡錘形の高度異型細胞が比較的疎に分布しており、核異型が目立ち一部壊死がみられるエリアもあった。Vimentin (+), S-100 (-), aSMA (-), p53(+), MIBI 30%にてsarcomaの診断に至った。第85病日に右第8肋間開胸開腹で肝後区域切除が施行された。横隔膜に腫瘍浸潤を認め、横隔膜合併切除、胆嚢摘出術も施行された。

切除標本肉眼所見 (**Fig. 5**) : 腫瘍の大きさは10×5×10 cmであった。分葉状構造を呈する充実性の病変で、断面は黄白色調を呈していた。腫瘍の中心部分は明らかに壊死を伴っていた。周囲との境界は比較的明瞭であったが辺縁の一部に横隔膜が付着していた。断面に示すように腫瘍と周囲の肝組織から12個の標本を作製して組織学的な検討を行った。横隔膜は標本6と11に認められ、肝切離面に明らかな腫瘍の露出は見られなかった。

Fig. 5 The resected specimen showed a solid yellowish-white tumor measuring 10×5×10 cm in diameter. Shown above, twelve samples were prepared for the histological investigation.

病理組織学的検査 (Fig. 6) : 大小不同を示す類縁型～紡錘形の核や、大型で bizarre な異型核をもつ腫瘍細胞がシート状に増殖していた。腫瘍内には壊死が目立ち、異型分裂を含む核分裂像が多数観察された。また好中球を含む中等度以上の炎症細胞浸潤がみられた。免疫組織学的には Vimentin 陽性、AE1/AE3 陽性、CK7 はごく少数で陽性、AFP、CEA、CA19-9、CD31、CD34 は全て陰性であった。Vimentin と同時に上皮系マーカーであるサイトケラチン (AE1/AE3) が陽性となっており、間葉系マーカーである CD31、CD34 が陰性であった。肉腫型の形態を呈する癌の所見であり Undifferentiated carcinoma (Sarcomatoid carcinoma) と最終診断した。肝細胞由来か胆道系由来かは判然としなかったが CK-7 が少数で陽性であり、どちらかと言うと胆管系の形質、分化を示している可能性が考えられた。腫瘍は横隔膜に浸潤していたが切除断端は陰性であった。背景肝は 10% 以下の肝細胞に脂肪滴の沈着を認めるの

みであった。

術後経過 (Fig. 7) : 術後は WBC 値、CRP 値も低下傾向となり、第 126 病日にリハビリ目的に他院へ転院された。以後 11 カ月無再発生存中である。

考 察

肝未分化癌は極めて稀な疾患であり、原発性肝悪性腫瘍の約 0.5% の発生頻度と云われている²⁾。本邦の原発性肝癌取り扱い規約第 6 版によると、肝癌の組織分類の中で肝細胞あるいは胆管細胞由来を問わない独立した項目として取り扱われているが、明らかな定義がないのが現状である³⁾。WHO 分類では、短紡錘形や多稜形に富む腫瘍細胞が肝癌の一部あるいは大部分を占めるような肉腫様変化を呈する腫瘍を肉腫様肝癌、呈しない腫瘍は未分化癌として区別して定義している⁴⁾。実際は明確な線引きがなされておらず両者が混在して報告されているものと思われる。ほとんどの肉腫様肝癌は経皮的肝動脈塞栓化学療法やラジオ波焼灼療法などの局所治療後に発生するが、最近では自然発生例も報告されている⁵⁾。肝腫瘍に肉腫様成分が認められた際に、癌と肉腫様成分の混在する症例では診断は比較的容易だが、癌の混在を認めない場合は肝癌の肉腫様変化なのか真の肉腫なのか問題となる。肉腫様変化を伴う肝癌では上皮性マーカーであるサイトケラチンと非上皮性マーカーである Vimentin の両者が陽性となるのに対し、真の肉腫では Vimentin のみが陽性となる⁵⁾。自験例では肝癌の既往や放射線、抗癌剤での治療歴も認められず、上下部消化管内視鏡検査、全身 CT 検査、PET-CT 検査では肝外に原発巣となりうる悪性病変を認めなかった。また病理組織では類縁型～紡錘形の肉腫様細胞が増殖していたが索状構造や腺管様構造は全く認められず、分化傾向は特定できなかった。免疫染色にて Vimentin と同時に上皮系マーカーが陽性であったため真の肉腫は否定された。癌肉腫、類上皮血管内皮腫、平滑筋肉腫、他の間葉系腫瘍も鑑別診断に挙げられたが、いずれも組織形態と免疫染色の結果から否定された。最終的に肉腫様の形態を呈する癌と考え、肝未分化癌 (肉腫様肝癌) と診断した。AFP 染色が陰性で CK7 による染色が少数で陽性だったので、肝細胞よりも胆管細胞由来の未分化癌と考えられた。

