

病例讨论

陈玲



- 患者，男，54岁
- 主诉：腰部疼痛2月
- 现病史：起病缓，患者于2月前无明显诱因出现腰部疼痛，呈持续性隐痛，自行拔火罐治疗后稍有好转。
- 既往史：30年前行阑尾炎切除术。高血压病史10年，最高可达150/95mmHg，口服用药，血压控制尚可。痛风10年。



住院号: 00188257 超声号: US00770277

检查项目: 泌尿系男(双肾、输尿管、膀胱、前列腺)

超声描述

双肾大小形态正常,右肾中上部肾周可见一片状混合回声区,范围约6.8*1.8cm,边界不清,形态不规则,未见明显血流信号,局部肾实质略受压;余实质回声均匀,皮髓质分界清楚,双肾窦居中,未见分离。

双侧输尿管未见扩张。

膀胱充盈好,壁光整,腔内透声好。

前列腺形态饱满,体积增大,左右径4.4cm,前后径3.4cm,上下径3.1cm,实质回声欠均匀。

超声诊断

右肾中上部肾周不均质回声区—考虑出血后改变,建议进一步检查
前列腺增生

山西大医院2017-4-5

药品无

无

药品使用方式 无

检查部位 泌尿系CT平扫(上腹+下腹)+三维重建(冠+矢位)

加胶片数量

张

影像学表现:

肝脏大小形态及密度未见异常,各叶比例协调,胃充盈好,胃壁未见局限性增厚,胆囊不大,壁不厚,脾不大,右肾上腺极可见一形态不规则稍低密度肿块影,CT值范围约21Hu~33Hu,病灶周围肾周间隙内渗出性改变;左肾及胰腺大小、形态及密度未见异常,所示肠管未见扩张积液,腹膜后腹主动脉旁多发肿大淋巴结,膀胱充盈好,壁未见局限性增厚,双侧输尿管走行区未见异常密度影。

影像学诊断:

- 1、右肾上腺极占位伴破裂出血可能,建议行CT增强检查。
- 2、腹膜后多发肿大淋巴结,转移?请结合临床。

检查部位 胸椎(腰1-腰1)椎体及间盘CT平扫+三维重建,泌尿系(上腹+下腹)

加胶片数量

张

影像学表现:

右肾上腺极占位,肾内呈楔形低密度,病灶向肾周包膜下延续,成大片软组织密度,病灶挤压肾周筋膜外移,局部突破筋膜延续至肝右后叶后下方肾周右侧间隙;病灶强化,56、73、59Hu;右肾门及腹膜后多发肿大淋巴结并强化,包绕右肾动脉血管,挤压右肾静脉及下腔静脉前移;肝脏大小形态及密度未见异常,各叶比例协调,胃充盈良好,未见局限性壁增厚,胆囊不大,壁不厚,脾不大,双肾、胰腺形态大小及密度未见异常,双侧肾上腺形态大小及密度未见异常,腹膜后未见肿大淋巴结影,所示肠管未见扩张积液及肿块影,膀胱充盈好,壁无增厚,双侧输尿管走行区未见异常密度影。

腰椎序列椎体骨质增生,生理曲度失常,腰5椎体双侧椎弓峡部裂并腰5前移位;椎间孔未见明显狭窄;腰3-4、5-骶1椎间盘均匀超出椎体后缘,硬膜囊受压,侧隐窝变窄,黄韧带不厚,椎管未见狭窄。

影像学诊断:

- 1.右肾占位,考虑恶性,病变延续至肾周包膜下并局部突破筋膜延伸至肝右后叶后下方肾周右侧间隙;右肾门及腹膜后淋巴结肿大,包绕右肾动脉,右肾静脉及下腔静脉受压移位;建议穿刺活检病理诊断。
- 2.腰3-4、5-骶1椎间盘膨出,腰椎退行性变,腰5真性前滑脱(1度)。

科室：泌尿外科三病房

检查日期：2017年04月12日

检查项目：腹部彩超（多系统）

报告日期：2017年04月12日

检查部位：肝胆胰脾肾输尿管膀胱

临床诊断：右肾占位



超声所见：

肝脏形态大小正常。包膜光滑，边缘锐利，肝实质回声增强，血管纹理尚清晰，其内未见占位性病变。

胆囊大小如常，壁欠光滑，稍增厚，厚约0.4cm，腔内未见异常回声。胆管，肝内外胆管无扩张。CBD：0.5cm。

胰腺形态、大小正常，回声均匀，胰管无扩张。

脾不大，包膜完整，回声均匀。

右肾形态尚可，实质回声增强，肾内结构尚清晰，左肾形态、大小正常，肾内结构清晰，双肾盂及输尿管无扩张。右肾实质及右肾周可探及片状低回声区，范围约8.9x3.0cm，边界不清，形态不规则，其内回声不均匀，并累及肝右后叶，其周边及内部可见略丰富血流信号，右肾周软组织回声明显增强。

