

Malignant glomus tumor of right adrenal gland: Case report

右侧肾上腺恶性血管球瘤 1 例

黄文鹏¹, 刘肖楠², 耿尚文¹, 李莉明¹, 高剑波¹

(1. 郑州大学第一附属医院放射科, 2. 病理科, 河南 郑州 450052)

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

[关键词] 肾上腺肿瘤; 血管球瘤; 体层摄影术, X 线计算机

DOI: 10.13929/j.issn.1672-8475.2021.10.017

[中图分类号] R736.6; R814.42 [文献标识码] B [文章编号] 1672-8475(2021)10-0640-01

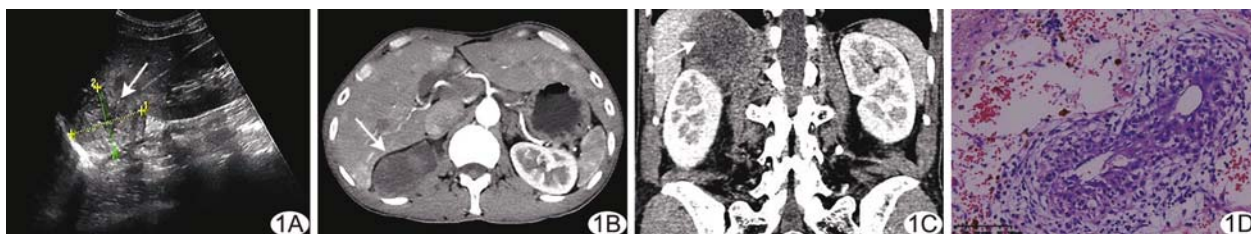


图 1 右侧肾上腺恶性 GT A. 二维超声声像图; B. 增强 CT 轴位动脉期图像; C. 增强 CT 冠状位静脉期图像; D. 病理图(HE, ×200) (箭示病灶)

患者男, 45 岁, 因“体检发现右侧肾上腺占位”就诊; 既往无特殊病史; 查体未见明显异常。实验室检查: 肿瘤异常蛋白凝聚物面积 $166.93 \mu\text{m}^2$ (正常值为 $0 \sim 121 \mu\text{m}^2$)。超声: 右侧肾上腺区 $5.8 \text{ cm} \times 4.9 \text{ cm}$ 囊实性不均匀低回声, 边界清(图 1A), CDFI 未见明显血流信号。腹部 CT: 右侧肾上腺多房囊性肿块, 约 $8.2 \text{ cm} \times 4.7 \text{ cm} \times 6.6 \text{ cm}$, 边界清, 囊壁不规则增厚, 内见多发实性分隔; 平扫实性成分 CT 值约 43 HU, 增强后囊壁及实性分隔呈不均匀轻中度渐进性强化, 动脉期 CT 值约 53 HU (图 1B)、静脉期 CT 值约 68 HU (图 1C)。影像学诊断: 考虑嗜铬细胞瘤囊变。行腹腔镜下右肾上腺肿瘤切除术, 术中见右侧肾上腺区直径约 6.5 cm 灰黄灰红肿物, 质软, 包膜完整。术后病理: 光镜下见瘤细胞大小较一致, 周围有丰富毛细血管或围绕血管生长, 核分裂象 $5 \sim 6$ 个/50 高倍视野, 异型性明显(图 1D); 免疫组织化学: S-100 (散+), Syn (部分+), PHH3 (> 10 个/10 高倍视野), P53 (70%+), NSE (部分+), Ki-67 (70%+), SMA (+), CD34 (血管+), CD99 (+), Bcl-2 (+), FLI-1 (灶+), Collagen-4 (+)。病理诊断: (右侧肾上腺) 恶性血管球瘤

(glomus tumor, GT)。

讨论 GT 起源于正常血管球或动静脉吻合支, 多发生于肢体远端如甲床、指(趾)侧等, 罕见于内脏和深部软组织。WHO 软组织肿瘤分类将 GT 归为血管周细胞肿瘤, 根据组织学形态将其分为固有球瘤、球血管瘤及球血管肌瘤等。绝大多数 GT 为良性, 恶性仅占约 1%; 本例位于右侧肾上腺, 病理诊断为恶性 GT, 临床罕见; CT 表现为肾上腺区边界清晰的囊实性肿块, 以囊性为主, 见多发实性分隔, 囊壁及实性分隔不均匀轻中度渐进性而非明显强化, 与 GT 富血供的病理特点不符, 考虑与本例肿块内多发囊变、坏死, 对比剂通过供血动脉从肿瘤边缘持续弥散至肿瘤中心有关。

鉴别诊断: ①肾上腺囊肿, CT 表现为肾上腺类圆形肿块, 呈均一水样密度, 内见分隔而呈分房状; ②肾上腺神经节细胞瘤, CT 表现为类圆形或分叶状肿块, 大小不等, 边界清, 可见斑点状钙化, 呈均匀或不均匀强化; ③肾上腺嗜铬细胞瘤, CT 表现较大圆形或椭圆形肿块, 内见单发或多发低密度区, 可呈囊性变, 增强后实性部分明显强化, 廓清缓慢。确诊依赖病理学检查。

[第一作者] 黄文鹏(1995—), 男, 河南驻马店人, 在读硕士。E-mail: hwpeng19950930@163.com

[收稿日期] 2021-05-03 [修回日期] 2021-08-11