维普资讯 http://www.cqvip.com



临床研究 文章编号:0253-3626(2007)03-0319-03

# 肾脏良性病变误诊为肾癌的诊治分析

何卫阳,苟 欣,吴小候,王 明,邓远忠,傅劲草

(重庆医科大学附属第一医院泌尿外科,重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨提高肾脏良恶性肿瘤的诊断水平,降低误诊率。方法:回顾性分析我院自 1995 年 ~2005 年间被误诊的肾脏良性肿瘤患者 21 例,年龄 33~63 岁,平均 51 岁。术前均行超声、CT 等影像学检查诊断为肾癌。结果:21 例患者均手术治疗。术中行冰冻病理检查 3 例,提示为肾脏良性占位,行肿块剜除或单纯肾切除;8 例行肾癌行根治术,另外 10 例行单纯性肾切除术,术后病理均为肾脏良性病变。随访 1~5 年,无复发。结论:少数肾脏良性占位性病变仅通过影像检查很易误诊为肾癌,手术探查及术中冰冻病理检查是降低误诊率的关键。

【关键词】肾肿瘤;癌;血管平滑肌脂肪瘤

【中国图书分类法分类号】R737.11 【文献标识码】B 【收稿日期】2006-09-11

# Clinical analysis of differential diagnosis between renal cell carcinoma and renal benign space occupying mass

*HE Weiyang et al*

(*Department of Urology, the First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To improve the differential diagnosis between benign renal mass and renal cell carcinoma (RCC) so as to lower the misdiagnosis rate. *Methods*: A retrospective analysis was done on 21 cases of renal mass, aged ranged from 33 to 63 with a mean of 51. Among the 21 years, All of them were preoperatively diagnosed as RCC by imaging. *Results*: All the cases were surgically treated. Three cases underwent enucleation or simple nephrectomy because of the diagnosis as benign renal mass by intraoperative frozen section. Eight underwent radical nephrectomy. And the other 10 underwent simple nephrectomy. The pathological analysis after operation found all were renal benign changes. None developed recurrence during the follow-up of 1 to 5 years. *Conclusions*: Some renal benign space occupying masses could be misdiagnosed as renal cell carcinoma only by imaging examinations and surgical exploration and intraoperative frozen section by pathologic study were the keys to lower the misdiagnosis rate.

【Key words】Kidney neoplasms; Carcinoma; Angiomyolipoma

临床上部分良性肾脏占位病变术前诊断相当困难,仅通过病史及影象学检查临床极易误诊为肾癌,其中又以肾血管平滑肌脂肪瘤为多,由于良恶肾脏肿瘤的治疗方法及患者预后不同,故肾脏占位性病变良恶性鉴别是临床的重点及难点。回顾性分析我院 1995 年 9 月 ~2005 年 10 月收治 21 例误诊为肾癌的良性肾脏占位患者的临床资料,现报告如下。

## 1 材料与方法

本组 21 例。男 8 例,女 13 例。年龄 33~63 岁,平均 51 岁。左侧 9 例,右侧 12 例。肾血管平滑肌脂肪瘤(AML)12 例,B 超表现不规则强回声 8 例,低回声 4 例;CT 均未发现极低密度影,平扫均质高密度,增强扫描示均匀强化;其中 5 例诊断为肾癌,7 例提示肾癌可能。肾嗜酸细胞瘤 2 例,CT 扫描有增强改变 1 例诊断为肾癌,1 例提示肾癌可能。黄色肉芽肿性肾盂肾炎(XGP)3 例,术前诊断考虑肾癌。B 超检查 2 例表现为低回声;1 例为无回声混杂的不均质结节状团块,KUB 示患肾增大,IVU 肾盂肾盏无受压变形。CT 扫描均表现为局限性肿块 1 例,弥漫累及全肾 2 例,增强后病变实性成份均缓慢增强,病灶内片状不规则的强化低密度区更加明显。肾囊肿伴出血 2 例,B 超均表现中等强度回声 1 例,均匀低回声 1 例。CT 检查肾实质内圆形低密度影,边界尚清,增强后低密度区有中等强化征,提示肾癌可能性大。肾结核性肉芽肿 2 例,CT 检查提示肾占位性病变,肾癌不能除外,其中 1 例术中行冰冻切片诊断为肾结核性肉牙肿;慢性炎性肿块 2 例。

