

• 病例报道 •

肾原发性类癌一例

陈则君, 费峰, 薛勤, 汪娟, 孟宪平

【关键词】 肾肿瘤; 类癌; 体层摄影术, X 线计算机; 磁共振成像

【中图分类号】 R737.11; R814.42; R445.2 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2014)09-1097-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2014.09.029

病例资料 患者,男,23岁,因体检B超检查发现左肾盂占位入院。患者平时无腰部酸胀、疼痛,无肉眼血尿。专科检查:双肾未触及,双肾区无隆起,双肾区无叩痛,全身浅表淋巴结未触及。实验室检查无异常。

超声检查:左肾中下极 $3.9\text{ cm}\times 2.4\text{ cm}\times 3.5\text{ cm}$ 混合回声区,界限清楚,形状规则,大部分位于肾盂内,内部以低回声为主,中心可见大小约 $0.9\text{ cm}\times 0.6\text{ cm}$ 的强回声区,彩色多普勒超声示血管进入包块(图1)。**CT检查:**平扫左肾盂内见类圆形等、略高密度软组织密度肿块,内可见点状钙化,增强后呈轻度强化(CT值增加约15.6 HU,图2)。**MRI检查:**肿块呈等略长 T_1 、稍短 T_2 信号,内可见点状长 T_2 信号(图3),肿块DWI呈较高信号,注射对比剂Gd-DTPA后行MRI增强扫描,肿块呈轻度强化,肾盂受压变形(图4)。术中发现肿块位于肾中下极近肾门处,部分突出肾表面,直径约4 cm,肿瘤有血管蒂,肾门未发现肿大淋巴结,行根治性左肾切除术,并切除肾门旁淋巴结。

病理所见:巨检见肿物位于肾盂内,大小 $4.0\text{ cm}\times 3.5\text{ cm}\times 2.5\text{ cm}$,境界较清,与肾盏分界尚清,有假包膜,呈结节状,切面呈实性,呈灰白淡黄色,质地稍硬。光镜下肿瘤由上皮

样细胞组成,呈腺样及实片状增生,细胞较单一,异型性不明显,核分裂象偶见(图5)。免疫组织化学检查:神经突触素(Syn)阳性(图6),神经特异性烯醇化酶(NSE)阳性,肿瘤组织角蛋白(CKAE1/AE3)阳性,肿瘤细胞增殖指标(Ki-67)阴性,嗜铬粒蛋白(CgA)阴性。病理诊断:肾盂原发性类癌(低度恶性)。

讨论 类癌属于神经内分泌肿瘤,约74%原发于胃肠道,25%原发于呼吸道,仅不足1%原发于泌尿生殖系统^[1]。肾是泌尿生殖系统中继性腺后第二常见的类癌发生部位^[2]。由于正常肾实质内无神经内分泌细胞,其组织起源仍未明确,目前倾向于先天性因素^[1],如合并马蹄肾者占18%~26%,肾畸胎瘤者占15%,多囊肾病者占2%;肿瘤大部分为实性,边界清楚,呈膨胀性生长,切面多呈灰白色或灰褐色,出血、坏死少见;镜下肿瘤细胞呈腺样或带状排列,可见菊形团结构,部分可呈巢状,间质富含薄壁血管,瘤细胞大小较一致,核分裂象少见^[2]。Syn、NSE、CgA是目前公认的神经内分泌标记物,联合检测可提高诊断符合率;肿瘤增殖活性的分级推荐采用核分裂象数和/或Ki-67指数两项指标。本例免疫组化示Syn、NSE均呈阳

