

## · 短篇报道 ·

## 肾静脉瘤影像学表现1例

罗钦月 郑雨婷 韩小雨 史河水\*

华中科技大学同济医学院附属协和医院放射科、湖北省分子影像重点实验室(湖北武汉 430022)

第一作者: 罗钦月, 女, 硕士研究生, 主要研究方向: 心胸影像学。E-mail: qinyueluo0530@163.com

通讯作者: 史河水, 男, 主任医师, 主要研究方向: 心、胸与血管疾病的影像诊断。E-mail: heshuishi@hust.edu.cn

【关键词】肾静脉瘤; 磁共振成像; CT血管成像

【中图分类号】R445.2

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2024.12.057

## Imaging Findings of Renal Vein Aneurysm: a Case Report

LUO Qin-yue, ZHENG Yu-ting, HAN Xiao-yu, SHI He-shui\*

Department of Radiology, Huazhong University of Science and Technology, Union Hospital, Tongji Medical College, Wuhan 430022, Hubei Province, China; Hubei Key Laboratory of Molecular Imaging, Wuhan 430022, Hubei Province, China

Keywords: Renal Vein Aneurysm; Magnetic Resonance Imaging; CT Angiography

患者, 女, 46岁, 外院体检发现左肾门病变, 前来我院要求进一步检查, 无明显临床症状与体征。

影像学检查: 外院腹部MRI平扫示左肾门边缘光整的椭圆形软组织信号影, T<sub>1</sub>WI抑脂序列与肾髓质及腹主动脉腔内信号相似, T<sub>2</sub>WI与T<sub>2</sub>WI抑脂序列病灶内部分流空信号(图1-2); 增强扫描病灶持续均匀强化(图3), 疑血管性病变。因层厚与层间距5mm, 难以判断病变与左肾门动脉及静脉的关联(图4)。我院腹

主动脉CTA显示病变系左肾静脉下支于肾门处类球形扩张, 大小约23mm×24mm×27mm, 边界清, 均匀明显强化; 左侧卵巢静脉扩张, 其盆腔属支增粗迂曲(图5); 左肾静脉上支与肾动脉未见明显异常。

