

• 病例报告 •

同侧肾细胞癌并发输尿管尿路上皮癌 1 例

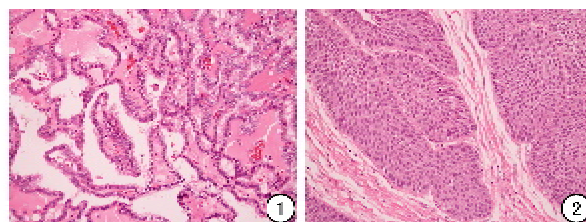
朴美慈¹ 朴东明¹

[关键词] 肾细胞癌;输尿管尿路上皮癌

[中图分类号] R737.11 [文献标识码] D [文章编号] 1001-1420(2013)08-0640-01

患者,男,52岁。于1个月前无明显诱因出现全程肉眼血尿,无发热、尿频、尿痛,彩超及CT检查发现左肾多发囊肿及占位性病变,以左肾占位病变收入院。彩超显示左肾8.8 cm×3.8 cm大小,形态不规则,实质内见几个无回声,最大1.7 cm×1.6 cm,界清,内透声佳,下极见另一个低回声,大小3.2 cm×3.1 cm,界清,内回声欠均匀,见少许血流信号;左输尿管末端膀胱入口处见一个0.8 cm×0.6 cm大小弱回声,有伸缩性,随排尿摆动。强化CT:左肾多发囊肿,左肾下极见直径3.5 cm占位,边缘清晰,密度欠均匀,增强后可见强化。泌尿系造影:左肾盂肾盏显示欠佳,左肾输尿管下段局限性扩张,末端见杯口状充盈缺损。膀胱镜检查左输尿管开口见0.8 cm乳头状肿物,界清。于2012年12月6日在全麻下行后腹腔镜下左肾输尿管全长切除术,切面见左肾下极有直径4.0 cm×3.5 cm实性肿物,呈灰黄色,界清,左肾输尿管下段见0.8 cm×0.3 cm乳头状肿物,基底与黏膜相连,取活检送病理检查,回报为尿路上皮癌。病理检查:10 cm×5 cm肾脏及27 cm输尿管,切面见肾下极有4 cm×3 cm灰黄色肿物,界清,另见1.5 cm×1.0 cm囊肿2个,输尿管断端0.5 cm处见0.7 cm×0.2 cm息肉样肿物。镜下见肾肿瘤细胞呈小管、乳头状结构,排列密集,乳头表面被覆单层小细胞,可见少量胞浆,间质内见少量泡沫样细胞(图1)。免疫组化:肾肿瘤细胞CK7+,AM-ACR+,EMA+,Vimentin+,CD117-。病理学诊断为左乳头状肾细胞癌(I型),左肾多发性囊肿,周围间质性肾炎,左输尿管下段尿路上皮癌1级。术后切口愈合良好出院。

讨论 同侧肾细胞癌(renal cell carcinoma, RCC)并发尿路上皮癌(urothelial carcinoma, UC)临床罕见,由Graves等于1921年首次报道。Voneschenbach等报道30年间700多例RCC中同侧并发UC仅为0.14%,国内报道RCC合并UC为3.4%~4.6%。国内报道的14例RCC中,并发膀胱癌9例,同侧肾盂癌2例,同侧输尿管癌1例,肺



①左肾乳头状肾细胞癌;②左输尿管乳头状尿路上皮癌

图1 病理检查镜下所见

癌、淋巴瘤各1例。本例肾肿瘤形态学特征及免疫组化染色结果都符合乳头状肾癌I型,同时并发同侧输尿管UC。同时发生RCC和UC的机理尚不清楚,可能由于机体免疫能力缺陷,遗传因素有关。国外已见多例长期透析和肾移植术后患者发生RCC并发UC的个案报道。慢性肾衰患者恶性肿瘤的发病率高,已有报道尿毒症患者有发生泌尿系统肿瘤的高度危险,因导致显著抑制免疫状态,也有认为可能与慢性刺激如炎症,肾盂积水和尿路结石有关。本例伴有左肾多发性囊肿,囊肿周围间质性肾炎,可能与发生肾多发性恶性肿瘤有关。同侧RCC并发肾盂UC患者平均年龄为65岁,男性多见(2:1),多发生于左侧(3:1),常见的症状为肉眼血尿和患侧腰痛,90%患者出现血尿,19%腰痛,14%可触及腰部包块。肾原发性恶性肿瘤的诊断,常规B超检查双肾、输尿管和膀胱,有利于发现多原发恶性肿瘤。IVU主要目的是了解双侧肾脏功能,对RCC并发UC患者,尚可发现尿路内的充盈缺损和梗阻改变,为进一步详细检查提供依据。文献报道约50%~75%的上尿路肿瘤患者IVU存在集合系统充盈缺损,IVU对发现与肾癌同时存在的上尿路上皮肿瘤效果更佳,CT检查可确定肿瘤的位置、大小,并对肿瘤的性质做出初步判断。病理诊断并不难,可通过免疫组化检查对两者进行鉴别。制定治疗方案应个体化,应考虑患者的生活质量,倾向于同时行患侧输尿管全长切除加输尿管口周围膀胱壁部分切除,消除残余输尿管发生肿瘤的风险。对同时发生肾多原发恶性肿瘤的预后报道不一,有人认为其与单一发生肿瘤相比,并无恶性程度增高和预后变差的趋势。

¹延边大学临床医学院病理科(吉林延吉,133000)
通信作者:朴美慈,E-mail:bmiza@hotmail.com