膀胱充盈良好，壁光滑，其内未见异常回声。

腹腔大血管周围可见多发肿大淋巴结，大者大小约3.4x2.1cm，结构不清，其内可见少量血流信号。

超声提示：

右肾及右肾周异常回声（肝右后叶受累）、腹腔大血管周围多发肿大淋巴结（结构不清）一考虑恶性可能，可行超声造影引导下穿刺活检
脂肪肝
胆囊壁稍增厚

科室：泌尿外科三病房

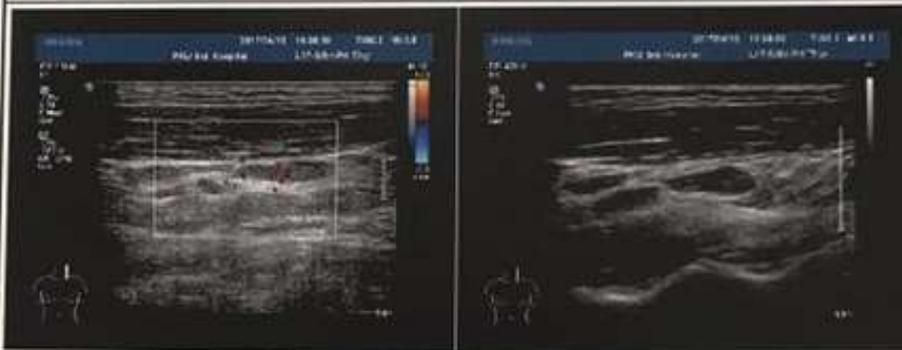
检查日期：2017年04月13日

检查项目：全身浅表淋巴结(血液科专用)

报告日期：2017年04月13日

检查部位：全身浅表淋巴结

临床诊断：右肾占位



超声所见。

左侧颈部可见多发淋巴结，结构欠清，大者约 1.1×0.4 cm，可见门样血流血流信号。

右颈部，双侧锁骨上区、腋下、腹股沟区未探及肿大淋巴结。

超声提示。

左侧颈部多发淋巴结（结构欠清）

影像号: 2282072

临床诊断: 右肾占位;

同位素: ^{99m}Tc

剂量: 5

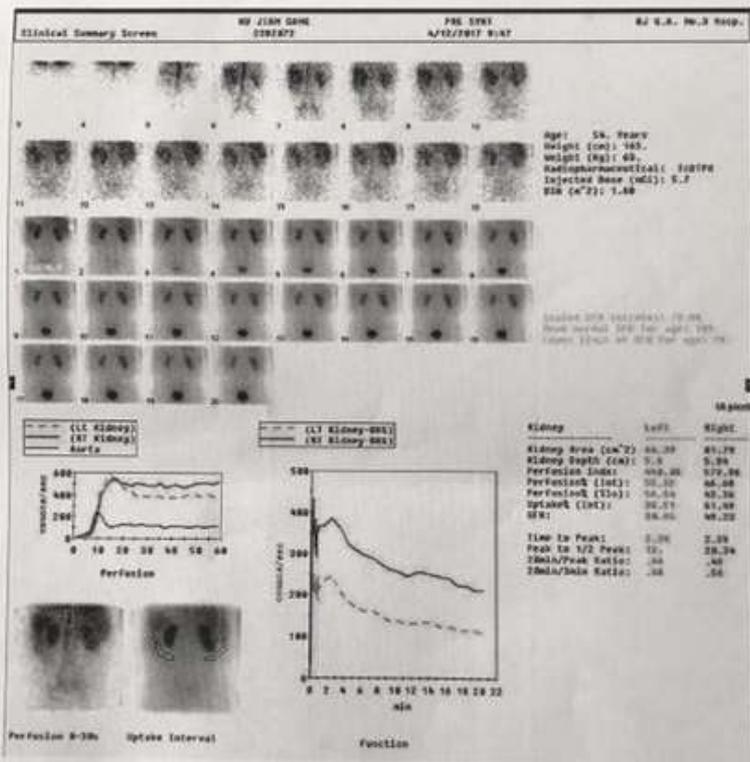
药品名: DTPA

准直器: 低能通用

采集部位: 肾

检查项目: 肾动态显像

采集模式: 动态



检查报告:

肾血流像: 腹主动脉上段显影后 2 秒双肾显影。

肾动态像: 双肾显影清晰, 左肾体积小于右肾, 右肾见放射性缺损区。第 2-3 分钟双肾放射性达累积高峰, 随时间延迟, 双肾放射性明显减淡。膀胱充盈良好。

肾图: 左肾 a、b 段峰值减低, c 段正常, C20>40%。右肾 a、b、c 段正常, C20>40%。

肾小球滤过率 (GFR): 左肾=30.65 减低; 右肾= 49.23 正常。(参考值下限为 39ml/min)

提示:

