

输尿管十二指肠瘘 1 例报告并文献复习

王道虎¹ 陈凌武¹ 韩安家² 吴荣佩¹ 陈俊星¹ 丘少鹏¹

[摘要] 目的:探讨输尿管十二指肠瘘的临床、病理特点及诊断处理。方法:回顾性分析 1 例输尿管十二指肠瘘患者的临床资料。患者,女,63 岁,反复右侧腰痛,肉眼血尿 1 年。B 超检查发现右侧输尿管上端占位,可疑输尿管肿瘤;CT 示右侧肾黄色肉芽肿。逆行性造影肠道内显示造影剂,怀疑输尿管十二指肠瘘。肾核素扫描示右肾无功能,左肾功能好。术前诊断为输尿管十二指肠瘘。结果:手术采用经腹腔路径,术中见右肾与腰大肌粘连,瘘口位于上段输尿管与十二指肠降部之间,切除右侧肾脏后,修剪十二指肠瘘口,行上段空肠的 Roux-Y 吻合修补十二指肠瘘口。切开肾脏标本见瘘口位于距离肾盂 2 cm 处上段输尿管。术后病理学检查在炎症组织中存在泡沫状巨噬细胞,诊断为肾脏黄色肉芽肿,术后恢复好,10 d 出院,随访 1 年患者健康,未述不适。结论:输尿管十二指肠瘘是一种罕见的疾病,正确的诊断非常重要,手术治疗效果良好。

[关键词] 输尿管十二指肠瘘;黄色肉芽肿;肾切除;Roux-Y 吻合

[中图分类号] R693 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1001-1420(2012)02-0114-03

A case report of ureteroduodenal fistula and literature review

WANG Daohu¹ CHEN Lingwu¹ HAN Anjia²

WU Rongpei¹ CHEN Junxing¹ QIU Shaopeng¹

(¹Department of Urology, The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, Guangzhou, 510080, China; ²Department of Pathology, The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University)

Corresponding author: WANG Daohu, E-mail: wangdaoh@mail.sysu.edu.cn

Abstract Objective: To explore the clinical, pathological characteristics, diagnosis and management of Ureteroduodenal fistula. **Method:** We presented a 63-year-old female with ureteroduodenal fistula caused by xanthogranulomatous pyelonephritis (XGP) who mainly complained of right flank pain, gross hematuria without lower urinary tract symptom. Retrograde urography found out ureteroenteric fistula 2cm distal to the ureteropelvic junction. Renal scintigraphy and intravenous urography showed that the function of right kidney was heavily damaged. **Result:** Nephrectomy was performed and Roux-Y procedure was used to repair the duodenal defect. The postoperative recovery was uneventful and discharged at 10th day postoperatively. Pathological result verified the diagnosis of XGP. **Conclusion:** Ureteroduodenal fistula is a rare entity in the urological practice, and its correct diagnosis is very important, the prognosis is good after operation.

Key words ureteroduodenal; fistula; xanthogranulomatous pyelonephritis; nephrectomy; Roux-Y

输尿管十二指肠瘘是一种罕见的疾病,由 Davis 在 1918 年首次描述,截至目前仅有 12 例文献报告,国内尚未有报道。现将我院收治的 1 例输尿管十二指肠瘘报告如下。

1 病例报告

患者,女,63 岁,反复右腰部钝痛和肉眼血尿 1 年,腰痛可因体位的改变而缓解,无尿频、尿急等症状,1 年内体重减轻 10 kg,于 2008 年 7 月入院。体检: T 37.5℃,右侧上腹部轻度肌紧张,可触及一直径 8.0 cm 左右的肿物,有压痛,无反跳痛,边界不清,活动差。右肾区有叩击痛。实验室检查:血常规 WBC $14.58 \times 10^9/L$, Hb 87 g/L, sCr 110 $\mu\text{mol/L}$;尿常规 RBC +, WBC ++。影像学检查:

