doi:10.11659/jjssx.01E018044

·病例报道·

肾盏憩室合并肾盂输尿管扩张误诊为肾囊肿致术后漏尿1例临床分析

季 健[1],普 超[2],朱元全[1],冯 伟[1],李胜斌[1] (1.云南省第三人民医院泌尿外科,云南 昆明 650011;2.云南省老年病医院内三科,云南 昆明 650041)

Clinical analysis of renal calyceal diverticulum combined with ureteropelvic dilatation was misdiagnosed as kidney simple cyst:one case report

JI Jian[1],PU Chao[2],ZHU Yuan-quan[1],FENG Wei[1],Li Sheng-bing[1] (1.Department of Urology,Third People's Hospital of Yunnan Province, Kunming Yunnan 650011,China;2.Third ward of Medical Department,Geriatric Hospital of Yunnan Province,Kunming Yunnan 650041,China)

[关键词] 漏尿;肾盏憩室;肾囊肿
[中图分类号] R692.7 [文献标识码] B [收稿日期] 2018-01-17

肾盏憩室又称为肾盂源性囊肿,临床少见,且多数因无症状而不需外科治疗,但易误诊为肾脏单纯性囊肿,处理不当常致严重后果[1]。肾盏憩室排泄性尿路造影发现其发病率约为0.45%,成人与儿童发病率相似,无性别差异,双肾受累概率均等[2]。在临床中部分肾盏憩室表现酷似肾囊肿,鉴别诊断困难。肾盏憩室合并有肾盂输尿管扩张时鉴别诊断的难度更为加大。目前文献多集中于单纯肾盏憩室的诊治,肾盏憩室合并有肾盂输尿管扩张相关诊治的文献较少。2017年7月我院收治1例临床酷似肾囊肿的肾盏憩室合并肾盂输尿管扩张病例,腹腔镜去顶减压术后出现漏尿,经相关处理后治愈。笔者结合本例肾盂输尿管扩张的情况归纳酷似肾囊肿的肾盏憩室临床、影像学及病理学等特点以期为临床诊断提供参考。

1 资料与方法

患者,男,34岁,因反复腰背部疼痛1年再发加重1天于2017年10月入院。既往史无特殊。专科检查:双肾区未见隆起,双肾未触及,双侧中上输尿管点无压痛。右肾区叩击痛(±),左肾区叩击痛(-)。术前泌尿系B超、增强CT提示患侧肾脏囊肿并肾盂输尿管扩张,CT尿路成像(CTU)提示为患侧肾实质弧形受压表现,患侧肾盂输尿管未显影。CT延迟显像后未见集合系统内造影剂充填,可见肾盂输尿管扩张积水(图1a、b)。完善术前相关准备后,按单纯肾囊肿行经腹膜后入路腹腔镜下单纯囊肿去顶减压术 ,术后第11天术口出现漏液,测引流液肌酐值1 022 umol/L,当日留置肾周引流管,记录漏尿量为400 mL ,第2个24 h漏尿量1 000 mL,最高引流液量为置管后第6日,漏尿量高达1 120 mL。再次行增强CT扫描延迟显影、逆行造影后双肾CT扫描及逆行肾盂造影检查,提示肾盏憩室破损并造影剂外溢(图1c)、输尿管上段梗阻并右肾积水、肾脏分泌功能不全。



a:术前右肾中下极CT增强扫描;b:术前双肾中份CT增强扫描;c:术后逆行造影后双肾CT扫描

图1 泌尿系CT增强扫描

[基金项目] 云南省卫生科技计划项目(2016NS209);昆明理工大学项目(kksy201460021)

[通信作者] 普 超,E-mail:ynpuchao@sina.com

2 结果

发现漏尿后第1日取截石位于膀胱镜下放置输尿管支架管1根,行前述逆行肾盂造影后继续留置于患侧输尿管内持续引流,并留置尿管持续引流。肾周引流管漏尿量在支架管植入术后第7天明显减少,术后第8天无明显漏尿。输尿管支架管植入术后第8天拔除支架管。术后2个月复查患者憩室明显变化,亦无合并症发生,未见憩室复发。

