

· 病例报道 ·

肾上腺嗜酸细胞腺瘤两例

孟晓岩, 陈晓, 李晓娟, 王秋霞, 李震, 胡道予, 彭健

【关键词】 肾上腺皮质; 嗜酸细胞腺瘤; 体层摄影术, X 线计算机; 磁共振成像

【中图分类号】R736.6; R814.42; R445.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2017)01-0092-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2017.01.020

肾上腺皮质嗜酸细胞腺瘤(adrenocortical oncocytoma, ACO)临床非常罕见,由1986年Kakimoto等^[1]报道首例ACO,国内外文献对其报道较少^[2,3],我院2013年12月—2014年5月收治ACO患者2例,笔者结合文献总结其影像学表现。

病例资料 病例1,男,6岁,因间断性腹部疼痛2年,加重4d入院。患者血压正常,既往史无特殊。入院体格检查:血压110/65 mmHg,余体格检查未见异常。辅助检查:血钾3.51 mmol/L,淋巴细胞60.4%(正常值20%~40%),17-羟皮质类固醇5.63 μmol/24 h(正常值8.3~27.7 μmol/24h),17-酮皮质类固醇、尿香草扁桃酸、肿瘤标志物及皮质醇均在正常范围内,儿茶酚胺定性阴性。影像表现见图1。

病例2,男,42岁,腹部超声体检发现肾上腺占位。患者血压正常,既往史无特殊。入院体格检查:血压117/77 mmHg,余体格检查未见异常。辅助检查:血钾4.02 mmol/L,单核细胞比值10.0%(正常值3.0%~8.0%),余实验室指标均在正常范围内。影像表现见图2。

讨论 嗜酸细胞腺瘤是一种少见的肿瘤性病变,常发生于唾液腺、肾脏、甲状腺、甲状旁腺、垂体、脊髓等部位^[4,5],发生于肾上腺的嗜酸细胞腺瘤罕见。ACO多发生于肾上腺皮质,国外文献报道ACO亦可发生于肾上腺髓质^[6]。ACO好发年龄为

2.5~72.0岁,平均40.7岁,无性别差异,左侧肾上腺发病率高于右侧^[3,4,7-9],本组2例患者均为男性,年龄分别为6岁、42岁,均发生于右侧肾上腺。69.5%的ACO为无功能性,多为偶然发现,部分病例可合并皮质醇、醛固酮、睾酮等激素分泌增多,其中小儿功能性ACO更为少见,文献报道仅3例^[3,4,8,9]。部分ACO患者以腰背部酸痛或触及腹部包块就诊^[10],本组1例患者因腹痛就诊,另1例行腹部CT偶然发现肾上腺肿块。

ACO肿块体积差异较大,一般肿瘤体积较大,最大直径可达28.5 cm^[3,7]。肿瘤包膜完整,呈非浸润性生长,肿瘤剖面呈黄色或深棕色,瘤体完全或绝大部分由嗜酸性上皮细胞组成,其特点为胞浆呈颗粒状嗜酸染色^[4,6]。ACO多为良性,质地均匀,无明显出血、坏死及周围组织侵犯;相关文献报道恶性ACO表现为肿瘤内部出现囊变、坏死,侵犯邻近组织或包膜血管,以及出现邻近、远处器官的转移^[4,7]。临床工作中更多依据LWB(Lin-Weiss-Bisceglia)标准进行ACO良恶性的评估^[10],主要评判标准:核分裂>5/50HPF,异常分裂,静脉侵犯;次要评判标准:肿瘤直径>5 cm或质量>200 g,内部出现坏死,包膜浸润,血窦浸润;组织学上符合任意一项主要标准则诊断为恶性,符合任意一项次要标准则诊断为交界性(恶性潜能)肿瘤,上述标准均不符合则为良性^[4,10,11]。依据此评判标准,病例1肿瘤