- 1、左肾血流灌注、肾功能及肾小球滤过率减低。
- 2、右肾血流灌注、肾功能及肾小球滤过率正常。右肾占位性病变。
- 3、双侧上尿路引流通畅。

报告日期: 2017-04-12 报告医师: 姚智航

审核医师: 宋乐

宋乐



2017
-3-29

T:RFS



T:377
-1053.4
109
RFS



-1037.4
109
RFS



-1045.4
109
RFS



F: 490
P: HFS



377
1061.4
09
FS



1045.4
09
FS



1061.4
09
FS



11.000
P:HFS



077
1069.4
09
FS



00
FS



11701.4
09
FS



HFS



1077.4
09
FS



09
FS



09
FS





P:HPS



09
FS



FS



09
FS









P: 148
P: HPS



069.4



07.4



07.4



I, 54Y
08
CT 2014A



M, 54Y
R006
CT 2014A



M, 54Y
R006
CT 2014A



62



PHASE
41.82
0



PHASE
41.82
0



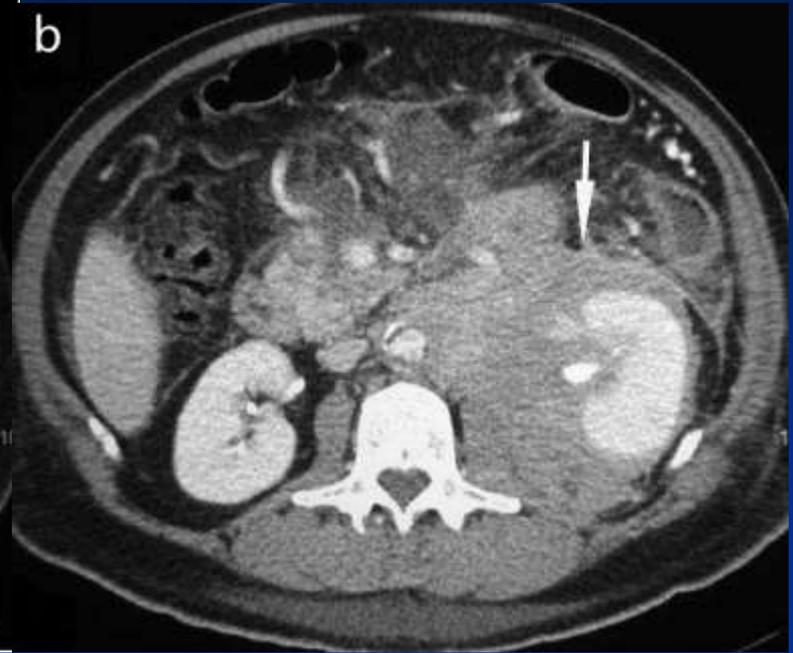
请分析讨论



腹膜后浸润型

- 常见类型，约25%-30%
- 腹膜后较大软组织肿块，侵犯肾脏，包绕肾血管及肾门
- 形态不规则，肿瘤密实
- 动态增强进行性延迟强化
- **血管漂浮征**：肿块包绕肾血管，血管形态及走行相对正常。

