

· 腹部疾病 ·

原发性肾盂黏液腺癌一例

温州医科大学附属第一医院放射科 (浙江 温州 325000)

吴林玉 郑祥武

【关键词】肾盂腺癌; 体层摄影术; 病例报告

【中图分类号】R737.11

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2015.06.019

1 病例简介

患者,男,52岁,有饮酒史十余年。一周前饮酒后出现肉眼血尿,伴右侧腰背部隐痛及尿痛,外院超声和CT检查提示右肾囊性占位,右肾积水。遂来我院就诊,体检未及明显阳性体征。入院后行实验室检查,尿常规:红细胞11个/uL、白细胞1041个/uL。腹部CT示右肾体积明显增大,右肾窦区为中心见一巨大类圆形囊性肿块,大小约 $12.3 \times 9.5 \times 11$ cm,囊壁厚薄少许斑点、细条状钙化影(图1),囊内密度欠均匀,平均CT值约30HU,右肾盏见有积水,肾盂显示不清;增强后见病灶囊壁呈明显均匀强化,囊内可见少许絮状及细线样分隔强化(图2);矢状位重建可清晰显示病变与周围脏器组织位置关系及右肾盏积水征像(图3)。CT诊断:右肾囊性占位伴肾积水,囊性肾癌可能性大。手术所见:行“根治性右肾切除术”,术中所见肿瘤位于右肾腹侧,与肾盂粘连紧密,约 18.0×15.0 cm大小,囊实性,包膜完整,实质菲薄。

剖开肿块,内见充满胶冻样黏液伴出血。镜下所见:正常肾盂移行细胞消失,被大量低分化腺癌细胞所取代,细胞外见癌细胞分泌的黏液,并可见印戒细胞(图4)。病理诊断:“右肾盂”黏液腺癌(来源于肾盂移行上皮的腺样化生)。

2 讨论

大部分肾盂肿瘤起源于移行上皮,多数为尿路上皮癌(90%),黏液腺癌非常罕见,约占来源于肾盂上皮恶性肿瘤的1%^[1-3]。肾盂腺癌的发病机制尚不清楚,其组织发生一般认为是长期的慢性炎症、肾盂长期积水或结石刺激导致移行上皮腺性化生进而发生癌变^[4]。病理组织学上根据形态特征腺癌可分为绒毛管状(71.5%)、黏液性(21.5%)和乳头状(7%)3种亚型^[5]。本例也伴有肾积水与尿路炎症的肿瘤易感因素。

该病临床症状多不典型,最常见的临床症状是血尿。影像学检查如B超、CT及MRI等均易于发现肿瘤,

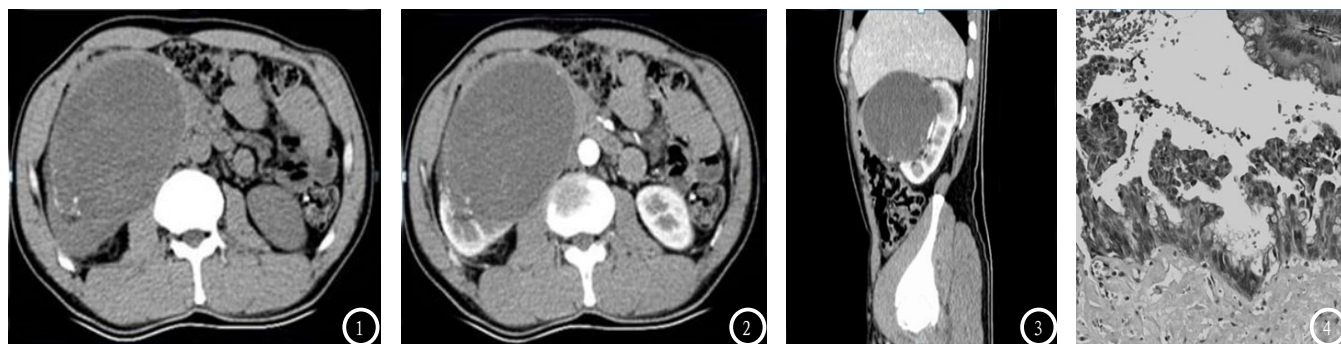


图1 CT平扫示右肾窦区巨大囊性占位,囊壁较薄,可见囊壁呈条线状钙化;图2 CT动脉期示囊性病灶内可见少许强化的絮状及条状分隔样高密度影,肿块壁见强化;图3 为增强后矢状位重建图,可清晰显示病灶位于右侧肾窦及右肾盏积水征像;图4 镜下可见正常肾盂移行细胞消失,被大量低分化腺癌细胞所取代(HE $\times 100$)