患者后续未进行治疗, 5个月后电话随访, 患者无异常临床症状。

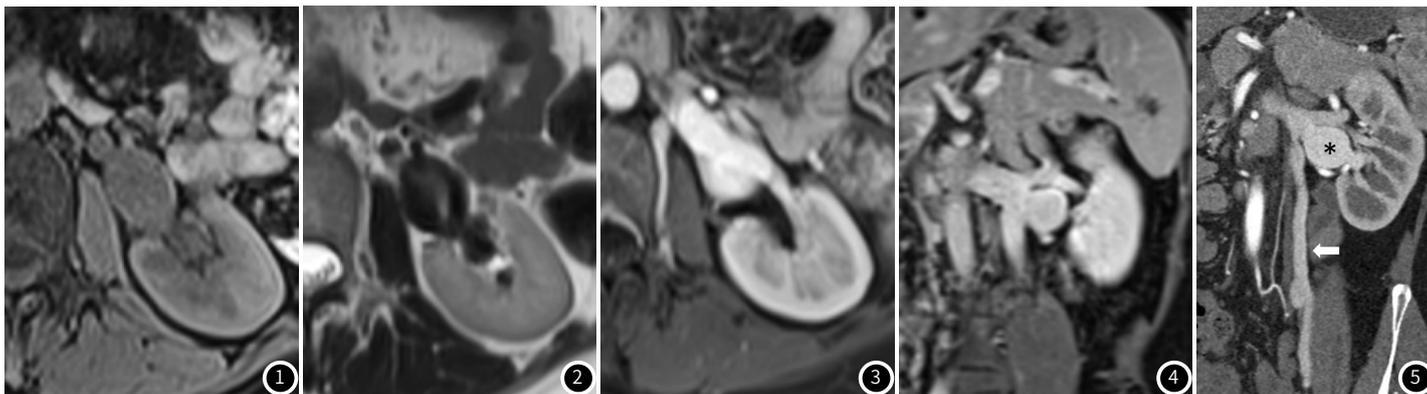


图1-图2 MRI轴位示左肾门处团块状异常信号, 抑脂T<sub>1</sub>WI与肾髓质及腹主动脉腔内信号相似, T<sub>2</sub>WI呈低信号, 内见与长轴一致的条状高信号影。  
图3 MRI增强示病灶强化明显。图4 MRI冠状位示病灶位置及周围血管。图5 CTA斜冠状位示左肾静脉下支类球形扩张(\*), 左侧卵巢静脉扩张(白色箭头)。

讨论: 静脉瘤定义为静脉的梭形或囊状局限性扩张, 内径大于邻近正常静脉1倍以上<sup>[1]</sup>。静脉瘤的发病机制尚不清楚, 一般认为与先天性发育不全或随年龄增长出现的退行性结缔组织(静脉壁)丢失有关<sup>[2]</sup>。

静脉瘤常发生于颈静脉、腘窝和大隐静脉, 内脏静脉瘤少见, 一般发生于门静脉系统。肾静脉瘤(renal vein aneurysm, RVA)罕见, 在内脏静脉瘤中占比仅为3.4%<sup>[3]</sup>。文献报道左肾静脉比右肾静脉更易受累, 可能与胚胎发育相关<sup>[4]</sup>。左肾静脉从主动脉和肠系膜上动脉夹角下穿过, 长度比右肾静脉长, 易受到压迫, 导致静脉压力过高, 管壁向外膨出形成囊状结构。同理, 胡桃夹现象也是左肾静脉的常见异常改变<sup>[5-6]</sup>。

目前彩色多普勒超声、CT和MRI都有助于诊断RVA。本例先采用MR检查, 因层厚层间距较大, 没有直接显示病变与左肾动脉及静脉的连接部, 难以辨别动脉瘤与静脉瘤。CTA可作为动脉瘤首选的检查诊断方法之一<sup>[7-8]</sup>, 本例采用CTA检查, 利用后处理重

组技术, 也可清楚显示RVA大小、位置、与周围血管组织的毗邻关系、瘤内有无血栓等, 做出精准诊断, 指导临床治疗。RVA在MRI上可见“分层钺征”<sup>[9]</sup>, 表现为静脉瘤前部明显增强的高信号和后部低信号之间有一明显的分界线。出现这种征象的原因可能是: (1)静脉瘤和相连静脉之间的血液混合不完全; (2)血细胞、蛋白质或碎片沉淀在静脉瘤底部。常见于血流缓慢的静脉瘤。本病例中并未表现出此征象。本例中肠系膜上动脉与腹主动脉间的夹角为58°, 属正常范围, 未出现胡桃夹征导致左肾静脉受压的表现。由于左侧卵巢静脉汇入左肾静脉处近似直角和RVA的形成, 血液回流不畅, 致左侧卵巢静脉全程迂曲扩张、盆腔淤血。若RVA进展, 左卵巢静脉盆腔属支持续增粗迂曲, 有可能出现盆腔淤血综合征。故无症状的RVA需定期随访, 有症状或瘤体直径大于1cm时应考虑手术治疗<sup>[10]</sup>。

无创性影像学检查是诊断血管性病变的首选检查, 包括超声、CTA与MRA, 各种检查优缺点不同。其中, CTA及其后处理技

术可以更好地显示病变来源及其与周围血管关系, 指导临床治疗。

## 参考文献

- [1] 王贤明, 赵珊珊, 刘建新, 等. 彩色多普勒超声诊断头静脉瘤合并血栓及静脉石形成1例[J]. 中国医学影像学杂志, 2012, 28(1): 167.
- [2] Lev M, Saphir O. Endophlebohypertrophy and phleboscrosis. II. The external and common iliac veins[J]. Am J Pathol, 1952, 28(3): 401-411.
- [3] Sfyroeras GS, Antoniou GA, Drakou AA, et al. Visceral venous aneurysms: clinical presentation, natural history and their management: a systematic review[J]. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2009, 38(4): 498-505.
- [4] Yoneyama T, Baba Y, Fujiyoshi F, et al. Left renal vein aneurysm: imaging findings[J]. Abdom Imaging, 2003, 28(2): 233-235.