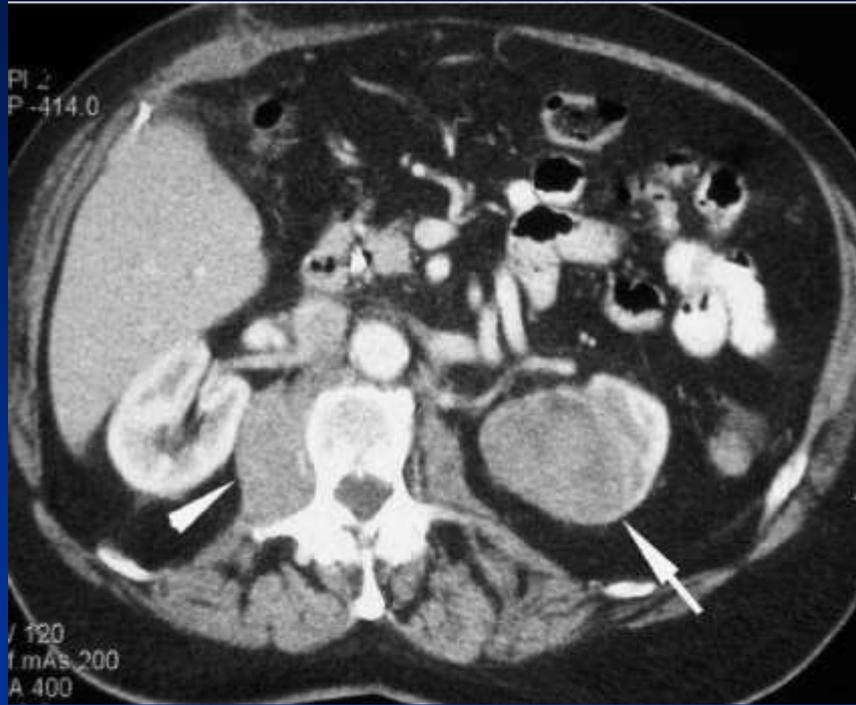




单发结节型

- 约10%-30%
- 平扫圆形或类圆形结节，
- 增强扫描强化多样，大多轻中度强化，较表浅较小病灶可显著强化

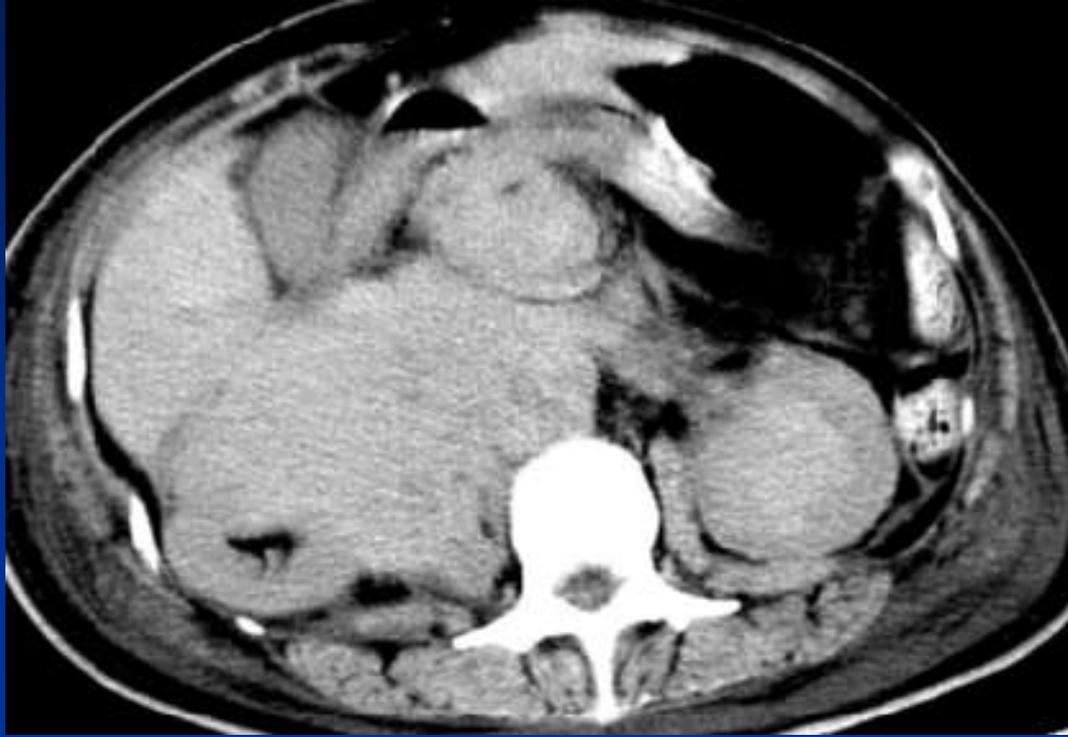




肾周型

- 较少见
- 病灶主要位于肾周，形成肿块或不规则病灶，包绕肾脏。可侵犯或不侵犯肾组织
- 部分肿瘤沿肾周筋膜生长，形成被膜尾征



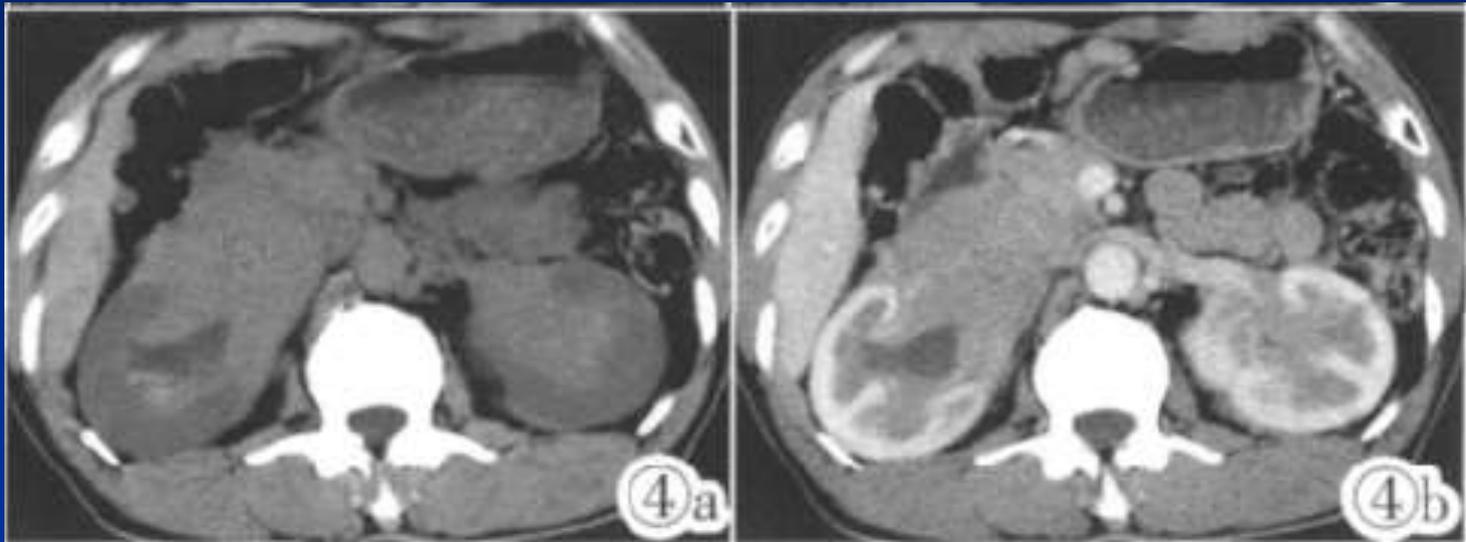


左侧肾周间隙肿块，紧密包绕肾脏，右侧肾周肿瘤直接浸润。



肾窦型

- 肾盂肾盏周围，浸润肾脏集合系和髓质，影响肾脏排泄功能，肾盂积水较轻微，血管包裹较为常见。



双侧肾门处软组织肿块，沿肾盂、输尿管壁生长，右侧轻度肾积水；增强扫描肿块轻度强化、密度均匀。

鉴别诊断

多发结节灶与转移瘤、白血病浸润鉴别

临床病史、强化特点

- 转移瘤：无特异性征象，形态特征与原发灶有一定关联
- 与白血病肾脏浸润鉴别（多结节）：表现可以完全同NH L肾脏浸润一样，多见于急淋，双肾多发结节样浸润。

鉴别诊断

单发结节灶与肾癌鉴别

- 富血供透明细胞癌易鉴别：平扫混杂密度，出血、囊变、坏死多见，富血供肿瘤，皮质期强化明显
- 乳头状肾细胞癌：少血供，易囊变坏死，易多中心、双肾发生，皮质早期肿瘤强化程度低于淋巴瘤

