

• 病例报告 •

全尿路上皮癌 1 例

陶欣¹ 高建邦¹ 柴爽¹ 杨连峰¹

[关键词] 泌尿系肿瘤; 诊断; 治疗

doi: 10.13201/j.issn.1001-1420.2015.05.029

[中图分类号] R737 [文献标识码] D

患者,男,66岁。既往2010年11月在我院因左侧肾盂癌、膀胱癌(术前泌尿系CT检查提示左侧肾盂癌,膀胱占位病变;膀胱镜检取病变组织做病理检查为高级别乳头状尿路上皮癌),行左侧输尿管切除、膀胱袖套式切除术(术后病理检查为肾盂、输尿管、膀胱高级别乳头状尿路上皮癌)。2012年2月因膀胱癌复发行根治性膀胱全切、去带乙状结肠原位新膀胱术(术前及术后病理检查为高级别尿路上皮癌)。2012年10月因尿道肿物行后尿道肿物钬激光切除术(术后病理检查为高级别尿路上皮癌)。2012年12月因尿道癌复发、右侧肠-输尿管吻合口狭窄行后尿道肿物钬激光切除术(术前病理检查为高级别尿路上皮癌)及顺行右侧肠-输尿管吻合口狭窄段球囊扩张、输尿管支架置入术。2013年6月因尿道癌复发行全尿道切除、肠膀胱部分切除、代肠膀胱术(术前及术后病理检查均为高级别尿路上皮癌)。2013年11月因间断无痛性肉眼血尿1个月入院,泌尿系CT平扫及增强扫描示右侧肾盂及输尿管壁广泛增厚,诊断为右侧肾盂癌、右侧输尿管癌。患者及家属放弃治疗。

讨论 尿路上皮肿瘤具有同时或异时多中心发生的特点,在尿路上皮的任何部位均可发生。1975年,Wallace就明确提出全尿路上皮肿瘤的概念。国内由顾方六提出尿路上皮多器官癌的概念,其指以肾、输尿管成对器官之一作为单位计算,当2个或2个以上器官同时或先后发生的尿路上皮肿瘤。本文提出的全尿路上皮癌是指肾盂、输尿管、膀胱和尿道同时或先后发生的尿路细胞癌,是尿路上皮多器官癌的一种类型,十分罕见。

对于如何界定同时性及异时性,Crocetti等(1998年)提出2个月内出现的同一类型肿瘤为同时性肿瘤,而超过这个时间就为异时性肿瘤。对于全尿路上皮癌,发生部位多,通过临床回顾,本例患者各器官发生间断时间均>2个月,所以应为异时性全尿路上皮癌。检索未发现全尿路上皮癌的文献报道,故发生率我们只能根据尿路上皮多器官癌进行分析,顾方六报道的1213例尿路上皮性肿瘤中,113例属于多器官癌,发生率为9.32%。Miy-

ake等统计尿路上皮多器官肿瘤占尿路上皮肿瘤的2.4%~6.9%。我院近十年共收治257例尿路上皮癌患者,发生尿路上皮多器官癌的概率为2.9%(7/257),发生全尿路上皮癌的概率为0.39%(1/257)。对于同时两个器官或部位发生的概率,同时发生率为2.0%~7.9%。与上尿路上皮多器官癌总的发生率并没有明显差异,可见尿路上皮多器官癌以同时性多见。但是我们认为全尿路上皮癌的发生与尿路上皮癌的治疗方法、术后放化疗、术后随访、患者生存时间有很大的相关性。对于以同时性占主要的尿路上皮多器官癌,治疗难度大,患者创伤大,肿瘤恶性程度高,对于发生全尿路上皮癌的概率大大降低;相反,异时性尿路上皮多器官癌发展为全尿路上皮癌的可能性大大提高。

对于部位的研究,膀胱癌虽然为泌尿系统最常见的肿瘤,但是同时伴有其他器官出现肿瘤的概率,如肾盂、输尿管和尿道则远高于膀胱。冷江涌等(1994年)的研究表明,有其他器官出现肿瘤的概率依次为:肾盂38.23%、输尿管73.68%、尿道4.40%、膀胱仅为4.56%。李慧长等(1995年)的研究发现各部位发生多器官癌的概率:肾盂为37.50%,输尿管为75.00%,膀胱为8.26%,尿道为66.67%。可见,在输尿管、尿道及肾盂发生尿路上皮癌时,更应注意全尿路上皮癌的发生。通过本例的临床资料回顾,全尿路上皮癌的临床表现为血尿,以肉眼血尿多见,诊断主要依靠影像学检查及膀胱镜检查。无症状下的定期复查也是发现全尿路上皮癌的重要手段。尿路超声、尿路造影(IVP和逆行尿路造影)、CTU及膀胱镜检查对发现尿路同部位同时存在的尿路上皮肿瘤有帮助;对于IVP不显影者,CTU是首选检查方法。为避免对肾盂、输尿管、膀胱癌的误诊,建议将IVU作为必查项目。增强CT是尿路上皮肿瘤的诊断及术前分期常用检查。对于尿路上皮细胞癌,不论原发病灶是肾盂、输尿管、尿道还是膀胱。手术后进行复查时均应注意尿路上皮系统其他器官情况。对全尿路上皮癌的治疗方法,与尿路上皮癌的治疗并没有差异,根据患者身体状况,还是以手术为主,可以辅以一些放化疗及生物治疗。

¹解放军第208医院泌尿外科

通信作者:高建邦,E-mail: gaojb208@sina.cn