

短篇

囊状血管平滑肌脂肪瘤
误诊1例报道王 钊¹ 岳云龙^{2,*}

1.北亚骨科医院放射科(北京 102445)

2.首都医科大学附属北京世纪坛医院核磁室
(北京 100038)

【关键词】肾脏；血管平滑肌脂肪瘤；误诊

【中图分类号】R685.6

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2022.09.070

Misdiagnosis of Cystic Angiomyolipoma
was Reported in 1 CaseWANG Zhao¹, YUE Yun-long^{2,*}

1.Department of Radiology, Beijing North Asian Orthopaedic Hospital, Beijing 102445, China

2.Department of MR, Beijing Shijitan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100038, China

1 病历资料

患者，男，40岁，体检发现左肾肿块入院，临床症状无特殊，无结节性硬化病史。查体双肾无隆起，肾区叩击痛(-)，沿输尿管区无压痛及叩击痛，实验室检查各项肿瘤标志物未见升高。

腹部CT显示左肾下极囊性肿块，大小约8.4cm×8.0cm×7.2cm，边缘及间隔少量实性成分，间隔厚薄不均，增强扫描实性成分明显不均匀强化，强化程度低于肾实质，囊性部分未见强化(见图1)。MRI平扫显示左肾下极肿块，T₁WI呈等、高信号，T₂WI呈不规则高及稍高信号，大小与CT测量相同，内见分隔，分隔及壁厚薄不均，扩散加权局部受限。注射对比剂GD-DTPA，左肾下极肿块壁及其内分隔明显不均匀强化，T₁WI高信号区未见强化，左肾下极皮质局部缺损，肿块与左肾下极交界面清晰(见图2)。肝内多发类圆形长T₂信号，未见强化，右肾实质无异常强化信号。术前诊断：左肾下极恶性肿瘤(透明细胞癌)伴出血；泌尿系感染；右肾小囊肿；肝囊肿。

行左肾部分切除术，探查左肾，下极可见巨大肿块，锐性、钝性结合游离左肾下极肿块，未见明显粘连，肿瘤与肾实质连续，超声刀切断肿瘤与左肾下极连续部，肿瘤完整取出切口，手术顺利。大体描述：(左肾肿瘤)灰粉结节样组织一块，大小7.8cm×7.5cm×6cm，表面附脂肪，一侧已被临床剖开，结节内容物质糟脆，暗红、质软，囊壁厚0.5~0.8cm。免疫组化：免疫组化染色示肿瘤细胞：HMB45(+), Melan-A(+), SMA(+), CK(-), Vimentin(+), CD10(-), CK7(-), PaxB(-), GATA3(+), P53(-), Ki-67(index 1%), S100(个别阳性)(见图3)。最后诊断：血管平滑肌脂肪瘤。

