

肾血管平滑肌脂肪瘤的 CT 诊断

黄科峰 赵国宏 贾丛凤 李冬英 赵禹

【中图分类号】R814.42, R730.262 【文献标识码】B 【文章编号】1009-0313(2000)05-0373-01



图1 双肾血管平滑肌脂肪瘤(平扫),左肾区巨大脂肪密度肿块,CT值70HU,约13cm×10cm×8cm大小,其内有分隔,左肾实质向前内移位。图2 右肾血管平滑肌脂肪瘤(平扫),右肾混杂密度肿块,以软组织与脂肪为主,右肾实质向内后移位,肿块前外部可见新月形略低密度影,CT值25HU,左肾无异常。图3 与图1为同一病人的增强扫描。右肾增强明显,而肿瘤轻度强化,以包膜与分隔强化稍明显,右肾肿块前外部新月形低密度灶不强化,为包膜下出血,血肿液化所致。

肾血管平滑肌脂肪瘤(renal angiomyelipoma,简称RAL)是较少见的良性肾肿瘤。在常规泌尿系检查中缺乏特征性表现,而CT的高分辨率为其诊断提供了可靠的依据。本文对我院经CT诊断并手术病理证实的12例RAL进行分析总结,以期提高本病CT诊断水平。

临床资料 男4例,女8例,年龄18~65岁,平均43.2岁。左侧4例,右侧3例,双5例。临床上无症状偶然查体发现6例,腰痛7例,右上腹痛2例,左上腹包块1例,肉眼血尿1例,发热1例。均无结节性硬化及家族史。全组病例中2例有平扫,其余10例均行平扫后增强扫描。

CT表现 部位 12例共17个瘤体,单发7例,其中右侧3例(上极2个,下极1个),左侧4例(中上极2个,中下极1个,下极1个)。双侧5例(右侧中上极4个,中下极2个,左上极2个,中下极2个)。肿瘤位于肾实质10例,肾旁1例,肾窦内1例。

大小 瘤体直径0.5~15.9cm,平均6.2cm,其中2cm以下4个,2~4cm 10个,大于6cm 3个。

形态 10个瘤体呈圆形,3个呈椭圆形,2个类圆形,2个形态不规则。病灶边界清楚。

密度 有14个瘤体大部分为脂肪密度,其中杂有不同数量的软组织密度病变及分隔,其中脂肪密度病变CT值-40~-80HU,软组织密度病变CT值25~55HU,2个瘤体脂肪很少(图1,2),大部分为软组织密度,1个瘤体内未见脂肪,呈软组织密度肿块,CT值35~55HU。增强后瘤体中脂肪成分不强化,而软组织普遍增强,轮廓更清楚,10例可见增粗扭曲条状血管影。肿瘤与邻近组织和器官分界清楚,1例合并肾包膜下出血(图3),无腹腔淋巴结肿大及下腔静脉瘤栓。

讨论 RAL为错构瘤的一种,由平滑肌、血管和脂肪3种成分组成,其比例差异很大。由于良性肾肿瘤常不发生症状,故其真正的发病率很难肯定,临床上少见,大约占全部肾肿瘤的1%^[1],正常人群尸检率,文献报道不一,由8%^[2]到11%^[1]。本文中,我院12例占同期肾肿瘤2%。

临床上将RAL分为2种类型:第1类型伴有结节性硬化,

作者单位:441021 湖北襄樊解放军370医院CT室
作者简介:黄科峰(1970~),男,湖北人,从事腹部疾病影像诊断

大约 20%^[1], 多见于青少年, 常多发, 双侧性, 肿瘤通常较小, 男女患病率相等, 一般无临床症状, 少数患者具有结节性硬化典型 3 大症状—智力低下、癫痫和皮脂腺瘤^[2]。第 2 类型不伴有结节性硬化, 占大多数, 中年女性多见, 特点是肿瘤较大, 单侧单发为主, 常有临床症状, 主要表现为腰、腹痛。血尿、包块和发热少见。也可无临床症状。本文 12 例均不伴结节性硬化。

CT 使用之前, 各种检查均无特征性表现, 少见术前确诊 RAL^[1]。CT 的密度分辨率高, 有识别脂肪的能力, 对本病有特殊的诊断价值。本病典型的 CT 表现为混杂脂肪密度和软组织密度的有分隔肿块, 增强扫描后脂肪成分不强化, 而软组织普遍强化, 大多数可见强化的索条状血管影, 肿瘤分界清楚。如肿瘤内有出血或肾周出血时, 密度增高可掩盖脂肪成分。若肿瘤以平滑肌血管成分为主, CT 表现为软组织密度肿块, 使其与肾癌鉴别困难。但是只要能够发现肿瘤内有脂肪密度, 不管区域多大, 均应高度怀疑本病^[3]。因肾癌不含脂肪, 所以脂肪密度是同肾癌鉴别要点^[4]。另外, 含有脂肪密度的肾肿块并非

