

肾嗜酸细胞腺瘤二例并文献复习

李群, 马振中, 张裕华, 李爱银, 林东升

【中图分类号】R814.42 【文献标识码】A 【文章编号】1000-0313(2007)11-1242-02

本院收治 2 例肾嗜酸细胞腺瘤患者,术前影像和临床都发生了误诊,应引起重视,现报道如下。

病例资料 病例 1,男,56 岁,右下腹痛 4 天。查体:腹平软,右下腹轻压痛,双肾下极未触及,双肾区无叩击痛,两侧肋脊角区未闻及血管杂音,输尿管区无压痛。尿常规(-)。超声检查:右肾体积增大,形态不规则,有一大小约 100 mm×86 mm 混合型团块,边界清楚,其内回声不均匀。CT 检查平扫示右肾中上部肿块,约 100 mm×90 mm,累及肾皮质、髓质、肾盂,并突出于肾轮廓之外,境界清楚,周围组织结构无明显受侵征象,肿块密度不均,CT 值 20~45 HU(图 1a);增强动脉期肿块大部分区域明显强化,CT 值约 141 HU,伴多处星条状无明显强化区

(图 1b);静脉期肿块呈相对低密度(图 1c),CT 值约 110 HU,诊断:右肾癌。手术所见:右肾明显增大,肿瘤突出肾表面,与周围轻度粘连。行右肾及部分输尿管切除术。病理诊断:肾嗜酸细胞腺瘤。

病例 2,女,64 岁,查体发现右肾异常入院。无腰痛乏力等不适症状。查体:双肾区无叩痛,两侧肋脊角区未闻及血管杂音,输尿管区无压痛。尿常规:红细胞>30 个/高倍镜视野(正常 0~20 个/每高倍镜视野)。超声检查:右肾中部有一大小约 48 mm×42 mm 实性低回声区,其内回声欠均匀。CT 检查:右肾皮质区大小约 45 mm×37 mm 肿块,平扫呈稍不均匀等密度,CT 值约 48 HU(图 2a);增强动脉期肿块大部分区域明显强