- [5] 陈亚镇, 隋超, 卢慧清, 等. 应用MSCT显示左肾静脉走行及对NCS征的诊断价值研究[J]. 中国CT和MRI杂志, 2022, 20(11): 128-129, 134.
- [6] 刘小瓔, 孟宏伟, 王勇, 等. 左膈下异位肾合并左肾静脉变异一例[J]. 中国CT和MRI杂志, 2014, 12(1): 118, 120.
- [7] 张锦亮, 杨光明. 三维CTA在颅内动脉瘤患者中的临床诊断价值分析[J]. 罕少疾病杂志, 2018, 25(2): 7-8, 11.
- [8] 梁满球, 郑晓林, 陈妙玲, 等. CTA诊断颅内动脉瘤的价值及与DSA对照分析[J]. 罕少疾病杂志, 2014, 21(4): 1-4.
- [9] Krinsky G, Johnson G, Rofsky N, et al. Venous aneurysms: MR diagnosis with the "layered gadolinium" sign[J]. J Comput Assist Tomogr, 1997, 21(4): 623-627.
- [10] 冯超, 李汉忠, 肖河. 肾静脉瘤一例报告[J]. 中华泌尿外科杂志, 2009, 30(10): 716.

(收稿日期: 2024-01-22)

(校对编辑: 翁佳鸿)

## · 短篇报道 ·

# 胃节细胞神经瘤1例

樊妮娜<sup>1</sup> 杨志企<sup>1</sup> 林异文<sup>2</sup> 杨佳达<sup>1\*</sup>

1.梅州市人民医院CT科

2.梅州市人民医院病理科 (广东梅州 514000)

第一作者: 樊妮娜, 女, 主治医师, 主要研究方向: CT及磁共振影像学。E-mail: 261016073@qq.com

通讯作者: 杨佳达, 男, 主治医师, 主要研究方向: CT及磁共振影像学。E-mail: catat1990@foxmail.com

【关键词】节细胞神经瘤; 计算机体层成像; 磁共振成像

【中图分类号】R735.2

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2024.12.058

## Gastric Ganglioneuroma: a Case Report

FAN Ni-na<sup>1</sup>, YANG Zhi-qi<sup>1</sup>, LIN Yi-wen<sup>2</sup>, YANG Jia-da<sup>1\*</sup>

1.Department of CT, Meizhou People's Hospital, Meizhou 514000, Guangdong Province, China

2.Department of Pathology, Meizhou People's Hospital, Meizhou 514000, Guangdong Province, China

**Keywords:** Ganglioneuroma; Computed Tomography; Magnetic Resonance Imaging

节细胞神经瘤(ganglioneuroma, GN)临床少见, 多位于腹膜后及后纵隔, 而胃神经节细胞瘤更是极其罕见, 近三十年来仅个位数报道, 现将此病例报告如下, 以提高认识。

病例资料: 患者男, 34岁, 因体检发现胃肿物1月余入院。实验室检查: 肿瘤标志物CEA、CA19-9正常。胃镜提示胃体黏膜下隆起: 间质瘤? 增强CT提示: 胃体下部大、小弯侧不规则软组织肿物影, 其内见散在钙化, 增强扫描呈渐进性中度强化, 考虑间质瘤。增强MR提示: 胃窦部前、后方异常信号, 呈T<sub>1</sub>WI稍低T<sub>2</sub>WI稍高信号, DWI呈高信号, ADC值稍减低, 增强扫描呈持续性较明显强化, 考虑间质瘤。