3 讨论

肾盏憩室是一种存在于肾实质内的囊性病变,与肾盂或肾盏之间存在狭窄通道,尿液可经此通道返流入憩室。本例患者去顶减压术后由于肾盏憩室内压力减小,相对高压的肾盂内尿液逐渐通过狭窄的通道流向肾盏憩室侧进而导致漏尿,再次留置肾周引流管后肾盏憩室侧压力进一步降低,故漏尿量也出现逐步增加的趋势。在留置输尿管导管后解除了可能存在的输尿管梗阻,肾盂内压降低伴随漏尿量也逐渐减少。本例患者漏尿发生时间较通常的肾盏憩室或集合系统破损明显滞后,于术后第11天发现漏尿。其原因多考虑为肾盏憩室与肾盂或肾盏之间存在通道较为狭窄,起初漏尿速度较慢且漏出量比较少,所以漏尿的出现症状较晚。另一原因可能为,漏尿早期积聚于肾周,当达到一定液体量后才逐渐由切口漏出。目前临床上肾盏憩室又常称为肾盂源性囊肿,根据肾盏憩室发生部位与肾盏肾盂相通的位置可分为2型[3]:Ⅰ型,位于肾的两极,以上极多见,此类囊肿较小,多与肾小盏相通;Ⅱ型,多位于肾中极,憩室多较大,可造成相邻肾盏的变形,常有明显的临床症状。术前患者偶发腰痛不适等症状既可能与存在的输尿管梗阻有关,也有可能与Ⅱ型肾盏憩室的临床表现有关,因此单纯从临床症状无法与单纯性肾囊肿鉴别。这提示临床表现中区别肾盏憩室和肾囊肿是极其困难的,也提示影像学检查在上述两种疾病中具有极高的价值。

肾盏憩室与肾囊肿在B超、CT等检查中均表现为肾实质或肾边缘的圆形囊性低密度灶,约50%的肾盏憩室内含有结石或钙盐沉积。多数学者认为B超在鉴别肾盏憩室价值有限,CT、MRI等断层影像在此病的诊断上并无优越性[4-7]。杜丽洁等[8]发现CT检查部分患者显示憩室表面的肾实质变薄。肾轮廓在该处轻度内陷,表明憩室表面的肾实质形成瘢痕性萎缩。多数学者认为泌尿系造影(IVU)及CT诊断肾盂源性囊肿的必要条件是加大造影剂剂量和延时显影,IVU造影剂剂量大,拍摄延迟时间长,造影剂有更大的可能进入憩室[9-11]。另外因肾盏憩室囊壁内衬移行上皮有分泌功能,增强CT或IVU造影时可能显影。本例患者由于肾盂输尿管扩张导致肾盏憩室连通重度扩张积水的肾盂,CT平扫由于层面的原因难以鉴别单纯性肾囊肿、肾盏憩室和扩张的肾盂以及三者之间的关系。增强CT延迟显影及CTU检查集合系统均未见造影剂,多考虑为患者先前可能存在输尿管梗阻,肾脏分泌功能减退,CT排泄期明显延迟,集合系统亦显影较晚,肾盏憩室出现造影剂需要更长的延迟时间。术前未能得到有价值的排泄期即肾盂期影像,自然没有机会得到肾盏憩室显影的影像,是本例患者误诊的主要原因。这也提示我们,要根据患者的具体情况如输尿管梗阻及肾脏分泌功能等综合分析影像学检查特别是要注意增强CT延迟显影的时相,切忌凭部分影像学表现就做出诊断并行治疗。

肾单纯囊肿内衬扁平上皮,而肾盂源性囊肿内衬移行上皮,二者来源不同,相互之间不可能转变。但也有报道,肾盂源性囊肿可以转化为单纯性肾囊肿[12]。憩室内壁及憩室颈被肾盂、肾盏相似的移行上皮所覆盖,肾盏憩室内可发生移行细胞癌[13],但有学者认为当憩室腔长期因高压囊壁变薄时,也可显示为单层上皮[6]。目前主流观点认为肾盏憩室或肾盂源性囊肿病理学特点为:囊腔有一细管和肾盏相通,憩室内壁上皮为移行上皮,憩室腔内为尿液,而单纯性肾囊肿囊内衬扁平上皮,囊肿液蛋白试验多为阳性。本例患者病理学报告为移行上皮也和肾盏憩室病理学特征相一致,也是最终诊断为肾盏憩室最重要的证据。病理学证据不仅为临床明确诊断和回顾分析提供依据和借鉴,也为临床解释工作提供了依据和证据。

