

血流信号。本例宫颈 NECC 内探及高速高阻型动脉血流频谱,文献少见报道,可能由于 NECC 具有完整血管壁结构,高速高阻血流频谱为其超声特征之一。鉴别诊断:①宫颈肌瘤,来源于宫颈间质

内或血管壁肌组织,多呈圆形或椭圆形肿块,边界清晰;②宫颈鳞癌和腺癌,多为低回声不规则肿块,边界不清,基底部可有浸润,内部回声杂乱,PW 多可探及低速低阻型血流频谱。

Papillary renal cell carcinoma: Case report

乳头状肾细胞癌 1 例

徐校胜¹, 时高峰¹, 孙雪梅²

(1. 河北医科大学第四医院 CT 室, 2. 病理科, 河北 石家庄 050010)

[Keywords] kidney neoplasms; carcinoma, papillary; magnetic resonance imaging

[关键词] 肾肿瘤; 癌, 乳头状; 磁共振成像

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2021.07.037

[中图分类号] R692; R445.2 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2021)07-1113-01

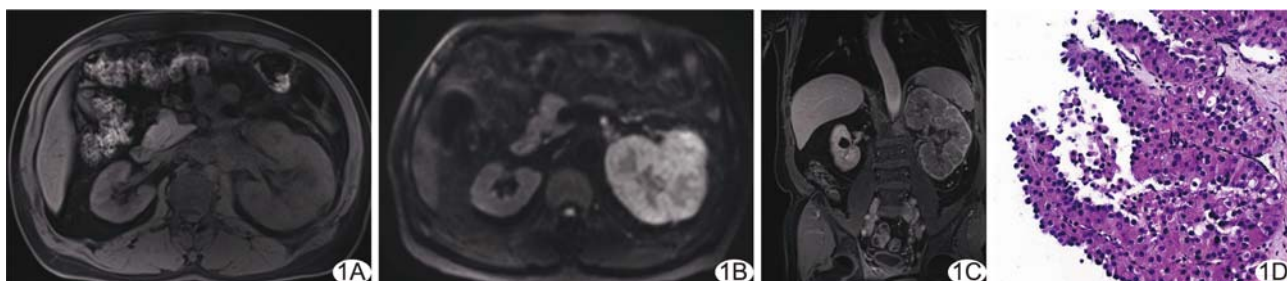


图 1 乳头状肾细胞癌 A. 轴位脂肪抑制平扫 T1WI; B. DWI($b=800 \text{ s/mm}^2$); C. 冠状位增强髓质期 MRI; D. 病理图(HE, $\times 40$)

患者男, 58 岁, 无明显诱因出现腹胀, 饭后加重伴胸闷 2 个月; 既往体健。查体: 左中腹扪及约 $10 \text{ cm} \times 8 \text{ cm}$ 肿物, 触之质硬, 固定, 边界尚清, 有压痛并向会阴部放射。实验室检查未见明显异常。腹部 MRI: 左肾弥漫性增大, 约 $15.2 \text{ cm} \times 8.7 \text{ cm} \times 7.0 \text{ cm}$, 信号不均, 肾门区软组织信号增多(图 1A), 脂肪抑制 T2WI 示弥漫肿大的肾组织内见多发点灶状高信号, 弥散加权成像(diffusion-weighted imaging, DWI)示左肾呈弥漫性高信号, 髓质区信号稍低于皮质(图 1B); 增强扫描皮质期左肾强化低于右肾, 髓质期示左肾皮质变薄, 轮廓尚存在, 肾柱显示清晰(图 1C)。右肾内见类圆形长 T1WI、长 T2WI 信号, 长径约 2.5 cm , 边缘清楚, 增强扫描未见强化。MR 诊断为左肾恶性肿瘤, 不排除淋巴瘤; 左肾门多发淋巴结转移; 右肾囊肿。行左肾根治性切除术, 术中见左肾弥漫性肿大, 约 $16.0 \text{ cm} \times 11.2 \text{ cm} \times 10.5 \text{ cm}$, 表面泛红, 周围筋膜增厚。术后病理检查: 光镜下见癌细胞呈小立方形, 乳头状排列(图 1D); 免疫组织化学: AE1/AE3(+), Vim(+), CK7(+), CAIX(+), CD10(-), E-cadherin(+), EMA(+), Ki67(阳性细胞数 15%), TFE3(-)。

病理诊断: 左肾乳头状肾细胞癌(弥漫浸润型)。

讨论 肾细胞癌约占全部肾脏恶性肿瘤的 80%~90%, 起源于肾小管上皮, 临床表现不典型。乳头状肾细胞癌发病率仅次于透明细胞癌, MRI 常表现为肾内局灶性肿块, T1WI 呈稍低信号, T2WI 多为低信号, 可能与瘤体内存在含铁血黄素有关; 增强扫描肿瘤呈渐进性强化, DWI 呈高或稍高信号。弥漫浸润型乳头状肾细胞癌临床罕见。弥漫浸润型透明细胞癌影像学主要表现为全肾组织弥漫受累, 肾脏形态近似正常, 肾柱、肾盏等结构尚存, 皮髓质期强化明显, 但低于正常肾脏, DWI 呈弥漫性高信号, 内可见多个坏死灶。本例左肾弥漫性受侵, 影像学表现与透明细胞癌类似, 但未见明显坏死灶。此外, 本病还需与原发肾淋巴瘤及黄色肉芽肿性肾盂肾炎鉴别。弥漫浸润型肾淋巴瘤多双侧发病, 极少见肾静脉、下腔静脉瘤栓形成。黄色肉芽肿性肾盂肾炎临床症状明显, 受累肾多弥漫肿大, 肾周间隙密度增高, 易见囊变、坏死。临床鉴别困难时, 可行影像学引导下穿刺活检, 依靠病理检查以确诊。

[第一作者] 徐校胜(1990—), 男, 河北邯郸人, 硕士, 医师。E-mail: 1447586351@qq.com

[收稿日期] 2020-09-09 [修回日期] 2021-05-03