

左肾异位甲状腺乳头状瘤一例

王江涛, 武峰

【关键词】 肾肿瘤; 甲状腺; 乳头状瘤

【中图分类号】R730.261; R445.1; R814.42; R737.11; R322.51 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2016)06-0559-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2016.06.022

病例资料 患者,女,43岁,因胃炎行腹部超声及CT检查发现左肾占位,病程中无尿频、尿急、尿痛及肉眼血尿,无头痛、头晕、心慌、胸闷,无腹痛、腹胀等。

双肾超声:左肾下极见大小约 $5.2\text{ cm} \times 4.9\text{ cm} \times 5.2\text{ cm}$ 的混合性光团,边界清晰,内见密集细小光点充填,其内另见大小约 $1.6\text{ cm} \times 1.5\text{ cm} \times 1.8\text{ cm}$ 的稍强回声光团,后无声影,集合系光点群未见分离(图1)。CDFI:双肾血流呈指状分布,频谱测值未见异常。

CT表现:左肾中下部背侧见大小约 $5.2\text{ cm} \times 4.8\text{ cm} \times 5.2\text{ cm}$ 稍高密度肿块灶,边界清楚,CT值约44 HU,其内缘见斑片状更高密度影分布,边界不清。多期动态增强扫描后,肿块与正常肾脏分界清楚,病变内缘直径约1.5 cm结节灶明显强化,多期增强CT值分别约66 HU、106 HU、85 HU,余部位未见明显强化。左肾盂肾盏受压移位,未见破坏征象。左肾分泌功能良好(图2~5)。

手术所见:全麻下行后腹腔镜下根治性左肾切除术,术中见左肾中下段背侧占位约 $5.2\text{ cm} \times 4.5\text{ cm} \times 5.0\text{ cm}$,Hem-o-lok分别钳夹左肾动静脉、生殖静脉,左侧输尿管上段Hem-o-lok夹闭输尿管远端,切断输尿管。切除左肾装肾袋,扩大左侧腋后线戳口后取出送病检。

病理诊断:(左肾)甲状腺肿瘤,考虑为滤泡型乳头状瘤(左肾重155 g,体积 $10.5\text{ cm} \times 7\text{ cm} \times 6\text{ cm}$,切开见直径5.5 cm囊腔,内见 $2\text{ cm} \times 1.5\text{ cm} \times 1.3\text{ cm}$ 突起,输尿管 $6.5\text{ cm} \times 0.5\text{ cm}$)。

免疫组化:TTF-1(+),CK19(部分+),HCK(部分+),Galcetin-3(-),RCC(-),EMA(+),CK7(部分+),VIM(部分+,图6)。

术后甲状腺超声:甲状腺左侧叶大小约 $4.0\text{ cm} \times 1.1\text{ cm} \times 1.2\text{ cm}$,右侧叶大小约 $3.6\text{ cm} \times 1.1\text{ cm} \times 1.2\text{ cm}$,峡部厚约0.28 cm,实质光点分布均匀,甲状腺右侧叶内见大小约 $0.2\text{ cm} \times 0.2\text{ cm}$ 的无回声区,边界清晰,考虑小囊肿。CDFI:甲

