

• 病例报告 •

原发性肾盂乳头状腺癌 1 例

王涛¹ 郭启振¹

【关键词】 肾盂乳头状腺癌;半侧泌尿系切除术;无痛性间断肉眼血尿

doi:10.13201/j.issn.1001-1420.2018.08.020

【中图分类号】 R737.11 【文献标识码】 D

患者,女,27岁,间断无痛性全程肉眼血尿7d,以左肾占位性病变为初诊断于2017年8月15日收治入院,入院7d前无诱因出现无痛性间断全程肉眼血尿。就诊于当地医院,行泌尿系彩超检查,提示左肾低回声包块。无发热,无尿频、尿急、尿痛,无外伤史。查体:双肾区、双输尿管走行区及膀胱区无压痛及包块。实验室检查:尿常规红细胞11.78/ μl ,白细胞0.72/ μl 。泌尿系增强CT提示(图1~3):左侧肾实质内见软组织密度影,向肾窦内突出,大小约3.3cm×3.1cm×3.4cm,增强扫描明显强化,稍不均匀,排泄期可见集尿系形态欠规整,下组肾盏内见充盈缺损,上、下组肾盏略宽。腹膜后见肿大淋巴结。左肾轻度积水。肾动态现象提示:双肾GFR值正常,功能基本正常。膀胱镜

示:进镜顺利,膀胱内景混,双侧输尿管管口可及,喷尿蠕动正常,未见喷血,膀胱内未见明确瘘口,膀胱内未见结石及占位性病变。初步诊断为左肾盂占位。经全科讨论后行腹腔镜左侧肾、输尿管及部分膀胱切除术。术中完整游离肾脏并切除,将左肾剖开见肾盏内菜花样占位,术中冷冻,回报恶性(考虑乳头状腺癌),进一步切除输尿管及部分膀胱。术后病理报告,大体示(图4):左肾组织10cm×6cm×5cm,已剖开,肾盂内见肿物直径4cm,黄白,质软,菜花样,局部肾皮质变薄,似受侵。镜下示(图5):癌细胞排列呈乳头状,局灶浸润肾实质。免疫组织化学示:CK(+);CK7(+);CK20(-);P63(-);EMA(+);Gata-3(-);CD56(+);Syn(-);CgA(-);RCC(-);CD10(-);Ki-67(20%+)。