B 超显示右侧输尿管上端占位,右肾轻度积水,右肾内有一直径 1.0 cm 大小肾结石,怀疑输尿管肿瘤,但不能排除输尿管炎症。CT 示右肾增大,肾实质不均匀,肾周炎症改变,提示右肾黄色肉芽肿(图 1a~d),CT 还发现右肾中盏有一直径 1.0 cm 的小结石。IVUS 示右肾不显影,左肾功能好。尿脱落细胞学检查未见肿瘤细胞。

输尿管镜检查发现右侧输尿管内大量絮状物,输尿管中段有感染性软结石及炎性息肉。行气压弹道碎石后,取输尿管黏膜活检送病理。输尿管镜无法进入上端输尿管,留置 F。输尿管导管逆行性肾盂输尿管造影,检查发现造影剂进入小肠(图 2),距离肾盂 2 cm 处可疑有输尿管十二指肠瘘。肾核素扫描示右肾功能严重受损,左肾功能正常。

手术采用气管内麻醉,右侧肋缘下斜切口进腹。术中见右肾周围炎症严重,与腰大肌粘连,输

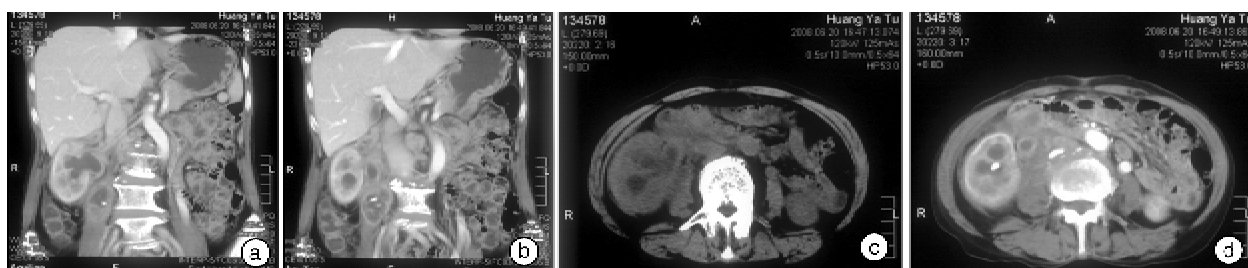
¹中山大学附属第一医院泌尿外科(广州,510080)

²中山大学附属第一医院病理科

通信作者:王道虎, E-mail: wangdaoh@mail.sysu.edu.cn

尿管上端增厚,有瘘口与十二指肠降部相通。手术切除右侧肾脏以及上端输尿管,采用上端空肠的 Roux-Y 吻合术修复十二指肠瘘口。手术切除的标本证实瘘口位于输尿管上端近肾盂约 2 cm 处(图 3)。

术后恢复好,肌酐 $122.02 \mu\text{mol/L}$,血白细胞 $6.0 \times 10^9/\text{L}$ 。术后病理检查镜下见肾脏组织内大量泡沫状细胞,诊断为肾脏黄色肉芽肿(图 4)。术后 10 d 痊愈出院。术后随访 1 年患者健康情况好,未述异常。



a, b, c: 腹部 CT 显示右肾增大,肾实质不均匀,肾周炎性改变,与腰大肌有粘连;d: 右肾中盏有一直径 1 cm 的结石

图 1 CT 显示



图 2 逆行性肾盂输尿管造影

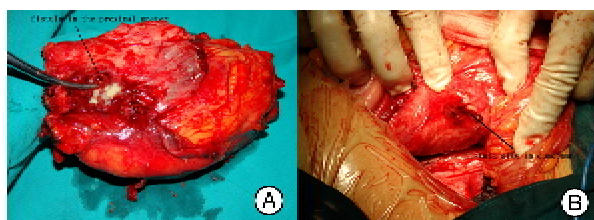


图 3 手术标本

2 讨论

输尿管十二指肠瘘临床罕见,其病因多变,难以形成对此疾病的诊疗常规。其发病原因有慢性炎症^[1]、医源性损伤^[2]、枪弹伤^[3]、摄入异物^[4]、原发性十二指肠病变以及输尿管结石^[5-6]等。本例患

