

## · 案例报告 ·

## 超声联合 CT 诊断巨大肾血管平滑肌脂肪瘤 1 例

刘昶\*, 章毅清

(黄石爱康医院 超声科, 湖北 黄石 435001)

**摘要:** **目的** 探讨巨大肾血管平滑肌脂肪瘤的诊断及鉴别诊断。**方法** 回顾性分析作者单位 1 例巨大肾血管平滑肌脂肪瘤患者的相关资料。**结果** 本例患者术前经超声和 CT 初诊发现腹腔巨大占位病灶, 手术后病理确诊为肾血管平滑肌脂肪瘤。超声声像图特征: 腹腔内可见形态不规则的稍强回声, 边界欠清, 内回声不均, 右肾部分包膜显示不清, 可见病灶包裹右肾上下极, CDFI: 显示稍强回声团周边及内部可见血流信号。**结论** 巨大肾血管平滑肌脂肪瘤较少见, 早期无明显临床症状, 需结合彩超及 CT 等影像学检查。

**关键词:** 彩色多普勒超声; 肾脏; 血管平滑肌脂肪瘤; 计算机断层扫描

## 1 病例资料

患者女, 46 岁, 于 2020 年 6 月因不规则阴道流血 1 个月入院, 无发热, 无尿频尿痛及肉眼血尿, 偶有腰腹痛。查体: 腹肌紧张, 腹部固定包块, 上至剑突下, 下至宫底部, 两侧至腋前线, 无压痛, 质硬。患者血压正常, 既往无高血压病史。实验室检查, 尿常规肝肾功能正常, 甲胎蛋白、癌胚抗原、糖类抗原 19-9 正常。彩超检查显示: 腹腔扫查上至剑突、右达腋后线、左达腋前线, 下至耻骨联合上方可见形态不规则的稍强回声, 边界欠清, 内回声不均, 可见稍强回声团包裹右肾上下极, 右肾部分包膜显示不清, CDFI 显示稍强回声周边及内部可见血流信号。子宫及双侧卵巢未见明显异常。超声提示: 腹腔内实性占位 (来源于右肾?)。上腹部 CT 显示右肾外周见一巨大混杂脂质密度包块, 左右径 220 mm, 上下径 230 mm, 其内以脂肪密度为主, 边缘可见完整包膜, 周围及内部血供由右肾动脉分支供血, 右肾局部皮质不完整, 髓质向周围包块内延伸, 腹腔内脏器明显受压移位。考虑腹膜后巨大占位 (右肾血管平滑肌脂肪瘤?)。患者行右肾动脉栓塞术后切除肿块及右肾。术中见右侧腹腔内巨大肿块包裹右肾, 肿块大小 280 mm×230 mm×100 mm, 肿块内见脂肪组织, 紧贴肿块见 75 mm×45 mm×40 mm 肾脏。术后镜检肿块由脂肪组织、血管及血管周细胞构成, 由肾脏实质内向肾外延续。病理诊断: 右侧肾脏血管平滑肌脂肪瘤。免疫组化: Vimentin (+), S-100 (+), HMB-45 (±), Melan-

A (+), SMA (+), H-caldesmon (+), CD34 (-), PCK (-), Ki-67 (LI:1%)。

## 2 讨论

肾血管平滑肌脂肪瘤又称肾错构瘤, 占肾肿瘤的 0.3%~3%<sup>[1]</sup>, 由变异的血管、平滑肌和脂肪组织交织构成。肿瘤的回声取决于所含脂肪成分的多少。单个肿瘤呈圆形高回声, 周边无包膜, 实质回声与肾窦回声相似。肾错构瘤的发病率为 0.10%~0.22%, 好发年龄为 40~50 岁<sup>[2]</sup>, 女性多于男性。对于发现 <40 mm 的肾血管平滑肌脂肪瘤一般并不困难, 彩超和 CT 是重要的影像学检查方法。超声表现肾实质内稍强回声, 边缘清晰、内部回声均匀或欠均匀, 血流信号不丰富。CT 表现为 CT 值为负的低密度区。本例患者无明显不适症状, 为常规检查时发现, 肿块体积巨大, 占满整个腹腔, 周边脏器明显受压, 肿瘤标志物未见异常。超声显示为稍强回声, 与右肾关系密切, CDFI 显示肿块内部及周边均可见血流信号。CT 显示右肾局部皮质不完整, 髓质向周围肿块内延伸。外生性的肾血管平滑肌瘤可见交界处肾皮质缺损<sup>[3]</sup>。超声不能显示肿块的全貌, 结合 CT 检查能对肿块的整体进行观察, 两者联合应用, 互为补充, 大大提高了诊断的准确性。本例患者 DSA 造影显示右肾动脉迂曲, 右侧可见广泛杂乱分支血管向肿块病变部位供血, 考虑肿块巨大, 血供丰富, 腹膜后淋巴结增多, 恶性不排除, 同时右肾体积缩小, 受压推移, 局部皮质不完整。根据 2019 版专家共识建议<sup>[4]</sup>, 所有可切除腹膜后肉瘤的首次手术, 均应在保障安全的前提下采取扩大范围的

