

黄色肉芽肿性肾盂肾炎 1 例

张能¹ 苏鹏¹ 苗向阳¹ 罗旭¹

[关键词] 黄色肉芽肿性肾盂肾炎;肾癌;超声造影;CT;组织病理

doi:10.13201/j.issn.1001-1420.2018.11.020

[中图分类号] R692.3 [文献标识码] D

患者,女,54岁,因“右腰部胀痛不适1个月余,加重1周”就诊入院,于2016年12月5日就诊。病程中无发热、寒战,无盗汗及潮热,无膀胱刺激症状及血尿。在外输液治疗后症状减轻,1周前再次发作,治疗无效。6年前因第2腰椎骨折行手术治疗,住院期间曾诊断为2型糖尿病。否认“结核”等传染病史。入院时查体:HR 104次/min,余生命体征正常。神志及意识正常、查体配合,体型稍消瘦,心、肺未查见异常。腹平坦,右侧上腹部未见局部异常凸起,肝脾均未扪及。双肾区未扪及异常包块、双侧输尿管上段及中段压痛点未见异常,右腰部中度叩痛,左肾区叩诊阴性。移动性浊音阴性,肠鸣音4次/min。尿常规检查:BLD 3+,WBC 62/HF,RBC 140/HF;尿液细菌培养+药敏结果显示:大肠埃希氏杆菌,对喹诺酮、半合成青霉素及头孢类抗菌素均敏感。肾脏CT平扫+增强提示:右侧肾脏增大,以右肾上极病变严重,肾脏实质破坏,右肾功能降低,考虑右肾癌可能(图1)。泌尿系超声造影:常规超声显示右肾上极见大小约72 mm×76 mm不均质团块,其间有不规则液性暗区,局部薄膜向外突出,周围肾脏受到压迫,CDFI:肿块内血流丰富(图2A),注入造影剂后皮质期及髓质期呈不均匀等增强(图2B)、消退期呈不均匀低增强(图2C)。考虑右肾癌可能,黄色肉芽肿性肾盂肾炎(xanthogranulomatous pyelonephritis, XGP)不能排除。于2016年12月16日在全身麻醉下行经腹右肾根治性切除术,术中探查见右肾周脂肪囊明显水肿、增厚,与腰大肌粘连,腹侧肾脏脂肪囊与结肠及十二指肠间隙存在,完整切除右侧肾脏,上极肿瘤大小约80 mm×75 mm,肾脏表面呈结节状,肾脏正常结构破坏。术后恢复良好,无切口感染等异常。镜下检查:肾组织结构破坏,许多泡沫巨噬细胞、中性粒细胞、淋巴细胞、浆细胞等构成橙黄色病变组织(图3A)。肾间质见纤维组织增生和坏死碎屑,肾小球纤维化。病理诊断:(右肾)XGP;免疫组化显示:P-CK(-),EMA(-),Vimentin(++),CK7(-),CD117(-),见图3B、C。

讨论 XGP是由于尿路梗阻、肾脏反复感染

以及炎性疾病造成的慢性肾盂肾炎,其中一部分患者常合并糖尿病^[1]。XGP发病率极低,不到感染性肾病的1%^[2],属于特殊类型的慢性肾盂肾炎。该疾病起病隐匿,中晚期出现并发症常为就诊的首要症状,严重者可发生肾脏-结肠瘘^[3]。腰部肿块、腰痛、贫血、发热等是常见症状,其余临床表现与慢性肾盂肾炎无差异。CT等影像学资料也无特异性,局灶性XGP极易误诊为肾癌,弥漫性病变则很难与肾结核鉴别^[4~6];黄色瘤细胞样肉芽肿及泡沫细胞是XGP特征性病理改变。全世界范围内,XGP约占肾盂肾炎病例数的1%^[7],对于这样的病例需通过组织病理明确诊断。流行病学资料显示,XGP好发于年龄>40岁女性,常见于合并糖尿病、免疫功能低下以及脂质代谢异常的患者^[1]。本例患者右侧腰部疼痛是其就诊的唯一症状,国内有学者曾报道1例腰痛伴小便前后有淡黄色脓鼻涕样黏液自尿道排出的病例^[8]。XGP术前明确诊断很困难,确诊率5%~27%^[9];类似报道显示XGP患者术前均未能明确诊断^[10]。泌尿系超声及CT是敏感性最高的诊断方法,术前影像学检查具有重要的诊断意义^[11],往往需要术后组织病理学确诊;影像学检查多诊断为肾结核、肾肿瘤,快速冰冻切片通常易误诊为透明细胞癌。本报道病例,术前临床表现不能提供有效的诊断依据,CT检查诊断为右肾癌,术前泌尿系超声造影检查亦以右肾癌为第一诊断,但提出了XGP可能。由于XGP病例数少、诊治的经验欠缺,未深入结合患者有2型糖尿病病史、尿培养阳性(大肠埃希氏杆菌),以及超声造影结果进一步分析而做出正确的诊断,以右肾癌行根治性切除术。