患者行腹腔镜下胃肿物切除术, 术中见胃窦壁肿物, 将肿物完整切除送检。病理提示: 镜下见梭形细胞及神经节细胞。免疫组化: S-100(+), SOX-10(+), NSE(+), Syn(+), Ki-67(约2%+), CD117(-), DOG-1(-)。结合HE形态及免疫组化结果: (胃肿物)节细胞神经瘤。

讨论: 节细胞神经瘤, 又称神经节细胞瘤、神经节瘤, 是一种罕见的良性神经源性肿瘤<sup>[1-2]</sup>, 多发生于腹膜后、肾上腺及后纵隔<sup>[1-3]</sup>。胃肠道来源的节细胞神经瘤极其罕见<sup>[4-15]</sup>, 目前仅1篇外文较大宗报道<sup>[4]</sup>, 近三十年胃来源节细胞神经瘤报道不足5例<sup>[4,13-15]</sup>。

Shekitka<sup>[4]</sup>总结43例胃肠道节细胞神经瘤, 根据临床表现及发病几率依次分为三类: (1)息肉样节细胞神经瘤(polypoid ganglioneuroma, PG), 表现为孤立的息肉样病变, 病变累及黏膜及黏膜下层; (2)弥漫性节细胞神经瘤病(diffuse ganglioneuromatosis, DG), 表现为界限不清的结节状或弥漫性病变, 局限于肌壁内或呈透壁性生长; (3)节细胞神经瘤性息肉(ganglioneuromatous polyposis, GP), 表现为肠腔内大量的

息肉样病变, 病变累及黏膜或黏膜下层。临床表现多以消化道出血多见, 部分患者无明显症状, 部分患者伴有神经纤维瘤病I型(von Recklinghausen's disease, VRD)、多发性内分泌肿瘤综合征IIb型(MEN IIb)、家族性腺瘤性息肉病(familial adenomatous polyposis, FAP)、PTEN错构瘤综合征(PTEN hamartoma tumor syndrome, PHTS)等<sup>[4-5,14]</sup>。

影像学方面胃肠道节细胞神经瘤几乎没有报告或总结, 但与其他部位发生的节细胞神经瘤具有共性, 本例影像表现为胃窦前后壁黏膜下或肌层来源肿物, CT表现为: 平扫等密度, 边界清晰, 其内见散在斑点状钙化, 增强扫描呈渐进性不均匀中度强化; MR表现为: 信号不均匀, T<sub>1</sub>WI稍低T<sub>2</sub>WI稍高信号, DWI呈高信号, ADC值稍减低, ADCmin值约 $1.059 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ , 增强扫描呈持续性较明显强化, 这与赵越<sup>[2]</sup>在其他部位节细胞神经瘤的影像学总结相符。本例影像学表现为2个类圆形病灶, 结合节细胞神经瘤质地软、嵌入/钻缝式生长特点, 且CT图像重建后某些角度似可见2个病灶以细小“伪足”相连, 推断可能为1个病灶的“哑铃状”改变, 这也符合节细胞神经瘤的影像学表现。

本病需与间叶源性肿瘤鉴别, 如间质瘤、神经鞘瘤、神经纤维瘤、平滑肌瘤等<sup>[5]</sup>。胃肠道节细胞神经瘤为良性肿瘤, 肿瘤局限, 多可完整切除, 预后较好, 不合并综合征的患者切除后不复发<sup>[4-5]</sup>。

综上所述, 胃肠道节细胞神经瘤临床罕见, 临床表现为胃肠道症状, 部分无明显症状, 但可合并多种综合征, 影像学有节细胞神经瘤的共性表现, 需要依靠病理确诊, 预后良好。

## 参考文献

- [1] 杨淑辉, 李亚卓, 尚柳彤, 等. 节细胞神经瘤的影像特征与病理对照分析[J]. 医学影