

肾盂旁囊肿的后腹腔镜的治疗

肖 辉,季金峰,曾显奎,王雪强,焦常宝

(滁州市第一人民医院泌尿外科,安徽 滁州 239001)

[摘要] 目的:探讨肾盂旁囊肿的诊断及治疗方法。方法:回顾分析比较 16 例肾盂旁囊肿的 B 超、CT(平扫+增强)等检查方法与腹腔镜在肾盂旁囊肿手术中的应用。结果:16 例患者中通过 CT(平扫+增强)检查均明确诊断,14 例腹腔镜手术成功,2 例因出血而改开放手术。腹腔镜手术时间为 30~70 min,平均 50 min;出血 20~80 ml,平均 40 ml,2 例因损伤副肾血管而改开放,腹腔镜手术者住院时间为 5~8 d,平均 7 d,10 例获随访 6~12 个月,无复发。结论:后腹腔镜手术是治疗肾盂旁囊肿首选治疗方法。CT 是诊断肾盂旁囊肿最有效的方法,尤其增强 CT 肾盂相三维成像图,是防止损伤肾盂及肾血管的最有效检查方法。后腹腔镜手术是治疗肾盂旁囊肿疗效好、创伤小、出血少、恢复快的方法,可以成为治疗肾盂旁囊肿手术金标准。

[关键词] 肾盂旁囊肿;后腹腔镜手术;治疗

[中图分类号] R737.11

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2013)06-856-03

doi:10.7655/NYDXBNS20130633

肾脏囊肿是指在肾脏出现含有囊性液体的一组疾病分类,可以是单发,也可以是多发,其中单发性肾囊肿约占 70%左右,而肾盂旁囊肿是肾囊肿的一种特殊类型,发生在邻近肾盂或肾蒂内,约占肾囊肿 5%左右^[1],对肾脏的功能影响较大,在临床上应引起重视,2004 年 6 月~2012 年 10 月本院共收治 16 例肾盂旁囊肿病例,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象

本组 16 例,男 9 例,女 7 例,年龄 42~74 岁,平均 58.6 岁,囊肿直径 5~10 cm,左侧 6 例,右侧 10 例,均有不同程度腰部隐痛,6 例伴有高血压病,无肉眼血尿及尿路刺激症状,患者肾功能均正常,先行泌尿系 B 超检查发现,部分诊断为肾积水。所有病例术前均行双肾 CT 平扫+增强,及肾盂相三维成像图。

1.2 方法

本组中 14 例通过彩超及 CT 检查,均延迟显示肾盂相三维成像图,显示肾盂及输尿管内有造影剂通过而肾盂旁囊性包块内无造影剂,形成明显对比,明确囊肿与肾盂关系,肾盂均有不同程度受压变形、移位,肾组织受压明显,一例造成肾盂肾盏重度积水。同时提示囊肿与肾脏血管的位置关系。4 例囊肿位于肾盂上方,其余均位于下方,均紧贴肾血管,所有病例术前明确诊断。

采用后腹腔镜下标准三孔法,游离腹膜后脂肪,不需要切开肾周筋膜,在肾周筋膜与腰大肌之间缘相对无血管区分离,可见网状结构,按照肾癌腹腔镜手术分离方法,分离背侧到肾脏中极肾门处,即发现蓝色囊壁,使用电凝勾或超声刀锐性分离,保持术野清楚,分离到肾囊肿时,先分离囊肿表面及周围的脂肪,部分病例可以见到搏动的肾血管,用分离钳把肾血管及其周围组织整体挑起,紧贴囊肿仔细分离,周围有小血管予以电凝,在远离肾盂侧,尽量多分离出囊壁,紧贴肾盂侧不能过分分离,防止损伤肾盂;在明显处尽量多切除囊壁,注意勿损伤肾盂;在离肾盂及血管最远处,用 2~3 枚钛夹夹住折叠之残壁,防止复发,紧贴肾盂处禁止用钛夹,切忌误夹肾盂。术中均留置引流管 1 根。早期分离囊肿时,2 例因副肾血管损伤出血较多而改行开放手术。

2 结果

本组 16 例患者除 2 例因出血而改开放手术外,其余 14 例均行后腹腔镜手术,腹腔镜手术时间为 30~70 min。平均 50 min;腔镜下出血 10~60 ml 平均 30 ml,术中常规留置引流管,术后 2~3 d 后引流量低于 10 ml 即拔除。无 1 例出现漏尿,住院时间 5~8 d,平均 7 d,术后腰部疼痛均缓解。6 例高血压患者中,4 例高血压患者血压恢复正常,术后病理诊断为:纤维囊壁组织,符合单纯性肾囊肿。10 例患者获随访,肾积水明显好转,无复发。

