

讨论 下肢动脉急性栓塞时,患肢特征性的症状、体征包括疼痛、麻木、无脉、苍白和运动障碍。此病起病急骤,需及早诊断并进行恰当的治疗。本例 3 个月前发病后曾接受保守治疗,但治疗不彻底,导致血栓沿阻塞部位继续形成,3 个月后又

分血栓机化。对新鲜血栓,可通过取栓导管取出,而对附着在血管壁机化的血栓则无法取出,球囊扩张效果也欠佳,最后进行人工血管股-股搭桥术,患肢血供得以恢复。

Small renal carcinoma misdiagnosed as renal aneurysm: Case report 小肾癌误诊为肾动脉瘤 1 例

杨敏玲,谢春明,冯对平,庞宁东,高峰

(山西医科大学第一医院介入病房,山西 太原 030001)

[Key words] Kidney neoplasms; Aneurysm

[关键词] 肾肿瘤;动脉瘤

[中图分类号] R730.4; R737.11; R816.2

[文献标识码] B

[文章编号] 1672-8475(2011)02-0161-01



图 1 肾脏冠状位增强 CT 图像(动脉期)

图 2 右肾动脉造影

图 3 术后病理图片(HE, ×40)

患者男,57 岁。5 年前无明显诱因出现双侧腰背部钝痛,伴尿频、尿急,无恶心、呕吐,无血尿,无发热。近半年体质量下降约 15 kg。查体:右肾区压痛,双肾区叩击痛。1 个月前肾脏 CT 检查见右肾肾窦内等密度结节灶,与周围肾实质结构关系密切,增强扫描见右肾肾窦内结节灶明显强化,强化程度几乎与同期肾动脉一致,边缘较光滑,结节内对比剂清除速度较快,双肾盂部分位于肾外(图 1)。CT 诊断为右肾肾窦内结节灶,呈富血供性病变,考虑血管结构病变可能性大,双侧肾外肾盂。1 周后右侧肾动脉造影示右肾肾窦内见结节状富血供性肿瘤染色,边界清楚,由右肾后段动脉分支供血,邻近肾实质无明显移位,未见静脉早期显影(图 2),诊断为右肾富血供性肾肿瘤。1 周后行彩色超声检查,于右肾中部探及约 1.9 cm×1.8 cm 低回声实性结节,边界清,内部回声均匀,不伴无回声区,其内可见彩色血流,双肾积水。右肾切除术后病理:右肾中极皮髓质内可见 1.8 cm×1.5 cm 灰黄、灰红色肿物区,与周围组织界限尚清。肾盂、肾盏无明显异常。镜下见巢状和腺泡状结构,肿瘤中

有由小的薄壁血管构成的网状间隔,肿瘤细胞的胞核呈圆形,大小一致(图 3)。病理诊断:右肾透明细胞癌,核分级 3 级。

讨论 肾细胞癌是泌尿生殖系统常见的恶性肿瘤,其患病率占肾肿瘤的 85% 以上。美国统计资料显示,1950 年至 2001 年,肾细胞癌发病率上升了 126%,死亡率上升了 38.5%,而 5 年生存率仅提高约 9%。早期诊断非常重要。多数文献将直径 ≤3 cm 的肾癌定义为小肾癌。此例为疑诊肾动脉瘤的小肾癌患者。

B 超有助于筛选、诊断小肾癌。CT 平扫及增强扫描对小肾癌的定性、定位诊断有重要价值,平扫大多数小肾癌呈不均质低密度改变,多血供肾癌在增强动脉期表现为一过性不均质明显强化,其密度可等于或略高于肾实质,肾实质期呈低密度。对于难以确诊的小肾癌,可以结合血管造影进行诊断。小肾癌血管造影表现为供血小动脉增粗,肿瘤血管纤曲、紊乱、呈网状,肿瘤染色明显。本例 CT 增强动脉期病灶明显强化,强化程度几乎与同期肾动脉一致,被疑诊为肾动脉瘤,通过结合选择性肾动脉造影确定为肾脏肿瘤。选择性肾动脉造影是肾动脉瘤诊断的金标准,可以较直观地显示病变及其与动脉的关系,有利于鉴别诊断。综合影像学检查有助于避免误诊。

[作者简介] 杨敏玲(1967—),女,山西万荣人,博士,副主任医师。

E-mail: yml89003@163.com

[收稿日期] 2010-11-05 [修回日期] 2010-12-25