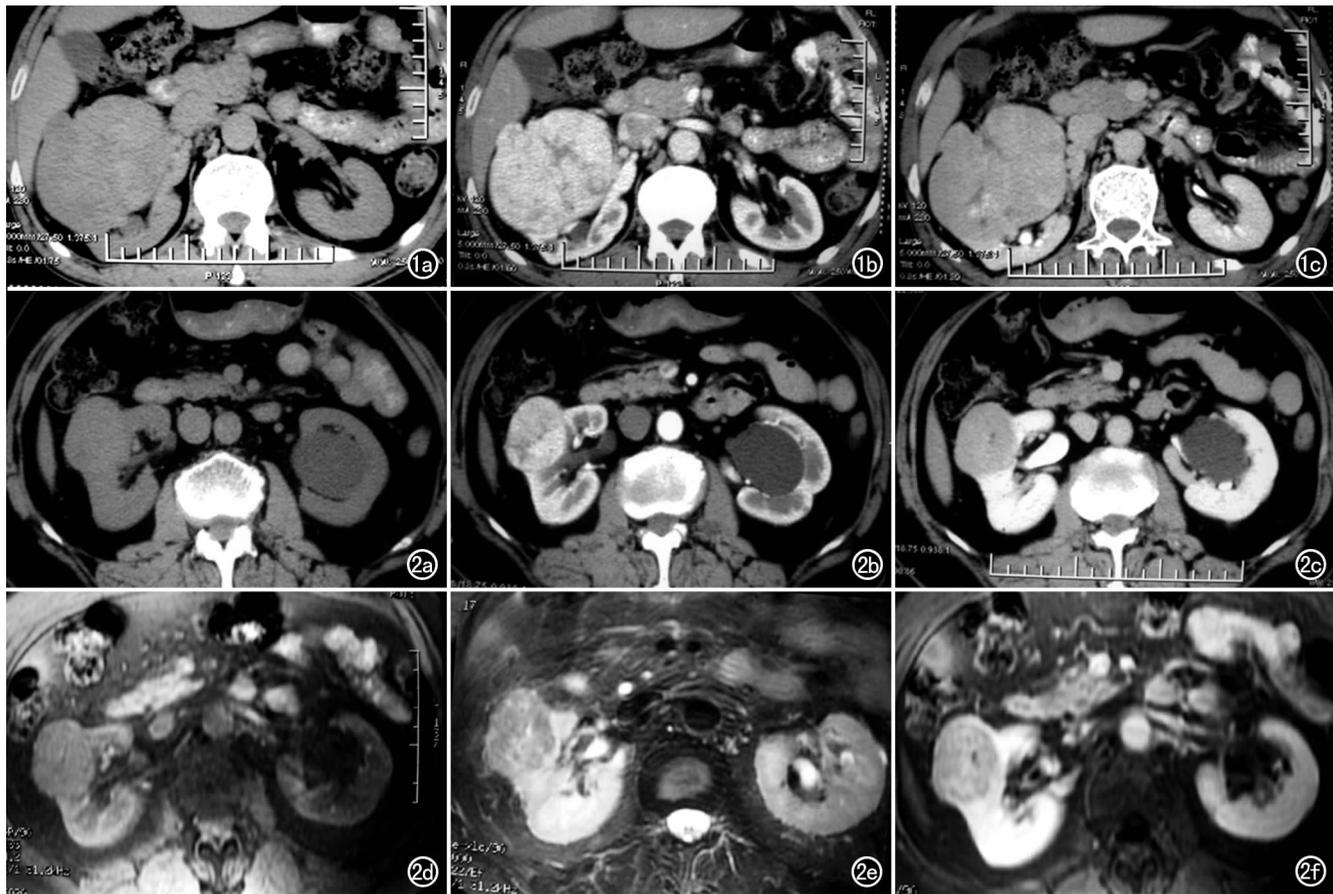


图 1 男,56 岁。a) CT 平扫示右肾区肿块呈等、低密度,累及肾皮质、髓质、肾盂,并突出于肾轮廓之外,周围结构无明显受侵; b) 增强扫描动脉期示肿块明显强化,其内有星条状无明显强化区; c) 静脉期示肿块呈相对低密度。图 2 女,64 岁。a) CT 平扫示肿块位于右肾皮质,呈稍不均匀等密度影; b) 增强动脉期示肿块内大部分区域明显强化,其内有星条状无明显强化区; c) 静脉期示肿块呈相对低密度; d) MRI 压脂序列 T_1 WI 示右肾上极肿块呈稍高信号,其内有星条状高信号影; e) T_2 WI 示肿块呈稍低信号,其内可见星条状更低信号; f) 增强扫描示肿块呈明显不均匀强化,边缘清楚锐利。

作者单位: 250014 济南,山东省千佛山医院影像科 CT 室

作者简介: 李群(1956-),男,山东济南人,主任医师,主要从事腹部和中枢神经系统的 CT 及 MRI 诊断研究工作。

化,CT 值约 135 HU,伴几处星条状无明显强化区(图 2b);静脉期肿块呈相对低密度(图 2c),CT 值约 103 HU。CT 诊断为右肾占位、肾癌可能性大。MR 检查: T_1 WI 右肾肿块呈稍高信号, T_2 WI 压脂像呈稍低信号,内可见星条状影,于 T_1 WI 上呈低信号(图 2d), T_2 WI 压脂像上呈高信号(图 2e),肿块边缘清楚锐利,增强扫描呈明显不均匀强化(图 2f)。手术所见:肿块突出肾表面,表面光滑,快速病理切片诊断为嗜酸细胞腺瘤,行肿瘤切除术。术后病理诊断:肾嗜酸细胞腺瘤。

讨论 肾嗜酸细胞腺瘤发病率低,国内自 1983 年潘竟贤报道第 1 例肾嗜酸性细胞腺瘤以来,迄今共报道不足 50 例。国外文献^[1-3]报道约占肾脏肿瘤 3%~7%。目前,各种影像学检查对确诊肾嗜酸细胞腺瘤的诊断还缺乏有效的手段,尚不能完全将其与恶性肿瘤准确鉴别^[4]。该肿瘤为良性,临床治愈率可达 100%^[5],因而治疗方法与肾脏恶性肿瘤截然不同,一般采取肾脏部分切除术或肿瘤剔除术,所以其与肾脏恶性肿瘤的鉴别诊断以及术中病理学检查尤为重要。

本病患者常无临床症状,大部分系体检发现,少数可伴有腰痛、血尿或腹部包块,查体多无阳性体征。肿瘤单侧发生率为 82%~94%,肿瘤单侧多发的发生率为 2%~12%,肿瘤双侧发生率为 4%~12%^[3,6,7]。本院 2 例患者均为查体发现。

