DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.06.049
第23卷第6期 第三军医大学学报 Vol. 23, No. 6
2001年6月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Jun. 2001

文章编号:1000-5404(2001)06-0729-02

论著

21例原发性输尿管癌的临床诊治分析

卢根生,宋 波,熊恩庆,金锡御 (第三军医大学附属西南医院全军泌尿中心,重庆 400038)

提 要:目的 提高原发性输尿管癌的诊断水平和治疗效果。方法 回顾总结1977年6月至2000年3月收治的21例原发性输尿管癌的临床资料。结果 21例均为移行细胞癌,其中1级4例、2级11例、3级6例。Ta-1期7例、T2期11例、T3~4期3例。随访17例,失访4例。随访时间5个月至13年。其中1年内死亡5例,1年至5年死亡6例,存活超过5年6例,5年生存率35.29%。结论 膀胱镜+逆行肾盂造影及输尿管镜可明显提高术前确诊率;治疗以肾、输尿管、膀胱袖套状切除为主,术后BCG、化疗药物行膀胱或肾盂灌注治疗是预防肿瘤复发的最好方法。

关键词:输尿管肿瘤/诊断;输尿管肿瘤/治疗
中图法分类号:R737.13 文献标识码:A

Clinical analyses on the diagnosis and treatment of 21 cases of primary carcinoma of ureter

LU Gen-sheng, SONG Bo, XIONG En-qing, JIN Xi-yu (Center of urology, PLA, Southwest hospital, Third Military University, Chongqing 400038, China)

Abstract Objective To improve the diagnosis and treatment of primary malignant tumor of ureter. Methods From Jun. 1977 to Mar. 2000, 21 cases of primary malignant tumor of ureter have been treated and followed up. The diagnosis, treatment and late follow up results were analysed retrospectively. Results All cases were transitional cell carcinoma. 17 cases were followed up from 5 months to 13 years, the 5 years survival rate was 35.29%. Conclusions The rate of confirmed diagnosis can be raised by cystoscopy, retrograde pyelography and ureteroscopy pre-operatively. The main treatment is partial nephrounetenocystectomy. The instillation of BCG and chemical drugs into bladder or renal pelvis is the best way to prevent recurrence of tumors.

Key words: tumor of ureter; carcinoma

原发输尿管癌临床少见,约占泌尿系肿瘤的1%[1]。我院自1977年6月至2000年3月收治21例,就其临床表现、诊断、治疗及预后作一分析。现报告如下。

1 临床资料

本组21例,男15例,女6例,男女之比为2.5∶1,年龄(33~74)岁,平均54.3岁。右侧13例,左侧9例。上段2例、中段5例、下段14例,上、中、下段之比为1∶2.5∶7,下段占67%。并发膀胱肿瘤4例。病程7 d至6年,平均8.7月。临床表现:19例出现间歇性、无痛性、肉眼全程血尿,2例为镜下血尿,6例伴有腰腹疼痛,2例触及腹部包块,5例伴有膀胱刺激症状。5例查体发现患侧肾积水。脱落细胞检查18例,3例找到癌细胞,2例可疑。合并泌尿系结石2例,泌尿系结核1例,输尿管憩室2例。

手术方式:患侧肾、输尿管加膀胱袖套状切除13例,肾输尿管切除5例,输尿管加膀胱袖套状切除、输尿管再移植术2例,未手术1例。21例病人中术后放疗10例、化疗5例,BCG灌注治疗17例。

2 结果

21例均为输尿管移行细胞癌,其中1级4例、2级11例、3级6例。Ta~1期7例、T2期11例、T3~4期3例。随访17例,失访4例。随访时间5个月至13年。半年内死亡2例,超过半年15例,其中1年内死亡3例,1~5年死亡6例,存活5年以上6例。超过5年的6例中,术后复发5例,其中4例2次、2例3次复发。1例因3次复发行膀胱全切术。术后转移5例,2例肺转移,2例肾转移,1例骨转移。转移后均于6个月内死亡。

3 讨论

由于发病率的增加及诊断水平的提高,近年来原发性输尿管癌的发病率有增加的趋势。国内主要文献统计至1999年8月,共报道原发性输尿管恶性肿瘤约287例。男女之比为(2~5)∶1,多为单侧,约75%。本组男女之比为2.5∶1,均为单侧,下段占67%。