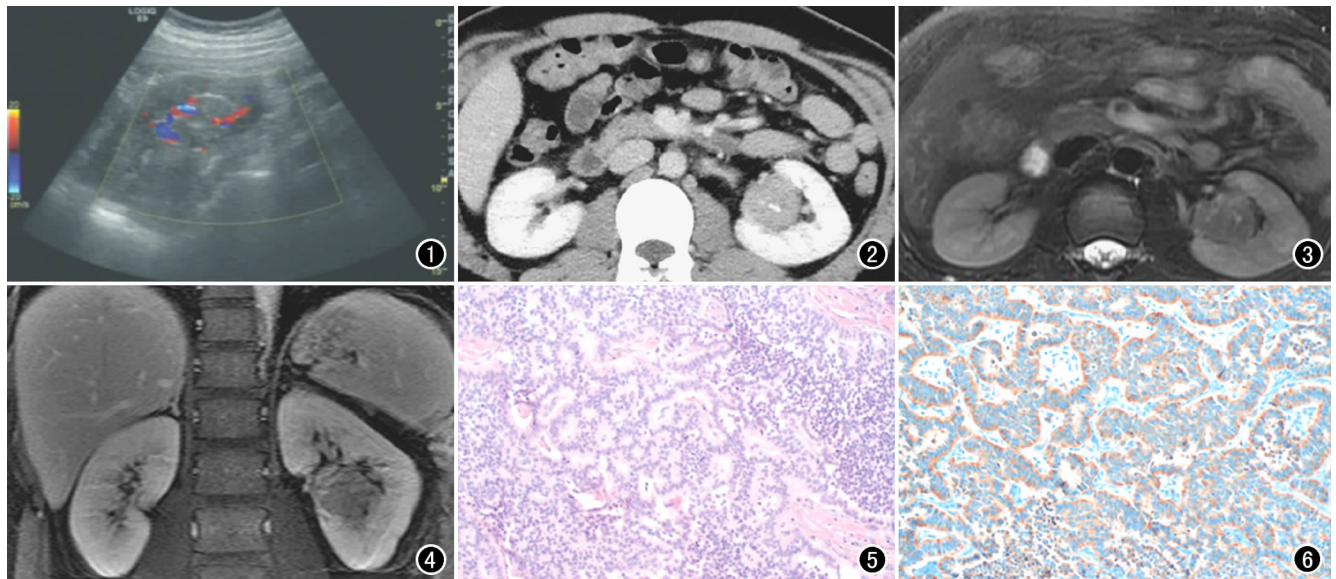


图1 彩色多普勒超声示左肾盂内肿块,内部以低回声为主,中心见强回声,周边见强回声环(箭),并见较粗大血管进入肿块。图2 CT增强扫描示左肾盂内轻度强化肿块,边界清楚,肿块内见片条状钙化灶(箭)。图3 T_2 WI脂肪抑制序列示左肾盂内肿块呈略低信号,内可见点状高信号(箭)。图4 MRI增强扫描示肿块位于肾盂内,轻度强化,局部肾盏受压。图5 镜下示上皮性增生细胞呈腺样及实片状,细胞较单一,异型性不明显($\times 100$, HE)。图6 免疫组织化学染色示神经突触素(Syn)呈阳性(免疫组织化学染色 $\times 100$)。

性,证实其具有神经内分泌特点,镜下示肿瘤细胞异型性不明显,核分裂象偶见,Ki-67 阴性,提示为分化较好的类癌。患者术后 13 个月随访存活。

肾类癌患者发病年龄为 12~78 岁,40~70 岁为发病高峰,无性别倾向,肿瘤好发于右肾,左右之比为 1:1.5^[1,2],本例肿瘤发生于左肾。Romero 等^[2]回顾性分析了 53 例肾类癌的临床资料,其常见症状为腹部或胁腹部疼痛、血尿、便秘、发热和体重减轻;26.8% 的患者可及腹部肿块,肿瘤直径为 1.5~30.0 cm,平均直径为 8.4 cm;约 28.6% 的患者为意外发现,仅有 12.7% 的患者具有神经内分泌症状。

