

输尿管结石合并息肉的治疗 (附 35 例报告)

田子阳, 李炯明, 陈 戩, 刘建和, 闫永吉, 姜永明
(昆明医科大学第二附属医院微创泌尿外科, 云南 昆明 650101)

[摘要] **目的** 探讨输尿管结石合并息肉的处理方法. **方法** 2010 年 1 月至 2010 年 6 月, 采用输尿管镜钬激光碎石对 35 例输尿管结石合并息肉患者进行治疗, 26 例行单纯碎石, 9 例行息肉样组织浅表烧灼. 双 J 管 4 周后拔除. **结果** 32 例术后随访 6~12 月, 结石完全排净, 28 例肾积水消失, 4 例肾脏仍有轻度积水, 无输尿管狭窄. **结论** 在处理输尿管结石合并息肉时, 重点是将结石清除, 应避免对息肉过度治疗.

[关键词] 输尿管息肉; 输尿管结石; 输尿管镜

[中图分类号] R693.4 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1003-4706 (2012) 05-0137-03

Treatment of Ureteral Stones with Polyps (Report of 35 Cases)

TIAN Zi - yang, LI Jiong - ming, CHEN Jian, LIU Jian - he, YAN Yong - ji, JIANG Yong - ming
(Dept. of Minimally Invasive Urology, The 2nd Affiliated Hospital of Kunming Medical University, Kunming Yunnan 650101, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the treatment methods of ureteral stones with polyps. **Methods** The data of 35 patients with ureteral stones with polyps were reviewed, in which 26 were given lithotripsy alone, and 9 were given polypoid tissue superficial burning from January 2010 to June 2010. The double J tubes were removed after four weeks. **Results** In 6~12 months follow-up, all stones in patients disappeared, hydronephrosis disappeared in 28 cases, mild hydronephrosis was still in 4 cases, and no ureteral stricture occurred. **Conclusion** The treatment of ureteral polyps with stones should be focused on stone clearance, instead of excess polyps treatment.

[Key words] Ureteral polyps; Ureter stones; Ureterscope

输尿管镜目前广泛应用于治疗输尿管结石, 碎石过程中如何处理结石及其周围息肉样组织, 众学者存在争议. 结合笔者经验, 探讨输尿管结石合并息肉的处理. 昆明医科大学第二附属医院自 2010 年 1 月至 2010 年 6 月对 35 例输尿管结石伴息肉患者采用输尿管镜钬激光治疗, 现报道如下.

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组患者 35 例, 其中男 21 例, 女 14 例, 年

龄 25~60 岁, 平均 37.5 岁. 术前经 KUB、IVU 和 CT 检查确诊为输尿管结石 (左侧 15 例、右侧 20 例), 其中上段结石 11 例, 中段 16 例, 下段 8 例, 结石大小为 0.7~2.5 cm, IVU 示结石上方输尿管有不同程度地扩张. 7 例输尿管上段结石术前曾行体外冲击波碎石术 (extracorporeal shock wave lithotripsy, ESWL) 治疗. 所有病例无手术禁忌症.

1.2 手术方法

全麻插管后, 患者取截石位, 经尿道置入 Wolf F8/9.8 输尿管镜, 于患侧输尿管口置入 0.035 英寸斑马导丝, 套入法进入输尿管, 直至结石下方, 见结石周围均被不同程度的息肉样组织包

[作者简介] 田子阳 (1979~) 男, 云南昆明市人, 医学硕士, 住院医师, 主要从事腔道泌尿外科临床工作.

[通讯作者] 李炯明. E-mail: jiongmingli@yahoo.com

裹。对31例息肉部分包裹,镜下能够看到结石者,尽量将导丝沿息肉边缘通过结石,保留导丝,退镜,沿导丝侧入法再次进镜,输尿管镜工作通道内置入365 μm 钬激光光纤,连接美国LUMENIS 100 plus 钬激光机,功率设定为30~40 W,将结石逐步击碎,其中有5例息肉明显突向管腔,在碎石的同时,用钬激光对息肉表面进行烧灼,避免伤及肌层。4例结石被息肉完全包裹,管腔堵塞者,首先用钬激光烧灼结石下方息肉以显露结石,然后进行碎石。最后,输尿管镜通过息肉部位,对上方输尿管进行检查,以明确有无输尿管损伤和大块结石残留。术后常规留置双J管,术中对13例息肉样组织进行取材活检。