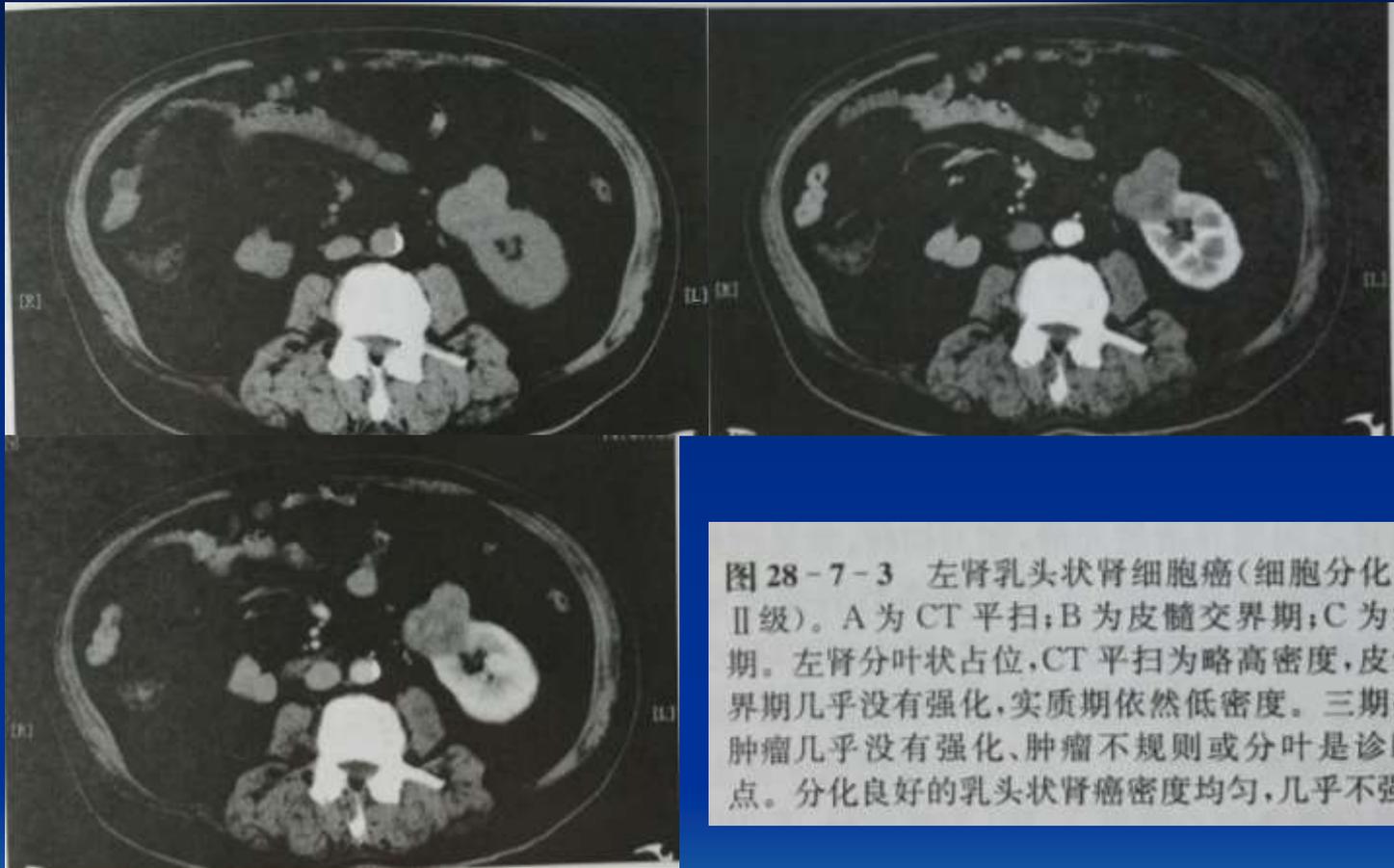
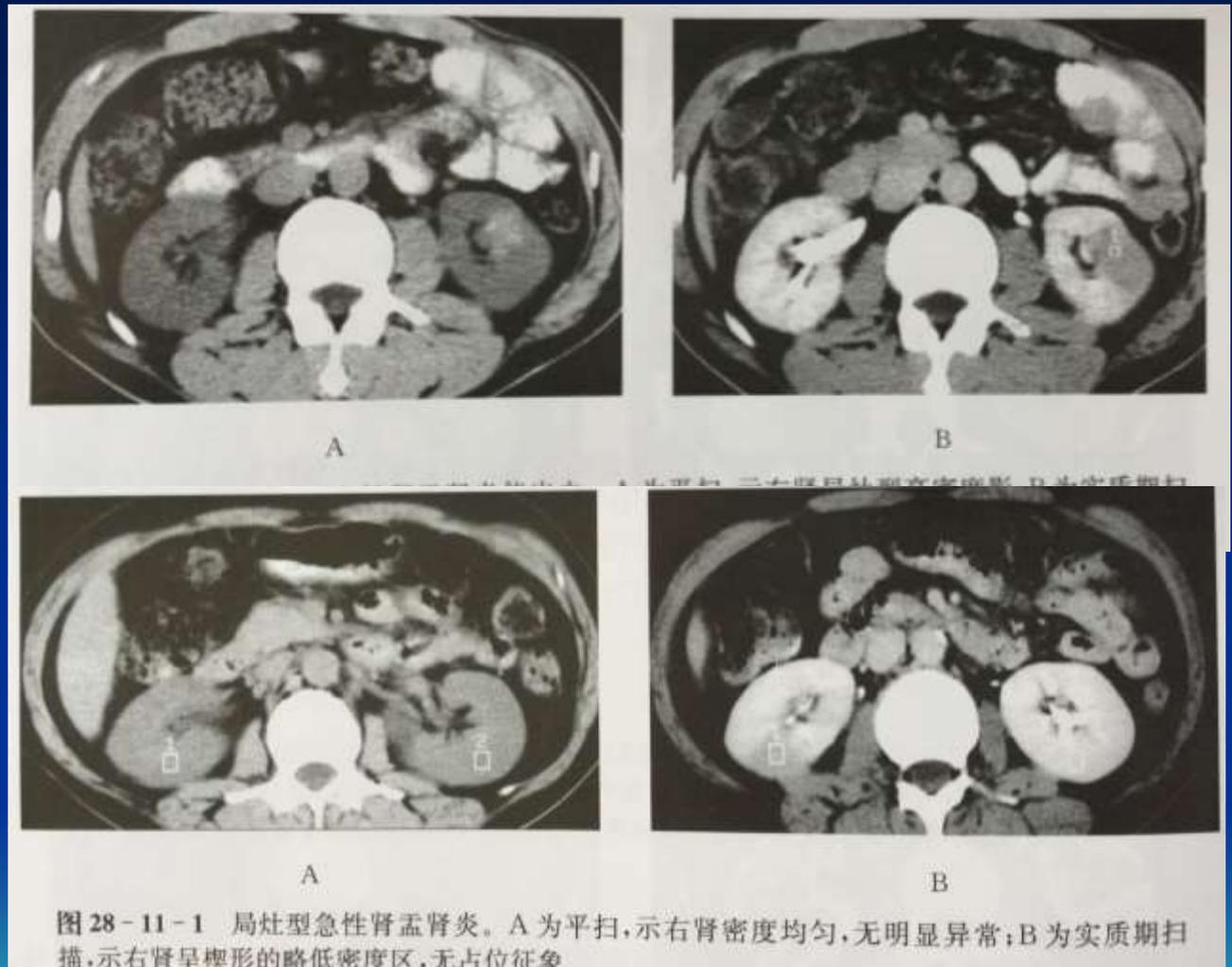