本例患者术后发现漏尿后,留置输尿管导管并留置尿管持续引流后第8日治愈,未见明显漏尿,与文献报道的留置双J管治疗效果接近,多考虑其通过引流并解除可能存在的输尿管梗阻致肾盏憩室内压力降低后,肾盏憩室漏口愈合达到治愈效果。目前对于“肾囊肿”术后漏尿的处理,多采用内引流(输尿管支架管)+外引流(导尿管)的方法,学者们对治愈漏尿的效果目前没有统一的结论。也有学者认为在输尿管支架管内引流+导尿管外引流基础上,根据具体情况通过经皮肾镜扩张狭窄的憩室颈或开放手术或腹腔镜下肾盏憩室缝合憩室颈可以达到较为确切的效果[14]。就此病例对于合并肾盂输尿管扩张的情况,通过内引

流(输尿管支架管)的方法来解除可能存在的输尿管梗阻并持续引流,对治疗漏尿效果还需要更多的研究积累来验证。

综上,为避免肾盏憩室误诊,术前如何正确诊断肾盏憩室是防止术后漏尿的关键。相对于合并肾盂输尿管扩张的病例,术前 CT 延迟扫描更长的时间大于48 h 或者逆行肾盂造影单次或多次推注造影剂后再行 CT 扫描可能是比较可靠的策略。对于术前难以确诊的病例,应提前置入输尿管导管,术中逆行注入亚甲蓝,如囊液蓝染则明确为肾盏憩室,也是鉴别肾盏憩室与肾囊肿可选用的方法[14]。

[参考文献]

[1] Abbaszadeh S,Taheri S,Nourbala MH,et al. Laparoscopic decortication of symptomatic renal cysts: experience from a referral center in Iran. [J]. Int J Urol,2008,15(6):486 - 489. doi:10.1111/j.1442 - 2042.2008.02031.x.

[2] Timmons JW Jr,Malek RS,Hattery RR,et al. Caliceal diverticulum[J]. J Urol,1975,114(1):6 - 9. doi:10.1016/s0022 - 5347(17)66930 - 1.

[3] 魏 因. 坎贝尔 - 沃尔什泌尿外科学[M]. 北京:北京大学医学出版社,2009,3474.

[4] 洪璧楷,孔令梅,林枫枫,等. 肾盏憩室的 IVP 和 CT 影像学诊断[J]. 现代医用影像学,2015,24(3):310 - 312.

[5] 华海琴,徐晓娟. CT 诊断肾盂源性囊肿一例[J]. 放射学实践,2008,23(12):1308. doi:10.3969/j.issn.1000 - 0313.2008.12.030.

[6] 郑荣浩,贵 琳,邹佳妮,等. 儿童肾盏憩室一例[J]. 中国综合临床,2017,33(3):271 - 272. doi:10.3760/cma.j.issn.1008 - 6315.2017.03.020.

[7] 湛海伦,李文标,杨 飞,等. 肾盏憩室误诊为肾囊肿一例报道并文献复习[J]. 中华临床医师杂志(电子版),2012,6(23):7830 - 7832. doi:10.3877/cma.j.issn.1674 - 0785.2012.23.071.

[8] 杜丽洁,李键丁,张利中. 肾盏憩室的 CT 诊断[J]. 中国医学影像技术,2006,22(6):930 - 932. doi:10.3321/j.issn:1003 - 3289.2006.06.039.

[9] 龚洪翰,王 敏,王永正,等. CT 增强延时扫描在泌尿系病变诊断中的价值[J]. 临床放射学杂志,2003,22(4):303 - 306. doi:10.3969/j.issn.1001 - 9324.2003.04.012.

[10] 车 乐,杨冬泉,孙文学,等. 肾盂源性囊肿的诊断和治疗[J]. 中华全科医师杂志,2011,10(7):503 - 504. doi:10.3760/cma.j.issn.1671 - 7368.2011.07.020.

[11] 陈香宝,刘贤奎. 肾盏憩室合并结石的诊断及治疗[J]. 中国医科大学学报,2013,42(8):758 - 759. doi:10.3969/j.issn.0258 - 4646.2013.08.024.

[12] 郭应禄. 泌尿、男生殖系肿瘤[M]. 北京:人民卫生出版社,2000.

[13] Yoshimura K,Yoshida H,Kawase N,et al. A case of transitional cell carcinoma and milk of calcium in a pyelocalyceal diverticulum[J]. Hinyokika Kiyo,1998,44(9):649 - 652.

[14] 刘广华,谢 燚,石冰冰,等. 肾盏憩室误诊为肾囊肿导致术后漏尿的防治探讨(附 8 例报道)[J]. 北京医学,2014(10):816 - 818.

(编辑:魏 源)