



· 病例报告 ·

肾上腺炎性肌纤维母细胞瘤影像学表现 (附报告1例)

高岩峰¹, 郭志娟², 张啸飞¹, 王振飞³

1. 内蒙古医科大学附属人民医院影像科, 内蒙古 呼和浩特 010020;
2. 内蒙古医科大学附属人民医院病理科, 内蒙古 呼和浩特 010020;
3. 内蒙古医科大学附属人民医院肿瘤分子诊断实验室, 内蒙古 呼和浩特 010020

【关键词】 肾上腺肿瘤; 炎性肌纤维母细胞瘤; 影像学表现

DOI: 10.19732/j.cnki.2096-6212.2018.06.018

中图分类号: R736.6 文献标志码: A 文章编号: 2096-6212(2018)06-0515-02

1 临床资料

患者, 男性, 61岁, 右侧阴囊鞘膜积液反复发作2年余。2017年2月计划于某三级甲等医院手术治疗, 完善术前检查发现左肾上腺占位性病变, 性质待定, 恶性病变不排除, 建议手术或穿刺活检, 患者拒绝, 遂来内蒙古医科大学附属人民医院就诊。患者自发病以来, 无发热、消瘦、腰疼、尿频尿急尿痛及血压异常波动, 睡眠饮食正常, 大小便无异常。入院查体: 无特殊。相关实验室检查: 甲胎蛋白为1.120 ng/mL, 癌胚抗原为1.300 ng/mL, 糖类抗原125 (carbohydrate antigen 125, CA125) 为7.86 U/mL, CA15-3为13.12 U/mL, CA19-9为6.04 U/mL, CA724为1.48 U/mL, 总前列腺特异性抗原为0.373 ng/mL, 神经元特异性烯醇化酶为7.370 ng/mL。增强CT: 左侧肾上腺区椭圆形软组织

肿块, 病灶最大截面约7.7 cm × 6.6 cm, 密度不均匀, 内部可见囊变坏死区, 并见多发点状、小圆形钙化。增强扫描呈动脉期轻中度不均匀强化, 门静脉期及延迟期呈持续性、渐进性强化, 周围脂肪间隙浑浊, 且有结节样相似强化方式的小病灶包绕左肾动脉, 左侧肾上腺未见显示 (图1)。

病理学检查结果: (左肾上腺肿块穿刺活检) 结合组织学形态及免疫组织化学分析, 首先考虑为炎性肌纤维母细胞瘤 (inflammatory myofibroblastic tumor, IMT) (图2)。免疫组织化学检测结果: Vimentin (3+), AE1/AE3 (-), LCA (+), CD99 (-), CD138 (浆细胞+), Fli-1 (3+), CD34 (血管+), CR (灶+), WT-1 (-), Desmin (-), Actin (3+), SMA (灶+), CD68 (+), κ (+), λ (+), Ki-67增殖指数 (5%) (图3)。

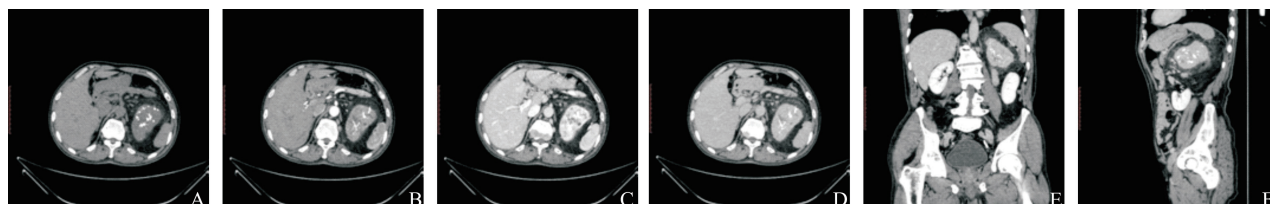
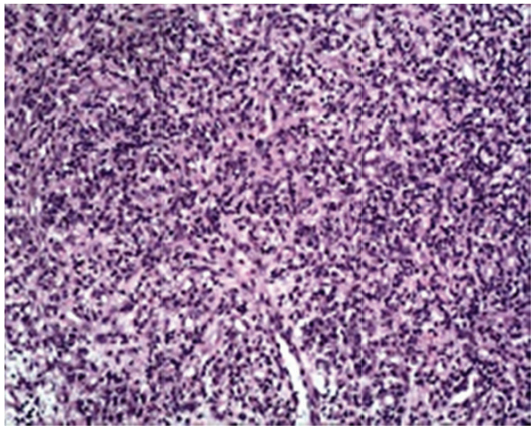


图1 61岁男性患者的CT诊断图像

左侧肾上腺区椭圆形软组织肿块, 密度不均匀, 见多发点状、小圆形钙化。A: CT平扫示病灶边界清楚, 平扫CT值约28 HU; B: 动脉期病灶轻中度强化, CT值约52 HU; C: 门静脉期病灶渐进性强化, CT值为145 HU; D: 延迟期病灶持续性强化, CT值为99 HU; E: 延迟期冠状位图像; F: 延迟期矢状位图像

