

•病例报告•

肾血管瘤1例报告

高义胜^{1*}, 王健明¹, 孙富广¹, 李春建^{1,2}, 何相飞¹, 郭丰富¹

(1. 临沂市人民医院 泌尿外科, 山东 临沂 276000;

2. 山东第一医科大学 外科, 山东 泰安 271016)

中图分类号: R737.11

文献标识码: A

文章编号: 1674-7410(2021)02-0102-03

肾血管瘤是一种比较罕见的良性肿瘤, 通常分为毛细血管型血管瘤和海绵状血管瘤两大类。1867年Virchow首次在尸检中发现了肾血管瘤。临沂市人民医院泌尿外科于2020年10月收治1例, 经术后病理证实为肾毛细血管型血管瘤, 并复习相关文献就肾血管瘤诊治情况进行探讨。现报道如下。

1 病例摘要

患者男, 40岁, 以体检行泌尿系彩超发现左肾肿瘤2周入院。自诉无血尿和腰痛等病史, 既往有高血压病史2个月余, 口服硝苯地平缓释片控制尚可。肾区无叩痛, 其他格检查未见异常。辅助检查: ①超声: 左肾中份探及一大约22 mm×19 mm囊实性结节, 边界尚清, 内回声不均, 周边可见点状血流信号, 余双肾实质回声均匀, 集合系统未见分离。诊断: 左肾囊实性结节(图1)。②双肾CT: 左肾大小、形态未见异常, 肾实质内见一类圆形囊实性结节, 大小约21 mm×24 mm, 边界欠清, 增强检查周围实性成分呈中度强化; 肾盂未见扩张。诊断: 左肾囊实性结节(图2)。③双肾MRI: 双肾大小、形态可, 左肾前唇见类圆形异常信号影, T1WI呈等信号, T2WI及脂肪抑制呈高信号, DWI未见明显弥散受限, 同反相位信号未见明显差异, 病变边界较清, 最大截面约21 mm×22 mm, 增强检查呈环形强化, 壁厚薄不均。左侧肾前唇异常信号, 考虑囊性肾癌可能性大(图3)。

入院后完善检查考虑左肾肿瘤, 恶性不排除, 行腹腔镜下左肾部分切除术。术中探查见肿瘤位于肾门血管处, 肾静脉主干与左肾前唇之间, 大小约20 mm×15 mm, 似有被膜, 囊实性肿物, 与肾静脉粘连紧密, 无法游离瘤体边界。因为术前不排除肾

癌可能, 行部分切除有导致瘤体破溃种植的风险, 与家属沟通征得同意后改行左肾根治性切除术。病理大体标本见: 左肾门处见肿物体积20 mm×15 mm×10 mm, 灰红灰白质韧, 累及左肾静脉。病理诊断: (左肾) 血管源性肿瘤, 符合毛细血管瘤伴出血、水肿, 周围肾组织及输尿管未见特异性病变。免疫组化: CD10(-), CAIX(-), Pax-8(-), CD31(+), CD34(+), ERG(血管内皮+), SMA(平滑肌+), S-100(-), Fli-1(血管内皮+), Ki67-MIB1(约5%), CK(-), CK7(-), TFE3(-)。特殊染色: 弹力纤维(+) (图4)。



图1 彩超显示左肾中份探及一大约22 mm×19 mm囊实性结节, 边界尚清, 内回声不均, 周边可见点状血流信号

2 讨论

血管瘤是一种间叶性良性肿瘤, 起源于胚胎时期未发育成正常血管细胞的原始残余血管内皮细胞, 由其生成畸形血管或淋巴管样囊实性结构, 随体积增大, 一般不与周围血管相通, 无对应的滋养动脉和静脉, 可压迫周围组织, 但很少侵犯邻近组织。好发于皮肤、软组织, 实性器官好发于肝脏、脾脏等, 肾脏极少见, 属于罕见病。肾血管瘤以单