图 28-7-3 左肾乳头状肾细胞癌(细胞分化 I ~ II 级)。A 为 CT 平扫;B 为皮髓交界期;C 为实质期。左肾分叶状占位,CT 平扫为略高密度,皮髓交界期几乎没有强化,实质期依然低密度。三期扫描肿瘤几乎没有强化、肿瘤不规则或分叶是诊断要点。分化良好的乳头状肾癌密度均匀,几乎不强化

与肾盂肾炎
鉴别：临床
表现、实验
室检查、随
访

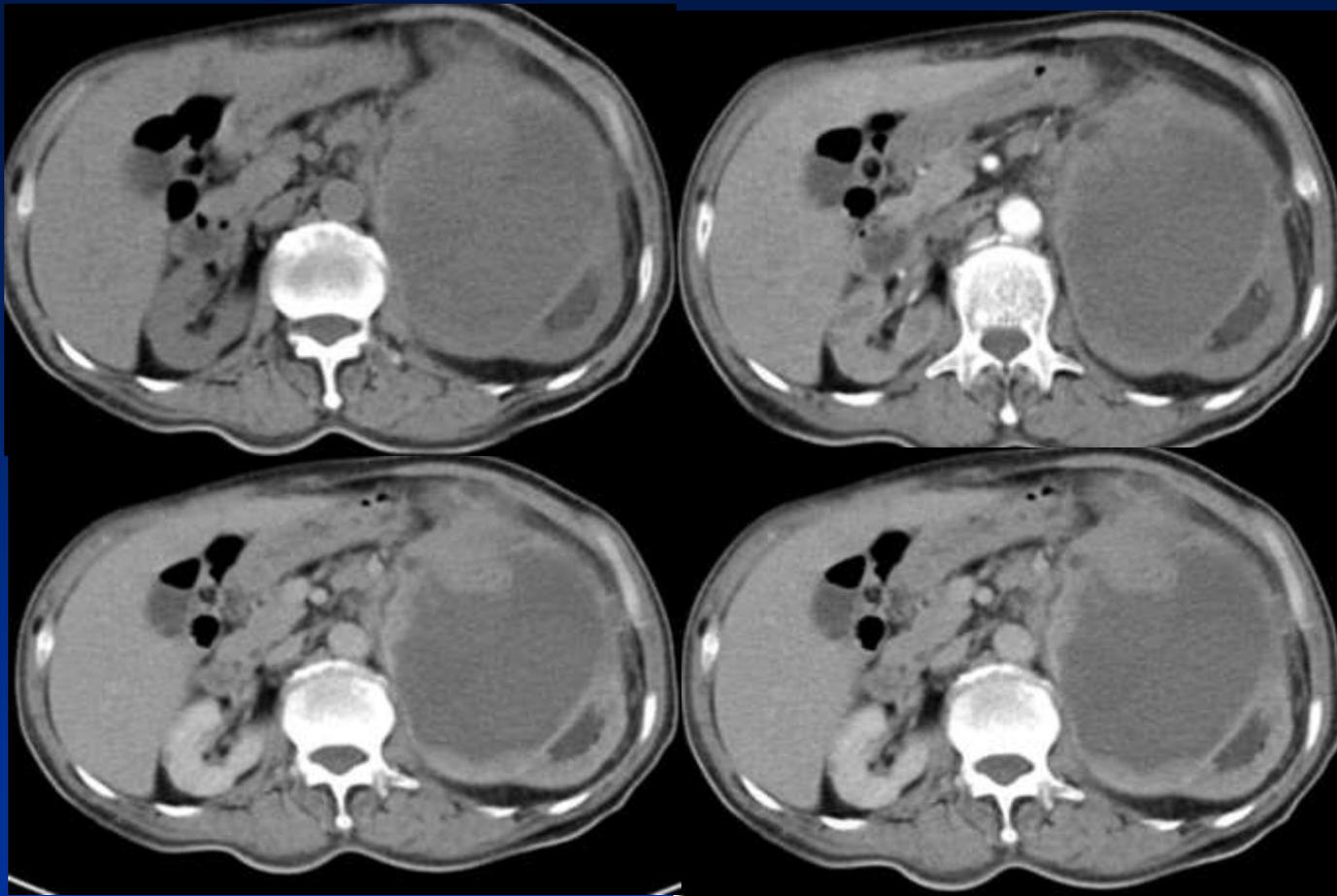


鉴别诊断