RAL 所特有, 肾脂肪瘤、脂肪肉瘤也含有脂肪成分, 但后者极为罕见, 而且脂肪瘤和分化良好的脂肪肉瘤 CT 表现为有间隔, 境界清楚的脂肪密度肿块, 在大多数情况下易与混杂软组织脂肪密度 RAL 鉴别。但与多脂肪的 RAL 相似, 文献指出 CT 增强扫描 RAL 可见明显强化的索条状血管影, 可资鉴别^[1]。也有人报道 wilm 氏瘤内含有脂肪成分, 也应注意鉴别诊断。

CT 的高分辨率和对脂肪成分的特异性, 为 RAL 的诊断提供了可靠的保证。我们认为, 如怀疑本病首选 CT 检查, 以便早期诊断。

参考文献

- 1 周康荣. 腹部 CT[M]. 上海医科大学出版社, 1993. 176-177.
- 2 张国维. 肾血管平滑肌脂肪瘤[J]. 中华放射学杂志, 1991, 15(1): 19.
- 3 吕家驹, 邹清旭, 许张孝, 等. 肾血管平滑肌脂肪瘤的 CT 和 B 型诊断[J]. 中华放射学杂志, 1993, 12(5): 301-302.
- 4 赵汝庸, 龙晚生, 茹景顺. 肾血管平滑肌脂肪瘤的影像学诊断及病理基础[J]. 临床放射学杂志, 1993, 12(4): 223-225.

(2000-02-21 收稿)

幼儿横结肠恶性淋巴瘤一例

唐超峰 邵怀欣 尚健民

【中图分类号】R735.3⁺5 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2000)05-0374-01

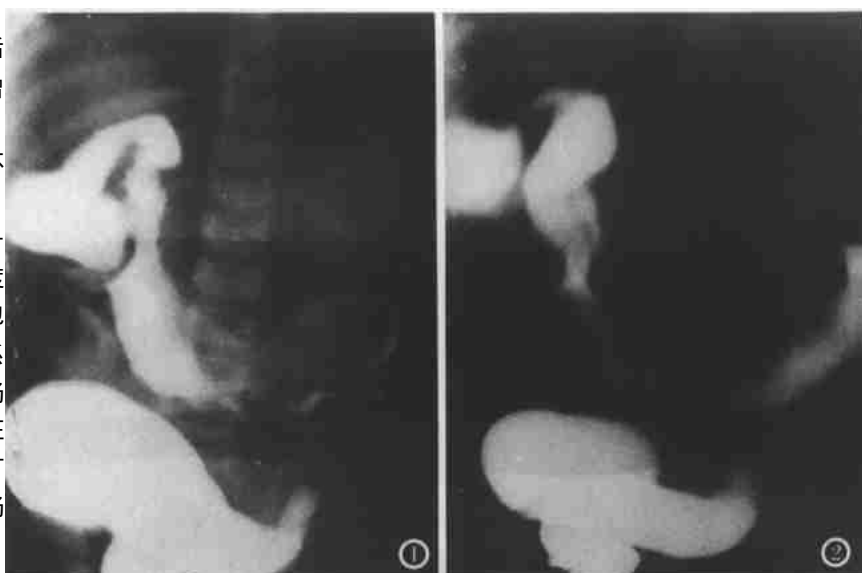
患儿 2 岁 9 个月, 经常腹泻 2 年, 受凉后加重, 发现左下腹包块 15 天。患儿 2 岁时, 曾因出现黄疸而入某医院就诊, 以“黄疸性肝炎”治疗并“治愈”, 后腹泻逐渐加重, 治疗效果不佳。无异常家族史。

体检: 患儿体质较差, 于左中下腹触及一大小约 9cm × 6cm 包块, 质中等硬度, 活动度差, 压痛不明显。B 超示: 中下腹腔类囊性包块, 大小约 8.2cm × 4.9cm, 与脾肾无关, 疑肠系膜囊肿。胃吞钡: 胃窦部轻度上抬, 十二指肠框扩大明显。钡剂灌肠: 横结肠呈弧形下垂征象(图 1), 肠管不规则狭窄, 局部肠管轻度扩张, 结肠袋形及粘膜影消失(图 2)。拟诊: ①肠系膜囊肿; ②横结肠肿瘤性占位。

术中所见: 横结肠段见一大小约 10cm × 6cm 肿块, 与周围组织无粘连。

术后病理报告: 恶性淋巴瘤, B 系, 弥漫性无裂细胞性。

讨论 结肠恶性淋巴瘤比较少见, 一般发生在 40~50 岁的男性, 婴幼儿病例报道极少。其易发展较大的包块, 对于指检



或镜检不能接触的病灶, X 线检查极有价值, 由于口服钡剂存在着梗阻或穿孔的危险, 控制性钡剂灌肠或气钡双重造影是最实用并且最有价值的检查方法。较大的充盈缺损是最常见的征象, 但肠管不规则狭窄或扩张并存则是结肠恶性淋巴瘤的特征性表现。

(2000-04-04 收稿)

作者单位: 236032 安徽阜阳师范学院医院放射科
作者简介: 唐超峰(1965~), 男, 安徽临泉人, 主治医师, 从事放射诊断及研究