

(甚至感染尿液)过早接触扩张创面,导致炎性反应,加重尿道瘢痕。

综上所述,我们体会,采用斑马导丝引导下筋膜扩张器治疗尿道下裂术后尿道狭窄,操作简单,安全性高,可反复实施达到扩张尿道、软化瘢痕的作用,临床应用疗效良好,值得推广。

参考文献

- [1] 郭宗远. 尿道下裂术后尿瘘的防治[J]. 临床小儿外科杂志, 2004, 3(4):277.
- [2] DUCKETT J W. Hypospadias[M]. In: WALSH P C, RETIC A B, STAMEY T A, eds. Campbell's urology. Sixth ed. Philadelphia: USA WB Saunders Co, 1992:1893-1916.
- [3] 陆毅群,葛琳娟,阮双岁. 尿道下裂术式选择与术后尿

道狭窄发生的相互关系[J]. 中华小儿外科杂志, 2000, 21:9-10.

- [4] SECREST C L, JORDAN G H, WINSLOW B H, et al. Repair of the complications of hypospadias surgery[J]. J Urol, 1993, 150(5 Pt 1):1415-1418.
- [5] 李振中,薛恩达,孙永锋,等. 尿道下裂术后尿道狭窄与术式选择的关系研究[J]. 临床小儿外科杂志, 2006, 5(1):11.
- [6] SCHERZ H C, KAPLAN G W, PACKER M G, et al. Post-hypospadias repair urethral stricture: A review of 30 cases[J]. J Urol, 1988, 140(5 Pt 2):1253-1255.

(收稿日期:2012-03-28)

修回日期:2012-11-08)

肾脏原始神经外胚层肿瘤 1 例

庄惠强¹ 邓超雄¹

[关键词] 肾肿瘤;原始神经外胚层肿瘤

[中图分类号] R737.11

[文献标识码] A

[文章编号] 1001-1420(2012)12-0941-01

患者,男,20岁。因“被人击伤腰部”致左腰部持续疼痛,程度轻,无向他处放射。当地医院行彩超检查提示为“左肾挫裂伤”。按肾挫裂伤治疗半个月,症状无明显好转,遂转诊我院。入院后行肾脏CT平扫+增强扫描提示左肾形态失常,中下极呈巨大囊实性占位病变,密度不均,强化不明显(图1),遂行左肾探查术。术中见左肾明显肿大,肿块位于中下极,张力高,包膜完整,与周围组织无明显粘连,腹膜后淋巴结未见明显肿大。行根治性左肾切除术。术后纵形切开肿块,囊内充满血性液体,表面见一肿物,大小为4 cm×4 cm,肿物切面烂肉样,质软,境界不清。光镜下见瘤细胞淋巴细胞样,小圆形,短梭形,胞质稀少,核染色质粗糙,呈索状或弥漫分布。免疫组织化学结果示 Vimentin(+),NSE(+),SMA(-),CK(-),Desmin(-),CD10(-),CD34(-),WT-1(-),LCA(-),CgA(弱+),Syn(弱+),CD56(+),CD99(+),Bcl-2(+),S-100(-)。术后病理诊断为(左肾)原始神经外胚层肿瘤。



图1 CT所见

讨论 原始神经外胚层肿瘤(primitive neuroectodermal tumor, PNET)是一种起源于原始神经管胚基细胞的向原始神经分化的小圆细胞恶性肿瘤,伴有不同程度的神经元、神经胶质、室管膜、髓上皮、肌细胞和黑色素细胞分化。根据发生部位分为中枢性(cPNET)和外周性(pPNET)两大类,WHO将其归为神经系统胚胎类肿瘤。

本病临床表现不具特异性,与肾癌临床表现相类似,相关实验室检查大多正常。有人报道部分病例见到LDH和NSE(神经元特异性烯醇酶)升高。本例患者表现为腰痛,无血尿等表现,实验室检查生化全套未见异常。NSE未查。CT、胸片、彩超未见其它脏器转移。

由于本病的症状、体征及影像学表现均不具有特异性,诊断取决于组织病理学,且必须依靠免疫组织化学或电镜检查。临床上凡属由原始小细胞构成的分化较差的肿瘤,均应考虑PNET的可能并仔细寻找神经分化的蛛丝马迹。

对于PNET的治疗,目前认为有效的治疗方法为包括手术、化疗和放疗的综合治疗。手术切除是综合治疗方案中最重要的治疗方式,化疗联合局部治疗完全缓解率高达95%。临床应用较有效的化疗方案为“ADM+VCR+CTX”方案与“IFO+Vp-16”方案每3周交替。

(收稿日期:2012-08-15)

¹解放军第180医院泌尿外科(福建泉州,362000)
通信作者:庄惠强, E-mail: zhqfj@126.com