

医疗卫生装备, 2017, 38(5):4-8.

[11] 李鹏, 吕发金, 勒都晓兰, 等. 匀场辅助装置在臂丛神经成像中的应用. 中国医学影像技术, 2012, 28(10):1906-1909.

[12] 汪荣, 朱大荣, 韩志江, 等. 自制水模在 3.0T MRI 颈部脂肪抑制序

列扫描中的价值. 中国临床医学影像杂志, 2017, 28(3):166-168.

[13] Pizzoferrato AC, Nyangoh Timoh K, Fritel X, et al. Dynamic Magnetic resonance imaging and pelvic floor disorders: How and when. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2014, 181:259-266.

## Cystic pheochromocytoma with hemorrhage: Case report 肾上腺囊性嗜铬细胞瘤伴出血 1 例

古艳华, 彭娟

(重庆医科大学附属第一医院放射科, 重庆 400016)

[Key words] Pheochromocytoma; Hemorrhage; Diagnostic imaging [关键词] 嗜铬细胞瘤; 出血; 诊断显像

DOI:10.13929/j.1003-3289.201708200

[中图分类号] R736.6; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2018)06-0933-01



图 1 肾上腺囊性嗜铬细胞瘤伴出血 A. CT 平扫示右侧肾上腺区囊性占位, 囊壁点状钙化, 中央见片状液性低密度及小片高密度出血; B. CT 增强扫描动脉期示囊壁轻度强化, 病灶中央未见强化; C. 冠状位重建图像示病灶位于右侧肾上腺区; D. 病理检查示肿瘤细胞排列成巢状结构, 巢间间血窦丰富; 肿瘤细胞为多角形, 胞浆嗜碱性(HE,  $\times 40$ )

患者男, 60 岁, 主因“恶心、呕吐伴尿频、尿急、尿痛 6 天, 腹胀 2 天”入院; 糖尿病史 10 年、高血压病史 8 年, 临床诊断为糖尿病酮症酸中毒, 腹胀原因待查。查体: 血压 120 mmHg/79 mmHg, 神志清, 双侧肾区无叩痛, 双侧输尿管、膀胱行经区无压痛。超声: 右侧肾上腺区占位。CT: 右侧肾上腺区可见约 87 mm $\times$ 80 mm 类圆形、密度不均匀囊性肿块影, 壁较厚伴少许钙化, 中央见液性低密度及片状稍高密度出血, 平扫 CT 值 13~55 HU(图 1A), 增强示动脉期囊壁轻度强化, 中央未见强化(图 1B); 冠状位可见右肾受压向下移位, 病灶与邻近结构分界清楚(图 1C), 考虑肾上腺囊肿伴出血可能性大。行经腹右侧肾上腺嗜铬细胞瘤切除术, 术中见右肾上腺区肿块, 直径约 8 cm, 推挤下腔静脉及十二指肠, 肿瘤周围粘连严重, 术中血压波动明显。大体标本: 肿块呈灰褐色, 切面呈囊性, 壁厚, 囊壁灰褐色间杂灰黄色。病理诊断: (右肾上腺)嗜铬细胞瘤伴出血(图 1D)。

讨论 嗜铬细胞瘤是指起源于神经外胚层嗜铬组织的肿瘤, 可发生于全身任何部位的嗜铬组织, 以肾上腺最常见; 其典型临床症状及体征与儿茶酚胺过量分泌有关, 主要表现为阵发性或持续性高血压, 伴头痛、心悸、多汗、高血糖, 而无功能性嗜铬细胞瘤少见; 肿瘤最大径常  $> 3$  cm, 血供丰富, 较大肿瘤易出血坏死; CT、MR 增强扫描可见肿瘤实体部分明显强化, 出血坏死区无强化。本例患者无阵发性高血压或高代谢症状, CT 发现右侧肾上腺区囊性肿块伴出血及少许钙化, 囊壁轻度强化, 未见明显实性肿瘤成分, 故术前诊断嗜铬细胞瘤较困难。本病需与以下疾病鉴别: ①肾上腺囊肿, 包括真性囊肿、假性囊肿及寄生虫囊肿; 内皮囊肿和上皮性囊肿属真性囊肿, 囊壁为内皮或上皮组织; 假性囊肿由外伤、感染或良恶性肾上腺肿瘤出血形成, 囊壁是纤维组织, 本例可视为嗜铬细胞瘤出血所致假性囊肿; ②肾上腺腺瘤, 肿块较小, 最大径多为 2~3 cm, 密度均匀(CT 值多  $< 10$  HU), 增强后呈轻中度强化, 强化程度小于嗜铬细胞瘤, 出血、坏死、囊变和钙化少见; ③肾上腺节细胞神经瘤, 为乏血供肿瘤, 易变形, 常沿脏器血管间隙生长, 增强扫描肿瘤呈轻度延迟强化。

[第一作者] 古艳华(1990—), 女, 重庆人, 本科, 医师。

E-mail: 993244540@qq.com

[收稿日期] 2017-08-29 [修回日期] 2018-02-08