

重复肾合并多房囊性肾癌 1 例报道

罗成君, 张盼, 孙懿, 刘建洪, 黄宇

(绵阳市第三人民医院/四川省精神卫生中心泌尿外科, 四川 绵阳 621000)

关键词: 重复肾; 肾肿瘤; 囊性肾癌

中图分类号: R737.11

文献标识码: B

DOI: 10.3969/j.issn.1006-1959.2020.24.059

文章编号: 1006-1959(2020)24-0191-02

1 临床资料

患者, 女, 29 岁, 因“反复左侧腰痛 6 年, 全程无痛性肉眼血尿 3 天”于 2017 年 11 月 9 日就诊于四川省绵阳市第三人民医院。患者既往体健, 无特殊病史入院。入院查体: 生命体征平稳, 双侧肾区无叩痛, 双侧输尿管走行区无压痛, 膀胱区无压痛。实验室检查: 血常规示血红蛋白 108 g/L; 尿常规示白细胞 27.6 个/ μl , 红细胞 15110 个/ μl ; 多次尿液基细胞学示未见恶性肿瘤细胞。彩超提示: 左肾形态失常, 体积增大, 重复肾畸形, 上、下肾之间查见一混合性回声包块, 以实性稍增强回声为主, 内可见不规则无回声区, 形态规则, 边界清楚(图 1)。CTU 示: 左侧重复肾, 左侧重复肾交界区见一囊实性肿块影, 密度不均匀, 见斑片状稍低密度影及条片状稍高密度影, 肿块突向肾外, 边界尚清, 大小约 7.9 cm \times 6.3 cm \times 7.6 cm, 增强扫描见实性部分呈逐渐不均匀强化, 左肾集合系统稍受压, 考虑左肾肿瘤伴出血及囊变或坏死, 黄色肉芽肿等其他性质待排(图 2)。双肾 ECT 示: 双肾小球滤过率正常。肝肾功、电解质、凝血功能、降钙

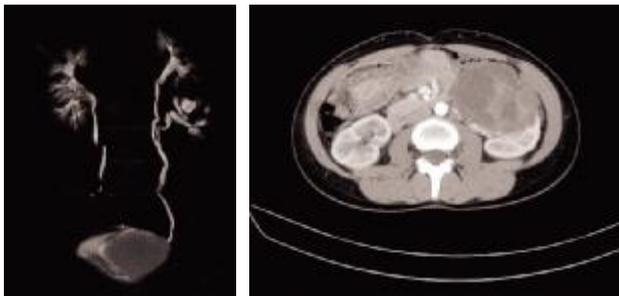


图 2 左肾 CTU 图

素原、胸片等未见明显异常。初步诊断: ①左肾囊性占位待查: 囊性肾癌? ②左侧重复肾畸形。完善术前检查后, 在全麻下行“开放左肾根治性切除术”, 手术顺利, 无大出血、脏器损伤等严重并发症。术后切开标本可见肿瘤内多个囊性分隔及坏死组织, 伴中量血凝块。术后病检示: 多房囊性肾细胞癌, 透明细胞型, 输尿管断端及肾周脂肪组织未见癌浸润(图 3)。免疫组化示: RCC(+), CD10(+), Vimentin(+), EMA 灶(+), PAX8(+), CK7(-), S100(-), CK8/18(-), CD31 血管(+), P53(-), Ki-67(+). 术后随访 1 年未见肿瘤复发及转移征象。



图 1 左肾彩超图

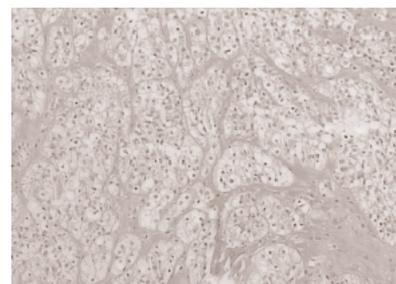


图 3 病理图(HE \times 100 倍)

2 讨论

多房囊性肾细胞癌(multilocular cystic renal cell carcinoma, MCRCC)是肾癌中的一种亚型, 约占所有肾脏肿瘤的 1%~2%^[1], 需与肾囊肿、多房囊性肾瘤、肾癌囊性变等肾脏囊性病变相鉴别。2004 年 WHO 肾脏肿瘤组织学分类将其列为肾癌的一个独立类型, 病理诊断标准是肿瘤呈多房囊性, 囊内衬覆单层上皮, 囊腔间隔由纤维组织构成, 可见被覆的有轻度异型的透明细胞, 通常核 Fuhrman 分级 1 级^[2]。重复肾畸形是泌尿外科少见的先天性畸形之一, 发病率

