

或不伴局部软组织肿块;长骨病变 X 线平片可见骨质膨胀,常伴有骨膜增生及硬化;随病变组织成分不同,各时相 MRI 表现不同。核素显像中,因增殖朗格汉斯细胞具有高葡萄糖代谢活性,故 LCH 病灶 FDG 摄取通常明显增高。¹⁸F-FDG PET/CT 能明确全身病变部位及病灶代谢情况,在 CT 显示骨质结构改变之前检出病灶。鉴别诊断:①骨转移瘤,恶性肿瘤病史,骨质

呈不规则或斑片状、虫噬样破坏,多有吹泡状或针刺状骨膜反应,可不伴周围软组织肿块;②骨结核,有全身结核中毒症状,多发生于脊椎,椎体骨质破坏,伴死骨形成,相邻椎体椎间隙狭窄或消失,椎旁冷脓肿形成;③淋巴瘤,临床有乏力、低热等症状,多有全身淋巴结肿大,骨质破坏以较大的溶骨性破坏为主,边界不清,少有软组织肿块。最终仍须依靠组织病理学确诊。

Primary adrenal sarcomatoid carcinoma: Case report 原发性肾上腺肉瘤样癌 1 例

俞富龙,万娅敏,高剑波

(郑州大学第一附属医院放射科,河南 郑州 450052)

[Keywords] adrenal gland neoplasms; carcinosarcoma; tomography, X-ray computed

[关键词] 肾上腺肿瘤;癌肉瘤;体层摄影术,X 线计算机

DOI:10.13929/j.issn.1672-8475.2020.09.017

[中图分类号] R736.6; R814.42 [文献标识码] B [文章编号] 1672-8475(2020)09-0576-01

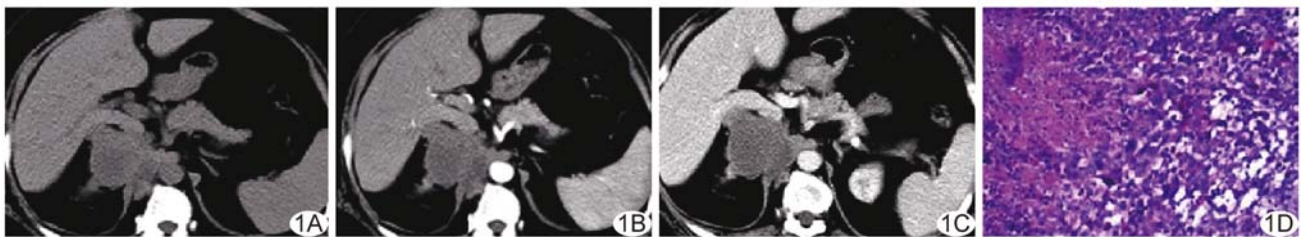


图 1 右侧肾上腺 SC A. CT 平扫图像; B. 增强 CT 动脉期图像; C. 增强 CT 静脉期图像; D. 病理图(HE, ×100)

患者女,54 岁,因“腰部及右季肋不适 1 月余”就诊;既往高血压病史 3 年,规律服药后血压控制良好。查体未见明显异常。实验室检查:皮质醇(上午 8 点)711 ng/ml,尿游离皮质醇 402 nmol/24 h,尿 17-羟皮质类固醇 32.83 μ mol/24 h,尿 17-酮皮质类固醇 67.37 μ mol/24 h。CT:平扫见右侧肾上腺约 77.82 mm×75.99 mm×72.66 mm 不规则软组织密度影(图 1A),边缘浅分叶,平均 CT 值 30.83 HU,病灶局部与下腔静脉及右侧膈脚分界不清,与右肾分界清晰;增强 CT 示动脉期肿块轻度强化,平均 CT 值 40.92 HU(图 1B),静脉期强化方式同动脉期,平均 CT 值 39.03 HU;下腔静脉受压(图 1C)。CT 诊断:右侧肾上腺占位,考虑肾上腺癌或转移瘤。行腹腔镜下右侧肾上腺占位部分切除术。术后病理:光镜下见大量梭形细胞,细胞核深染,细胞异型性明显,累及脂肪组织(图 1D);免疫组织化学:CK(+),Vim(+),EMA(灶+),Ki-67(60%+),S-100(-),Syn(-),HMB45(-),SMA(-),CK5/6(-),CK10/13(-),CK14(-)。病理诊断:右侧肾上腺肉瘤样癌(sarcomatoid

carcinoma, SC)。

讨论 SC 是起源于上皮细胞的恶性肿瘤,部分细胞向肉瘤样方向分化,同时具有上皮和肉瘤样组织 2 种成分。SC 发病率较低,发生于肾上腺者罕见。根据 2017 版 WHO 肾上腺肿瘤分类解读,肾上腺 SC 为肾上腺皮质腺瘤的罕见亚型,恶性度高,多数患者因腰腹痛就时多已进入晚期或已转移。本病影像学表现为类圆形或不规则软组织肿块,体积多较大,密度不均,可有囊变及坏死;肿块与周围组织分界不清,可呈浸润性生长,早期即可发生淋巴结转移及肺转移;CT 增强动脉期多呈不均匀明显强化,囊变及坏死区无强化。鉴别诊断:①肾上腺腺瘤,直径通常<3 cm,密度均匀,边界清晰;动态增强肿块呈快速强化、迅速廓清;②肾上腺嗜铬细胞瘤,患者多有阵发性高血压、头痛等症状,影像学表现为一侧肾上腺较大圆形或椭圆形肿块,偶为双侧病变,肿瘤较小时密度均一,较大者常有囊变、坏死及出血而导致密度不均;增强后肿瘤实质明显强化,廓清较慢,其内低密度区域无强化。确诊需靠病理学检查。

[第一作者] 俞富龙(1993—),男,山东菏泽人,在读硕士,医师。E-mail: 878427177@qq.com

[收稿日期] 2020-03-31 [修回日期] 2020-08-11