3 讨 论

目前国际上认为肾盂旁囊肿是一类非遗传性肾囊性病变,多同时伴有肝囊肿,根据形态解剖学及病理分为肾周围囊肿和肾窦囊肿。Amis 等^[2]将起源于肾窦的囊肿称为肾盂周围囊肿,起源于肾盂外,侵入肾窦的囊肿称为肾盂旁囊肿;但在临床实际中很难明确将两种分开,一般均统称为肾盂旁囊肿,发病机制均为因先天发育异常或后天性肾内梗阻形成,不与肾盂相通,对肾脏实质压迫损害程度明显大于肾实质单纯性囊肿,同时易引起肾盂肾盏积水,压迫肾血管导致高血压等。肾囊肿多为良性疾病,囊性癌较为罕见,肾盂旁囊肿癌更为罕见,如果囊内出血或血流丰富且多房性等,应警惕是否有囊性癌的可能。应与肾盏梗阻引起积水等疾病相鉴别。

肾盂旁囊肿可发生于任何年龄段,但婴幼儿较罕见。男女无明显性别差异,多为单发,偶有多发,早期多无症状,常规体检中发现较多,一般在 40~60 岁出现症状,部分患者高血压出现较早,为首发症状,主要为囊肿压迫肾盂及肾血管后,致肾缺血而导致肾素-血管紧张素升高所致^[3],肉眼血尿较为少见,合并感染时,可出现寒战、高热、疼痛加剧,亦有部分囊肿合并结石,此时要与肾盏结石引起肾盏积水相鉴别。

诊断主要依赖于影像学检查,一般先行泌尿系彩超初步检查,再行泌尿系平片(KUB)+ 静脉尿路造影(IVU)及(或)CT 平扫+增强,本组在实际检查中发现,CT(平扫+增强)为重要,尤其是肾盂相三维成像图,彩超一般作为早期和随访的筛选;IVU 虽可显示集合系统占位性病变,且能区别双肾盂,但不能直观显示囊肿,不能明确与肾血管位置关系,况且为单一平面效果;由于囊肿不与肾窦肾盏相通的特点,使增强 CT 扫描对其有独特的诊断优势,CT 平扫可见肾窦内液性低密度区,边缘光整,其内 CT 值为 0~20 HU 当合并出血或感染时可以增高。因肾盂常受挤压而扩张,因此经常可见肾窦内存在两个囊性病灶,增强扫描于皮质期见周边肾皮质强化良好,肾实质期可见病灶周边肾实质呈受挤压的改变。CT 增强肾盂相三维成像图可见囊肿旁边的肾盏肾盂内有造影剂进入,而囊肿内无造影剂,两者之间可见菲薄的分隔,囊肿内无强化效应。周边肾盂肾盏内对比剂的充填更好地勾画出囊肿的轮廓,使诊断明确。应用 CT 可鉴别诊断:①扩张的肾盂,因输尿管梗阻性病变造成的肾盂扩张形态上无受压的改变,且继续往下扫描

输尿管能找到导致梗阻的病变,在延时扫描时能见到对比剂进入;②肾盂旁肿瘤性病变,当肾盂旁囊肿合并感染或出血时有时难与肾盂旁肿瘤区别,肿瘤周边的肾窦脂肪间隙通常消失,且增强扫描肿瘤有不均匀的强化特征。因而 CT 在肾盂旁囊肿诊断中具有极其重要的地位。;肾盂相的三维重建图既可了解肾脏功能,也可区别是否存在双肾盂和重复肾,同时可以肾血管成像,了解肾血管的分布情况。对囊性癌的鉴别尤为重要。CT 基本包含了 IVU 检查的目的;对于 MRI 水成像检查,虽然可以显示囊肿,但对于不积水的肾盂无法显示,且不能区别囊肿与肾盏积水。

肾囊肿传统的治疗方法有囊腔内穿刺注入硬化剂及开放性囊肿去顶减压术。前者易于复发,治愈率不足 50%,后者创伤较大,治愈率可达 100%,前者不适宜肾盂旁囊肿治疗^[4]。随着腹腔镜手术的快速发展,大部分的泌尿外科传统开放手术,转变为微创手术,而张旭等^[5]已经开创出一整套系统的后腹腔镜手术的解剖、适应证、手术操作规范流程。腹腔镜下肾囊肿(包括肾盂旁囊肿)去顶减压术成为目前肾囊肿手术治疗的金标准;无论是从时间、出血及患者恢复、创伤程度等方面,完全优于开放手术,尤其是肾盂旁囊肿,在腹腔镜下的解剖更清晰,更不宜损伤肾血管及肾盂。腹腔镜手术有两种方式,一种是经腹腔入路,一种是经腹腔后入路,前者操作的空间较大,但囊肿位于背侧,显露肾门较困难,易损伤肾血管,且对腹腔干扰较大;而后者腔隙较小,但分离肾门较容易,不会对腹腔造成干扰。目前对后腹腔解剖已完全认识,尤其相对无血管区的认识,使操作亦较容易。本组 16 例中 2 例因早期操作不熟练引起副肾血管损伤改开放手术外,其余均获得满意的效果。徐元茂等^[6]认为过度肥胖或囊肿在腹侧者不宜行后腹腔镜手术。但实际操作中,肥胖已经不是禁忌证,较开放更易于操作。

