

巨大肾血管平滑肌脂肪瘤自发性破裂大出血 CT 误诊 4 例分析

李银官

【摘要】 目的:探讨肾血管平滑肌脂肪瘤破裂出血手术前误诊的原因及 CT 手术前诊断该病的可能性。方法:复习手术与病理证实的 4 例术前 CT 误诊的巨大的肾血管平滑肌脂肪瘤伴破裂出血的病例。结果:巨大的肾血管平滑肌脂肪瘤可发生肿瘤内、肾筋膜囊内、盆腔腹膜后甚至腹腔内出血;仔细寻找肿块内代表脂肪成分的 CT 征是支持肾血管平滑肌脂肪瘤诊断的关键。误诊原因可能与出血掩盖肿块内实际存在的脂肪征有关,也可能与将被挤到肿块边缘的肿瘤内的脂肪结构误认为肾筋膜囊内或肾窝内的脂肪有关。结论:巨大的肾血管平滑肌脂肪瘤可发生自发性破裂出血,手术前 CT 发现肿块内脂肪征是诊断的关键。

【关键词】 肾平滑肌脂肪瘤 计算机体层成像 误诊

【中图分类号】 R737.11, R814.42 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2001)04-0234-02

CT misdiagnosis of huge renal angiomyolipoma with spontaneous hemorrhage (A report of 4 cases) LI Yinguan. Department of CT, MRI, the First Affiliated Hospital of Fujian Medical University, Fujian 350005

【Abstract】 Objective: To investigate the cause of CT misdiagnosis and possibility of CT diagnosis of renal angiomyolipoma with spontaneous hemorrhage before surgery. **Methods:** CT findings were reviewed in 4 cases with spontaneous hemorrhage secondary to renal angiomyolipoma confirmed by surgery and pathology. **Results:** Spontaneous hemorrhage secondary to huge renal angiomyolipoma could occur in the tumor, intrarenal fascia, pelvic and retroperitoneal space. The fatty content in the tumor detected by CT was the key to diagnose renal angiomyolipoma. The cause of CT misdiagnosis of renal angiomyolipoma was probably that fatty component was compressed or displaced by mass, and obscured by hemorrhage. **Conclusion:** Huge renal angiomyolipoma may result in spontaneous hemorrhage. The key to diagnose renal angiomyolipoma before surgery, is to detect fatty attenuation in the tumor on CT scans.

【Key words】 Renal angiomyolipoma Tomography, X-ray computed Misdiagnosis

巨大肾血管平滑肌脂肪瘤自发破裂出血临床上少见,本文搜集我院 1995 年以来经手术病理证实的 4 例巨大肾血管平滑肌脂肪瘤自发破裂出血病例,将其 CT 表现分析如下。

材料与方法

4 例中女 2 例,男 2 例,年龄 34~50 岁,以突发左胸、左上腹或左腰痛伴肉眼血尿为主诉入院。3 例有突然用力病史,1 例有长期服用抗凝药物病史。

病例 1 女,主诉无明显诱因出现左腰部隐痛 7 天,8 年前曾因风湿性心脏病行心脏瓣膜置换术,术后长期服用抗凝药华法令(5mg qd)。CT 见左肾影明显增大,轮廓不规则,其内可见 10cm × 8cm 混杂密度软组织肿块影,CT 值 25~63HU,肾盂明显受压变形,增强后肿块呈不均匀强化,肿块内平扫所见代表出血的高密度影则未见强化;肾周间隙内也可见高低混杂密度影,肾筋膜囊明显增宽,测宽约 3cm,增强后未见强化(图 1)。手术中见肾影明显增大,外观呈暗褐色,与周围组织粘连,剖开肾脏见其内合并有新旧出血;肾

筋膜囊内见大量陈旧性出血,量约 2000ml。

病例 2 男,因拉车用力后突发左胸、左上腹痛 4h 为主诉入院,CT 见左肾轮廓明显增大,其内见 9cm × 8cm 的混杂密度软组织肿块影,平扫肿块内见孤岛状高密度影,增强后高密度影无强化,且较同层肾实质密度低,提示瘤灶内出血,其余肿块内呈不均匀强化;左肾周见厚约 2.8cm 的高密度影环绕,CT 值 53HU,增强后无强化(图 2)。由于肾脏增强后呈显著强化,出血灶增强时不强化,从而形成与平扫时的 CT 表现正好相反的 CT 表现。手术见腹腔内少量新鲜出血,腹膜后见大量出血,并延至盆腔腹膜后区,量约 2500ml,同时见肾包膜破裂,是造成腹腔出血的原因。