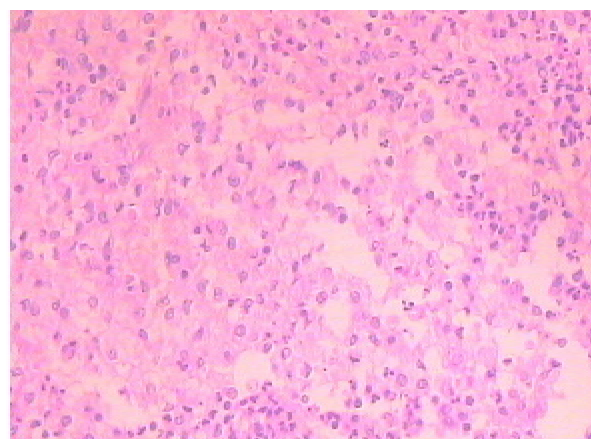


图 4 病理学检查

者是由于肾脏黄色肉芽肿引起的输尿管十二指肠瘘。肾脏黄色肉芽肿是一种不常见的肾实质炎症,一般发生在有慢性梗阻和积液的情况下^[7],它只占肾盂肾炎患者的 0.6%^[8]。其组织病理学特点是炎症组织中存在泡沫状巨噬细胞。影像学上表现为肾脏增大、肾无功能或功能严重受损,肾内有单一或铸型结石。本例患者影像学表现符合上述描述的典型表现。既往报道肾脏黄色肉芽肿可以引起肾皮瘘^[9-11]、输尿管结肠瘘^[12]和输尿管十二指肠瘘^[13]。Hoare(1973)报道输尿管十二指肠瘘也可以由消化道溃疡引起。本例患者无消化道溃疡的病史和表现,术后的组织病理学检查亦未发现十二指肠溃疡。本例患者是报道的第 2 例由肾脏黄色肉芽肿引起的输尿管十二指肠瘘。

输尿管十二指肠瘘的诊断非常困难。一般临床表现为发热,腰部疼痛以及气尿等。通常开始最常见的症状是脓尿和血尿,几乎所有的输尿管十二指肠瘘的患者都有慢性或反复的泌尿系统感染。确断主要依靠影像学检查,如 CT、IVP 等。但由于

CT 扫描的层次以及肾脏功能受损,造影剂无法排泄的原因,有时诊断非常困难。肾盂输尿管逆行性造影可见造影剂进入肠道,为确诊提供必要的信息,是一种重要的诊断手段。本例患者即为肾盂输尿管逆行性造影检查发现。

以往文献报道,输尿管十二指肠瘘的治疗包括患肾切除,十二指肠瘘口填塞大网膜后直接修补^[1]。本例患者亦将无功能感染肾脏切除,然而由于十二指肠瘘口周围炎症严重,将炎症组织切除后,十二指肠的缺损较大,如果直接修补,术后十二指肠狭窄以及十二指肠漏的可能性大,因而,本例患者首次采用上端空肠行 Roux-Y 吻合修复十二指肠缺损。术后患者恢复好,未出现胃肠道并发症。因此,对于十二指肠缺损较大的患者,Roux-Y 吻合是一个不错的选择。

