

[8] Jia L, Dourmashkin RR, Allen PD, et al. Inhibition of autophagy abrogates tumour necrosis factor alpha induced apoptosis in human T-lymphoblastic leukaemic cells. *Br J Haematol*, 1997, 98: 673-85.

[9] Boya P, Gonzalez-Polo RA, Casares N, et al. Inhibition of macroautophagy triggers apoptosis. *Mol Cell Biol*, 2005, 25: 1025-1040.

[10] Kabeya Y, Mizushima N, Ueno T, et al. LC3, a mammalian homologue of yeast Apg8p, is localized in autophagosome membranes after processing. *Embo J*, 2000, 19: 5720-5728.

[11] Petiot A, Ougier-Denis E, Blommaert EF, et al. Distinct classes of phosphatidylinositol 3-kinases are involved in signaling pathways that control macroautophagy in HT-29 cells. *J Biol Chem*, 2000, 275: 992-998.

[12] Seglen PO, Gordon PB. 3-Methyladenine, specific inhibitor of autophagic/lysosomal protein degradation in isolated rat hepatocytes. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 1982, 79: 1889-1892.

[13] Fingar DC, Richardson CJ, Tee AR, et al. mTOR controls cell cycle progression through its cell growth effectors S6K1 and 4E-BP1/eukaryotic translation initiation factor 4E. *Mol Cell Biol*, 2004, 24: 200-216.

[14] Kim R, Emi M, Tanabe K. Caspase-dependent and -independent cell death pathways after DNA damage (Review). *Oncol Rep*, 2005, 14: 595-599.

(收稿日期:2008-06-07)

(本文编辑:孙忠民)

• 病例报告 •

肾血管周细胞瘤一例报告

李刚 迟玉友 刘少青 尹洪山 张冰

患者,男,56岁。因阵发性心慌、出汗2 d于2006年10月12日入院。查体:神经系统无阳性体征。甲状腺弥漫性肿大,未及结节。空腹血糖2.37 mmol/L,血清胰岛素0.2 mU/L。甲状腺功能:TSH 0.31 mU/L,FT₃ 4.68 pmol/L,FT₄ 14.7 pmol/L。甲状腺彩色多普勒超声检查未探及结节及团块回声。CT检查示左肾上腺区及左肾下极2个类圆形软组织密度影,光滑、有包膜,大小为8 cm×9 cm×7 cm、7 cm×7 cm×7 cm,增强后病灶边缘轻度强化,中心不均匀强化。IVU显示左肾上下盏受压变形,未见充盈缺损,双肾功能良好。MRI检查示左肾上下极8 cm×9 cm×7 cm、7 cm×7 cm×7 cm低信号肿块,周边低信号阴影形成假包膜

征,T1WI、T2WI病灶边缘出现完整的低信号改变,病灶边缘与髓质分界正常形态均消失。动态增强扫描病灶均有不同程度的强化。诊断左肾癌。全麻下经腹行左肾根治性切除术。术中见左肾上极8 cm×9 cm×7 cm大小肿物,包膜完整、光滑,与肾组织分界清楚;下极肿物外生性生长,突出肾表面,约7 cm×7 cm×7 cm。肿瘤内部无出血坏死,与肾实质连为一体,肾周无肿大淋巴结,完整切除左肾及肾周脂肪囊。病理检查:灰白色鱼肉状不规整肿物,质韧、光滑,包膜完整,外生性生长,与肾实质分界不清。镜下肿瘤由卵圆形和梭形肌样细胞组成,围绕肿瘤血管呈多层同心圆生长,细胞质嗜酸性。肿瘤血管丰富,漩涡状排列,有大量嗜酸性细胞质的梭形细胞嵌入黏液样间质中,肿瘤细胞核分裂不明显。免疫组化:VIM(+),HMB45(+),CD34(+),Actin(-),EMA(-),A1AT(-)。病理诊断:肾血管周细胞瘤。术后血糖恢复正常,随访9个月未见肿瘤转移及复发。

疫表型上具有血管周上皮样细胞特征的间叶肿瘤,多发生于软组织,发生于肾脏而且伴低血糖综合征者罕见。本病临床表现类似肾癌,常见症状为血尿、肿块、疼痛等。本例患者伴低血糖综合征,肿瘤切除术后3 d血糖恢复正常。肿瘤伴发低血糖原因可能是:①肿瘤组织代谢旺盛消耗糖过多;②肿瘤产生胰岛素样生长因子II,可与胰岛素受体结合发生内源性胰岛素样效应,导致低血糖的发生^[1]。肾血管周细胞瘤有复发甚至恶变可能,Audard等^[2]报道1例术后2年复发,因此应严密随访。

参 考 文 献

[1] Fernando HS, Hawkyard SJ, Poon P, et al. Renal cell carcinoma with non-islet cell tumor hypoglycemia. *Int J Urol*, 2006, 13: 985-986.

[2] Audard V, Dorel-Le Théo M, Trincard MD, et al. A large para-renal PECOMA. *Ann Pathol*, 2004, 24: 271-273.

(收稿日期:2008-09-03)

(本文编辑:孙忠民)

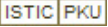
讨论 血管周细胞瘤是组织学和免

DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 1000-6702. 2009. 06. 005

作者单位:256603 山东省滨州医学院附属医院泌尿外科

通信作者:李刚, Email: 797980@sina.com

肾血管周细胞瘤一例报告

作者: [李刚](#), [迟玉友](#), [刘少青](#), [尹洪山](#), [张冰](#)
作者单位: [山东省滨州医学院附属医院泌尿外科, 256603](#)
刊名: [中华泌尿外科杂志](#) 
英文刊名: [CHINESE JOURNAL OF UROLOGY](#)
年, 卷(期): 2009, 30 (6)

参考文献(2条)

1. [Audard V;Dorel-Le Théo M;Trincard MD A large para-renal PEComa](#) 2004
2. [Fernando HS;Hawkyard SJ;Poon P Renal cell carcinoma with non-islet cell tumor hypoglycemia](#) 2006

本文链接: http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zhmnwk200906028.aspx