作者介绍:何卫阳(1973- ),男,主治医师,主要研究方向:泌尿系肿瘤。

维普资讯 http://www.cqvip.com



## 2 结 果

21 例患者术前均误诊为肾癌。均接受手术治疗,术中行冰冻病理检查 3 例,诊断 AML2 例,均行肾脏肿块剜除术,肾结核性肉芽肿 1 例,行患肾单纯切除术。其余 18 例患者未行冰冻病理检查,10 行后腹腔镜肾切除术,8 例行肾癌根治术,术后病理诊断 AML8 例, 肾嗜酸细胞瘤 2 例, 肾囊肿伴出血 2 例,肾结核性肉芽肿 1 例,慢性炎性肿块 2 例,黄色肉芽肿性肾盂肾炎(XGP)3 例。

## 3 讨 论

临床常常会遇到肾脏的占位性病变,仅通过病史及影像学检查有时往往容易将一些不典型良性肿瘤误诊为肾癌。所以避免对良性肿瘤给予过度或不必要的治疗干预,同时避免恶性肿瘤漏诊、误诊至关重要。然而影像学检查对肾脏良恶性肿瘤的诊断仍占有极为重要的地位。B 超发现肾脏肿物的敏感性为 79%,CT 为 94%[1]。CT 诊断肾癌的主要依据是肾实质内可见低、等或稍高密度的肿块;增强扫描后肿块密度轻度增高, 相对低于正常的肾实质;在较大的肿块内可见更低密度区,提示肿瘤坏死的征象[2]。但大部分肾良性肿瘤也可以有相似的影像学表现。本组 CT 扫描均提示不同密度的肾脏肿块,增强扫描 95%有强化表现。了解肾良性肿瘤在影像学上的特点具有重要意义。

### 3.1 肾脏良性肿瘤影像学表现,可以作为诊断的重要参考

3.1.1 血管平滑肌脂肪瘤 B 超、CT 和 MRI 检测时可有特异的脂肪征象,是良性肿瘤影像学诊断率最高的肿瘤[3],如果脂肪成分含量较少或分布在血管和平滑肌组织间,则容易误诊[4]。此外,个别肾癌亦含有脂肪组织[5]。B 超对肾 AML 检出率很高。肿瘤含脂肪较多时呈团块状强回声,颇具特征。脂肪的 CT 值通常为 -40~-120Hu, 肿瘤呈边界清楚的低密度或不均匀性低密度占位,瘤内脂肪密度成分的存在是 AML 最具特征性的表现[6]。CT 还可发现瘤内或肾包膜下出血。MRI 在显示肿瘤的血管或脂肪成分上较 CT 可靠。以上两点对于肾脏肿瘤良恶性的鉴别有重要意义。林涛等[7]认为 CT 检查发现脂肪组织的肾脏包块以 AML 可能性大, 但若同时伴有钙化则应考虑肾细胞癌的可能。本组全部行静脉肾盂造影(IVU),检查提示肾脏占位性病变 7 例,5 例未见异常。B 超检查表现为不均匀强回声 5 例,混合性低回声 7 例。CT 平扫显示低密度肿物 8 例,混杂密度肿物 4 例。11 例行 CT 增强,肿物有不同程度强化,但均未见明显脂肪密度影。

3.1.2 黄色肉芽肿性肾盂肾炎 (XGP)IVU 检查常无特异性,可表现患侧肾影增大,可有结石,患侧肾不显影或功能严重损害。CT 检查是 XGP 有价值的诊断方法,平扫 CT 值常为负值,注射造影剂后增强不明显,常伴有肾周筋膜及腰大肌增厚粘连,或出现 XGP 特有的"熊掌征"。局灶型 XGP 较少,代谢障碍继发为泌尿系结石及梗阻, 其 CT 表现特征很难与肾肿瘤鉴别。B 超对诊断 XGP 无特异性,可表现为肾或输尿管结石并积水。本组 2 例为局灶型 XGP,1 例为弥漫型 XGP,全部误诊。主要是临床症状体征不典型,对其认识不足,诊断主要依靠影像学的变化,是误诊的主要原因。