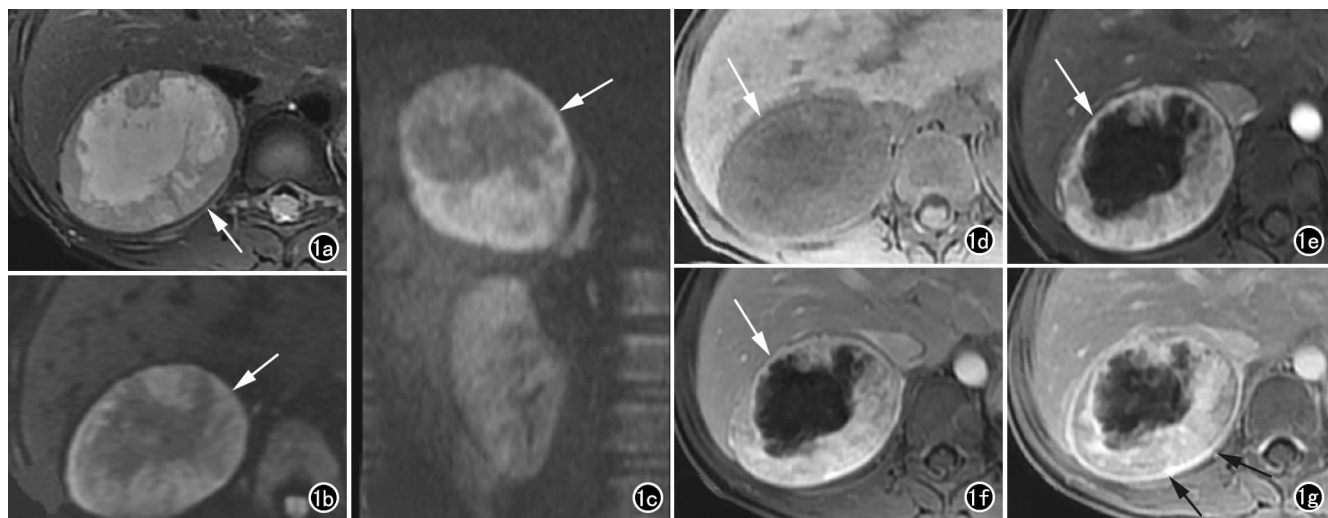


图1 ACO患者。a) T₂WI示肿块(箭)内部囊变坏死区呈高信号; b) DWI示肿块(箭)实体部分扩散受限呈高信号,内部坏死区呈低信号; c) 冠状面DWI可清晰显示肿块(箭)与肾上腺关系; d) T₁WI示肿块(箭)呈等、长T₁信号; e) 增强扫描动脉期图像,动脉早期肿块(箭)实体部分明显强化; f) 增强扫描静脉期示肿块(箭)强化幅度未见明显减低; g) 增强扫描延迟期示肿块强化幅度未见明显减低,并可见包膜强化(箭)。