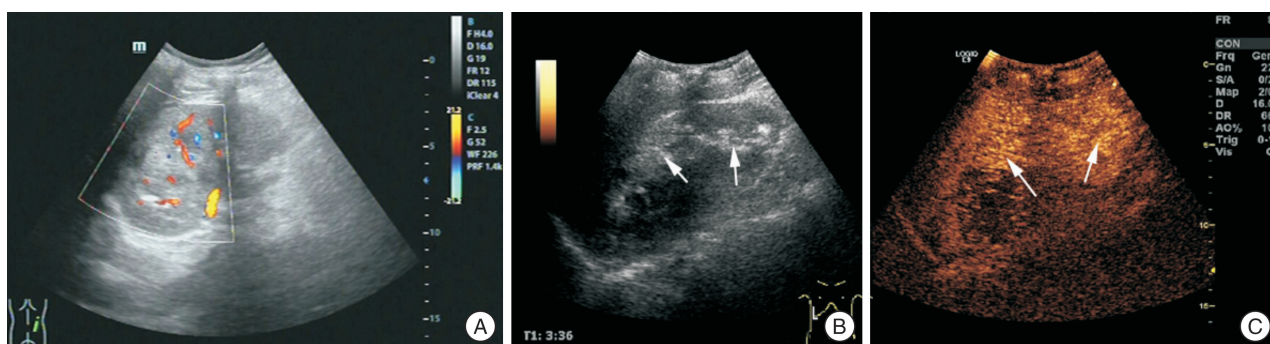
尽管通常情况下XGP仅局限于感染的肾脏内,偶尔也会突破到周围组织。根据病变突出到周围程度将其分为以下3期:I期(肾内):局限于肾实质内;II期(肾脏及肾周):疾病累及相邻的结构,或者后腹膜。疾病进展累及肾实质及肾脏周围脂肪;III期:与XGP相关的瘘管形成,已经有皮肤瘘管、支气管、腰大肌以及肠道内瘘形成的报道^[12,13]。根据术前肾脏CT检查显示右肾上极背侧见局限性新生包块,边界不清,肾周筋膜增厚与右侧腰大肌间隙消失及术中发现右肾周脂肪囊明显水肿、

¹遵义医学院附属医院泌尿外科(贵州遵义,563003)
通信作者:罗旭,E-mail:2261759240@qq.com



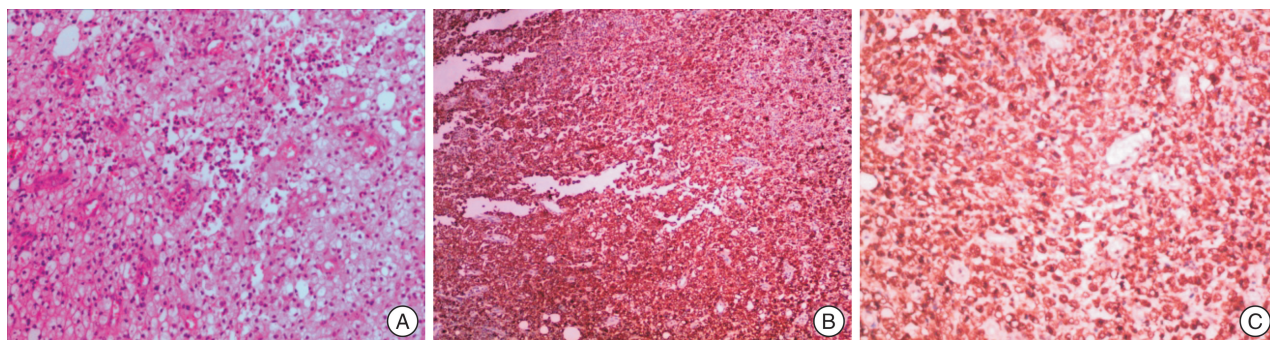
右肾上极背侧局限性新生包块(箭头处),边界不清,周围筋膜增厚与右侧腰大肌粘连明显。A:肾脏 CT 平扫结果;B、C:增强扫描动静脉期征象,肿块压迫右侧肾脏组织,内部结构紊乱,存在血流、轻度强化。