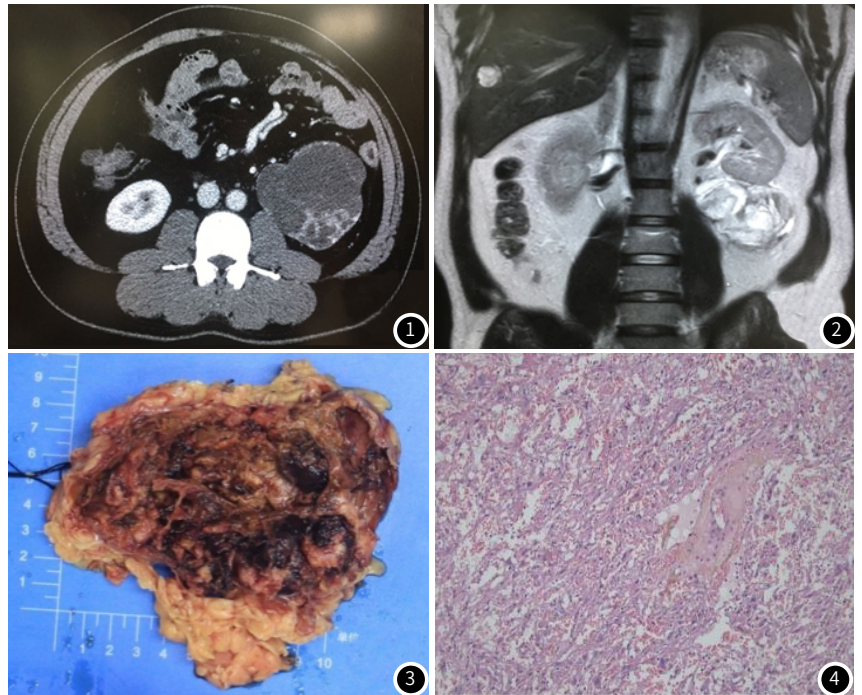


图1~图4 左肾囊状血管平滑肌脂肪瘤。图1 CT增强扫描示肿瘤周边及间隔显著强化；图2 MRI冠状位T₂WI序列示肿瘤位于左肾下极向下膨胀性生长，与左肾下极分界清晰；图3 病理大体标本：灰粉结节，表面附脂肪；图4 病理图示平滑肌与上皮细胞，血管、脂肪或脂肪母细胞个别显示(HE×100)。

2 讨论

肾脏血管平滑肌脂肪瘤(RAML)是由不同比例缺乏弹力层的厚壁血管、成熟脂肪、平滑肌组成，以膨胀性生长为主的良性肿瘤^[1]。一般分为两种类型：一类以双侧、多发为主，儿童或青少年多见，常合并结节性硬化；另一类为单纯RAML，女性多见，此类不合并结节性硬化。RAML可逐渐增大出现血尿、肾区疼痛等恶性肿瘤症状，也可常年无症状^[2]。RAML影像表现依据血管、平滑肌及脂肪的比例不同，呈现不同混杂密度或

【第一作者】王 钊，男，主治医师，主要研究方向：骨关节影像诊断。E-mail: 424068981@qq.com

【通讯作者】岳云龙，男，职称，主要研究方向：磁共振诊断。E-mail: yunlongwxh@sina.com

信号，因瘤体内含有脂肪成分，多数情况下影像上有特异性的表现，可做出诊断，但有少数不典型病变会发生误诊^[3,4]。其中占比例很小的一部分缺乏脂肪成分的RAML易与透明细胞癌(ccRCC)混淆，出现诊断错误，导致临床治疗过度^[5]。

囊性RAML影像表现缺乏特异性，确诊需要病理学及免疫组化结果^[6]。此例病理证实的RAML瘤体较大，呈分叶状，以显著长T₂WI囊性信号为主要表现，囊壁及囊内间隔明显强化，MRI(T₁WI序列)高信号，提示内有出血成份，与出血坏死型透明细胞肾癌表现类似，因CT与MRI均未发现明确脂肪成分，为术前考虑恶性占位的主要原因。仔细观察会发现此例瘤块虽然体积较大，但与左肾下极分界清晰，交界面平直，类似“刀切”征改变，符合良性占位表现；瘤体较大，缺乏弹力层的厚壁血管破裂致瘤内出血；且肿块主体位于肾轮廓外，瘤体对左肾及周围组织主要以推压为主，肾周脂肪间隙清晰，腹膜后未见到肿大淋巴结，不符合恶性占位表现；其次虽然肿块巨大，但无叩击痛、血尿等症状，此亦可提示此瘤块良性可能。

鉴别诊断包括以下几种：(1)多发囊性肾细胞癌：是肾细胞癌的一个亚型，多由囊腔和分隔构成，囊腔壁多厚薄不均，大部分伴有壁结节，增强扫描囊壁及壁结节明显强化，此外囊壁有钙化时应考虑囊性肾细胞癌可能。(2)肾母细胞瘤：儿童常见，系恶性胚胎性混合瘤，实性或囊实性大肿块，生长迅速，易出血、