肝未分化癌では発熱と炎症反応の上昇がしばしば見られるため、肝膿瘍として診断、治療を開始されることも多い。経過中の膿瘍ドレナージの性状や抗生剤への反応性不良などから悪性腫瘍が疑われ、最終的に腫

Fig. 6 Histopathological findings demonstrated sheet-like proliferation of spindle cells (a, b) with remarkable mitosis (c, black arrow) and the infiltration of inflammatory cells including neutrophil (d). (a: HE $\times 4$, b: HE $\times 10$, c: HE $\times 40$, d: HE $\times 10$)

Immunohistological examination exhibited that the tumor cells were positive for vimentin (e) and AE1/AE3 (f) and a few of them were positive for CK7 (g). (e: vimentin $\times 10$, f: AE/AE3 $\times 10$, g: CK7 $\times 10$). Gross findings of the tumor. Red squares show the areas of the histological findings of the corresponding alphabets (h).

瘍生検で診断に至る報告も散見される^{2)6)~10)}。発熱や炎症反応が高値となる原因として腫瘍壊死組織由来の IL-1, IL-6, TNF- α , IFN などのサイトカインや、腫瘍が産生する G-CSF が考えられている¹⁾⁶⁾。

肝未分化癌の画像診断は困難であることが多い。造影 CT や MRI では、内部壊死を反映して辺縁に造影効果を伴う乏血性腫瘍として描出されることが多いが¹¹⁾、特徴的な画像所見がないのが現状である。最近、Sonazoid[®]による造影超音波検査が肉腫様肝癌や動物実験レベルで肝未分化癌にも施行され、その有用性が示唆されている¹²⁾¹³⁾。自験例は我々が検索しえた限り、ヒトの肝未分化癌に造影超音波検査が施行された初めての報告であると思われる。本例では造影超音波検査にて腫

瘍内部に造影早期相で造影が確認されており、CT や MRI で拾い上げることができなかった微細な腫瘍血流を捉えていたと思われる。実際、造影超音波の結節内動脈血流の検出感度は CT よりも高いことが知られている¹²⁾¹⁴⁾。肝未分化癌のように腫瘍内部の壊死傾向が強く造影効果の乏しい腫瘍においても造影超音波が、その血流診断に優れている可能性がある。

肝放線菌症は造影 CT で腫瘍辺縁がリング状に造影され、隣接臓器への浸潤傾向が強いことが特徴的所見の一つとされるが、肝膿瘍や肝細胞癌との鑑別が難しく生検や手術により診断されることが多い^{15)~19)}。造影超音波検査では血管早期相で造影効果と血管後期相で洗

Fig. 7 Clinical course of the patient.

鑑別が難しい。自験例でも生検で肉腫様細胞が検出されるまでは除外することができなかった。

肝膿瘍を疑う病変に遭遇した場合、腹部超音波検査と造影CTで膿瘍に典型的な画像所見を呈する症例では診断は難しくない。しかし発症早期に腫瘍性パターンを呈する膿瘍では肝細胞癌や転移性肝腫瘍との鑑別が問題となることが多い。肝癌と肝膿瘍の鑑別は古くから議論されているが、現在までのところ両者を区別する有効な手段は限られており組織診断が必要となることも少なくない^{9)20)~22)}。肝膿瘍では画像所見が経時的に変化するため経過による判断が有用とされている²³⁾。非胆管炎性肝膿瘍で solid type の膿瘍でも約2週間後に cystic area が観察されるとする報告もあるため、発症から2週間前後が膿瘍か腫瘍かの判断時期になる可能性がある。また本症例の経験から、造影超音波検査で腫瘍の血流態度を評価し経過を追うことも診断の一助になるものと考察する。ただし肝膿瘍でも早期には局所の炎症反応亢進を反映して造影超音波検査の血管早期相で濃染されるとの報告があるため、発症早期の段階で両者を厳密に鑑別することは難しい²⁴⁾²⁵⁾。ただ造影超音波検査で早期血管相に腫瘍に流入する腫瘍血管を捉えることができればより悪性腫瘍を疑う根拠となり得るし、発症からの時間経過とともに造影超音波早期相での濃染像が膿瘍腔に置換されていく過程を確認で

