

## 肾上腺海绵状血管瘤合并出血坏死一例

李芳云, 唐秉航

【中图分类号】R736.6; R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2014)06-0729-01

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2014.06.042

【关键词】肾上腺肿瘤; 海绵状血管瘤; 体层摄影术, X线计算机

**病例资料** 患者,男,57岁,1周前左上腹痛入院,无其它不适,既往体健。实验室检查:血常规、尿常规及粪常规无明显异常,皮质醇测定、血管紧张素 I 测定、血管紧张素 II 测定、肾素两项以及醛固酮检查均无异常。

CT 检查示左侧腹膜后肾上腺区类圆形肿块,大小约 10.5 mm×9.4 mm×9.7 mm,密度不均匀(图 1~5)。诊断:左侧肾上腺皮质癌,需排除嗜铬细胞瘤及腹膜后间叶源性肿瘤。

手术所见:左侧腹膜后肿瘤较大,最大径超过 10 cm,占据左上腹,并将左肾推向盆腔。肿瘤起源于左肾上腺,包膜完整,血供丰富,与周围有粘连,左肾受压变扁,完整切除肿瘤。病理诊断:(左肾上腺)血管瘤伴出血坏死(图 6)。

**讨论** 肾上腺血管瘤是一种非常少见的良性肿瘤,自 1955 年首次报道以来,文献报道了约 57 例经手术切除的病例<sup>[1]</sup>,文献报道有影像资料记载的约有 22 例。该病好发年龄为 50~70 岁,单侧发病多见,双侧发病的仅报道过 2 例,男女比例约为 1:2<sup>[2]</sup>。至今为止文献报道的引起肾上腺内分泌异常的肾上腺血管瘤仅有 3 例<sup>[1,3,4]</sup>。该病一般无明显临床症状,多为偶然发现,或者肿瘤较大压迫邻近脏器、肿瘤出血引起腹部疼痛而被发现,当肿瘤直径超过 6 cm 时,发生恶变的概率为 35%~98%,因此需行手术切除<sup>[5]</sup>。

肾上腺血管瘤 CT 检查通常无明显的影像学特征,与肾上腺腺瘤及其它恶性肿瘤难以区分。本例患者 CT 平扫发现肿瘤边缘斑点状钙化,考虑为血管瘤静脉石形成;增强扫描动脉期显示边缘结节状强化,CT 值较主动脉略低,静脉期及延迟期强化范围逐渐向内扩大,呈典型的向心性强化,与常见的肝脏海绵状血管瘤强化方式相仿,这被认为是肾上腺海绵状血管瘤特征性表现。血管瘤比较常见,血管瘤若发生于肝脏,其典型的影像表现则使诊断容易;但由于发生于肾上腺的血管瘤非常少见,该病例为本科室发现的首例肾上腺血管瘤,所以对其认识不足,导致术前误诊为肾上腺皮质癌。病灶中心可见始终无强化的斑片状低密度区域,考虑由于肿瘤体积较大,肿瘤中心血供较差出现出血、坏死所致。

需要与肾上腺海绵状血管瘤相鉴别的有肾上腺腺瘤、嗜铬细胞瘤及肾上腺皮质癌。肾上腺腺瘤可发生于任何年龄患者,



图 1 CT 平扫冠状面重组图像示左侧肾上腺区类圆形混杂密度肿块,边缘可见斑点状钙化,边界清晰光滑。图 2 增强扫描动脉期(注射对比剂后 30s)示病灶边缘明显斑点状强化,CT 值约 194HU。图 3 静脉期(注射对比剂后 70s)可见强化范围扩大。图 4 延迟期(注射对比剂后 5min)可见强化范围持续向内扩大,呈明显向心性强化,内部可见斑片状低密度无强化区。图 5 冠状面重组图像示左肾受压,边界清晰。图 6 镜下示肿瘤组织由大量扩张的、不规则血管窦组成,内含血液,管壁为一层内皮细胞,血管间为纤维组织(×10, HE)。

直径通常<4 cm,其内常含脂肪,病灶通常呈低密度,增强扫描强化不明显或仅轻度强化。嗜铬细胞瘤分为功能性和无功能性,前者占多数,常导致继发性高血压,增强扫描病灶呈速升速降型强化,动脉期强化明显,延迟期强化程度迅速衰减。肾上腺皮质癌发生钙化的比例很高,可呈细颗粒状、斑点状、条索状及弧形,可发生于病灶的任何部位,增强扫描呈渐进性强化;Ribeiro 等<sup>[6]</sup>将肿瘤中央存在星芒状或十字形囊变区域及瘢痕作为肾上腺皮质癌的特征性影像表现,但单靠影像表现有时鉴别困难,明确区分肾上腺海绵状血管瘤和肾上腺皮质癌最终需要依靠病理检查。

## 参考文献:

- [1] Oishi M, Ueda S, Honjo S, et al. Adrenal cavernous hemangioma with subclinical Cushing's syndrome: report of a case[J]. Surg Today, 2012, 42(10):973-977.
- [2] Oh BR, Jeong YY, Ryu SB, et al. A case of adrenal cavernous hemangioma[J]. Int J Urol, 1997, 4(6):608-610.
- [3] Stumvoll M, Fritsche A, Wehrmann M, et al. A functioning adrenocortical hemangioma[J]. J Urol, 1996, 155(2):638.
- [4] Ng AC, Loh HL, Shum CF, et al. A case of adrenal cavernous hemangioma presenting with progressive enlargement and apparent hormonal hypersecretion[J]. Endocr Pract, 2008, 14(1):104-108.
- [5] Aljabri KS, Bokhari SA, Alkeraiti M. Adrenal hemangioma in a 19-year-old female[J]. Ann Saudi Med, 2011, 31(4):421-423.
- [6] Ribeiro J, Ribeiro RC, Fletcher BD. Imaging findings in pediatric adrenocortical carcinoma[J]. Pediatr Radiol, 2000, 30(1):45-51.

(收稿日期:2013-03-26 修回日期:2013-06-26)

作者单位:528403 广州,中山市人民医院 CT 室

作者简介:李芳云(1982-),女,河南新乡人,硕士,医师,主要从事 CT 诊断工作。