腹膜后浸润型与腹膜后原发间叶组织肿瘤侵犯肾脏、
外伤后血肿鉴别

- 腹膜后肿瘤：较大肿块，坏死常见，强化明显
- 外伤血肿：外伤史

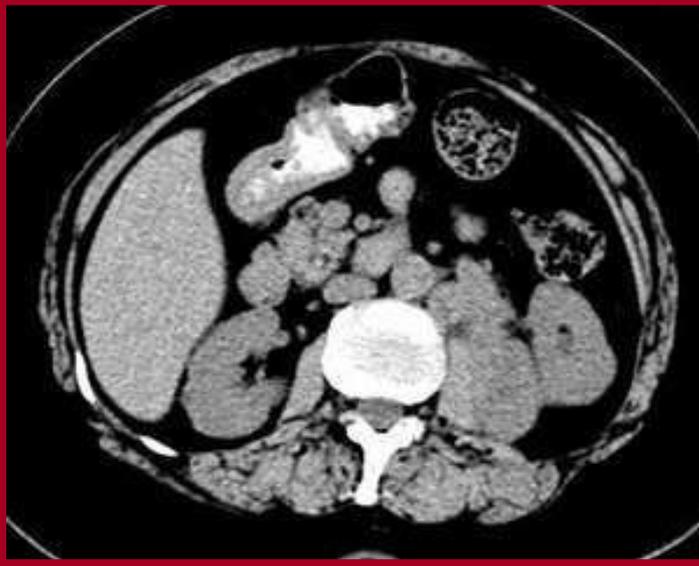
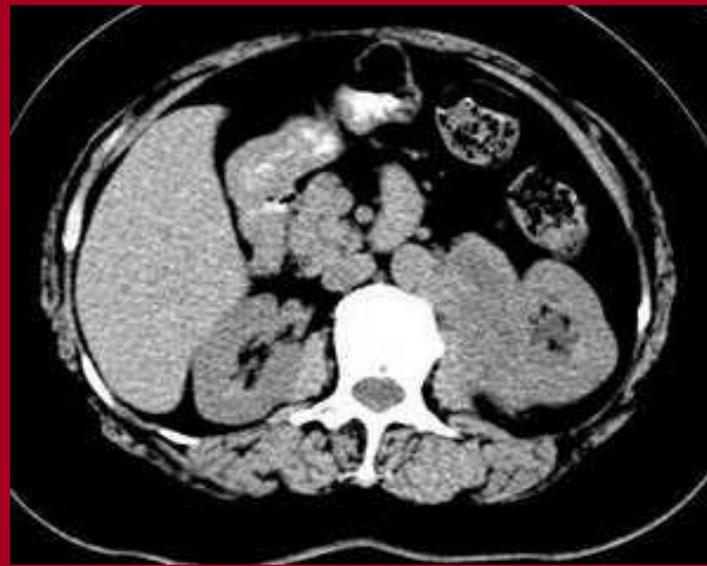
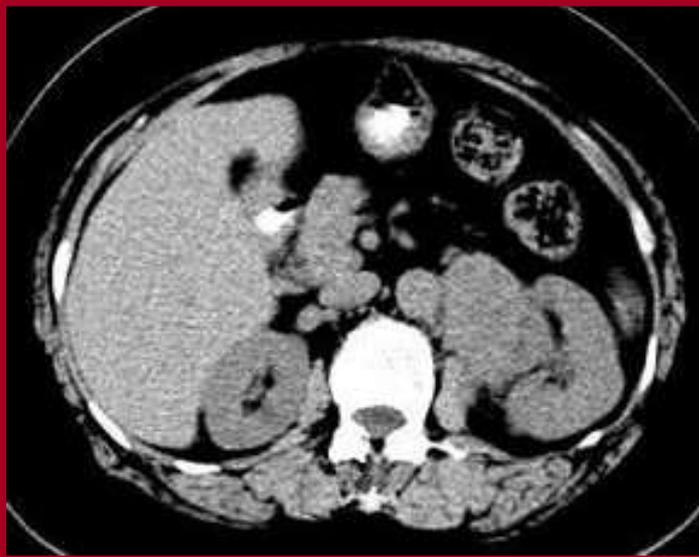
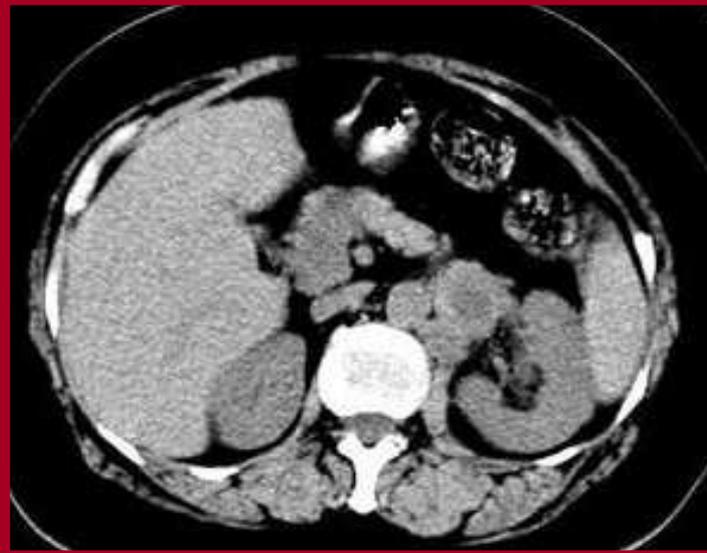