约 0.7%~0.8%, 女性是男性的 2 倍, 单侧者是双侧者的 6 倍^[3]。成年人常常无临床症状, 多数因并发感染、结石或积水后出现发热、腰痛及腹部包块等症状就诊。

重复肾合并多房囊性肿瘤病例临床非常罕见, 该病临床起病隐匿, 大多数患者无临床症状及体征。本病例患者出现腰痛、血尿症状, 考虑与肿瘤体积较大及肿瘤侵及集合系统所致可能性大。重复肾合并囊性肿瘤的确诊有一定的难度, 需结合彩超、尿路造影、MRI、CT 等检查协助诊断。泌尿系彩超检查作为一种经济、无创、方便检查, 是本病早期首选的诊断方法。该类患者肿瘤通常彩超表现为圆形或椭圆

作者简介: 罗成君(1989.10-), 男, 四川阆中人, 硕士, 主治医师, 主要从事泌尿系肿瘤的研究工作

形占位性病灶,边界清晰,多为低回声或等回声团块,肿块内出现出血、坏死、纤维化改变时可表现为高或强回声为主的不均质实性占位^[4]。CT 尿路重建技术(CTU)对重复肾和肾肿瘤检出敏感性极高,可在肾脏 CT 检查时同时显示肾实质病灶及尿路情况。CT 平扫表现为肿瘤呈均匀低密度或稍低密度、以液性密度为主的混杂密度肿块,肿瘤呈混杂密度可能与囊内的碎屑、絮状物及血凝块有关,少数呈均匀稍高密度,可能与肿瘤内部出血有关,其中体积小于 3 cm 囊性肾癌密度一般较均匀,体积大于 3 cm 囊性肾癌密度多不均匀,可能与肿瘤出血、坏死、囊变有关^[5]。CT 增强肿瘤表现为“分房状”、“蜂窝状”或“花瓣状”,肿瘤囊性部分无明显强化;CT 动态增强扫描可充分反映病灶的血供情况和病理特征,对囊性肾癌的诊断和鉴别诊断具有一定的价值。

该病的治疗首选手术,目前认为病变直径小于 4 cm,且影像学检查没有肿瘤明显周围浸润,首先应考虑行保留肾单位手术,由于腹腔镜手术具有痛苦少、切口小、住院时间短、术后恢复快等诸多优势,故首选腹腔镜下保留肾单位手术。但结合本例患者临床资料,考虑肿瘤较大、瘤体存在周围组织粘连可能,为避免肿瘤残留及术后肾脏漏尿、尿性囊肿

的发生,慎重选择开放肾癌根治手术。对于囊性肾癌,多数临床报道预后良好,分析囊性肾癌预后良好原因可能与患者多为偶发癌,肿瘤分期与病理分级低,肿瘤局限在囊腔内,生长缓慢,浸润、转移机会较少有关,但目前尚缺乏对重复肾合并囊性肾癌的预后相关因素系统分析。

总之,重复肾合并多房囊性肾癌是临床上罕见病例,临床上极易误诊,诊断上具有一定难度,需结合病史、彩超、CTU 等检查鉴别诊断。早期诊断和早期手术是提高患者生存率的关键。

参考文献:

[1]喻希,高磊,谢森,等.多房性囊性肾细胞癌病例报告及文献复习[J].现代泌尿生殖肿瘤杂志,2018,10(3):129-131.
 [2]马建辉,郑闪,吕宁.2004 年 WHO 肾细胞癌的病理分类和诊断标准[J].现代泌尿外科杂志,2008,13(1):65-69.
 [3]李聪,张琦,陈友根,等.左重复肾重复输尿管畸形合并重复肾及输尿管重度积水 1 例报告 [J]. 泌尿外科杂志 (电子版),2018(3):61-64.
 [4]周炫辰,夏庆华.重复肾并肾肿瘤并 3 例报告并文献复习[J].现代泌尿外科杂志,2013,2(1):158-161.
 [5]王珊,仲从兵,刘红.重复肾及合并畸形的超声诊断[J].现代医用影像学,2017(5):1413-1414.

收稿日期:2019-09-19;修回日期:2019-10-17
 编辑/刘欢