3.1.3 肾囊肿 CT 值近似水,肾囊肿合并出血、感染或含高蛋白物质时,CT 值 > 20Hu, 密度不均匀,且有间隔,容易误诊为肾癌。B 超检查出血性肾囊肿时,囊内有低回声,后方回声增强不明显,容易与实质性占位病变混淆。Cloix 等[8]报道 32 例肾脏复杂囊性占位,手术探查结果 41%为肾癌,可见当肾囊肿合并出血或感染时,与肾癌的鉴别有一定困难。MRI 对鉴别出血性囊肿与囊性肾癌有一定意义,囊性肾癌常显示壁不规则,与正常肾分界不清,造影增强后可见壁不规则强化, 实质部分低于正常肾皮质,若能发现假包膜,即可诊断肾癌[9]。本组 1 例有反复无痛性全程血尿病史,辅助检查未发现结石或其他异常,术前考虑囊性肾癌可能性大,另 1 例 CT 提示肾脏占位性病变,密度不均匀,考虑肾癌可能性大,术后 2 例病理证实均为肾囊肿伴出血。

3.1.4 嗜酸细胞瘤 Jinzaki 等[10]报道 175 例诊断为肾癌而施行手术的病例,其中病理确诊为嗜酸细胞瘤者 6 例。嗜酸细胞瘤影像学检查显示为肾内边界清晰的实质包块;动脉造影不易与血供少的肾细胞癌相鉴别;CT 无典型和特殊表现,部分病例确诊主要依靠病理诊断。嗜酸细胞瘤可施行保肾手术,但其是否有恶性倾向尚存争议,部分观点认为同一肿瘤中可能有恶性成分或伴发肾细胞癌,认为除非有禁忌,根治性肾切除仍为最安全的治疗方法[11]。MRI 可以出现中央呈星状结构的信号减弱区,为其特异性影像学征象[12],本组 2 例嗜酸细胞瘤行 CT 扫描有增强改变 2 例诊断为肾癌,2 例均无出血坏死,其

维普资讯 http://www.cqvip.com



中 1 例瘤体中心可见瘢痕,伴放射状结缔组织梁状结构,均未行 MRI 检查。

3.2 本组 21 例误诊原因及教训

①对良性肾脏肿瘤的临床及影象学表现的认识不足,遇到肾脏占位性病变时,常误诊为肾脏恶性肿瘤。②没有详细的把病史、症状、体征和影像学检查结合起来综合分析,造成误诊。③对于肾脏单发低密度灶,需密切结合临床及其他辅助检查,除外肾脏良性占位病变后,方可诊断为肾癌[13]。④腹腔镜肾切除的应用也相应增加了误诊率,诊断不明确的肾良性肿瘤应谨慎选用腹腔镜技术治疗[14]。⑤术中冰冻病理检查没有得到应有的重视。⑥对于特殊病例,术前没有进行穿刺活检;近来报道 CT 引导下穿刺活检敏感性和准确率均接近 100%[15]。⑦临床对保留肾单位手术重视不够。有目的,有依据的行保留肾单位的肿瘤切除术或肾部分切除术是减少误诊误治的最后机会[16]。所以对一些特殊病例,如孤立肾、双肾多发肿瘤查找原发病变、高度怀疑淋巴瘤等行保留肾单位的肿瘤切除术就显得尤为重要。

## 参 考 文 献


[1] Warshauer DM,McCarth SM,StreeL,et al.Detection of renal mass:Sensitivities and specificities of excretory urography/linertomography,US and CT[J].Radiology,1988,169:363-365.

[2] 方昆亳.泌尿生殖系疾病影像诊断图谱[M].广州:广东科技出版社,1998.137-138.

[3] Bosniak MA,Megibow AJ,Hulnick DH,et al.CT diagnosis of renal angiomyolipoma:the importance of detecting small amounts of fat[J].AJR,1988;151:497-501.

[4] 孔祥田,夏同礼,曾 荔,等.肾血管平滑肌脂肪瘤影像学误诊原因的探讨[J].中华泌尿外科杂志,1998;19:685-659.

[5] Hendrson RJ,Germany R,Peavy PW,et al.Fat density in renal cell carcinoma:demonstration with computerized tomography[J].J Urol,1997;157:1347-1348.

[6] Nelson CP,Sanda MG.Contemporary diagnosis and managementof renal angiomyolipoma[J].J Urol,2002;168(4Pt1):1315-1325.