2 结果

所有病例均顺利完成,无手术失败或中转开放手术的病例,无输尿管穿孔,撕脱等严重并发症发生。手术时间为35~100 min。2例输尿管上段结石因有较大残石返回肾脏,术后辅助ESWL。13例术中活检者,病理结果示,炎性息肉9例,炎性粘膜组织5例。术后4周拔除双J管。

32例获得随访,随访时间6~12个月。KUB、IVU或超声显示:结石均排净,28例积水完全消失,消失率87.50%,95%CI为71.01%~96.48%。4例有轻度积水。无输尿管狭窄病例。

3 讨论

输尿管结石为泌尿外科常见疾病,对于>6 mm的结石/或造成明显梗阻的结石以及ESWL治疗失败的结石需要采用输尿管镜碎石的方法进行处理,输尿管镜术中常常见到结石周围及结石下方的输尿管合并息肉样改变。Hwang等^[1]研究发现在输尿管下段<5 mm的结石也会形成息肉。

输尿管息肉是源自输尿管上皮组织的良性肿瘤,分为炎性息肉和原发性纤维上皮性息肉,病因仍未阐明,可能与先天性因素、慢性炎症刺激以及梗阻、创伤、感染等有关^[2]。炎性息肉多因结石长时间在输尿管壁局部嵌顿,刺激输尿管局部炎症增生所致,本观察组病例均为此类,表现为巨噬细胞浸润、纤维组织增生,最终形成肉芽肿。原发性纤维上皮性息肉是源自中胚层的良性肿瘤,约占输尿管肿瘤的1%^[3]。

临床上对输尿管息肉的诊断相对是困难的,特

别是继发于输尿管结石的息肉在手术前确诊十分困难,这类病人缺乏特异性临床表现,虽然放射学检查可提供一些征象,如息肉负影等,但临床医生往往仅满足于输尿管结石的诊断易忽略息肉的诊断^[4]。有学者认为以下情况应注意可能存在输尿管结石并发输尿管息肉:长期停留于某一部位的输尿管结石;输尿管结石较小而肾积水较重;发现结石周围或结石以下输尿管腔内有充盈缺损或条索状影;总攻排石或体外震波碎石无效^[5]。

手术中是否要对这些息肉样组织进行处理一直存在着争议。有学者认为输尿管息肉虽是良性病变,但也有输尿管息肉恶变为移行细胞癌的报告,而且输尿管息肉也可造成输尿管梗阻,在取结石时需同时处理息肉^[6]。但笔者认为,输尿管镜术中所见到的结石周围及其下方的滤泡样或不规则的粘膜突起物,一般都为炎性息肉或炎性水肿粘膜组织,很少见条索状的原发性纤维上皮性息肉。本组对14例息肉样组织取材的病理结果为,9例炎性息肉、5例炎性粘膜组织,未发现原发性纤维上皮性息肉。这一结果提示在对息肉的诊断及处理时一定要谨慎。

对于结石合并炎性息肉或水肿输尿管粘膜的处理,笔者认为,原则上不要进行过度的烧灼处理,以避免因肌层损伤而导致的狭窄发生。处理时,尽可能将结石彻底击碎,结石清除后仔细观察输尿管腔,如果看到有息肉样组织明显突入输尿管管腔,可用钬激光作粘膜表面烧灼。对于结石下方的息肉样组织堵塞管腔时,先用钬激光将其切开以利于结石的处理。其依据为结石清除后,致炎因素解除,息肉能自行消除。本组随访结果显示,按上述方法处理32例输尿管结石合并息肉样组织患者,术后均为出现结石部位的狭窄,说明结石处理后结石部位的息肉也就随之消失。如果术中见到呈条索状的输尿管粘膜组织,则应按原发性纤维上皮性息肉进行处理,需要将息肉全部切除,切除深度达输尿管壁肌层^[6]。