きれば膿瘍を疑う根拠となる。このため造影超音波検査は今後、肝膿瘍様の腫瘍性病変を診療していく上で重要な診断ツールの一つとなり得ると思われる。

結 語

稀な肝未分化癌の一例を経験した。肝膿瘍との鑑別に苦慮したが Sonazoid[®]による造影超音波検査で経過を追うことが診断に有用である可能性が示唆された。

文 献

- 1) Enjoji M. Liver: Undifferentiated carcinoma. Atlas of genetics and cytogenetics in oncology and hematology 2011; 15: 542—543
- 2) 笠木勇太, 吉住朋晴, 中島明彦, 他. 発熱を契機に発見された肝未分化癌の1例. 日本臨床外科学会雑誌 2010 ; 71 : 2411—2416
- 3) 日本肝癌研究会. 「原発性肝癌取り扱い規約」6版, 金原出版, 東京, 2015, p44—47
- 4) Theise ND, Curado MP, Franceschi S, et al. Hepatocellular carcinoma. In: WHO Classification of Tumours of the Digestive System, Edited by FT Bosman, F Carneiro, RH Hruban, et al. 4th ed, IARC Press, Lyon, France, 2010, p205—216
- 5) 川原 弘, 大塚俊美, 島中公志, 他. 肝細胞と胆管