男性，64岁，
腹膜后

平滑肌肉瘤

CT扫描示：左侧腹膜后见一巨大囊实性肿块，中央坏死明显，可见壁结节，增强实性成分中度强化，病灶边缘清。



左侧腹膜后恶性神经鞘瘤并侵犯左肾及左腰大肌。

鉴别诊断

肾周型与起源于被膜的成纤维类肿瘤（孤立性纤维瘤等）鉴别

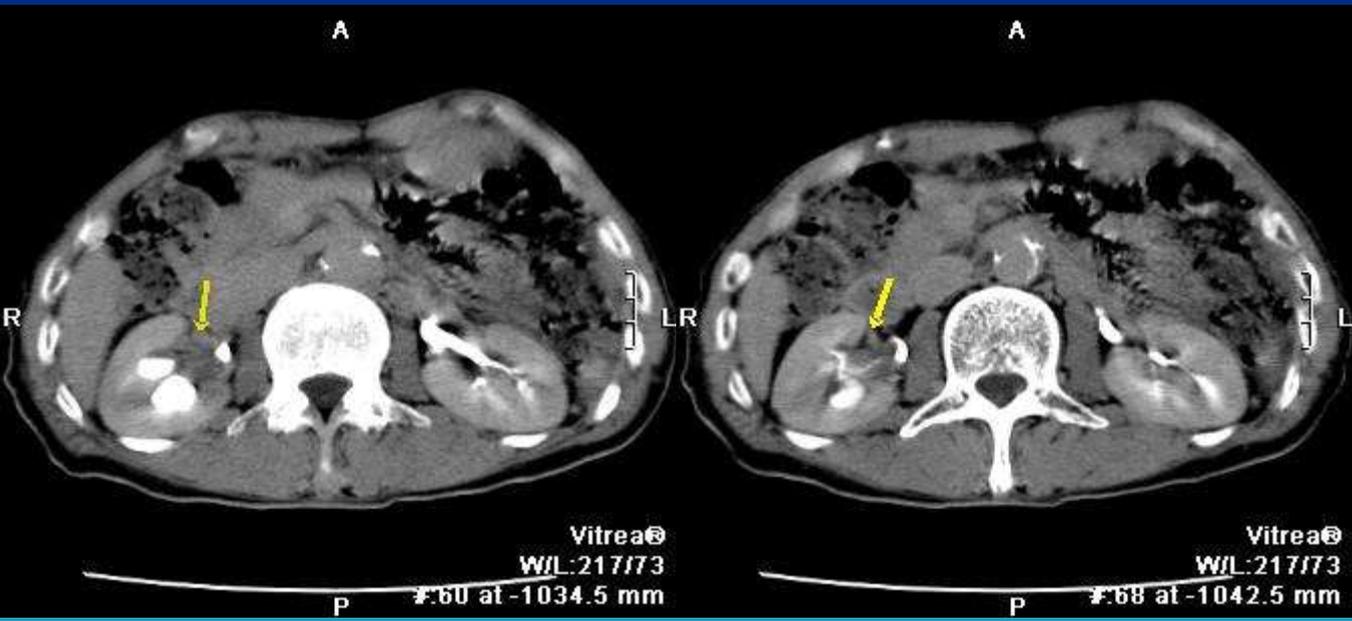
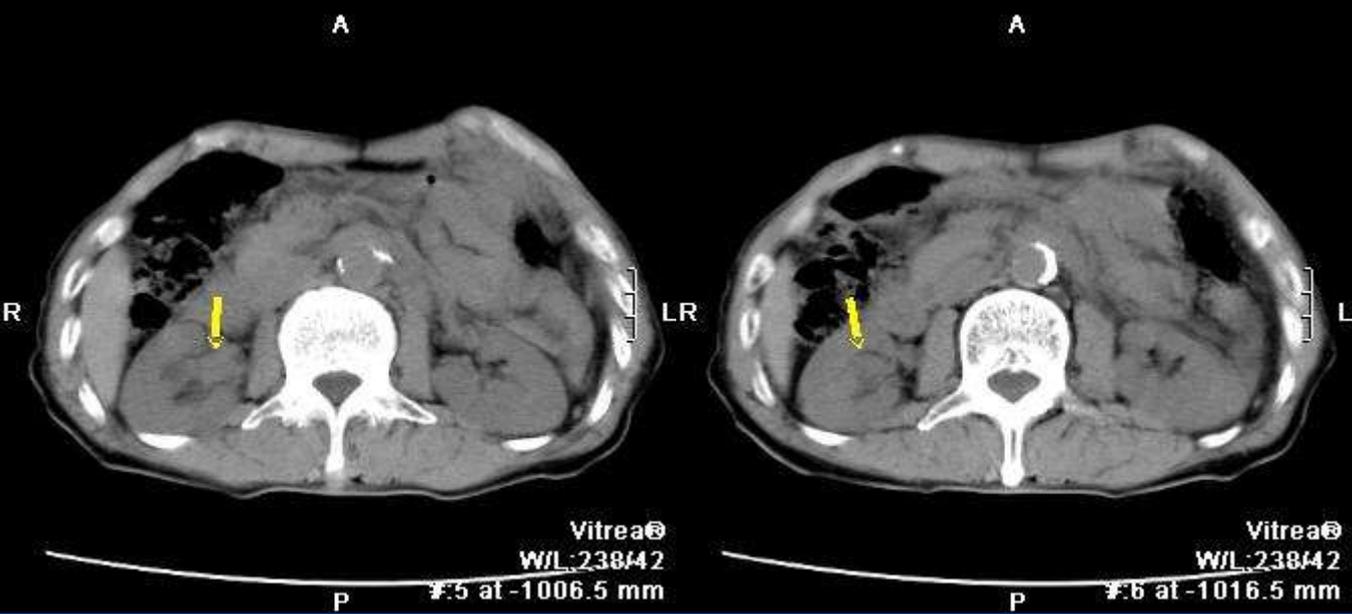
- 肿瘤与肾脏被膜的关系，包绕肾脏的趋势不明显



鉴别诊断

肾窦型与浸润型肾盂癌

- 肾盂癌：少血供肿瘤、延迟强化，常引起尿路梗阻、出血等
- 淋巴瘤血尿少见，可双侧起病，瘤体较大，泌尿系梗阻相对较轻



右侧肾盂癌，
肾盂受压变形

小结

结外好发部位之一，但起病隐匿，缺乏特异的临床表现，检出率较低。