综上所述,输尿管十二指肠瘘的诊断主要依靠影像学检查,尤其是逆行性肾盂输尿管造影检查,我们认为治疗应采用手术切除病肾以及同时修补十二指肠瘘口。

参考文献

- [1] SHIFF B M, WELLING R E, REGE P. Rare case of left-sided ureteroduodenal fistula[J]. Dig Surg, 2000, 17: 283—284.
- [2] INFANTINO A, DODI G, LISE M. Ureteroduodenal fistula[J]. Br J Surg, 1987, 74: 499.
- [3] COOPER C S, KWON E D, DONOVAN J F Jr. Traumatic ureteroduodenal fistula [J]. J Trauma, 1996, 41: 553—555.
- [4] ROBERTS B J, GIBLIN J G, TEHAN T J, et al. Ureteroduodenal fistula[J]. Urology, 1996, 48: 301—302.
- [5] SHIOZAKI H, TAKAI S, IWAMOTO T, et al. Idiopathic ureteroduodenal fistula[J]. J Urol, 1975, 113: 714—715.
- [6] NEMETH D J, EDSON M, ECKERT R. Ureteroduodenal fistula[J]. Urology, 1975, 5: 643—645.
- [7] KORKES F, FAVORETTO R L, BRÓGLIO M, et al. Xanthogranulomatous pyelonephritis: clinical experience with 41 cases[J]. Urology, 2008, 71: 178—180.
- [8] MALEK R S, ELDER J S. Xanthogranulomatous pyelonephritis; a critical analysis of 26 cases and of the literature[J]. J Urol, 1978, 119: 589—593.
- [9] FAILLATAH A, TARAKJI M, AMUESI J. Xanthogranulomatous pyelonephritis: a retrospective study of 10 cases and review of the literature[J]. Saudi J Kidney Dis Transpl, 2001, 12: 520—524.

(收稿日期: 2011-09-11)

(上接第 113 页)

等^[9]阻断髂外动脉 40 例, 9 例导致下肢缺血需进行血管重建, 主张术后密切观察病情变化, 以防发生不可逆的下肢供血不足。因此, 结扎髂外动脉以控制出血, 特别是在髂内动脉血流不畅的情况下应十分慎重, 髂外动脉结扎后, 下肢供血仅依靠髂内动脉与髂外动脉的侧支循环。④经股动脉插管阻断髂动脉: 于芹超等^[7]采用经股动脉插管阻断髂血管分叉处压迫止血, 但只能起到临时止血目的。

供肾动脉与髂外动脉端侧吻合局部有感染者, 极易累及血管吻合口, 导致难以处理的出血。本例患者肾周引流不畅及漏尿可能为感染的诱发因素, 导致严重并发症。因此我们主张, 肾移植的动脉吻合术式仍应首选髂内动脉与供肾动脉端端吻合, 只有当髂内动脉不能应用情况下再考虑采用髂外动脉与供肾动脉端侧吻合, 在肾移植过程的各个环节中应严格无菌操作, 保持移植肾周引流通畅, 以防移植肾周感染, 一旦发生感染性髂外动脉出血, 应根据情况选用适当的方法及时处理。

参考文献

- [1] BENOIT G, ICARD P, LEBALFUR A, et al. Mycotic aneurysm and renal transplantation [J]. Urology, 1988, 31: 63—65.
- [2] 潘光辉, 白寒, 陈彤, 等. 肾移植术后移植肾动脉瘤的诊断和治疗(附 2 例报告)[J]. 临床泌尿外科杂志, 1999, 14: 58—60.
- [3] LACOMBE M. Mycotic aneurysm after kidney transplantation[J]. Chirurgie, 1999, 124: 649—654.
- [4] MINZ M, SHARMA A, KUMAR S, et al. Use of autogenous internal iliac artery for bridging the external iliac artery after excision of Aspergillus mycotic aneurysm in renal transplant recipients[J]. J Vasc Surg, 2011, 3: 802—804.
- [5] 马小平, 顾新伟, 李健, 等. 移植肾动脉曲霉菌感染 2 例报告[J]. 中华器官移植杂志, 2003, 24: 50—51.
- [6] 万江华, 靳凤烁, 李黔生, 等. 髂外动脉与股动脉搭桥术治疗移植肾术后蒂残端大出血 1 例[J]. 中华器官移植杂志, 2003, 24: 347—347.
- [7] 于芹超, 朱同玉, 侯英勇, 等. 移植肾毛曲菌感染致血管破裂 1 例[J]. 中华器官移植杂志, 2004, 25: 134—134.
- [8] BLOME I, BRYNGER H, BRYNGER H. Emergency ligation of the external iliac artery[J]. Ann Surg, 1983, 201: 505—510.
- [9] JOHNSON J R, LEDGERWOOD A M, LUCAS C E. Mycotic aneurysm. New concepts in therapy. Arch Surg, 1983, 118: 577—582.

(收稿日期: 2011-11-12)