作者单位:430030 武汉,华中科技大学同济医学院附属同济医院放射科

作者简介:孟晓岩(1989—),女,江苏徐州人,硕士研究生,主要从事腹部影像诊断工作。

通讯作者:彭健, E-mail: dr. efly@163.com

基金项目:国家自然科学基金面上项目(81371524);国家自然科学基金面上项目(81571642)。

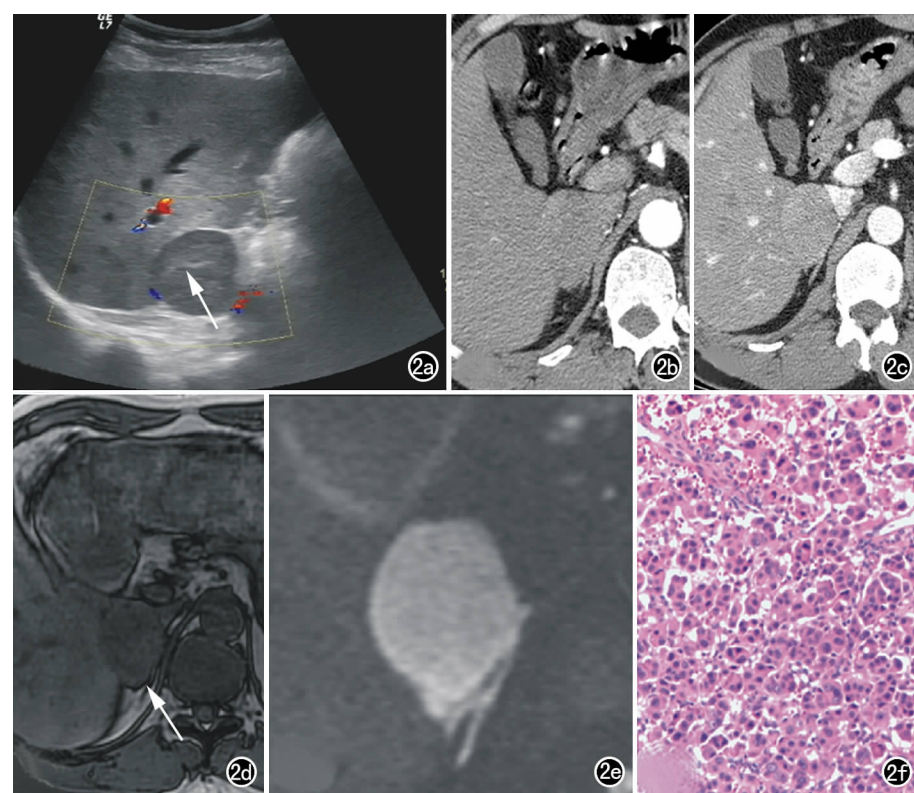


图 2 ACO 患者。a) 超声提示内部回声不均,可见条带状高回声(箭); b) CT 增强扫描动脉期示肿块呈均匀弱强化(65.6 HU),与肝实质(76.03 HU)密度相近; c) 增强扫描静脉期示肿块密度均匀,强化程度(93.12 HU)略高于肝实质(91.31 HU),边界清,可见周边细线样包膜强化; d) 反相位图示肿块信号无明显减低(箭); e) DWI 图像清晰显示肿块与肾上腺结合部关系,似见周围稍高信号影包绕; f) 镜下示肿瘤细胞胞浆嗜酸性,核大,核仁明显,细胞排列成巢团状(×200, HE)。

直径>5 cm,内部出现囊变坏死区则诊断为交界性肿瘤,随访 6 个月暂未见肿瘤复发,需密切随访;病例 2 未出现上述任何一种征象则诊断为良性肿瘤,随访 4 个月未见肿瘤复发。

迄今为止,国内外文献对 ACO 影像学表现报道较少,部分文献报道其影像学表现缺乏特异性^[3,9,12]。ACO 常表现为均匀或不均匀性肿块,界限清晰。相关文献报道质地均匀的 ACO 肿块 CT 值约 42 HU^[9,13],T₂WI 病灶实性部分呈均匀稍高信号,内部坏死区呈明显高信号。典型 ACO 增强扫描呈“轮辐状”强化、中央瘢痕及“快进快出”强化表现,但这些征象并非诊断 ACO 的特异性征象,国内外文献并无对 ACO 此类征象的报道^[9,12,14]。不同部位嗜酸细胞腺瘤影像学表现理论上应具有一定的共性,部分文献报道纤维包膜是 ACO 的特异性征象,良性及恶性均可出现^[12];部分嗜酸细胞腺瘤中包膜的出现可作为与肾癌的鉴别点之一^[15],超声、CT 及 MRI 均可清晰显示,本组 2 例患者均可见纤维包膜。本组 2 例 ACO 反相位图像上信号均无明显减低,证实了文献报道 ACO 内部缺乏脂肪成分的结论^[9]。DWI 通过 ADC 值及信号强度的测量可一定程度上鉴别肾上腺占位性病变^[16],本组 2 例患者 DWI 均呈高信号,不同方位多序列扫描能清晰显示病灶与肾上腺结构的关系,同时灌注加权成像可清晰显示病灶血供特点及强化程度。

