

细胞神经瘤;另一体积较大的恶性下腔静脉平滑肌肉瘤生长较快,为新发肿瘤。

对于腹膜后同时发生的多种组织学来源的肿瘤,在影像诊

断时,临床多以一元论解释,以至于在报告时误诊。本例 2 个肿瘤的分界及强化方式不同,可资鉴别。因此,在影像诊断中应考虑到腹膜后多元化肿瘤的可能。

Primary solitary fibrous tumor of kidney: Case report 肾脏原发孤立性纤维性肿瘤 1 例

刘 洁,程敬亮,张 勇,谢珊珊

(郑州大学第一附属医院磁共振科,河南 郑州 450052)

[Key words] Solitary fibrous tumors; Kidney; Magnetic resonance imaging

[关键词] 孤立性纤维性肿瘤;肾;磁共振成像

DOI:10.13929/j.1003-3289.201607103

[中图分类号] R731.11; R445.2 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2017)02-0317-01

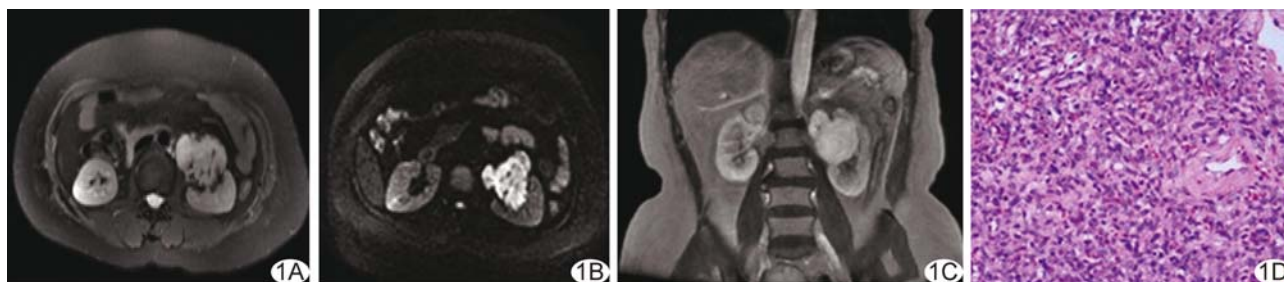


图 1 左肾孤立性纤维性肿瘤 A. 压脂 T2WI 示病灶呈高信号,肿块内及边缘可见流空血管影; B. DWI 高 b 值肿块弥散受限呈高信号; C. 肿块呈持续性延迟强化,强化范围扩大; D. 病理检查示瘤细胞呈梭形,胞质稀疏,核大、深染,可见核分裂相,瘤组织内可见扩张的血管(HE, ×100)

患者女,46 岁,因“体检发现左肾占位 1 天”入院。1 天前外院腹部 CT 发现左肾占位,伴腰部钝痛、叩击痛,无血尿、发热、乏力。入院后体格检查示左肾区无隆起,无压痛,有叩击痛。实验室检查未见明显异常。腹部 MRI:左侧肾窦内见较大不规则团块状长 T1 长 T2 信号(图 1A),大小约 6.6 cm × 5.7 cm × 6.0 cm, DWI 上弥散受限呈明显高信号(图 1B),病灶边界尚清,边缘及内部见多发短 T2 血管影(图 1A);病灶突向前下方,下缘约平 L2 椎体下缘水平,增强后动脉期明显强化,静脉期及延迟期持续强化(图 1C);病灶包绕左肾动脉,后缘紧邻左肾静脉。MRI 诊断:左肾窦区恶性病变,考虑肾盂癌。行开腹左肾摘除术。大体病理:左肾大小约 10 cm × 7 cm × 6 cm,肾实质内肿块直径约 6 cm,呈灰黄灰红色,切面呈灰红色、质软、边界不清。病理诊断:孤立性纤维性肿瘤(solitary fibrous tumors, SFT),局部细胞密度高,核分裂约 2 个/10 高倍视野,提示低度恶性(图

1D)。免疫组化:CD99(±),bcl-2(+),CK(-),F8(-),CD34(+),Ki-67(<5%+),MelanA(-),S-100(-),HMB45(-),SMA(-),Desmin(-)。

讨论 SFT 是一种少见的梭形细胞软组织肿瘤,多见于中老年人,无性别差异,临床无特异性,可体检偶然发现,实验室检查一般无异常。SFT 生物学行为多表现为良性,但少数有复发或转移等恶性行为。SFT 可发生于任何部位,以胸膜居多,原发于肾脏者较罕见。SFT 影像学表现为边界清晰的圆形、类圆形肿块,多为单发,密度或信号较均匀,肿块较大时可发生囊变、坏死及黏液样变,恶性者可侵犯周围组织。肿瘤的 T1WI 和 T2WI 信号呈多种多样,有时 T2WI 上可见肿瘤内部粗大的流空血管影;增强后肿块呈渐进性强化。发生于肾脏的 SFT 需与肾癌、肾盂癌及肾脏血管平滑肌脂肪瘤鉴别:①肾癌为富血供肿瘤,强化方式为“快进快出”,而 SFT 为渐进性强化;②肾盂癌边界不清,常向邻近肾盂输尿管侵犯,强化程度不及 SFT;③血管平滑肌脂肪瘤内可见脂肪成分, MRI 检查正反相位序列可帮助诊断,且病灶内及边缘无流空血管影。

[第一作者] 刘洁(1989—),女,河南洛阳人,硕士,医师。

E-mail: tongnuo@yeah.net

[收稿日期] 2016-07-25 [修回日期] 2016-11-20