[7] 林 涛,魏 强,杨宇如,等.肾癌与肾血管平滑肌脂肪瘤间的误诊分析[J].中华泌尿外科杂志,2002;23:138-139.

[8] Cloix P,Martin X,Pangaud C,et al.Surgial management of complex renal cysts:aseries of 32 cases[J].J Urol,1996;156:28-30.

[9] 赵 力,苗延巍,郎志谨.肾癌的 MRI 诊断、鉴别诊断及术前分期评估[J].实用放射学杂志,1999;15:663-666.

[10] Jinzaki M,Tanimoto A,Narimatsu Y,et al.Angiomyolipoma:Imaging find in lesions with minimal fat[J].Radiiology,1997;205:497-502.

[11] 唐孝达.良性肾实质肿瘤.见:郭应禄,主编.泌尿男生殖系肿瘤[M].北京:人民卫生出版社,2000.302-307.

[12] Newhouse JH,Wagner BJ.Renal oncocytomas [J].Abdom Imag,1998;23:249-255.

[13] 齐 桓,郑少斌,谭万龙.良性占位性病变误诊为肾癌的原因分析[J].中华泌尿外科杂志,2004;25(5):300-302.

[14] GillIS,Desa iMM,Kaouk JH.Laparoscopic partial nephrectomy for renal tumor:duplicating open surgical techniques [J].J Urol,2002;167:469,24-72.

[15] Caoili EM,Bude RO,Higgins EJ,et al.Evaluation of sonographically guided percutaneous core biopsy of renal masses[J].AJR,2002;179:373-378.

[16] 蔡 伟,王晓雄,洪宝发,等.肾良性肿瘤和瘤样病变诊治分析中华泌尿外科杂志,2004;25(3):149-151.


(上接第 263 页)

总之,鉴于我们的研究发现 $CO_2$ 气腹可以促进人宫颈癌细胞株 CaSki 的体外生长,$N_2$ 气腹则起一定的抑制和损伤作用,因此在临床中应用腹腔镜 $CO_2$ 人工气腹行宫颈癌根治术时应持审慎态度。$N_2$ 是否可能成为代替 $CO_2$ 的候选气腹介质值得深入研究。

## 参 考 文 献


[1] Dahn S,Schwalbach P,Maksan S,et al. Influence of different gases used for laparoscopy (helium,carbon dioxide,room air,and xenon)on tumor volume,histomorphology,and leukocyte-tumor-endothelium interaction in intravital microscopy[J].Surg Endosc,2005;19(1)65-70.

[2] 喇端端,季晓琼,王 灏,等.腹腔镜中不同膨腹气体抑制肿瘤细胞生长的体外对比研究[J].中华实验外科杂志,2001;18(2):183.

[3] Smidt VJ,Singh DM,Hurteau JA,et al. Effect of carbon dioxide on human ovarian carcinoma cell growth[J].Am J Obstet Gynecol,2001;185(6):1314-1317.

[4] 徐春阳,梁志清,熊光武.二氧化碳人工气腹对子宫内膜癌细胞体外生长的影响[J].中华妇产科杂志,2003;38(12):766-767.

[5] Jacobi CA,Sabat R,Bohm B,et al. Pneumoperitoneum with carbon dioxide stimulates growth of malignant colonic cells [J].Surgery,1997;121(1):72-78.

[6] 吴步初,喇端端,季晓琼,等.二氧化碳气腹对肿瘤细胞生长和播散影响的研究[J].现代诊断与治疗,2004;15(4):199 - 201;205.

[7] Wildbrett P,Oh A,Naundorf D,et al. Impact of laparoscopic gases on peritoneal microenvironment and essential parameters of cell function[J]. Surg Endosc,2003;17(1):78-82.

[8] Tan BJ,Dy JS,Chiu PY,et al.Effects of pneumoperitoneal gases and pressures on transitional cell carcinoma adhesion, growth, apoptosis and necrosis: an in vitro study [J]. Urol,2005; 174 (4 Pt 1):1463-1467.

[9] 黄 锐,刘 彦,金志军,等.气腹对裸鼠腹腔恶性肿瘤细胞种植和生长的影响[J].第二军医大学学报,2003;24(3):285-287.