本文认为在术中应注意:切除肾周脂肪后,充分游离术野时,应特别注意勿损伤腹膜,否则腹膜一旦损伤,使后腔隙更加变小,操作更加困难。在分离囊肿与周围时,应用分离钳挑起组织,保持一定张力,或把肾脏推向对侧形成一定张力。使解剖更清楚,分离更清楚,间隙亦于暴露,血管的走向更清晰^[5]。切除囊肿时,应最少拒实质 0.5 cm 以上,囊肿残留囊壁折叠后应夹 2~3 个钛夹,以防止复发。对手术野不清晰时,不能轻易切开囊肿,以防损伤肾盂及肾血管;吴斌等^[7]认为,为防止损伤肾盂,了解囊肿和肾

盂是否相通,术前留置输尿管导管,术中注入亚甲蓝,来判断是否相通。龚解等^[8]认为分离肾盂旁囊肿时,应把肾盂输尿管往腹侧推,动、静脉往上方牵开。本组均未损伤肾盂。术后10例获随访,无复发或引起肾积水加重,其中6例伴有高血压患者中,有4例术后血压恢复正常,无需口服降压药。随着技术及器械的不断进步,后腹腔镜技术必将得到广泛的应用。

[参考文献]

[1] Glassberj KI. Renal dysplasia and cystic disease of the kidney[M]//Walsh PC,Retik AB,Vaulshan ED,et al. Campbell7S Urology. Philadelphia;Saunders,1998:1757-1813
 [2] Amis Es,cronan JJ. The renal sinus:an imaging view and proposed nomenclature for sinus [J]. J Urol,1988,139:1151-1159

[3] 那彦群,郭震华. 实用泌尿外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:145-147
 [4] 王天刚,孟庆军,高 瞻,等. 经后腹腔镜治疗肾盂旁囊肿28例[J]. 中华腔镜外科杂志(电子版),2012,5(1):47-49
 [5] 张 旭. 泌尿外科腹腔镜手术学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:48-54
 [6] 徐元茂,周灿轩,黄志辉,等. 后腹腔镜与开放肾囊肿去顶减压术治疗多发性囊肿的临床对比研究[J]. 临床泌尿外科杂志,2010,25(12):936-938
 [7] 吴 斌,袁 军,赵 虎,等. 后腹腔镜下肾囊肿去顶减压术127例报告[J]. 南京医科大学学报:自然科学版,2007,27(11):1312-1313
 [8] 龚 敏,周磐石,王 蓉,等. 肾盂旁囊肿的诊断与治疗[J]. 临床泌尿外科杂志,2010,25(8):583-585

[收稿日期] 2013-02-03

(上接第855页)

[2] Joosten JJ,Strobbe LJ,Wauters CA,et al. Intraoperative lymphatic mapping and the sentinel node concept in colorectal carcinoma[J]. Br J Surg,1999,86:482-486
 [3] 张保宁,白月奎,陈国标,等. 乳腺癌前哨淋巴结活检的临床意义[J]. 中华肿瘤杂志,2000,22(5):395
 [4] 王海涛,王荣朝,卢麒垂,等. 术中定位前哨淋巴结在分析结肠癌淋巴结转移中的临床应用 [J]. 江苏医药,2008,34(4):365-366
 [5] 王全晖,郭树军,李永研,等. 淋巴绘图和前哨淋巴结定位在腹腔镜结肠癌切除术中的应用[J]. 中国普通外科杂志,2009,18(10):1046-1048
 [6] Wood TF,Nora DT,Morton DL,et al. One hundred consecutive cases of sentinel lymph node mapping in early colorectal carcinoma detection of missed micrometastases [J]. J Gastrointest Surg,2002,6(3):322-329
 [7] 王福龙,潘志忠,万德森. 结直肠癌前哨淋巴结体外标

本定位及其微转移免疫组化研究 [J]. 中华外科杂志,2005,43(15):994-997
 [8] 曾剑锋,黄景山,张茹斌. 结肠癌术中定位前哨淋巴结的临床研究[J]. 临床医学,2009,29(10):1-2
 [9] Bendavid Y,Latulippe JF,Younan RJ,et al. Phase I study on sentinel lymph node mapping in colon cancer;a preliminary report[J]. J Surg Oncol,2002,79(2):81-84
 [10] 耿 辉,汤黎明,费福林,等. 前哨淋巴结检验对腹腔镜下结直肠癌根治及临床分期的应用价值 [J]. 江苏医药,2011,37(13):1565-1567
 [11] Feig BW,Curley S,Lucci A,et al. Acaution regarding lymphatic mapping in patients with colon cancer [J]. Am J Surg,2001,182(6):707-712
 [12] 林贤东,郑雄伟,张 红,等. 结直肠癌前哨淋巴结微转移分子检测及临床意义 [J]. 中华肿瘤防治杂志,2006,13(26):1571-1574

[收稿日期] 2013-02-03