

## 非肾囊肿误诊为肾囊肿 10 例临床分析

曹绍党<sup>1)</sup>, 董彪<sup>2)</sup>, 朱利荣<sup>1)</sup>, 方克伟<sup>2)</sup>

(1) 会泽县人民医院外二科, 云南会泽 654200; 2) 昆明医科大学第二附属医院泌尿外科二病区, 云南昆明 650101)

[关键词] 肾囊肿; 误诊; 治疗

[中图分类号] R699 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2015) 01-0145-02

单纯肾囊肿是最常见的肾脏良性疾病, 发病率在肾脏囊性疾病中居首位, 常见于 50 岁以上的成人而儿童罕见, 发病率随年龄的增加而增加, 患者男性多于女性, 男:女约为 2:1。在临床实际中, 依靠询问病史、体格检查以及 IVU、B 超和 CT 等辅助检查多数能够确诊, 但是由于肾脏的解剖位置较为特殊, 在少数情况下, 仍可能出现将非肾囊肿疾病误诊为肾囊肿的情况。笔者对会泽县人民医院 2005 年 1 月至 2010 年 12 月收治的将非肾囊肿误诊为肾囊肿的患者 10 例结合相关文献作一回顾性分析, 现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 研究对象

会泽县人民医院 2005 年 1 月至 2010 年 12 月收治的将非肾囊肿误诊为肾囊肿的患者 10 例, 其中男性 8 例, 女性 2 例, 年龄 38~57 岁, 平均 51.2 岁, 所有患者临床表现不尽相同, 其中无明显自觉症状而体检发现者 6 例, 患侧腰部胀痛者 4 例, 伴高血压者 3 例, 合并有肾结石 1 例, 伴尿路感染者 2 例, 均为单侧发病。全部术前相关检查血常规、凝血功能、肝肾功能、电解质、心电图、胸片等结果未见异常。所有患者术前均行静脉肾盂造影 (IVU)、B 超及 CT 联合检查 (部分患者行 MRI), 排外囊肿与集合系统相通。术前所有患者诊断均为肾囊肿。

#### 1.2 治疗方法

本组 10 例患者术前均行腹膜后腹腔镜手术, 术中除 4 例肾上腺囊肿采用后腹腔镜手术完成手术外, 其余均改为开放手术治疗。其中 2 例在腹

腔镜下探寻囊肿过程中, 发现囊肿来源于腹腔, 改为开放探查手术, 寻及囊肿来源于胃壁, 行胃壁囊肿切除术; 3 例在腹腔镜下游离囊肿过程中, 发现囊肿疑似来源于胰腺, 改为开放手术, 发现囊肿来源于胰腺尾部 (其中 1 例囊肿内有实变, 考虑有癌变可能, 术中送组织冰冻活检, 结果提示为癌前病变, 术中请胃肠外科医生协助手术, 行胰腺脾脏切除术), 余 2 例行胰腺尾部合并囊肿切除术; 4 例在腹腔镜下发现囊肿来源于肾上腺 (1 例左侧、3 例右侧), 并且在镜下游离囊肿满意, 行后腹腔镜下肾上腺囊肿切除术; 1 例在镜下发现囊性改变与肾上盏关系紧密, 由于患侧肾有结石病史, 肾重度积水不能排外, 改为开放手术探查, 术中诊断为肾上盏重度积水 (憩室), 予切除憩室表面的薄层肾实质, 使憩室呈蝶形敞开, 探查憩室腔, 取净结石, 探寻憩室开口, 将开口远侧断端作荷包缝合, 近侧断端再作一层间断缝合, 取带蒂肾周脂肪填塞残腔, 固定肾包膜于创缘。术后全部患者均留置导尿管及引流管, 所切除组织术后均送病理检查。

### 2 结果

本组 10 例患者手术均获成功, 术后恢复顺利, 手术时间 50~160 min, 出血量 50~200 mL, 术中诊断为 2 例胃壁憩室、3 例胰尾囊肿、4 例肾上腺囊肿 (1 例左侧、3 例右侧)、1 例肾上盏重度积水 (憩室)。术后 24~48 h 下床活动, 术后 2~4 d 拔除引流管和导尿管。10 例患者病理检查结果为: 2 例胃壁憩室、3 例胰尾囊肿 (其中 1 例合并囊肿内癌变)、4 例肾上腺囊肿 (1 例左侧、3

