

· 病例报告 ·

肾球旁细胞瘤一例

申艳光 李健丁 武志峰 乔英 任卓琼

患者 女, 27 岁。5 年前妊娠时出现头晕、血压升高, 最高达 180/150 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 分娩后血压仍高。近 1 年来感觉左腰部不适。

常规二维超声显示: 左肾上极实性类圆形等高回声病灶, 有包膜, 界清, 内见无回声区。彩色多普勒血流显像 (CDFI) 内未见彩色血流信号。超声造影示: 对比剂注射后 17 s 病灶开始强化, 内见杂乱血管影, 强化时间晚于正常肾皮质, 强化程度低于正常肾实质; 病灶廓清早于正常肾实质并持续廓清, 有无强化区, 诊断为左肾癌。64 层螺旋 CT 平扫示: 左肾上极 3.4 cm × 3.6 cm × 3.0 cm 低密度灶, 平均 CT 值为 24.4 HU, 明显突出肾脏, 边界不清; 病灶内密度不均匀, 有多发斑片状钙化 (图 1)。增强扫描皮质期 (图 2) 及实质期均为轻度强化且不均匀, 实质期强化程度高于皮质期 (CT 值分别为 67.6 及 47.5 HU), 有包膜, 见无强化区; 肾周间隙有条索状征象, 诊断为左肾癌。

手术及病理表现: 左肾上极 4 cm × 4 cm × 3 cm 肿块, 与周围组织粘连。大体观察肿瘤位于肾皮质, 约 1/2 突出于肾脏, 呈实性, 有纤维包膜。切面呈灰红色, 界清, 质地呈橡皮样, 内见直径约 1 cm 的液性囊肿, 无出血灶。病变未侵犯肾静脉及肾盂, 但侵犯肾外脂肪。光学显微镜下表现见图 3。免疫组织化学染色: 细胞膜糖蛋白 (P170 或 P-gp) 阳性 (+++), Ki-67 核抗原增殖指数 < 5%、增殖细胞核抗原 (PCNA) 阳性 (+++), 细胞角蛋白 (CK) 阳性 (+); 肾细胞癌标志 (RCC)、谷胱甘肽 (GST-)、神经元特异性烯醇化酶

(NSE) 和突触素 (Syn) 均为阴性。

讨论 肾球旁细胞瘤 (juxtaglomerular cell tumor of the kidney, JGCT) 是起源于肾入球小动脉球旁细胞的罕见的可分泌大量肾素的肾脏良性肿瘤, 又称肾素瘤。临床凡发现肾实质性肿物且伴高血压者, 均应考虑到 JGCT 的可能^[1]。本例患者发病于妊娠期, 长期误诊为妊娠高血压综合征。

本例术前病灶影像特征为轻度不均匀强化, 提示为乏血供肿瘤, 这与肾脏乏血供的恶性肿瘤 (如乳头状细胞癌) 难以鉴别。本例其他影像特征如直径大小、包膜、钙化、边界清楚程度等特异性不强, 因此, 单纯依靠影像的特征不足以准确定性。术前影像检查除外了肾动脉、肾上腺等病变引起高血压的可能。术前由于对该病认识不足, 未查肾素活性。患者术后血压即恢复正常, 结合病理检查考虑该患者血压增高为肿瘤所致。JGCT 需与肾血管平滑肌脂肪瘤、肾细胞癌和肾母细胞瘤等常见肾占位性病变鉴别, 也需与肾及周围少见的肾间质细胞瘤、血管外皮瘤等鉴别。肾素免疫组织化学标记及电子显微镜下特征性的肾素分泌颗粒对 JGCT 的确诊具有重要作用^[2]。

参 考 文 献

- [1] 任国平, 余心如, 黎永祥, 等. 肾球旁细胞瘤五例临床病理分析. 中华病理学杂志, 2003, 32: 511-515.
- [2] Hasegawa A. Juxtaglomerular cells tumor of the kidney: a case report with electron microscopic and flow cytometric investigation. Ultrastruct Pathol, 1997, 21: 201-208.



图 1 CT 平扫示左肾上极低密度病变, 有钙化灶 图 2 CT 增强扫描皮质期病灶轻度不均匀强化 图 3 病理检查光学显微镜下示肿瘤界清, 有纤维包膜, 肿瘤细胞由多边形、短梭形和卵圆形细胞构成, 胞质丰富, 呈红染、细颗粒状; 核圆, 位于中央, 无核分裂象, 有散在不典型增生细胞。间质内见薄壁血管及厚壁小血管, 厚壁血管壁玻璃样变 (HE × 200)

(收稿日期: 2007-11-13)

(本文编辑: 张晓冬)

作者单位: 030001 太原, 山西医科大学附属第一医院放射科

通信作者: 李健丁, Email: cjr.lijian ding@vip.163.com