*通信作者: 高义胜, E-mail: westprince@163.com

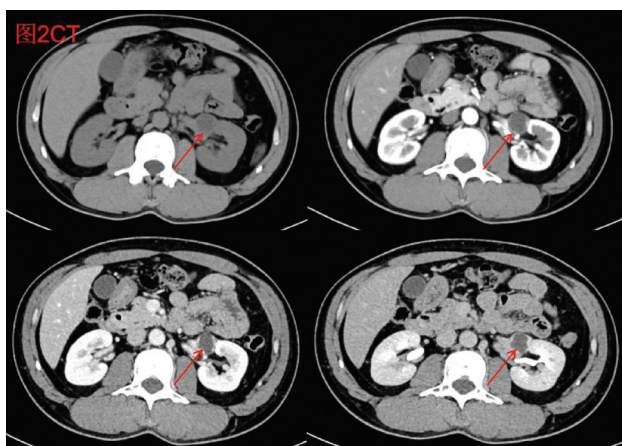


图2 CT显示肾实质内见一类圆形囊实性结节,大小约21 mm×24 mm,边界欠清,增强检查周围实性成分呈中度强化,左侧肾静脉受压,双侧肾静脉未见充盈缺损

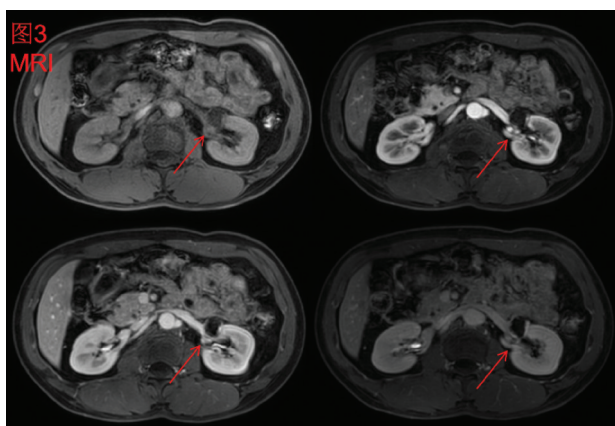


图3 MRI显示左肾前唇见类圆形异常信号影,T1WI呈等信号,T2WI及压脂像呈高信号,DWI未见明显弥散受限,同反相位信号未见明显差异,病变边界较清,最大截面约21 mm×22 mm,增强检查呈环形强化,壁厚薄不均

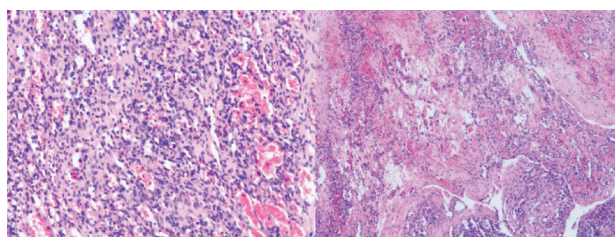


图4 患者病理结果(HE,×20)

侧多见,发生时可伴有其他部位血管瘤,如肝脏、脑、骨或大肠等,目前证据显示其与种族、性别和肾脏位置无明显关系。肾血管瘤多发生于肾髓质,肾盂黏膜亦有发现。组织学分为海绵状血管瘤和毛细血管状血管瘤,以前者最多见。本文收治病例为毛细血管状血管瘤,血管瘤通常体积较小,大部分病例发病时直径<1 cm,但是也有较大体积血管瘤报道^[1]。