讨论

肾血管平滑肌脂肪瘤具特征性改变的 CT 表现为肿块内见脂肪密度影,CT 值为负数(-100~-40HU),通过测量 CT 值,若能显示或发现肿块内有脂肪征,诊断则可确立;本组三例均因未能测到代表脂肪成分的 CT 值而未能确诊,手术后进行的回顾性读片中提示其中一例脂肪影位于肾脏边缘,加之肾筋膜囊内又因出血而增宽,从而误为是肾筋膜囊内的脂肪;一例因脂



图1 左肾见巨大混杂密度软组织肿块影,CT值未发现脂肪成分。图2 巨大左肾肿块影,其中见孤岛状密度增高影为瘤内出血,增强后无强化。图3 左肾肿块内出血部分溶解吸收,CT表现液-液平面,伴后外侧筋膜囊内出血改变。

肪影与肾窦脂肪位置相近也难以辨认;出血也可能掩盖了肿块内实际存在的脂肪而可能误诊为其它类型的肿瘤。

增强前后肿块内的变化的CT表现有助于肿瘤内出血的诊断,增强后病灶呈不均匀强化,CT平扫时肿块内出现的孤岛状高密度影在增强后却变为相对的低密度,较同层肾实质密度比较呈截然相反的改变,可提示肿瘤内出血,但如果出血时间长,出血可出现部分溶解吸收,CT表现为高低不等密度,甚至出现液-液平面(图3)。

合并患侧的腹膜后区或肾筋膜囊内出血,CT表现为平扫与增强的CT密度变化正好相反,平扫时腹膜后或肾筋膜囊内出血区为高密度影,CT值50~65HU,此时肾及肿瘤病灶CT表现为相对低密度,增强后整个肾影变为高密度,腹膜后或肾脂肪囊内出血的密度变为相对低密度,是出血不强化的结果,我们称这种征象为反窗征,是腹膜后或肾脂肪囊内急性出血CT诊

断的可靠征象,但如果出血时间长,肾筋膜囊内出血可出现部分溶解吸收,使CT平扫时表现为高低不等密度,甚至也可能出现液-液平面;如果并有肾筋膜囊破裂则可出现腹腔内出血。

本组病例肾肿瘤灶均表现为巨大肿块影,大多在10cm左右,肿块向外凸可使肾轮廓变大、不规则,须与其他肾肿瘤鉴别;肿瘤向肾盂内生长,容易与肾盂内肿瘤相混淆。

结 论

巨大肾血管平滑肌脂肪瘤可发生自发破裂大出血,手术前明确诊断有一定困难,应重视对该病的认识;因肿块巨大使脂肪受挤或因出血使脂肪模糊难以被辨认,因此对巨大肾血管平滑肌脂肪瘤CT诊断强调仔细寻找具有独特的可靠的诊断依据的CT征-脂肪征。

(2001-03-13 收稿)

• 外刊摘要 •

用水量减少的水灌肠CT检查直肠癌

A. Palk, Cs. Gyulai, N. Fedinecz, et al

目的:在水灌肠CT(WE-CT)作直肠癌局部分期检查时,确定是否可减少水的用量,而不影响检查的诊断价值。材料与方法:对29例直肠癌患者行术前WE-CT检查。静脉注射平滑肌松弛剂并向直肠内灌注400~500ml微温热水之后,行对比增强CT(平衡期)检测。评价取得的扫描图质量,并分析图像以了解肿瘤的浸润深度。将CT检查的结果与手术发现相对比。结果:尽管水灌肠时减少了水的用量,29例接受检查的患者中有19例效果极佳;6例效果良好;4例效果差,但是仍能诊断。鉴

别肿瘤是局限在肠壁内还是超出肠壁范围,所取得的敏感性为90%,特异性为70.1%,准确性为86.2%。结论:行直肠CT检查时大量的水灌肠,会引起不适且增加并发症的危险。本研究结果证明,较少的用水量不会影响检查的质量和直肠癌局部分期的准确性。

华中科技大学同济医学院附属同济医院 关键译 郭俊渊 校

摘自: Fortschr Röntgenstr 2000, 172: 901

(2001-03-15 收稿)