- 細胞の2方向への形質分化を示した肝原発未分化癌の1例. 肝臓 2004 ; 45 : 678—683
- 6) 小松原隆司, 藤本康二, 浅利建吾, 他. Granulocyte-colony stimulating factor 産生肝未分化癌の1例. 日本消化器外科学会雑誌 2015 ; 48 : 582—589
 - 7) Shimizu Y, Kaneko F, Motoori T, et al. Undifferentiated hepatocellular carcinoma difficult to distinguish from liver abscess. Intern Med 2011; 50: 519—520
 - 8) 赤井 崇, 山本 宏, 渡辺一男, 他. Granulocyte colony-stimulating factor 産生肝癌の1例. 日本臨床外科学会雑誌 2000 ; 61 : 145—149
 - 9) Inagaki Y, Sugimoto K, Shiraki K, et al. Sarcomatous hepatocellular carcinoma with remittent fever. Intern Med 2012; 51: 3025—3029
 - 10) 横井川規巨, 柳田英佐, 北出浩章, 他. 急速な進展, 再発を示した肉腫様肝癌の1例. 肝臓 2014 ; 55 : 206—213
 - 11) 杉原茂孝, 柿添三郎, 伊藤裕司, 他. 肉腫様変化を示す肝細胞癌の臨床病理学的検討. 肝臓 1988 ; 29 : 71—76
 - 12) 丸上永晃, 平井都始子, 大石 元, 他. ソナゾイド造影超音波を施行した肉腫様肝細胞癌の1例. 肝胆膵画像 2009 ; 11 : 222—230
 - 13) Watanabe R, Matsumura M, Chen CJ, et al. Gray-Scale Liver Enhancement with Sonazoid (NC100100), a Novel Ultrasound Contrast Agent; Detection of Hepatic Tumors in a Rabbit Model. Biol Pharm Bull 2003; 26: 1272—1277
 - 14) 日本肝臓学会. 「肝癌診療マニュアル」3版, 医学書院, 東京, 2015, p52—53
 - 15) 今西 努, 渡辺信介, 湊 博史, 他. 原発性肝放線菌症の1例. 日本臨床外科学会雑誌 1995 ; 56 : 403—407
 - 16) 鈴木 聡, 斎藤 博, 三科 武, 他. 腹部放線菌症の2例. 日本臨床外科学会雑誌 1998 ; 59 : 3194—3199
 - 17) 草薙 洋, 加納宣康, 山田成寿, 他. 臍頭十二指腸切除後に生じた肝放線菌症の1切除例. 日本消化器外科学会雑誌 1999 ; 32 : 856—859
 - 18) 武藤英知, 一條哲也, 小林倫子, 他. 腹壁への浸潤が疑われ, 画像検査が診断の契機となった肝放線菌症の1例. 肝臓 2007 ; 48 : 553—558
 - 19) 篠藤浩一, 尾崎正彦, 吉村清司, 他. 原発性肝放線菌症の1例. 日本消化器病学会雑誌 2010 ; 107 : 263—269
 - 20) 大穂有恒, 黒川美穂, 山下尚毅, 他. 肝膿瘍を契機に発見された肝細胞癌の1例. 肝臓 2015 ; 56 : 186—193
 - 21) 埜村真也, 高島 勉, 仲田文造, 他. 膿瘍を形成し胸腔穿破で発症した肝細胞癌の1例. 日本臨床外科学会雑誌 2004 ; 65 : 1337—1341
 - 22) 正木裕児, 上野 隆, 濱田 博, 他. 肝膿瘍と鑑別に難渋したC型肝炎に併発した肉腫様肝癌の1例. 日本消化器外科学会雑誌 2007 ; 40 : 1490—1495
 - 23) 嶋田 紘, 福島 弥, 新本修一, 他. 肝膿瘍の画像診断の進歩と治療法の検討. 日本消化器外科学会雑誌 1990 ; 23 : 12—17
 - 24) 野々村和彦, 水野裕文, 田中 洋, 他. 肝膿瘍. 「最新 腹部超音波検査の実践」金森勇雄, 井戸靖司, 畑佐和昭編, 医療科学社, 東京, 2008, p152
 - 25) 大森 薫, 谷本治子, 寺井崇二, 他. 経皮的ドレナージ術と経過観察に Sonazoid[®] 造影超音波検査が有用であった, 肝膿瘍の1例. 肝臓 2009 ; 50 : 657—664

本論文内容に関連する著者の利益相反：なし

A case of undifferentiated carcinoma of the liver whose prominent inflammatory response made the diagnosis difficult

Hiromasa Horimoto^{1)*}, Hiroyuki Fujita¹⁾, Kencho Miyashita¹⁾, Kimiaki Miwa¹⁾,
Kazuya Konishi²⁾, Satoshi Hirano³⁾, Yasunari Takakuwa⁴⁾, Munenori Okamoto¹⁾

An octogenarian female was admitted to our hospital with anorexia. Hematologic tests revealed the elevation of inflammatory response besides high ALP value. Computed tomography demonstrated ischemic liver mass with marginal contrast enhancement as 80mm diameter. The tumor biopsy was performed and it resulted in no malignancy but also some kind of abscess. Although antibiotics was administered for a month, inflammatory reactions persisted and the size of the tumor increased gradually, therefore the biopsy was enforced again. The results indeed demonstrated the suspicion of sarcoma, so posterior segmentectomy of right hepatic lobe was operated. Histopathological analysis indicated sheet-like growing tumor cells with nuclear atypia, which were positive for vimentin and AE1/AE3. Final diagnosis was undifferentiated carcinoma of the liver (so called sarcomatoid carcinoma). Primary undifferentiated carcinoma of the liver is rare and often difficult to distinguish from liver abscess because of the inflammatory response and the similarity in imaging examination.

Key words: hepatocellular carcinoma undifferentiated carcinoma sarcomatoid carcinoma
hepatic actinomycosis contrast enhanced US

Kanzo 2018; 59: 56—64

1) Department of Gastroenterology, Kikugo-kai Aiiiku Hospital

2) Department of Surgery, Kikugo-kai Sapporo Century Hospital

3) Department of Gastroenterological Surgery II, Hokkaido University Graduate School of Medicine

4) Department of Clinical Laboratory, NTT-East Sapporo Hospital

*Corresponding author: horimoto@aiku-hp.or.jp