图 1 肾脏 CT 检查结果



A:常规超声探测显示不均质团块,其间有不规则液性暗区,局部薄膜向外突出,周围肾脏受到压迫;B:皮质期及髓质期呈不均匀等增强(箭头所示);C:肾实质消退期呈不均匀低增强(箭头所示)。

图 2 右肾超声造影结果



A:皮质、髓质结构破坏,见大量泡沫样巨噬细胞,伴有大量淋巴细胞、浆细胞浸润(HE×200);B、C:免疫组化结果显示,vimentin++(B:×100;C:×200)。

图 3 右肾切除术后病理结果

增厚,与腰大肌粘连,因此该患者属于Ⅱ期病变。

虽然 XGP 可以找到细菌,大肠埃希氏菌及变形杆菌是最常见的致病原^[14],但使用抗菌药物治疗几乎无效果。本案例中患者尿常规 WBC62/HF,尿液培养明确发现大肠埃希氏菌,对多种抗菌素敏感,抗感染治疗 10 d,虽未进行影像学复查,但从术中探查的情况认为抗菌治疗效果欠佳。目前一致认为手术切除患侧肾脏是治疗 XGP 最主要的方法:①虽然大肠杆菌及变形杆菌是其常见病原

体,但规范抗感染治疗收效甚微;②术前绝大多数病例不能与肾癌等恶性病变及肾脓肿或肾结核等其他类型的感染性疾病相鉴别,需病理明确诊断决定下一步治疗方案。根据病变的范围及对侧肾脏功能状态,可行肾脏全切或者部分切除术,一些研究表明腹腔镜肾切除术也是一个可行的选择^[15~17],尤其对于Ⅰ期病变,且对侧肾脏功能欠佳者该治疗方式是最佳选择。对于双侧肾功能均有病变者,倾向于 XGP 侧可行肾脏造口充分引流并

使用敏感抗菌素治疗可痊愈。本研究报道的病例术前 CT 增强显示患侧肾脏无功能,并且结合超声造影结果考虑为肾癌,故行右侧肾脏切除术。术后随诊半年恢复良好,肾功能指标正常。通过本文报道 1 例局限性 XGP 患者的临床表现、CT 及超声造影、病理变化特征等重要诊断及治疗经过,并结合文献进行回顾性分析,旨在为医生进一步提高对 XGP 这一罕见疾病的认识。

[参考文献]