ACO 影像学表现缺乏特异性,肿块边界清,体积较大者内部可出现囊变、坏死,肿块的纤维包膜可作为其诊断及鉴别诊断的要点之一,然而术前仍无法明确诊断,多种影像学资料的

结合对其诊断有一定帮助,术后需密切随访。

参考文献:

- [1] Kakimoto S, Yushita Y, Sanefuji T, et al. Non-hormonal adrenocortical adenoma with oncocytoma-like appearances [J]. Hinyokika Kyo, 1986, 32(5): 757-763.
- [2] 于澜,谷海燕,牛蕾,等.肾上腺皮质嗜酸细胞腺瘤合并高血压 1 例[J]. 山东大学学报(医学版), 2013, 51(10): 110-112.
- [3] 宋伟,杨金瑞,黄莉.肾上腺皮质嗜酸细胞腺瘤 3 例诊断和治疗并文献复习[J]. 中南大学学报医学版, 2012, 37(6): 633-636.
- [4] Wong DD, Spagnolo DV, Bisceglia M, et al. Oncocytic adrenocortical neoplasms—a clinicopathologic study of 13 new cases emphasizing the importance of their recognition[J]. Hum Pathol, 2011, 42(4): 489-499.
- [5] 段志堂,郭慧超,白云亮.鼻腔嗜酸细胞腺瘤 1 例[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 25(2): 70.
- [6] Chiste M, Poppiti RJ, Bianco FJ. Oncocytoma of the adrenal gland medulla [J]. Ann Diagn Pathol, 2013, 17(1): 123-126.
- [7] Shah VN, Premkumar A, Walia R, et al. Large but benign adrenal mass: adrenal oncocytoma[J]. Indian J Endocrinol Metab, 2012, 16(3): 469-471.
- [8] 许敬平,吴红花,高燕明,等. 18 例肾上腺皮质嗜酸细胞腺瘤患者的临床特征[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2011, 27(1): 14-16.
- [9] Yoon J, Cha S, Yoon SK. Computed tomography and magnetic resonance images of adrenocortical oncocytoma cases [J]. J Korean Med Sci, 2014, 29(3): 445-451.
- [10] 袁菲,朱延波,吴华成,等. 肾上腺皮质嗜酸性腺瘤病理分析:附 7 例报道[J]. 诊断学理论与实践, 2006, 5(2): 150-154.
- [11] Bisceglia M, Ludovico O, Di Mattia A, et al. Adrenocortical oncocytic tumors: report of 10 cases and review of the literature[J]. Int J Surg Pathol, 2004, 12(3): 231-243.
- [12] Shah RK, Oto A, Ozkan OS, et al. Adrenal oncocytoma: US and CT findings[J]. JBR BTR, 2004, 87(4): 180-182.
- [13] Rutkowska J, Bandurska-Stankiewicz E, Kuglarz E, et al. Adrenocortical oncocytoma—a case report[J]. Endokrynol Pol, 2012, 63(4): 308-311.
- [14] 何为,刘剑羽. 嗜酸细胞腺瘤与透明细胞癌的多期螺旋 CT 增强特征对比研究[J]. 中华放射学杂志, 2011, 45(12): 1203-1206.
- [15] 马强,贺文. 嗜酸细胞腺瘤影像及临床研究新进展[J]. 山西医药杂志(下半月版), 2012, 41(22): 1145-1147.
- [16] 杨曼,李迎春. MRI 对肾上腺肿瘤的诊断价值及其研究进展[J]. 医学综述, 2012, 18(23): 4035-4038.

(收稿日期:2016-03-21 修回日期:2016-04-04)