影像学检查:肾嗜酸细胞腺瘤的超声检查多表现为均质、边界清楚的实性回声,以等回声多见;少数可见钙化,6.7%~25.0%的患者可见肿块内有星形强回声^[8]。本病的主要 CT 特征有以下几点:①肿瘤平扫表现为等密度或稍低密度,增强扫描呈中等强化,一般无明显大面积出血坏死征象;②中央星型瘢痕:是肾嗜酸细胞腺瘤的特征性改变,一般认为瘢痕的形成是由于肿瘤生长缓慢、长期缺血所致;③肿瘤多呈球形,包膜较完整,界限清晰,周围组织多受压而无明显受侵,肿瘤外突明显^[9]。主要 MRI 表现:肿瘤于 T_1 WI 表现为等低信号区, T_2 WI 表现为等或稍高信号,中心瘢痕灶在 T_1 WI 上为低信号和 T_2 WI 压脂像上高信号^[9-10]。

鉴别诊断:本病需与肾恶性肿瘤,主要是肾癌进行鉴别诊断。肾癌患者临床症状明显,如血尿、肿块、疼痛等,可伴肾外表现如消瘦、贫血、体重减轻,极少数无症状。超声检查肿块多呈实质性暗区,常出现出血、坏死、液化而呈液性暗区,可有侵犯周围组织、淋巴结肿大等。CT 平扫和增强扫描示本病与肾癌的表现有明显的不同,肾癌的典型 CT 表现为肿块密度明显不均匀,增强扫描显著不均质强化,密度常迅速降低,常见周围浸润征象。MRI 显示大多数肿瘤 T_1 WI 表现为低信号、 T_2 WI 压脂像表现为肿瘤内星条状高信号,瘤内出血、坏死表现为信

号不均匀。

误诊原因分析:因本病属少见病,对此缺乏足够认识和重视。本组 2 例尚缺乏肾嗜酸细胞腺瘤的典型影像学表现。

总之,肾嗜酸细胞腺瘤为良性肿瘤,治疗原则应采取肾部分切除或肿瘤摘除术。临床工作中如遇到无明显临床症状、实验室检查呈阴性、影像学检查出现典型嗜酸细胞腺瘤表现,或于手术中如发现肿瘤突出于肾外、包膜完整、呈圆形、较局限,局部无浸润或转移、肿瘤体积较大但粘连较轻,无局部淋巴结肿大,应考虑到肾嗜酸性细胞腺瘤的可能性,应立即行快速冰冻病理诊断,从而选择与肾脏恶性肿瘤不同的手术方式,避免不必要的肾切除。

参考文献:

- [1] Zincke H, Dechet CB, Blute ML, et al. Needle Biopsy of Solid Renal Masses[J]. J Urol, 1998, 159(3): 645-648.
- [2] Perez-Ordóñez B, Hamed G, Campbell S, et al. Renal oncocytoma: a Clinico Pathologic Study of 70 Cases[J]. Am J Surg Pathol, 1997, 21(8): 871-883.
- [3] Chao DH, Zisman A, Pantuck AJ, et al. Changing Concepts in the Management of Renal Oncocytoma[J]. Urology, 2002, 59(5): 635-642.
- [4] 吕坚伟, 黄旭元. 肾嗜酸细胞腺瘤[J]. 国际泌尿系统杂志, 2006, 26(1): 65-67.
- [5] 吕坚伟, 冷静, 刘强. 肾嗜酸细胞腺瘤 10 例[J]. 中华肿瘤杂志, 2006, 28(2): 83.
- [6] Dechet CB, Bostwick DG, Blute ML, et al. Renal oncocytoma: Multifocality, Bilateralism, Metachronous Tumor Development and Coexistent Renal Cell Carcinoma[J]. J Urol, 1999, 162(1): 40-42.
- [7] Kuroda N, Toi M, Hiroi M, et al. Review of Renal oncocytoma with Focus on Clinical and Pathobiological Aspects[J]. Histol Histopathol, 2003, 18(3): 935-942.
- [8] Borgstein RL, Moran B, Davison LM. Case Report: Characteristic Ultrasonographic Appearance of a Large Renal Oncocytoma[J]. Clin Radiol, 1991, 43(6): 426-428.
- [9] De Carli P, Vidiri A, Lamanna L, et al. Renal Oncocytoma: Image Diagnostics and the Therapeutic Aspects[J]. J Exp Clin Cancer Res, 2000, 19(3): 287-290.
- [10] Harmon WJ, King BF, Lieber MM. Renal oncocytoma: Magnetic Resonance Imaging Characteristics[J]. J Urol, 1996, 155(3): 863-867.

(收稿日期:2007-05-08 修回日期:2007-07-09)