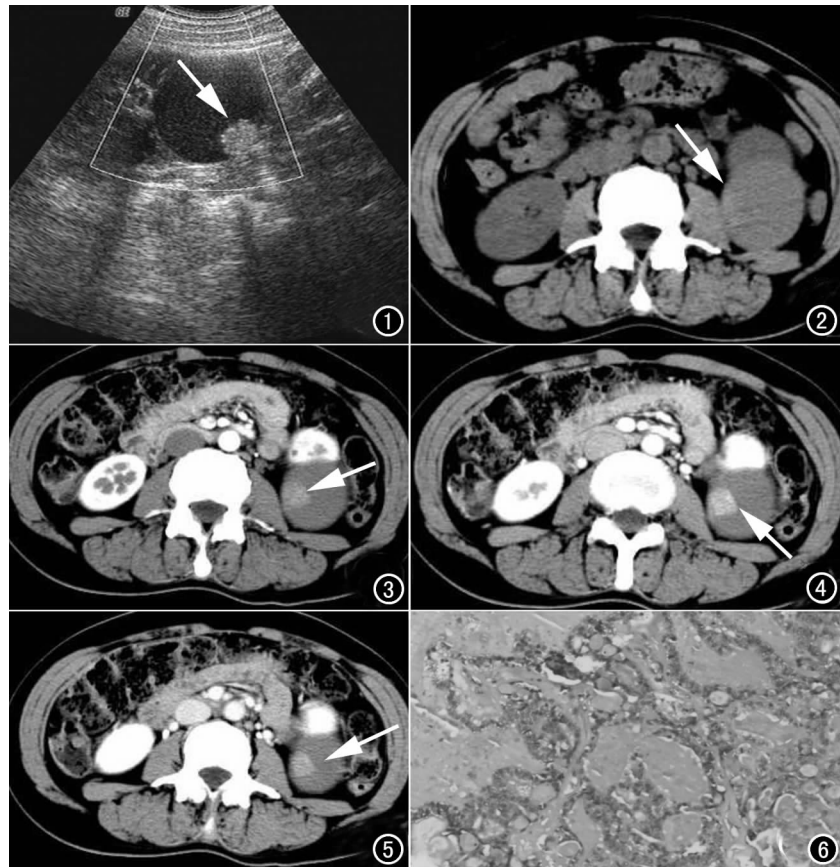


图1 超声示 $5.2\text{ cm} \times 4.9\text{ cm} \times 5.2\text{ cm}$ 的混合性光团,边界清晰,内见密集细小光点充填,其内另见 $1.6\text{ cm} \times 1.5\text{ cm} \times 1.8\text{ cm}$ 的稍强回声光团,后无声影,集合系光点群未见分离(箭)。图2 CT平扫示左肾下极稍高密度肿块灶,CT值约44HU,边界清楚,内缘见结节状更高密度影分布(箭),CT值约52HU。

图3 CT动态增强皮质期,左肾下极类圆形肿块灶内乳头状结节明显强化(箭),其余部分未见明显强化征象,肿块与正常肾脏分界清晰。图4 CT动态增强髓质期,左肾下极肿块灶内乳头状结节强化更明显,其余部分未见明显强化(箭),肿块与正常肾脏分界清晰。图5 CT动态增强分泌期,左肾下极肿块灶内乳头状结节强化程度减低(箭),其余部分未见明显强化,肿块与正常肾脏分界清晰。图6 术后病理证实左肾肿块为异位甲状腺滤泡型乳头状瘤。免疫组化:TTF-1(+),CK19(部分+),HCK(部分+),Galcetin-3(-),RCC(-),EMA(+),CK7(部分+),VIM(部分+)。

状腺内未见明显异常血流信号显示。甲状腺功能检查正常,所有相关检查均未发现甲状腺原发肿瘤征象。

讨论 异位甲状腺是甲状腺始基沿甲状舌管下降过程中发生的一种罕见的先天畸形,以舌根部及颈前部多见。据统计,发病率为1:10万~1:30万人^[1]。异位甲状腺癌更为少见,

作者单位:441021 湖北,襄阳市中心医院(湖北文理学院附属医院)CT室

作者简介:王江涛(1976-),男,湖北襄阳人,硕士研究生,主治医师,主要从事CT诊断工作。

通讯作者:武峰, E-mail:xfwj0914@sina.com

约占甲状腺癌发病率 0.3%~0.5%^[2]。笔者查阅国内外文献,尚未见发生于肾脏的异位甲状腺癌的相关报道。异位甲状腺分为两种,颈部正常部位无甲状腺组织者称为迷走甲状腺;颈部正常部位同时存在甲状腺组织者则称为副甲状腺。异位甲状腺可发生正常甲状腺的所有疾病,包括甲状腺癌、甲状腺腺瘤、结节性甲状腺肿、甲状腺炎、甲状腺功能亢进等。一般将正常位置甲状腺未见癌,或正常部位无甲状腺,而在其他位置的异位甲状腺中所发生的原发性甲状腺癌称为异位甲状腺癌^[3]。本例术后所有相关检查显示正常部位甲状腺未见原发肿瘤征象,可排除左肾肿块为转移性病变可能。

结合术后病理总结肾脏异位甲状腺乳头状瘤的影像学表现,病变呈大体囊状肿块灶,边界清楚,内可见附壁乳头状结构,超声显示大体呈混合回声光团,边界清楚,内乳头状结构呈稍强回声。CT 平扫显示为稍高密度囊状肿块灶,与正常肾脏组织分界清楚,内可见更高密度附壁结节影分布。多期动态增强后,囊性部分未见明显血供,无明显强化,其内附壁乳头状结节,血供丰富,可见明显强化,影像学表现与大体病理结果相吻合。但因本病极为罕见,缺乏大样本病例研究,其影像学表现是否具有一定的特征性尚不明确,有待进一步分析总结。

肾脏异位甲状腺乳头状瘤需与发生于肾脏的其他肿瘤性病变相鉴别。①血管平滑肌脂肪瘤是肾脏最常见的良性肿瘤,其内成分多样,呈混杂密度肿块灶,边界欠清,肿块内含成熟脂肪组织,据此可作出诊断,以资鉴别。②肾脏原发恶性肿瘤以肾癌多见,且透明细胞癌所占比例较大,肿块多呈浸润性生长,与正常组织分界不清,病变内部密度不均匀,多发坏死、囊变,增强后呈明显不均匀性强化,病变较大时可侵及集合系统。③肾脏转移性肿瘤一般有明确的原发肿瘤病史,且其影像学表现与原发肿瘤相一致,结合临床病史不难鉴别。