作者简介: 吴林玉,女,影像医学与核医学专业,硕士研究生在读,主要从事医学影像诊断

通讯作者: 郑祥武

但术前常难以正确定性诊断。结合本例CT表现及文献报道,肾窦为中心的囊性为主型肿块,囊内可见少许絮状及细线样分隔强化,囊壁可有散在斑点状、细条状钙化应是其主要CT表现特点。影像学鉴别诊断时,主要应与肾脏复杂性囊肿及囊性肾癌等相鉴别^[6]。肾脏的复杂性囊肿注射对比剂后囊壁呈无或轻度强化,囊内分隔一般亦无强化,钙化多呈周边弧形蛋壳样。而囊性肾癌影像学表现与肾盂黏液腺癌相似,肾窦区为中心的肿瘤定位及其合并肾积水、尿路炎症或血尿等具有一定鉴别价值。

肾盂黏液腺癌的手术治疗方法同移行上皮癌,需要将肾、输尿管及部分膀胱一并切除。肾盂黏液腺癌预后较差,术中肿瘤破裂播散及手术切除范围不够是其主要原因,因而术中避免肿瘤破裂外溢及手术方式的正确选择尤为重要。对于中老年人,有积水、结石、炎症等致病诱因和影像学上表现为肾窦区的囊性占位,如囊壁线条状钙化,囊内液体密度不均及絮状或条状分隔强化等,要警惕该病的可能;术中可行快速冰冻病理,有助于决定手术方式^[5]。

参考文献

- [1] Raphael V, sailo S, Bhuyan A, et al. Mucinous adenocarcinoma of the renal pelvis with adenocarcinoma in situ of the ureter. *Urology annals* 2011 Sep; 3(3):164–6.
- [2] Kaur G, Naik VR, Rahman MNG. Mucinous adenocacinoma of the renal pelvis associated with lithiasis and chronic gout. *Singapore Med J* 2004;45(3):125–126.
- [3] Chao-Chih Chen, Chien-Long Kuo, Mao-Sheng Lin, et al. Mucinous adenocarcinoma of the renal pelvis: An Analysis of 5 cases. *JTUA*. 2007;18:219–24.
- [4] Fareghi M, Mohammadi A, Madaen K. Primary mucinous cystadenocarcinoma of the renal pelvis: a case report. *Cases Journal* 2009;2:9395.
- [5] Xambre L, Cerqueira M, Cardoso A, et al. Primary mucinous adenocarcinoma of the renal pelvis—A additional case report. *Actas Urologicas Espnaolas* 2009;33:200–4.
- [6] 罗津,董金凯,李钢,等.9例多房性囊性肾瘤的诊治分析及文献复习 [A]. 罕少疾病杂志, 2014, 4: 42–44.

【收稿日期】2015–11–30

(上接第 41 页)

参考文献

- [1] Wu, R., et al., Magnetic resonance imaging as an adjunct to ultrasound in evaluating cesarean scar ectopic pregnancy. *J Clin Imaging Sci*, 2013. 3: p. 16.
- [2] Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean scar ectopic pregnancies: Etiology, diagnosis and management. *Obstet Gynecol*. 2006;107:1373–81.
- [3] 谢红,杨菊芳,王莉菲,等.保守方法治疗剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的结局[J].罕少疾病杂志,2012,6(3):15–17.
- [4] Ash A, Smith A, Maxwell D. Cesarean scar pregnancy. *BJOG*, 2007, 114(3): 253–263.
- [5] Vial Y, Petignat P, Hohlfield P. Pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2000;16:592–593.
- [6] 明建中,钟文新,沈比先,等.MRI对剖宫产瘢痕妊娠的诊断价值[J].临床放射学杂志, 2012(07): 996–998.
- [7] 姜梅,石鑫,沈比先,等. MRI和超声对剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的术前诊断效能差异[J]. 临床放射学杂志, 2013(01): 89–92.
- [8] Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol*, 2006,107: 1373.
- [9] Godin PA, Bassil S, Donnez J. An Ectopic Pregnancy Developing in a Previous Cesarean Section Scar. *Fertil Ster*, 1997, 67: 398.

【收稿日期】2015–11–26