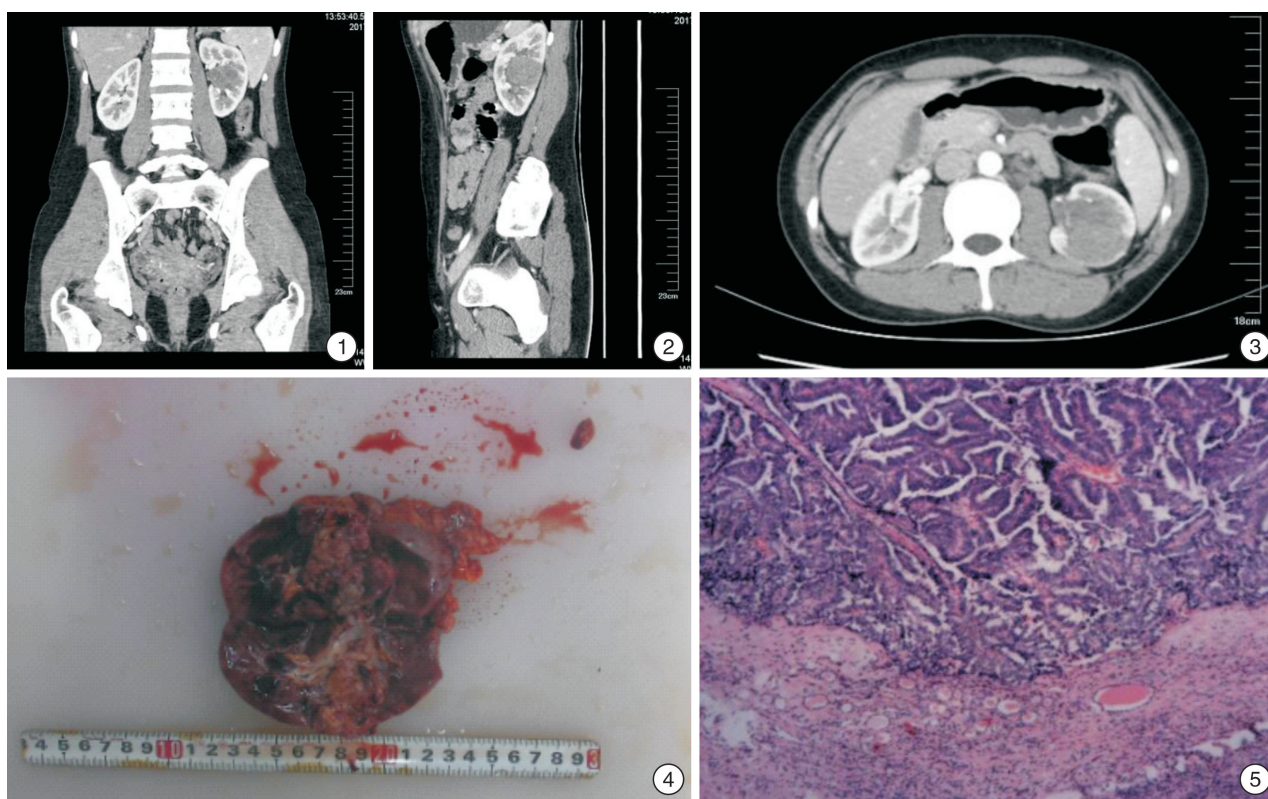


图1~3 泌尿系增强CT图像;图4 大体标本;图5 组织病理图

¹ 中国医科大学附属盛京医院泌尿外科(沈阳,110004)

通信作者:郭启振,E-mail:guoqizhen@126.com

病理诊断:(左)肾盂乳头状腺癌,输尿管断端、部分输尿管及部分膀胱未见癌。患者术后一般情况良好,切口痊愈出院,随访 3 个月未见进展。

讨论 肾盂癌在临床上发病率较低,约占肾肿瘤总数的 10%,大多为移行细胞癌,少数为鳞癌和腺癌。肾盂腺癌占肾盂癌的比例低于 1%^[1],病理组织学上根据形态特征腺癌可分为绒毛管状(71.5%)、黏液性(21.5%)和乳头状(7%)3 种亚型^[2],所以肾盂乳头状腺癌在临床上极为罕见。经检索中国知网、万方、PubMed 等数据库,至今国内外共发表 11 篇相关报道,其中中文文献 2 篇,共 11 例患者,其中男 7 例,女 4 例,年龄 11.5~75 岁。

多数肾盂腺癌合并肾结石或其他泌尿系结石病史。因此,泌尿系结石可能是肾盂腺癌的发病危险因素之一,但也有报道指出,结石的形成可能与肿瘤细胞分泌的糖蛋白有关,这些糖蛋白可以与尿液中的无机离子结合,其复合物可诱发结石的形成^[3]。还有研究认为,肾盂腺癌的发病可能与长期炎症刺激(结石和反复感染等)相关,长期炎症刺激会导致尿路上皮腺性化生,发生腺性或囊性肾盂炎^[4]。肾积水也被认为是其发病原因之一,但其具体的发病机制目前尚未明确。Hvidt 等^[5]指出大部分肾盂腺癌是单发的,但 30%是多发的,其中输尿管同时含有癌组织占 26%,膀胱中占 4%。这些表明肾盂和输尿管的化生性肿瘤遵循相同的生物行为模式。