坏死、囊变，侵犯肾周并好发腔静脉瘤栓。(3)多房性囊性肾瘤：是由上皮和间质构成的良性囊性新生物，多位于肾实质并突出包膜外，囊内分隔光整，无壁结节，囊壁可轻度强化。(4)复杂性囊肿：囊肿内含有蛋白、出血时，CT平扫成高密度灶，内合并发丝样分隔，增强扫描无强化。

迄今为止，囊状RAML文献报道较少。此病例提示我们遇到肾脏囊性占位性病变，要想到RAML的可能，减少误诊给患者造成不必要的伤害。

参考文献

- [1]周诚,王霄英,陈敏,等.中华临床医学影像学泌尿生殖分册[M].北京:北京大学医学出版社,2016,1:148.
- [2]戴戡,马周鹏,章顺社,等.乏脂肪肾脏血管平滑肌脂肪瘤的MSCT诊断[J].中国临床影像学杂志,2011,22(12):887-890.
- [3]王从军.肾脏血管平滑肌脂肪瘤的CT诊断与临床研究[J].中国医药指南,2016,14(35):146-147.
- [4]靳兆军,韩庆涛,韩云飞.少脂肪性肾脏血管平滑肌脂肪瘤的CT诊断与鉴别[J].中国中西医结合影像学杂志,2010,8(1):30-31.
- [5]朱晓红,刘斌,余永强.乏脂肪肾脏血管平滑肌脂肪瘤与透明细胞癌的MSCT鉴别诊断[J].安徽医学,2017,38(6):766-768.
- [6]谢燕娟,邹泓,马红梅,等.肾血管平滑肌脂肪瘤囊性变1例[J].中国社区医师,2017,33(29):53-54.

(收稿日期:2020-10-16)

(上接第176页)

3 讨论

腰椎间盘突出症，大多数患者表现为腰腿痛，《素问》指出“经脉流行不止，寒气入经...客于脉中气不通，客于脉外则血少，故卒然而痛”，认为该病主要病机在于本虚标实^[11]。有研究^[12]指出，腰椎间盘突出症患者可根据其中医证型分为气虚血瘀、肝肾亏虚、寒湿阻痹、湿热阻痹共四种证型，目前临床针对腰椎间盘突出症中医证型的分类诊断主要依据患者所表现出的临床症状，包含主症、次症、兼症，具有较高的主观性，临床尚缺乏客观的检查手段^[13]。

随着现代医学科学技术的发展，特别是MRI等影像学检查的广泛应用，为腰椎间盘突出症的诊断提供了客观科学的临床依据，然而，大多数腰椎间盘突出症需要中西医结合治疗。如何将腰椎间盘突出症的中医分型与MRI表现完美结合，成为近年来的研究热点^[14-15]。本研究中，中医辨证为气滞血瘀、肝肾亏虚、寒湿阻痹和湿热阻痹的患者椎间盘突出部位、突出程度、突出数量比较存在明显差异；不同证型的患者椎间盘小关节退变程度、侧隐窝狭窄、椎管狭窄、黄韧带肥厚和Schmorl结节出现率比较也存在明显差异，提示不同中医证型的腰椎椎间盘突出症患者的椎间盘特征、椎体小关节特征差异明显。这是因为：(1)气虚血瘀型患者所表现的腰痛，大多数是因为外伤或情志因素所导致的气血运行不畅而引起的，本研究发现此证型患者突出部位以后段居多、突出程度多为>0.5，考虑是因为外伤等因素引起腰椎压迫神经根，导致急性发病。(2)肝肾亏虚型患者则是因为过劳或先天禀赋不足，导致外邪入侵，累积于腰部，不通则痛，证型患者通常年龄较大，因此小关节特征、椎间盘退变程度较其他三种类型严重，患者日常生活能力显著降低，其腰部疼痛症状也更加明显。本研究中肝肾亏虚患者MRI检查合并重度小关节退变、侧隐窝狭窄等小关节特征高于其它三类患者也可证实。(3)寒湿阻痹患者以腰腿寒痛重、寒热加重为主要表现，湿热阻痹患者以腰背痛重、腰腿酸痛伴烧灼感为特征；此二类患者脱髓鞘核组织极大可能伴随纤维软骨变性，不能被吸收，导致硬膜囊和神经根长期受压，神经根增厚粘连，腰椎退行性变较严重，寒湿阻痹和湿热阻痹患者腰椎突出程度多集中于0.3~0.5，在小关节特征、椎间盘退变程度上比气滞血瘀证患者严重，而不及肝肾亏虚证，考虑寒湿阻痹

