

左肾缺如并左侧输尿管巨大囊肿 1 例报道

孙 洵, 宋永琳, 王丽军
(昆明市第一人民医院, 云南 昆明 650101)

[关键词] 肾缺如; 输尿管囊肿; 经尿路造影

[中图分类号] R692.1*1 [文献标识码] A [文章编号] 1003 - 4706 (2013) 05 - 0161 - 02

输尿管巨大囊肿并同侧肾缺如临床上十分罕见, 国内很少有报道, 现将昆明市第一人民医院收治的 1 例左侧输尿管巨大囊肿并同侧肾缺如报道如下。

1 临床资料

患者, 女, 52 岁。突发右腰腹疼痛 1 月, 疼痛呈持续性胀痛, 疼痛时感恶心, 无呕吐, 无畏寒发热, 无尿频、尿急、尿痛及肉眼血尿。查体: 体温 36.5 ℃, 下腹正中一陈旧性手术疤痕, 下腹未扪及包块, 右肾区轻微叩痛。经阴道双合诊未扪及包块, 经直肠未扪及包块。实验室检查: 血红蛋白 159 g/L, 尿常规隐血 2+, 上皮细胞镜检 35 ~ 50 个/HP, 白细胞镜检 1 ~ 2 个/HP, 红细胞镜检 20 ~ 30 个/HP。影像学检查: B 超显示子宫左后方向向上延伸至下腹探及 15.0 cm × 8.3 cm × 7.0 cm 囊性包块, 囊液透声好, 未见明显包膜, 形态不规则, 多考虑来源于左侧附件区。左肾区未探及明显肾脏影像, 右肾积水。CT 示左侧附件区巨大囊性病变, 子宫、膀胱受推压, 至右侧输尿管、右肾积水; 左肾缺如 (图 1)。KUB+IVU 示泌尿系未见明确阳性结石 X 线征; 右肾中度积水扩张, 右侧输尿管扩张, 输尿管充盈差; 左肾未显影, 左肾区空虚, 考虑左肾缺如 (图 2)。

手术采用全麻插管麻醉, 选左中、下腹斜切口, 由髂前上棘上方 3 cm 处斜向内下方, 长约 15 cm。切开皮肤, 顺纹切开腹外斜肌腱膜、腹内斜肌、腹横肌及腹横筋膜, 向内侧推开腹膜。在平第四腰椎上缘至膀胱底处左输尿管段重度扩张, 盆腔段输尿管直径约 10 cm, 管壁变薄, 与膀胱无连接, 末端为盲端。盆端上方扩张的输尿管直径约 5

cm。第四腰椎上缘以上输尿管变细, 直径约 1 cm, 迂曲上行到左肾窝, 与类似肾盂肾盏的肾芽组织相连接, 肾芽组织周围无肾实质 (图 3)。

术后病理检查结缔组织较幼稚, 内可见管状和囊肿结构, 部分被覆单层立方上皮, 部分腺腔内见嗜酸性液体; 囊肿壁为纤维血管组织, 被覆移行上皮。符合左肾发育不全及左侧输尿管囊肿 (图 4)。术后恢复好, 术后随访 1 a, 患者健康, 未诉异常。

2 讨论

输尿管巨大囊肿并同侧肾缺如临床少见, 一般认为, 输尿管在胚胎第 4 ~ 7 周及 15 cm 长时, 输

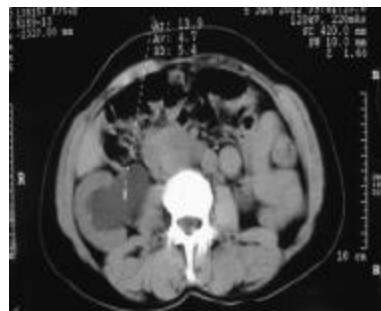


图 1 CT 示左附件区巨大囊性病变, 左肾缺如



图 2 MRU 左肾缺如, 右输尿管扩张, 左输尿管下段囊肿

[作者简介] 孙洵 (1970~), 女, 云南昆明市人, 医学学士, 副主任医师, 主要从事泌尿科临床工作。

[通讯作者] 宋永琳. E-mail: songyonglin0214@163.com



图3 手术标本

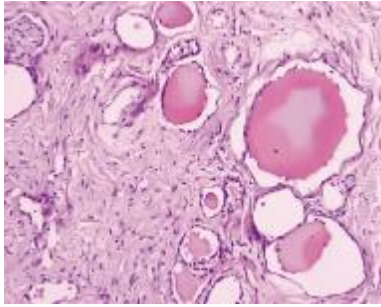


图4 病理学检查

尿管从中肾管分化出来与尿生殖窦之间被一层膜所隔开,其下端由原来的生理性闭锁状态,发展形成分隔输尿管和膀胱间的薄膜。当胚胎继续发育至28 cm时,后肾开始分泌尿液,此薄膜会被吸收或破裂形成输尿管开口。如果此包膜始终保留或不完全被吸收,就会导致输尿管口闭锁或不同程度的狭窄,排尿受阻或不顺畅,导致输尿管内压力不断增高,使输尿管末端不断扩张,形成囊肿^[1,2]。输尿管开口周围鞘膜发育不全,致膀胱壁段输尿管粘膜松弛,输尿管膀胱壁段太长、弯曲或倾斜度过大^[3];输尿管口周围发生炎症、水肿,黏膜膨胀造成不同程度的狭窄,导致输尿管开口不同程度的梗阻,在尿液的作用下亦可形成囊肿^[4]。