\*通信作者: 刘昶, E-mail: 56272111@qq.com

手术方式进行整块切除,遂决定行右肾动脉栓塞术后切除右肾及肿块。

肾血管平滑肌脂肪瘤需与腹膜后脂肪肉瘤进行鉴别。腹膜后脂肪肉瘤多位于肾周间隙,超声多表现为高回声、低回声及高低混合回声,形态多不规则,边界较清,部分可见包膜,偶见液化,无钙化,血流不丰富<sup>[5]</sup>。腹膜后肿瘤CT表现为形态类圆形或不规则形,体积较大的肿瘤形态多不规则,恶性肿瘤以不规则占多数,病灶边缘不光滑,内可见较多囊性变及或液化坏死,邻近或远处可有转移灶。冯元春等<sup>[6]</sup>观察385例原发性腹膜后肿瘤多层螺旋CT图像特点对照病理结果分析,发现所有良性腹膜后肿瘤与周围组织器官表现为互相推压,无黏连或受侵,而恶性肿瘤与周围组织器官黏连或受侵为83%。病理学检查是腹膜后肿瘤诊断的金标准,能较准确获得组织病理学分级以及其他肿瘤生物学指标的评价。

回顾本例治疗不足之处在于术前未取得活检组织病理学检查。因术前临床医师考虑不排除恶性可能,若本例为腹膜后脂肪肉瘤,则具有很强的组织病理学异质性,活检结果常难以准确反映肿瘤整体的类型和分级,且针吸活检有引起针道种植转移的可能<sup>[7]</sup>。

综上所述,彩色多普勒超声具有实时、多切面成像、无辐射等优点,能够直观地显示肿瘤的位置形态及内部血流情况,常作为腹部肿瘤初筛的检查手段。然而彩超对较大肿瘤的定位、全貌及周围关系的显示尚存在一定的局限性,需与CT等影像学手段联合应用。CT则有助于准确评估肿瘤内部结构及与周围脏器的关系,自身的血供情况以及与邻近大血管的关系,为手术风险的评估和方案的设计提供了有力依据。

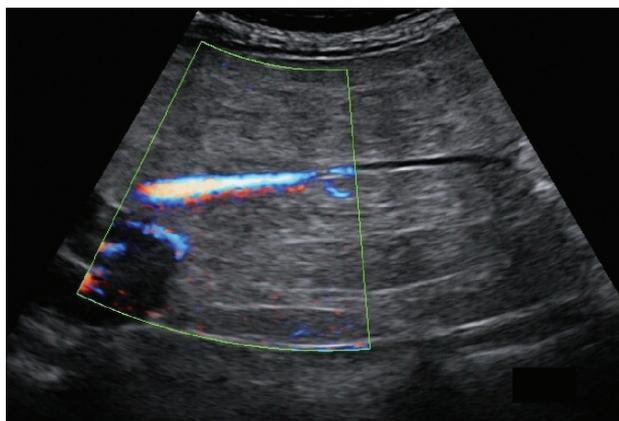


图1 彩超显示稍强回声团内部可见血流信号



图2 CT显示右肾外周见一巨大混杂脂质密度包块,左右径220 mm,上下径230 mm

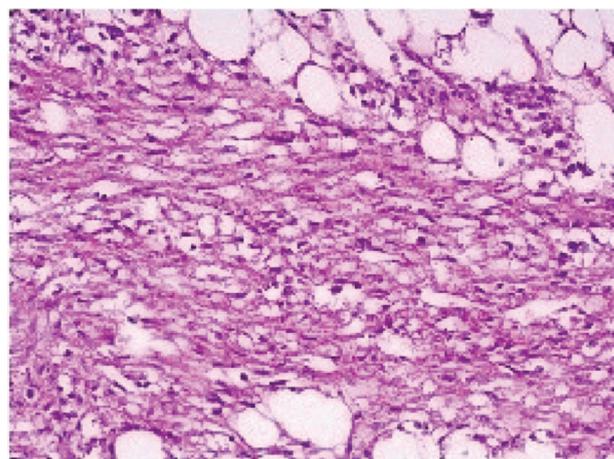


图3 镜检见脂肪组织、血管及血管周细胞 HE×100

#### 参考文献:

- [1] 周永昌,郭万学.超声医学(第5版)(精)[M].北京:科技文献出版社,2007:767-768.
- [2] 杨天煌,许贤照,李耀华,等.彩色多普勒超声诊断巨大肾错构瘤1例[J].临床超声医学杂志,2020,22(07):531.
- [3] 陈一武,何光智,吴一彬,等.超声评价巨大肾血管平滑肌脂肪瘤并文献复习[J].中国医学影像技术,2020,36(S1):47-50.
- [4] 郝纯毅,吴剑挥.原发性腹膜后软组织肉瘤诊治中国专家共识(2019版)[J].中国实用外科杂志,2019,39(06):526-532.
- [5] 张秀娟,钱清富,陈志奎,等.原发性腹膜后脂肪肉瘤的声像图特征分析[J].中国超声医学杂志,2019,35(09):810-812.
- [6] 冯元春,李卿瑞,张蔚,等.多层螺旋CT对原发性腹膜后肿瘤的评估价值研究[J].中国医学装备,2021,18(02):9-13.
- [7] Berger-Richardson David, Swallow Carol J. Needle tract seeding after percutaneous biopsy of sarcoma: Risk/benefit considerations [J]. Cancer, 2017,123(4):560-567.