[作者简介] 曹绍党 (1974~), 男, 云南会泽县人, 医学学士, 主治医师, 主要从事泌尿外科临床工作。

[通讯作者] 方克伟. E-mail: fkw\_waley@126.com; 董彪. E-mail: kunyi4hao@126.com

例右侧)、1 例肾上盏重度积水(憩室)。术后均随访 10~96 个月(平均 38 个月),所有患者症状消失,病变无复发。

### 3 讨论

肾脏位于腹后壁腹膜与腹内筋膜之间的腹膜后间隙中,该间隙空间狭小,与周围组织关系紧密,肾的上方有肾上腺覆盖,两者共同由肾筋膜包绕,左肾前面与脾、胃和胰腺相邻,右肾前面与肝右叶相邻。囊肿是长在体内某一脏器、囊状的良性包块,在腹腔的多个脏器中均可发病,其内容物性质一般为液态。肾囊肿是泌尿系统中最常见的疾病之一,B 超对其诊断有极大帮助,为首选的检查方法,典型的超声表现为内部无回声的空腔,囊壁光滑而边界清楚,回声增强;CT 是 B 超检查的有力补充,典型的表现为边界锐利的球形肿物,壁薄而光滑,均质,边缘整齐,CT 值低(平扫 CT 值为  $-10 \sim +20$  HU 左右),静脉注射造影剂后不增强,MRI 主要是用于对碘造影剂过敏或肾功能不全的患者,此外,MRI 对明确囊液的性质有一定的意义;KUB+IVU 表现为肾脏轮廓的改变,对囊肿与集合系统是否相通有一定的鉴别价值<sup>[1]</sup>。在临床上,通过对病史的询问以及结合上述检查方法,大多数肾囊肿能够确诊,但是由于囊肿疾病的发病率较高、腹膜后间隙狭小、脏器关系紧密和发生病变时互相缺乏明确影像学区分的标志等原因,在少数情况下,仍有可能出现误诊。本组中 2 例胃壁囊肿误诊为肾囊肿,胃囊肿是一种先天的前肠囊肿,较少见,多发生在婴幼儿,因其与胃腔不相通,临床上并无明显的消化道症状,其位置特殊,B 超和 CT 检查易误诊为其他部位的囊肿,国内有报道将其误诊为肝囊肿<sup>[2]</sup>,赵峰等<sup>[3]</sup>报道 MRI 在诊断胃囊肿方面有一定价值,MRI 表现为 T1 相低信号而 T2 相为高信号,而且可辨认囊壁与周围大血管的关系。在治疗方面,腹腔镜下或开放切除均可获得良好效果。本组资料中 3 例胰腺囊肿误诊为肾囊肿,胰腺囊肿分为假性囊肿和真性囊肿,前者多由于炎症或外伤引起,由于胰腺尾部与左肾相邻,易将胰尾囊肿误诊为左肾囊肿,详细询问病史(有无胰腺炎症或外伤史)、完善影像学检查和相关学科协作诊治可有效降低此类误诊的发生率,在治疗上,胰腺囊肿治疗方法较多,有保守治疗、引流术及部分胰腺合并囊肿切除术等,胡凯峰等<sup>[4]</sup>对 57 例胰腺假性囊肿治疗经验得出,根据病情和病程选择合适的个体化方案是治疗胰腺假性囊肿的关键,本组有 1

例发现囊肿内有实变,根据术中冰冻病理检查结果,采取胰腺脾脏切除术,得到了满意的治疗效果。本组资料中有 4 例肾上腺囊肿误诊为肾囊肿,肾上腺囊肿临床上少见,发病率为  $0.06\% \sim 0.08\%$ <sup>[5]</sup>,B 超可发现直径在 1 cm 以上的囊肿,CT 是目前诊断肾上腺囊肿首选影像学方法,MRI 在区别组织结构和辨别嗜铬细胞瘤方面有一定优势,多联合检查可有效提高术前的确诊率,治疗以后腹腔镜手术为主,预后良好<sup>[6]</sup>。本组资料中有 1 例肾上盏重度积水误诊为肾囊肿,在临床上 IVU 和 CT 是诊断积水最常用和可靠的检查方法,肾积水是由多种原因引起的尿路梗阻所致,治疗方法主要是手术解除梗阻。当积水严重且病程较长时因肾实质长时间受压皮质变薄时,不易与肾囊肿相鉴别,对此病例合并肾结石的忽视是产生误诊的一个重要原因,杜俊华等<sup>[7]</sup>对 4 例巨大肾积水误诊为肾囊肿的临床资料分析得出,对于术前检查未能完全鉴别的,需术中探查,避免术后形成瘘尿从而引发医疗纠纷,本组中采用术中转为开放术式,取净结石,切除憩室,取得了良好的治疗效果。

从本组资料看,在少数情况下,非肾囊肿疾病易误诊为肾囊肿,分析原因有:(1)术前局限于泌尿系统疾病的诊断;(2)肾脏的解剖位置特殊;(3)术前影像学资料的采集不够仔细等。术前提高警惕、与相关学科合作认真复习影像学资料,可降低误诊率;治疗上后腹腔镜或开放手术均能取得良好效果。术前无法完全排外肾囊肿外病变者,做好相应治疗方案,争取术前谈话及术中主动性,有利于提高手术成功率和安全性。

### [参考文献]

- [1] 吴阶平,主编.实用泌尿外科学[M].北京:人民卫生出版社,2009:146.
- [2] 李忠,张东昌,蒋金伟.胃囊肿1例[J].武警医学,2006,17(12):75-76.
- [3] 赵锋,王桂芝,韩邕.纵隔食管胃囊肿的X线诊断[J].实用放射学杂志,1991,7(6):345-347.
- [4] 胡凯峰,朱家胜,周自炎,等.57例胰腺假性囊肿的诊治体会[J].中国现代医学杂志,2014,24(6):92-94.
- [5] NERI L M,NABCE F C. Management of adrenal cysts [J]. Am Surg,1999,65(2):151-163.
- [6] 孙伟棕,吴长利,胡海龙.肾上腺囊肿的诊断与治疗(附42例报告)[J].中国内镜杂志,2013,19(6):636-638.
- [7] 杜俊华,李小虎,张贤生,等.巨大肾积水误诊为肾囊肿4例临床分析[J].现代泌尿外科杂志,2013,18(6):616.

(2014-10-17 收稿)