基金项目: 内蒙古医科大学科技百万工程项目 (YKD2015KIBW008)。

通信作者: 张啸飞 E-mail: xiaofeiCT@126.com



(H-E染色, ×100)

图2 IMT的病理学诊断

增生的梭形纤维母细胞/肌纤维母细胞呈束状或漩涡状排列, 间质内大量炎细胞浸润, 以成熟的浆细胞、淋巴细胞为主, 可见个别嗜酸性粒细胞

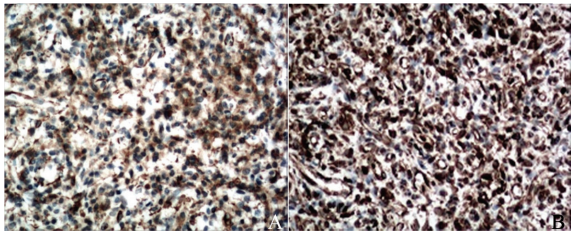


图3 免疫组织化学结果显示肿瘤细胞弥漫强阳性表达

A: Actin (3+); B: Vimentin (3+)

2 讨论

IMT过去称为炎性假瘤、细胞性炎性假瘤、浆细胞性肉芽肿、黄色瘤样假瘤及炎性纤维肉瘤等, 命名混乱, 世界卫生组织(World Health Organization, WHO) 2002年将其定义为“一种由分化的肌纤维母细胞梭形细胞组成的常伴有大量浆细胞和(或)淋巴细胞的肿瘤”^[1]。

IMT可以发生在任何年龄、任何部位, 多见于儿童和年轻人的内脏和软组织, 最常见的部位是肺、肠系膜及网膜^[2]。IMT的病因尚不明确, 可能与感染、免疫抑制、放化疗及局部创伤等因素有关。此外, 克罗恩病、胃肠间质瘤及先天性遗传性中性粒细胞减少症等疾病可能与IMT的发生、发展有关^[3]。IMT的临床表现多样, 可表现为发热、腹痛、体质量减轻、局部压迫、肿瘤浸润或转移部位的相应症状。肾上腺IMT罕见, 目前国内仅见个例报道, 且多数报道以病理学或超声检查结果为主^[4-5]。本例病变的CT特

点如下: ① 病灶范围较大, 但边界清晰; ② 病灶动脉期轻中度强化, 门静脉期及延迟期呈渐进性、持续性强化, 与文献报道相符^[6]。③ 病灶内部见多发点状、小圆形钙化, 与文献报道炎性肌纤维母细胞瘤钙化少见不同, 考虑可能与文献报道的病变部位及患者例数较少有关。④ 本例病灶多发, 属于少见表现, 国内文献报道IMT以单发多见, 多发偶见。

IMT需与以下疾病进行鉴别诊断:

① 肾上腺嗜铬细胞瘤: 高血压是嗜铬细胞瘤的典型表现, 可呈间歇性或持续性发作, 其在CT上多表现为类圆形肿块, 密度不均匀, 病灶较大时可有出血、坏死, 钙化少见, 增强扫描时肿瘤实质明显强化, 坏死区无或略有强化, 结合临床病史, 不难鉴别。② 肾上腺皮质癌: 直径常>5 cm, 形态不规则, 瘤体密度不均匀, 可见钙化、中央低密度区、出血和局灶性脂肪密度影等征象。钙化较常见, 呈细砂砾状、斑片状及星芒状。较大瘤体强化不均, 多有包膜和瘤体边缘呈中度强化。

肾上腺IMT的临床和影像学表现均缺乏特异性, 易与其他常见肿瘤混淆, 确诊依赖病理组织学及免疫组织化学检查。但其CT表现可以精准提示病变部位、数目、大小、内部结构成分、强化特征及与周围组织器官的关系, 对IMT的术前评估和术后随访具有重要意义。

[参考文献]

- [1] 刘伯胜, 刘赤岩, 陶福典. 肠系膜及腹膜后IMT CT表现初探[J]. 临床放射学杂志, 2016, 35(10): 1616-1617.
- [2] 杨春, 姚倩东, 郑敏文. 腹部炎性肌纤维母细胞瘤的CT表现[J]. 医学影像学杂志, 2013, 23(5): 723-726.
- [3] 孙海涛, 刘锴, 王艳秋, 等. 腹部炎性肌纤维母细胞瘤以病理为基础的影像学特征[J]. 放射学实践, 2017, 32(2): 162-166.
- [4] 骆利康, 中华峰, 周素英, 等. 肾上腺炎性肌纤维母细胞肿瘤一例[J]. 中华病理学杂志, 2006, 35(4): 252-253.
- [5] 赵志强. 肾上腺炎性肌纤维母细胞瘤一例[J]. 临床放射学杂志, 2017, 36(1): 155.
- [6] 车锦连, 黄仲奎, 龙莉玲, 等. 常见和非常见部位炎性肌纤维母细胞瘤的CT和MRI表现[J]. 临床放射学杂志, 2015, 34(9): 1444-1447.

(收稿日期: 2018-08-18 修回日期: 2018-10-13)