3.1 诊断

原发性输尿管癌缺乏特征性症状,术前诊断困难。临床表现以无痛性、间歇性、全程肉眼血尿,腰腹部疼痛、腹部包块,膀胱刺激征为主。本病易误诊、误治,故术前诊断极为重要。随着检查方法的改进和提高,术前确诊率已有明显提高。有人报道术前确诊率达90%。本组术前确诊率为76.2%(16/21)。尿脱落细胞检查对本病诊断极为重要,但检出率不高,本组阳性率为16.7%。有报道检出阳性率可达72%[2],重复检查及结合影象学检查可提高术前确诊率。膀胱镜检查阳性率约为6%~35.3%。本组5例(23.8%)直接观察到突入膀胱之肿瘤,2例合并膀胱肿瘤,占9.5%。8例观察到患侧输尿管口喷血,其中5例为门诊检查偶然发现。因此,输尿管口喷血多提示上尿路肿瘤的可能。

作者简介:卢根生(1965-),男,湖北省黄冈人,博士研究生,主治医师,讲师,主要从事膀胱癌的研究,发表论文10篇。电话:(023)68754265
收稿日期:2001-03-05;修回日期:2001-05-09

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

上尿路造影是诊断输尿管癌的重要手段。静脉肾盂造影常提示患侧不显影或仅显示患侧积水,少数可显示充盈缺损或狭窄等征象。肾盂穿刺造影可提高阳性检出率。如肾盂积水、输尿管扩张、倒杯口样、鸟嘴样充盈缺损等。本组肾积水或/和输尿管扩张 18 例,占 85.7%,充盈缺损 9 例,42.9%,比 Killi 等[3] 报道的 19%高。逆行输尿管插管造影具有极为重要的诊断价值。若插管时输尿管导管出现卷曲、盘绕,以及局部扩张呈杯口样改变,其上段有充盈缺损之 Bergman 征[4],高度提示本病。B 超、CT、MRI 对输尿管肿瘤有一定的诊断价值,可显示肾盂输尿管积水、扩张及转移病灶,很难发现输尿管肿瘤,本组仅有 2 例 CT 提示本病,占 9.52%。输尿管镜多可明确输尿管肿瘤部位和性质,并可行组织学活检和治疗,是该病诊治的发展方向,但受技术和条件的限制。

3.2 *治疗*

主要是手术治疗,多主张同侧肾、输尿管和膀胱袖套状切除,此术式可明显提高患者 5 年生存率。本组随访 17 例中 6 例存活 5 年以上,占 35.29%。保留肾脏的手术如输尿管部分切除、输尿管镜下手术等适应范围有所扩大。有人认为,保守性手术的远期疗效并不比肾、输尿管及膀胱袖套状切除差,但多强调严格掌握适应症范围[5]:①双侧或孤立肾输尿管癌;②伴肾功能不全者;③肿瘤恶性程度低(1~2 级)、早期(a~b 期)、位于输尿管下段、瘤体小、单发、有蒂;④高龄或体质差不能耐受根治性手术者。对高度恶性、多发肿瘤及有外膜侵润者,仍应行根治性手术。腹腔镜切除肾、输尿管是治疗上尿路恶性肿瘤又一重要手术方式,对照研究显示:其 5 年生存率、复发率与肾、输尿管加膀胱袖套状切除相近,且创伤小、恢复快,是治疗原发输尿管癌的发展方向[6]。输尿管镜治疗属保守性局部手术,易复发。如何减少输尿管癌手术治疗后复发,有待进一步探索。放疗、化疗可用于晚期及有转移的病人,但疗效较差。

3.3 *随访及预防复发*

无论是根治性手术治疗还是保守性手术治疗,病人都要严格定期行尿常规、尿脱落细胞学、X 线、膀胱镜检查,有条件可行输尿管镜检查及尿流式细胞学分析。Stifelman 等[6] 认为影响上尿路癌肿的预后因素是肿瘤的分级、分期,其次是 DNA 倍体类型和肿瘤数目。所以术后必须采取有效的辅助治疗。主要是 BCG、化疗药物(如丝裂霉素或噻替哌)等行肾盂或膀胱内灌注治疗,这是目前预防复发较为有效的方法。输尿管上段癌继发膀胱肿瘤为 16.7%,下段为 41.7%。发病时间 2 个月至 12 年 8 个月,平均 7 个月。因输尿管癌患者随后发生膀胱癌的机会较多,术后膀胱镜随诊及膀胱灌注治疗非常重要。

参考文献:

[1] 顾方六. 输尿管肿瘤[A]. 见:吴阶平 主编. 泌尿外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社,1993. 493-495.