参考文献:

- [1] Noussios G, Anagnosis P, Goulis DG, et al. Ectopic thyroid tissue: anatomical, clinical, and surgical implications of a rare entity[J]. Eur Endocrinol, 2011, 165(3): 375-382.
- [2] 徐登仁. 肿瘤的核素治疗. 肿瘤外科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1995: 876-883.
- [3] Haq M, Harmer C. Thyroid cancer: an overview[J]. Nucl Med Commun, 2004, 25(9): 861-867.

(收稿日期: 2015-09-07 修回日期: 2015-10-12)

• 病例报道 •

胃壁支气管源性囊肿一例

冯京京, 滑炎卿

【关键词】 支气管源性囊肿; 体层摄影术, X 线计算机; 磁共振成像

【中图分类号】R734.1; R814.42; R445.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2016)06-0560-02

DOI: 10.13609/j.cnki.1000-0313.2016.06.023

病例资料 患者,男,73岁,因中上腹痛伴腹胀、嗝气10余d入院。体格检查及实验室检查未见异常。X线钡餐:上消化道钡剂下行通畅,管壁蠕动柔和,黏膜纹规则,管腔未见明显狭窄、扩张及充盈缺损影(图1)。CT所见:胃小弯近贲门处大小约42mm×30mm的类圆形占位灶,密度均匀,边界清,凸向腔外,平扫CT值约48HU,增强扫描未见强化(图2~4)。拟诊:胃肠道间质瘤。手术所见:于全麻下行近端胃大部切除伴幽门成形术,腹膜后病损切除术,肠粘连松解术。胃贲门近小弯后外侧壁触及一3cm大小肿块,侵及浆膜。术后病理所见:(近端胃大部)良性囊性病变,囊壁平滑肌及软骨,内衬单层纤毛柱状上皮,部分粘液空泡。病理诊断:支气管源性囊肿。

讨论 支气管囊肿(bronchial cysts, BCs)是胚胎期支气管系统发育障碍引起的先天性疾病,可由一种或多种组织构成,包括呼吸道上皮、平滑肌、透明软骨、腺体和弹力纤维等,解剖学将其分为肺内型、纵隔型和异位型^[1]。其发病率约为1/68000~1/42000^[2],90%为纵隔型,可发生于气管周围、隆突下、肺门、食管周围及心包。异位支气管囊肿罕见且发病部位多,可见于腹膜后、消化道、脑实质、颈部、骨骼、椎管、皮下浅

组织、鞍区、副鼻窦等处。异位支气管囊肿发病原因尚未完全明确,目前公认 Sumiyoshi 等^[3]提出的胚芽脱落、移位假说,即胚胎第3~6周原始前肠的气管支气管树胚芽形成异常并脱落、移位种植形成异位支气管囊肿。当脱落的胚芽移位至前肠尾侧时,即可形成腹腔脏器或腹膜后支气管囊肿。

EBC 的临床表现和实验室检查缺乏诊断特异性。早期囊肿较小时一般无症状,但因囊壁被覆腺上皮,可分泌黏液,囊肿可逐渐增大。当邻近脏器受到挤压时,可产生压迫症状;若囊肿继发感染,则可出现发热、疼痛等症状;当囊肿与胃腔相通时,可出现消化道出血;也有学者报道支气管囊肿存在恶变可能^[4]。本例患者发生在腹腔脏器胃贲门近小弯侧,因囊肿较大压迫胃贲门部,因而出现中上腹疼痛伴腹胀、嗝气,与其它消化系统病变临床表现相似,无特异性。

EBC 的常规影像学检查也缺乏诊断特异性,术前误诊率高。CT、MRI 具有的薄层断层扫描和三维图像重建能力,可精确显示囊肿的位置、大小、形态、密度/信号、血供及其与周围脏器的关系,有助于术前诊断。通常异位支气管囊肿为乏血供病变,单房或多房,圆形或类圆形,当受周围脏器挤压亦可呈不规则形,其边界清晰,多位于消化管腔外,胃异位支气管囊肿最常见于胃小弯或胃食管连接部。但 EBC 不同于一般的器官囊肿,仅少数含清亮水样液体,多数富含蛋白质或合并出血、感染致

作者单位: 200040 上海, 复旦大学附属华东医院放射科

作者简介: 冯京京(1988—),女,河南信阳人,硕士研究生,住院医师,主要从事腹部影像诊断工作。

通讯作者: 滑炎卿, E-mail: cjr.huayanqing@vip.163.com