影像学检查对肾原发性类癌的诊断有一定价值,超声常表现为高回声实性肿块及周边低回声晕,26.5% 的肿瘤内可见钙化,钙化位于肿瘤中央或外周;CT 多表现为少血供或乏血供肿瘤^[2,3]。本例病理显示为高分化类癌,超声表现为肾盂内边界清楚的似低回声为主的肿块,内部见强回声钙化灶,并见较丰富的血流信号,与文献报道不完全相符,肿块周围低回声晕为受压的肾实质和纤维组织^[3]。CT、MRI 动态增强扫描表现为乏血供肿瘤,瘤内见条状钙化,与文献报道一致。肿瘤 T₂WI 呈较低信号,推测与肿瘤实质细胞丰富、间质稀少有关。MRI 具有多参数、任意层面成像的特点,可清晰显示病变位置、形态、数目及与周围组织的关系,此外,DWI 能够提供组织功能、代谢等方面的信息,不仅可以快速检出病灶及其转移性病灶,还可

对原发病灶及其转移性病灶治疗后的疗效进行评估,即治疗有效,DWI 信号减低,ADC 值升高,且强化程度减弱^[4]。

肾原发性类癌主要与肾癌相鉴别,肾癌 CT 平扫密度大多略低于肾实质,MRI 多呈长 T₁、长 T₂ 信号,肿瘤内出血、坏死和囊变常见,钙化少见,动态增强扫描多表现为“快进快出”,有助于与肾类癌相鉴别。

总之,肾原发性类癌影像学常表现为乏血供肿瘤,钙化较常见,MRI 动态增强扫描及 DWI 较其他影像学检查方法能提供更多信息,最终确诊依赖于病理学和免疫组化。

参考文献:

- [1] Armah HB,Parwani AV,Pereplechikov AM. Synchronous primary carcinoid tumor and primary adenocarcinoma arising within mature cystic teratoma of horseshoe kidney:a unique case report and review of the literature[J]. Diagn Pathol,2009,4(1):17-26.
- [2] Romero FR,Rais-Bahrami S,Permpongkosol S,et al. Primary carcinoid tumors of the kidney[J]. J Urol,2006,176(6):2359-2366.
- [3] Kim J,Suh K. Primary carcinoid tumor in a mature teratoma of the kidney ultrasonographic and computed tomographic findings[J]. J Ultrasound Med,2004,23(3):433-437.
- [4] 王佳,钟燕,王海屹,等. 胰腺神经内分泌癌患者的磁共振影像诊断特征分析[J]. 中华医学杂志,2012,92(7):483-486.

(收稿日期:2013-08-23 修回日期:2013-10-24)

《影像诊断与介入放射学》杂志 2015 年征订、征稿启事

《影像诊断与介入放射学》杂志于 1992 年创办,系国家教育部主管,中山大学主办,南方医科大学及广东省人民医院协办,总编辑为孟俊非教授,常务总编辑为杨建勇教授,是中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊)。杂志为双月刊,每期 88 页,大 16 开本,铜版纸印刷,印刷精良,图片清晰。国内定价 18 元,全年定价 108 元。刊号:ISSN 1005-8001,CN 44-1391/R。

《影像诊断与介入放射学》杂志旨在集中反映我国医学放射学、核医学、医学超声领域的新技术、新发展、新观点、新理论和临床研究等方面的重大进展,以促进我国领域的学术交流办刊目标,是一本实用性强、有针对性的医学专业杂志。主要栏目有:中枢神经系统影像学、头颈部影像学、胸部影像学、乳腺影像学、腹部影像学、骨骼肌肉影像学、超声影像学、介入放射学、核医学、临床指南、特稿、综述、影像学苑、影像医学英语阅读、实验研究、经验介绍、病例报道、信息窗等。为您展示研究成果和学术成就提供了又一个平台和选择!

《影像诊断与介入放射学》以灵活多样的形式与合作者建立友好合作关系,欢迎产品企业刊登广告宣传。读者可向当地邮局订阅,邮发代号:46-221;亦可通过电话向编辑部订阅,我们将竭尽为您提供优质、便捷的服务,欢迎投稿、征订、刊登广告!

邮编:510080 中国广州市中山二路 58 号 中山大学附一院《影像诊断与介入放射学》编辑部

电话:020-87331859 网址:www.yxyjr.com E-mail:yxzdylr@126.com