患者多以无痛性肉眼血尿为首发症状,早期多以泌尿系超声和 CT 初步诊断,但因缺乏特异性表现,仍多以术后病理为确诊依据。术前鉴别诊断时,主要应与肾实质乳头状腺癌和肾盂移行细胞癌相鉴别。部分报道指出肾盂乳头状腺癌患者血液中 CEA、CA199、CA125 高表达,经手术治疗后可显著下降^[6],因此,CEA、CA199、CA125 在血液中的含量对肾盂乳头状腺癌的诊断有一定帮助。

由于肾盂癌具有多中心和易种植的特性,肾盂癌常伴有泌尿系统多器官肿瘤发生,肾盂癌未全切除输尿管者复发输尿管残端癌的概率为 40%~84%^[7],因此在治疗上,应以“肾输尿管及部分膀胱切除术”为标准的手术方式,以预防输尿管残端癌或膀胱癌的发生。术后应定期复查膀胱镜,以早期发现膀胱内种植性的癌变。本例患者于我院行左肾、输尿管及部分膀胱切除术,手术顺利,术后恢复较佳。考虑肿瘤性质较恶,存在转移风险,故术后辅助以化疗及靶向药物联合治疗,以改善预后。

大多数肾盂腺癌是高级别的,有广泛浸润,预

后很差。肾盂乳头状腺癌极易发生转移,其机制大致分为以下 4 类:①淋巴途径扩散;②经黏膜直接扩散;③多中心病灶;④种植转移。术中肿瘤破裂播散及手术切除范围不够是其转移的主要原因,因而术中避免肿瘤破裂外溢及手术方式的正确选择尤为重要。本例患者术后随访 3 个月,患者状态佳,且未见远处转移。由于随访时间过短,仅 3 个月,需长期随访,以便对手术效果作进一步评估。

综上所述,肾盂乳头状腺癌十分罕见,国内外仅有少量文献报道。肾盂乳头状腺癌的发病机制可能与泌尿系结石、慢性肾盂肾炎和肾积水相关,但仍需进一步研究。其术前初步诊断主要依靠泌尿系增强 CT 的影像学表现,且需与肾实质乳头状腺癌和肾盂移行细胞癌相鉴别。肾盂乳头状腺癌确诊依靠术后病理,常可在镜下观察到乳头状的癌细胞。治疗应以手术为主,即肾输尿管及部分膀胱切除术,术后应警惕膀胱种植性癌变,可联合化疗及相应靶向药物进行辅助治疗,预后较差。肾盂乳头状腺癌目前仍需进一步研究,以明确其发病机制及转移机制。相信随着分子生物学水平的发展,有望发现肾盂乳头状腺癌的特异性治疗靶点,进而研制出对应的靶向药物来有效的治疗该疾病。

[参考文献]

- 1 Raphael V, Sailo S, Bhuyan A, et al. Mucinous adenocarcinoma of the renal pelvis with adenocarcinoma in situ of the ureter[J]. Urol Ann, 2013, 3(3):164-166.
- 2 Xambre L, Cerqueira M, Cardoso A, et al. Primary mucinous adenocarcinoma of the renal pelvis-adicional case report[J]. Actas Urol Esp, 2009, 33(2):200-204.
- 3 Liwnicz B H, Lepow H, Schutte H, et al. Mucinous adenocarcinoma of the renal pelvis: discussion of possible pathogenesis[J]. J Urol, 1975, 114(2):306-310.
- 4 那彦群, 郭震华. 实用泌尿外科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2013:153-156.
- 5 Hvidt V, Feldt-Rasmussen K. Primary tumours in the renal pelvis and ureter with particular attention to the diagnostic problems[J]. Acta Chir Scand Suppl, 1973, 433:91-101.
- 6 Onishi T, Franco O E, Shibahara T, et al. Papillary adenocarcinoma of the renal pelvis and ureter producing carcinoembryonic antigen, carbohydrate antigen 19-9 and carbohydrate antigen 125[J]. Int J Urol, 2005, 12(2):214-216.
- 7 吴阶平. 泌尿外科[M]. 济南:山东科学技术出版社, 1993:441-456.

(收稿日期:2017-11-11)