目前肾血管瘤个案报道中大多数是偶然体检发

现的,没有出现特异性症状。可以出现的临床表现包括血尿、腹痛、肾绞痛和下尿路症状,以间歇性血尿多见,其多由瘤组织引起肾盂、肾盏黏膜血管上皮破溃引起;如果出现大量全程肉眼血尿,可引起膀胱内血块、肾绞痛等。这些临床表现都是非特异性的。与膀胱血管瘤不同,肾血管瘤与结节性硬化、Sturge-Weber综合征或Klippel-Trenaunay综合征无关^[2]。但也有研究表明,终末期肾病患者更容易发生肾毛细血管瘤,其发病机制尚不清楚,但这些终末期肾病患者容易发展为上皮和间质病变,如乳头状RCC、透明细胞RCC、乳头状腺瘤和血管平滑肌脂肪瘤^[3]。目前没有发现确切的潜在致病因素,此次回顾病例报告也没有发现高危因素。正如文献中所观察到的,它可以在没有任何慢性疾病的情况下发展^[4]。

诊断肾血管瘤主要依靠影像学检查,但是目前所有影像学检查都缺乏特异性。肾血管瘤不合并感染、液化、坏死的情况下,B超表现为边界不清、回声不均的团块,对于直径<1 cm的血管瘤无特异性,<0.5 cm的血管瘤B超容易漏诊,肾血管瘤CT平扫一般呈等密度病灶,增强扫描病变区典型影像学表现为病灶呈结节状、团块状强化,但大多数情况均缺乏特异性。亦因为目前肾血管瘤极少见,影像学资料多不完备,因此对其影像学特征缺乏系统性的归纳,因此肾血管瘤极少在手术前被确诊,尤其在肾血管瘤伴有出血、坏死、钙化、炎症等病变时,其影像学表现类似肾癌、肾盂癌等,容易导致误诊。本文收治病例B超发现病变部位为囊实性改变,周边组织有血流信号,CT显示肾实质内见一类圆形囊实性结节,同超声所见,大小约21 mm×24 mm,边界欠清,提示肿瘤无明显包膜,增强检查周围实性成分呈中度强化,类似于囊性肾癌表现,病损与左肾静脉粘连并压迫左侧肾静脉,是导致最终行肾切除的关键原因。行肾动脉造影及双肾MRI亦未能明确诊断,无法提示肾血管瘤可能。有报道经皮肾镜或输尿管软镜被用于肾盂、肾盏血管瘤诊断的成功案例,VIGUIER等^[5]利用肾镜成功诊断肾盂部位的肾血管瘤,内镜下可见血管瘤呈现为团块或分叶状肿物,基地宽,多为暗红色。但是肾镜或输尿管软镜有其局限性,尤其是这种侵入性检查最终需要行病理活检确诊,有导致大出血的风险,对于肾实质或肾表面的血管瘤并不能通过内镜进行确诊。由于血管瘤组织极易出血,建议内镜下活检需谨慎并做

好术前沟通,严重出血有导致切肾的可能。总的来说,影像学检查获得的肾血管瘤的证据特异性有效性不足^[6,7]。

由于肾血管瘤术前确诊较为困难,极易被误诊为肾癌、肾盂癌、囊性肾癌,因此患者出现以下情况应考虑肾血管瘤的可能:①间歇性肉眼血尿,可伴有腰痛,多无发热,间隔时间长,膀胱镜检查可发现输尿管口有喷血并排除输尿管肿瘤,此类患者病灶多位于黏膜或黏膜下,通过内镜可探及,活检可获得确诊;②体检影像学检查发现平扫呈等密度病变,增强扫描呈结节状团块强化者的典型影像学表现,部分患者行血管造影可显示病灶呈堆积扭曲的细小血管分支或团块状致密血管影;③皮肤或黏膜合并有血管瘤病变者,此特征非必需^[8]。