输尿管囊肿的临床表现多样,大多数由于输尿管口狭窄及继发感染引起,最常见症状为泌尿系感染,其它症状可出现肾、输尿管积水、腰痛、血尿、脓尿、膀胱刺激症状和发热。双侧输尿管囊肿可引起肾功能损害。如果囊肿巨大,可掩盖膀胱三角区并使尿道内口堵塞,从而引起排尿困难,尿流受阻,尿线变细或中断,使尿液淤滞,故易造成感染和结石形成^[5]。

本例输尿管巨大囊肿伴同侧肾缺如,其形成的原因不是排尿受阻致使输尿管内压增高,而是输尿管两端为盲端使输尿管管腔内压力增高引起囊肿。由于本例输尿管巨大囊肿的两端为盲端,感染不易扩散至膀胱腔内,故患者无尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症状^[6]。

根据临床症状和不同的检查进行分析,输尿管

囊肿的诊断并不困难,术前可通过B超、IVU、膀胱镜、CT及MRU等检查。KUB+IVU检查是最基本的检查方法,可观察膀胱、输尿管、肾脏的情况,了解肾功能、泌尿系有无畸形及结石。输尿管囊肿内充盈造影剂时呈典型的“眼镜蛇头”征表现。但囊肿过小或肾功能不全时不易显示^[7]。膀胱镜可直视下观察囊肿的大小、位置、管口喷尿情况。但膀胱镜检查也可漏诊,因为输尿管囊肿可随着膀胱的压力变化而变化,所以膀胱镜检查冲水不易过多,以免漏诊^[8]。MRU可明确诊断输尿管囊肿、肾脏是否积水及是否合并泌尿系畸形。综上,输尿管囊肿,特别是巨大囊肿应该结合B超、KUB+IVU、膀胱镜、CT及MRU联合检查,以免漏诊和误诊。

输尿管囊肿的治疗的主要方法是手术治疗,治疗的目的是解除梗阻,处理并发症、防止返流、控制感染及最大限度的保护肾功能^[9]。大多数学者认为,对于异位输尿管囊肿、伴有泌尿系畸形应采用开放手术,而小于5 cm的正位输尿管囊肿提倡经尿道内窥镜开窗术治疗^[10]。本组患者输尿管囊肿巨大并同侧肾缺如,笔者采用开放手术治疗,术中游离囊肿、全段输尿管及肾芽,并完全切除。

综上所述,输尿管囊肿并同侧肾缺如的诊断主要依靠B超筛选,KUB+IVP了解尿路情况,膀胱镜及MRU检查确诊,并据此选择手术方式。偶然发现的无自觉症状及并发症者,可严密随诊。有症状者应积极治疗。

[参考文献]

- [1] 张学衡,季海萍主编. 小儿外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1984:185-186.
- [2] 屠兆成,谢桐,凌桂明,等. 成人输尿管囊肿[J]. 临床泌尿外科杂志,1992,7(2):237-238.
- [3] 张明. 输尿管囊肿的诊断和治疗[J]. 中国现代医学杂志,2006,16(10):1576-1578.
- [4] SNYDER H M. Orthotopic ureterocele in children[J]. J Urol,1978,119(4):543-544.
- [5] 李宁忱,潘曙光. 输尿管囊肿的诊断和处理(附28例报告)[J]. 中华泌尿外科杂志,1998,9(19):522-523.
- [6] 霍韶军,张树云. 左侧输尿管囊肿伴同侧肾缺如1例[J]. 邯郸医学专报,1996,9(3):261-262.
- [7] 姜涛,郭玉芬. 输尿管囊肿28例报告[J]. 中国内镜杂志,2004,2(10):29-33.
- [8] 门光金,许传亮. 成人输尿管囊肿11例报告[J]. 临床泌尿外科杂志,1999,9(14):382-384.
- [9] 朱斌. 输尿管囊肿的治疗进展[J]. 国外医学泌尿系统分册,2003,4(23):364-366.
- [10] COPLEN D E, DUCKETT J W. The modern approach to ureterocele[J]. J Urol,1995,153:166-171.

(2013-02-10 收稿)