结石合并息肉采用输尿管镜处理后,应常规放置双J管作为支架引流管,留管的时间目前尚未统一标准。本观察组的经验认为,双J管的留置时间不宜过短,应在4周以上,保证结石部位的输尿管能够形成新的正常上皮,从而防止狭窄的发生。

综上所述,在处理输尿管结石合并息肉时,重点是将结石清除,应根据息肉组织形态、数量决定治疗方法,避免对息肉过度治疗。

(下转第143页)

娠的6.1%,其发病机制尚未明确,可能与孕卵运行过快;通过宫腔时尚未具有种植能力;剖宫产切口愈合不良;疤痕宽大;憩室形成;孕囊着床于前壁疤痕处;受精卵着床发生蜕膜缺损,滋养细胞直接侵入子宫肌层粘连、植入甚至穿透子宫壁等有关^[1],CSP的早期诊断及治疗尤为重要,如超声不能对CSP做出诊断,导致行人流术时不能有效止血,可危及生命,或术后不给予继续杀胚治疗,继续观察血 β -HCG下降情况,而演变为滋养细胞性疾病也有之,本组病例中1例系员工家属因“疤痕子宫,难免流产”行人流术,1月后来院复查,发现子宫增大,子宫肌层回声显著不均,血流信号丰富,经上级医院检查诊断“疤痕妊娠”,子宫肌层浸润而行子宫全切除,由于术前未做出CSP诊断,人流术后未及时复查、未继续给予杀胚治疗及观察血 β -HCG情况,导致滋养细胞直接侵入子宫肌层并不断生长所致.彩色多普勒超声检查是诊断CSP的首选方法,笔者根据工作经验提出以下诊断标准供检查时参考:(1)疤痕子宫声像,宫腔内无孕囊;(2)宫颈管内无孕囊;(3)孕囊位于子宫峡部前壁疤痕处,或距

疤痕处约1cm;(4)膀胱与妊娠囊之间肌层薄弱,距离小于0.5cm^[2];(5)如系不均质团块型,团块位于子宫前壁峡部,可向浆膜外突出,无论团块大小,均与疤痕为中心出现,血流信号丰富;(6)人流术后近期复查时见疤痕处肌层回声不均或血流信号丰富要提高警惕,结合 β -HCG做出后期诊断,以供临床治疗参考.

应用二维彩色多普勒超声检查,对CSP的早期诊断及指导临床处理有重要意义,可观察孕囊(或包块)位置、大小、血流与宫腔及子宫疤痕处的关系,具有准确、方便、可重复、无痛等优点,可做到早期诊断,指导临床,从而避免盲目行人流术而导致严重后果.

[参考文献]

- [1] 袁爱娟.剖宫产术后子宫疤痕妊娠临床分析[J].现代实用医学,2007,19(3):203.
- [2] 沈延政.门诊超声解图手册[M].第2版.南京:江苏科学技术出版社,2009:227-228.

(2012-02-04收稿)

(上接第138页)

[参考文献]

- [1] HWANG E, KIM Y H, YUK S M, et al. Factors that predict spontaneous passage of a small distal ureteral stone < 5 mm[J]. J Endourol, 2010, 24(10): 1681-1685.
- [2] LAM J S, BINQHAM J B, GUPTA M. Endoscopic treatment of fibro-epithelial polyps of the renal pelvis and ureter[J]. Urology, 2003, 62(5): 810-813.
- [3] FAERBER G J, AHMED M M, MARCOVICH R, et al. Contemporary diagnosis and treatment of fibroepithelial

ureteral polyp[J]. J Endourol, 1997, 11(5): 349-351.

- [4] ROBERT I. CAREY, VINCENT G. BIRD. Endoscopic management of 10 separate fibro-epithelial polyps arising in a single ureter[J]. Surgical Techniques Inurology, 2006, 67(2): 413-415.
- [5] 毛登久, 杨松林. 腔内技术诊治输尿管继发息肉28例报告[J]. 中国内镜杂志, 1998, 4(3): 74-75.
- [6] 刘昌明, 盛明雄, 李惠长, 等. 输尿管结石并发输尿管息肉75例分析[J]. 现代泌尿外科杂志, 2010, 15(5): 355-356.

(2012-02-15收稿)