- 1 Addison B, Zargar H, Lilic N, et al. Analysis of 35 cases of Xanthogranulomatous pyelonephritis [J]. ANZ J Surg, 2015, 85(3): 150—153.
 - 2 Siddappa S, Ramprasad K, Muddegowda M K. Xanthogranulomatous pyelonephritis: a retrospective review of 16 cases [J]. Korean J Urol, 2011, 52(6): 421—424.
 - 3 McDermott R L, Dowling C M, Alsinnawi M, et al. Incidental renocolic fistula with xanthogranulomatous pyelonephritis [J]. Int J Surg Case Rep, 2013, 4(2): 222—224.
 - 4 Korkes F, Favoretto R L, Broglio M, et al. Xanthogranulomatous pyelonephritis: clinical experience with 41 cases [J]. Urology, 2008, 71(2): 178—180.
 - 5 Kuo C C, Wu C F, Huang C C, et al. Xanthogranulomatous pyelonephritis: critical analysis of 30 patients [J]. Int Urol Nephrol, 2011, 43(1): 15—22.
 - 6 丁银满, 王正权, 胡志华, 等. 黄色肉芽肿性肾盂肾炎 3 例误诊分析并文献复习 [J]. 中华全科医学, 2011, 9(1): 157—158.
 - 7 Siddappa S, Ramprasad K, Muddegowda M K. Xanthogranulomatous pyelonephritis: a retrospective review of 16 cases [J]. Korean J Urol, 2011, 52(6): 421—424.
 - 8 李侠, 杨守京, 王映梅, 等. 透明细胞癌样形态的黄色肉芽肿性肾盂肾炎 1 例报道及文献回顾 [J]. 现代肿瘤学, 2013, 21(11): 2543—2545.
 - 9 黄伟华. 黄色肉芽肿性肾盂肾炎 (附 28 例报道) [J]. 中华泌尿外科杂志, 2000, 21(8): 439—441.
 - 10 王积安, 丁洪基, 张爱民, 等. 黄色肉芽肿性肾盂肾炎的诊断与治疗 (附 3 例报告) [J]. 临床泌尿外科杂志, 2002, 17(11): 634—635.
 - 11 Begum T, Huq M E, Ahmed M. Xanthogranulomatous pyelonephritis [J]. BMJ Case Rep, 2016.
 - 12 Snoj Z, Savic N, Regvat J. Late complication of a renal calculus: fistulisation to the psoas muscle, skin and bronchi [J]. Int Braz J Urol, 2015, 41(4): 808—812.
 - 13 Patil S B, Patil G S, Kundaragi V S, et al. A case of Xanthogranulomatous pyelonephritis with spontaneous renocolic fistula [J]. Turk J Urol, 2013, 39(2): 122—125.
 - 14 Chuang C K, Lai M K, Chang P L, et al. Xanthogranulomatous pyelonephritis: experience in 36 cases [J]. J Urol, 1992, 147(2): 333—336.
 - 15 Tan Y H, Siddiqui K, Preminger G M, et al. Hand-assisted laparoscopic nephrectomy for inflammatory renal conditions [J]. J Endourol, 2004, 18(8): 770—774.
 - 16 Khaira H S, Shah R B, Wolf J S Jr. Laparoscopic and open surgical nephrectomy xanthogranulomatous pyelonephritis [J]. J Endourol, 2005, 19(7): 813—817.
 - 17 F Brown J, Chamberlain J C, Roth C C. The role of laparoscopic nephrectomy in pediatric xanthogranulomatous pyelonephritis: a case report [J]. Case Rep Urol, 2013, 2013: 598950.
- (收稿日期: 2017-07-05)
-
- (上接第 933 页)
- 12 Buse S, Behnisch W, Kulozik A, et al. Primary chondrosarcoma of the kidney: case report and review of the literature [J]. Urol Int, 2009, 83(1): 116—118.
 - 13 Xu H, Shao M, Sun H, et al. Primary mesenchymal chondrosarcoma of the kidney with synchronous implant and infiltrating urothelial carcinoma of the ureter [J]. Diagn Pathol, 2012, 7: 125—125.
 - 14 Tyagi R, Kakkar N, Vasishta R K, et al. Mesenchymal chondrosarcoma of kidney [J]. Indian J Urol, 2014, 30(2): 225—227.
 - 15 Gherman V, Tomuleasa C, Bungardean C, et al. Management of renal extraskeletal mesenchymal chondrosarcoma [J]. BMC Surg, 2014, 14: 107—107.
 - 16 Chen D, Ye Z I, Wu X, et al. Primary mesenchymal chondrosarcoma with bilateral kidney invasion and calcification in renal pelvis: A case report and review of the literature [J]. Oncol Lett, 2015, 10(2): 1075—1078.
 - 17 Salehipour M, Hosseinzadeh M, Sisakhti A M, et al. Renal Extra Skeletal Mesenchymal Chondrosarcoma: A Case Report [J]. Urol Case Rep, 2017, 12: 23—25.
 - 18 Murphey M D, Walker E A, Wilson A J, et al. From the archives of the AFIP: imaging of primary chondrosarcoma: radiologic-pathologic correlation [J]. Radiographics, 2003, 23(5): 1245—1278.
 - 19 Douis H, Saifuddin A. The imaging of cartilaginous bone tumours. II. Chondrosarcoma [J]. Skeletal Radiol, 2013, 42(5): 611—626.
- (收稿日期: 2018-01-21)