[2] 李光辉, 侯建国, 夏广彬, 等. 原发性输尿管肿瘤[J]. 中华泌尿外科杂志, 1997, 17(8): 475-477.

[3] Killi R M, Cal C, Pourbagher A, *et al*. Doppler sonographic diagnosis of primary transitional cell carcinoma of the ureter. J Clin Ultrasound, 2000, 28(7): 361-364.

[4] Kuwae H, Maruyama T, Kokura K, *et al*. Primary carcinoma of ureter with glandular metaplasia of transitional cell carcinoma: a case report[J]. Hinyokika Kiyo, 1997, 43(7): 509-511.

[5] Nishino Y, Yamamoto N, Komeda H, *et al*. Bacillus Calmette-Guerin instillation treatment for carcinoma in situ of the upper urinary tract[J]. BJU Int, 2000, 85(7): 799-801.

[6] Stifelman M D, Sosa R E, Andrade A, *et al*. Hand-assisted laparoscopic nephroureterectomy for the treatment of transitional cell carcinoma of the upper urinary tract[J]. Urology, 2000, 56(5): 741-747.

(编辑 张大春)

(上接 728 页)

损害的一个主要因素[2,3]。DAI 发生后造成脑微循环功能障碍,引起能量代谢异常致 Ca^{2+}-ATP 酶活性降低。Ca^{2+} 通道开放,Ca^{2+} 内流,造成神经细胞内 Ca^{2+} 浓度急剧增加。Ca^{2+} 超载使轴索膜性结构水解,细胞膜破坏,通透性增加,从而引起髓鞘、髓板分离,断裂,线粒体肿胀及空泡变、微管和微丝排列紊乱[4]。改善微循环功能,纠正脑缺血、缺氧状态、修复微循环结构,减少细胞内 Ca^{2+} 浓度,是防治继发性脑损害的治疗关键。高压氧和钙离子拮抗剂可以达到这一目的。高压氧可以改善脑微循环,增加脑血氧含量,提高血氧张力,减轻血细胞与内皮细胞的粘附,改善血细胞本身的流变性,减少聚集,消除和减缓血栓形成,促使脑组织缺血、缺氧改善,能量代谢功能恢复,三磷酸腺苷的生成增多。同时在高压状态下吸纯氧,可使椎动脉系统血流明显增加,有助于提高脑干部位的氧分压,改善脑干的缺血缺氧状态和激活上行网状激活系统。有利于脑干功能的恢复,加速觉醒[5]。在高压氧治疗的同时应用 Ca^{2+} 拮抗剂—尼莫通能有效地阻止 Ca^{2+} 内流,降低细胞内 Ca^{2+} 浓度和血脑屏障通透性,有利于减轻继发性脑损害,保护脑功能,促进病情恢复,改善预后[4]。本组病例通过临床对照分析和随访证实,伤后在常规治疗的基础上早期应用高压氧和尼莫通治疗 DAI,与对照组相比提高了治疗效果,降低了死亡率和残存率,改善了病人的意识水平和神经功能,是现阶段 DIA 治疗的有效措施之一。

关键词:高压氧;尼莫通;脑弥漫性轴索损伤
中图法分类号:R651.15 文献标识码:B

参考文献:

[1] 贺晓生, 章 翔, 易声禹. 弥漫性轴索损伤[J]. 中华神经外科杂志, 1999, 13(1): 58-60.

[2] 陈广鑫, 邹咏文, 许民辉, 等. 重型弥漫性轴索损伤 32 例分析[J]. 第三军医大学学报, 1995, 5(1): 412-413.

[3] 朱 诚, 江基尧, 于明琨, 等. 我国颅脑创伤研究现状与展望[J]. 中华神经外科杂志, 1999, 15(1): 1-2.

[4] 徐如祥, 易声禹, 吴生伶, 等. 神经细胞 Ca^{2+} 通道变化及对鼠血脑屏障通透性和外伤性脑水肿的影响[J]. 中华神经外科杂志, 1992, 8(1): 41-44.

[5] Marelers A, Kakarieka A, Brakmank, *et al*. Traumatic Subarachnoid hemorrhage and its treatment with nimodipine[J]. J Neurosurg, 1996, 85(7): 82-84.

(编辑 谢义霞)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net