

[12] 易根发, 范宏杰, 谢璇丞, 等. 高强度聚焦超声消融单发性子宫肌瘤能效因子的影响因素. 中国介入影像与治疗学, 2018, 15(11): 674-678.

[13] 赵成, 赵卫东, 周虎, 等. 高强度聚焦超声联合 GnRH-a 治疗子宫肌瘤肌症的临床研究. 安徽医科大学学报, 2017, 52(12): 1839-1844.

[14] 徐琳瑛, 于丽霞. 曲普瑞林联合高强度聚焦超声消融治疗子宫肌瘤病的疗效观察. 中国计划生育学杂志, 2019, 27(4): 473-475.

[15] Smart OC, Hindley JT, Regan L, et al. Magnetic resonance guided focused ultrasound surgery of uterine fibroids—the tissue effects of GnRH agonist pre-treatment. Eur J Radiol, 2006, 59(2): 163-167.

Left renal hemangiopericytoma: Case report 左肾血管周细胞瘤 1 例

陈莲花^{1,2}, 王 波²

(1. 贵州医科大学, 贵州 贵阳 550004; 2. 贵州医科大学附属医院放射科, 贵州 贵阳 550004)

[Keywords] renal neoplasms; hemangiopericytoma; tomography, X-ray computed

[关键词] 肾肿瘤; 血管外皮细胞瘤; 体层摄影术, X 线计算机

DOI: 10.13929/j.1003-3289.201903163

[中图分类号] R737.1; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2019)11-1716-01

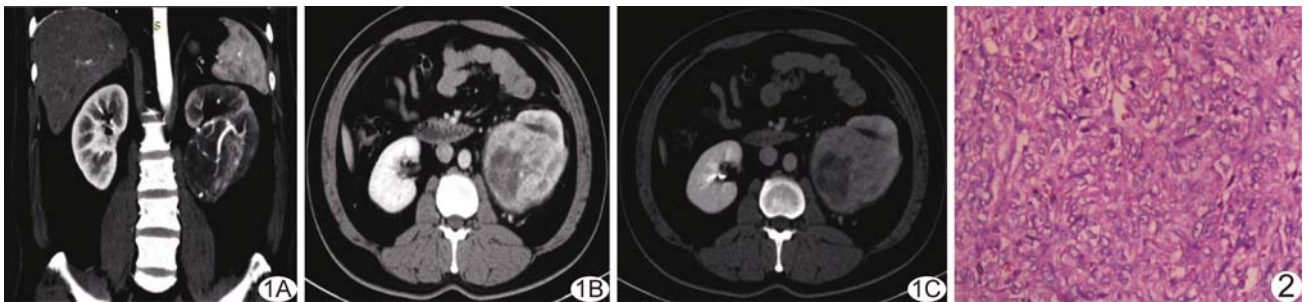


图 1 左肾血管周细胞瘤 CT 增强表现 A. 重建冠状位增强皮质期; B. 增强髓质期; C. 增强排泄期 图 2 病理图(HE, ×200)

患者男, 33 岁, 因“左腰部反复疼痛 1 周”入院。查体: 左肾区轻叩痛, 右肾区无叩痛。实验室检查未见异常。全腹增强 CT: 左肾中下极见突入肾盂、肾轮廓外的团块状异常强化影, 大小约 6.5 cm×6.5 cm×7.6 cm; 增强扫描皮质期病灶呈不均匀强化, CT 值约 16~89 HU, 周围可见血管包绕、肾动脉移位(图 1A); 髓质期持续强化, CT 值约 18~112 HU, 内可见斑片状低密度影(图 1B); 排泄期强化减低, CT 值约 25~93 HU, 病灶与肾皮髓质分界尚清(图 1C)。CT 诊断: 左肾占位, 考虑肾癌。于全身麻醉下行左肾根治性切除术, 术中于左肾中下极实质内见肿块与肾实质分界尚清, 肾盂受压、移位, 肿块与肾周脂肪不易剥离, 切面呈白灰黄色, 实性、质软。术后病理: 镜下见瘤细胞呈梭形, 部分围绕血管生长, 局部血窦呈网状扩张, 肾周脂肪组织内亦见肿瘤细胞(图 2)。免疫组织化学: Vim、CD31、CD34 均呈阳性, Ki-67(5%+)。病理诊断: (左肾) 血管周细胞瘤(hemangiopericytoma, HPC)。

讨论 HPC 是起源于血管周细胞具有潜在恶性的肿瘤, 也

称血管外皮细胞瘤; 其好发于四肢、骨盆、脑膜及头颈部, 发生于泌尿生殖系统者罕见。肾脏 HPC 患者平均发病年龄约 40.3 岁, 男女比约 1.1:1.0, 多为单发, 最大径常 ≤25 cm, 多可见包膜。早期患者无任何临床症状及体征, 当肿块生长过大压迫肾盂、输尿管时, 患者出现腰痛、血尿等。肾脏 HPC 病理检查可见梭形肿瘤细胞围绕血管增殖、生长形成复杂血管网或“鹿角样”血管结构, 亦可造成血管受挤压、移位, 内部常伴囊变、出血, 故病灶增强扫描强化明显。肾脏 HPC 的 CT 平扫多表现为等密度、突出于肾轮廓外的肿块, 肿块长至较大时可突入肾盂、输尿管, 引起肾积水; CT 增强呈不均匀明显强化, 以髓质期为著, 肿块周围可见血管影包绕、主要供血动脉移位。本病需与肾恶性纤维组织细胞瘤、血管肉瘤、滑膜肉瘤及肉瘤样肾癌等相鉴别。肾根治性切除术是肾脏 HPC 常见手术方法, 为避免术后复发, 还应联合放化疗。肾脏 HPC 术前诊断困难, 最终确诊依靠病理及免疫组织化学。

[第一作者] 陈莲花(1992—), 女, 贵州遵义人, 在读硕士。E-mail: 904056134@qq.com

[收稿日期] 2019-03-22 [修回日期] 2019-08-17