肾血管瘤主要需与囊性肾癌、肾盂癌、少脂肪型肾血管平滑肌脂肪瘤等鉴别。

肾血管瘤作为一种罕见的良性肿瘤,进展缓慢,生物恶性行为低,治疗需根据疾病进展制定策略,类似于血管平滑肌脂肪瘤的治疗策略,应避免过度治疗。对于早期体积较小的毛细血管瘤,尤其是婴幼儿患者有自然消退倾向,必要时应用激素辅助治疗,效果良好。对于局部腰痛症状较重、反复出现血尿、肾功能损害、局部压迫症状等时,可考虑外科干预治疗或者肾动脉超选择介入栓塞术,部分患者选择肾肿瘤剔除术或肾部分切除术。本例患者由于肿瘤压迫肾静脉主干,无法游离瘤体边界,导致肾切除术,国外亦有1例肾血管瘤压迫肾静脉导致肾切除术的报道。肾血管瘤的治疗需要尽可能术前明确诊断,采取部分切除术、介入栓塞术^[9]或内镜下治疗,可避免不必要的肾切除术,尽可能地对肾血管瘤这种良性肿瘤患者选择最大程度地保留正常肾单位,从而提高患者生活质量^[10,11]。

综上所述,肾血管瘤是一种发病率非常低的良性肿瘤,主要以间歇性血尿或影像学查体发现,无恶性进展倾向,虽然无明显包膜,但基本不会侵犯周围组织或远处转移,只要诊断明确、正确处理,预后良好。手术治疗、介入治疗及内镜治疗效果均确切,需要注意的是肾血管瘤临床误诊率较高,因

此目前临床上肾血管瘤的重点在于术前诊断,不明原因的间歇性血尿患者需要考虑到肾血管瘤的可能^[12,13]。

参考文献:

- [1] 王志向,王林辉.肾血管瘤[J].国际泌尿系统杂志,2007,27(2):223-227.
- [2] WETHERELL D, SKENE A, MANYA K, et al. Anastomosing haemangioma of the kidney: A rare morphological variant of haemangioma characteristic of genitourinary tract location [J]. Pathology, 2013,45(2):193-196.
- [3] ZHAO M, LI C, ZHENG J, et al. Case report anastomosing hemangioma of the kidney: A case report of a rare subtype of hemangioma mimicking angiosarcoma and review of the literature [J]. Int J Clin Exp Pathol, 2013,6(4):757-765.
- [4] ADNAN AL-MAGHRABI H, SAMI ARA. Challenging Pitfalls and Mimickers in Diagnosing Anastomosing Capillary Hemangioma of the Kidney: Case Report and Literature Review[J]. Am J Case Rep, 2017,18:255-262.
- [5] VIGUIER JL, ABBAR M, GELET A. The contribution of endoscopy in the diagnosis of unilateral hematuria of renal origin and pseudotumors of the upper urinary tract [J]. Prog Urol, 1994,4(2):219-227.
- [6] 赵灿灿,谢宗玉.肾毛细血管瘤—2018年读片窗(6)[J].安徽医学,2018,39(11):1420-1421.
- [7] 蔡玉琴,陈英敏,祝雅慧.肾毛细血管瘤1例[J].实用放射学杂志,2012,28(5):821-822.
- [8] 王君广.肾毛细血管性血管母细胞瘤1例[J].医学影像学杂志,2019,29(11):1056.
- [9] 刘胜.选择性肾动脉栓塞治疗肾血管瘤二例[J].介入放射学杂志,2003,12(1):205.
- [10] 翁明高,陈仕平,李启镛,等.肾血管瘤4例报告并文献复习[J].临床泌尿外科杂志,2000,15(8):349-350.
- [11] 吴用样,伊岱旭.肾血管瘤3例报告并文献复习[J].现代泌尿外科杂志,2005,10(6):326-327.
- [12] CHEON PM, REBELLO R, NAQVI A, et al. Anastomosing hemangioma of the kidney: radiologic and pathologic distinctions of a kidney cancer mimic [J]. Curr Oncol, 2018,25(3):220-223.
- [13] ZHANG W, WANG Q, LIU YL, et al. Anastomosing hemangioma arising from the kidney: a case of slow progression in four years and review of literature [J]. Int J Clinl Exp Pathol, 2015,8(2):2208-2213.