和湿热阻痹二者继续发展，腰椎病理改变加重，最终成为肝肾亏虚证^[16-17]。

综上所述，不同中医证型腰椎间盘突出患者的MRI检查数据存在差异，MRI检测有助于腰椎间盘突出症患者中医分型诊断，具有辅助中医辨证的应用潜力。

参考文献

- [1]冯国洋,郭光军,王娟,等.MRI参数对腰椎间盘突出症患者椎间盘退变程度的评估价值及与JOA、VAS评分相关性[J].影像科学与光化学,2021,39(2):207-212.
- [2]陆长春,肖海军,薛锋.PLDD联合腰背肌功能锻炼治疗腰椎间盘突出症疗效观察及其对IL-6和TNF- α 水平的影响[J].解放军预防医学杂志,2019,37(4):81-83.
- [3]张王华,王峰,金诚久,等.刺腰夹脊联合四指推脊柱调整手法对腰椎间盘突出症患者腰椎功能及疼痛程度的影响[J].陕西中医,2021,42(1):109-111.
- [4]邹凯,姜文杰,唐家国.PTSD与FD治疗腰椎间盘突出症的效果比较[J].中南医学科学杂志,2020,48(2):168-171.
- [5]王江平,沈晓峰,李晚春,等.枳壳甘草汤联合经皮椎间孔镜腰椎间盘切除术治疗腰椎间盘突出症的研究[J].现代中西医结合杂志,2019,28(33):3649-3653.
- [6]李学洪,佟恒博,刘敏.CT多平面三维重建技术和MRI扫描对腰椎间盘突出症诊断准确性的对比分析[J].影像科学与光化学,2020,38(4):713-717.
- [7]陈明,王艳芹,吕培敬.MRI和CT在腰椎间盘突出诊断中的应用效果比较[J].中国CT和MRI杂志,2017,15(6):142-144,152.
- [8]Nordberg C L,Boesen M,Fournier G L,et al.Positional changes in lumbar disc herniation during standing or lumbar extension:a cross-sectional weight-bearing MRI study[J].Eur Radiol,2021,31(2):804-812.
- [9]孙天术,袁景华,张敏,等.MRI对CT引导下椎间孔镜技术治疗腰椎间盘突出症术后效果评估价值研究[J].中国CT和MRI杂志,2021,19(4):141-143.
- [10]中华医学会.临床治疗指南-骨科分册[M].北京:人民卫生出版社,2009:97-99.
- [11]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:186.
- [12]王溯明,侯彬,刘宇,等.椎间盘镜手术与椎间孔镜手术对腰椎间盘突出症患者治疗效果及并发症影响研究[J].中国临床实用医学,2019,10(5):34-38.
- [13]万霞,黄笑梅,许珍珍.腰椎间盘突出症保守治疗中的中医康复治疗临床效果评价[J].湖北中医药大学学报,2019,21(1):101-103.
- [14]王丹,汤宇.腰椎间盘突出症保守治疗的中医辨证分型护理[J].山西医药杂志,2019,48(6):743-745.
- [15]黄帆,赵思怡,丘明旺,等.基于雷达图分析中药内服治疗腰椎间盘突出症系统评价/Meta分析的文献质量[J].中国药房,2019,30(3):403-408.
- [16]孙亚慧,陶弘武.腰椎间盘突出症MRI表现与中医证型相关性研究[J].辽宁中医药大学学报,2018,20(6):212-215.
- [17]李永巍,张顺聪,郭丹青,等.腰椎间盘突出症中医证型与影像和体征的关系研究[J].广州中医药大学学报,2016,33(6):768-771.

(收稿日期:2021-07-10)

(校对编辑:阮靖)