

腺性输尿管炎 2 例报道并文献复习

杨 航,张发财,王成跃,吴志平,毛永富

(贵州医科大学附属医院泌尿外科,贵州 贵阳 550004)

[关键词] 腺性输尿管炎;输尿管;炎症

[中图分类号] R693.3

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2017)04-519-02

doi:10.7655/NYDXBNS20170432

腺性输尿管炎是一种慢性炎症细胞浸润的病理学改变。此类改变以尿路上皮明显增生,内陷进入上皮固有层并形成伴有不同程度腺样化生的 Brunn's 小体为特点^[1]。相对于非特异性泌尿系炎症,腺性输尿管炎临床较为罕见^[2]。现报道 2 例腺性输尿管炎如下。

1 病例资料

例 1,男,59 岁,左腰腹部胀痛伴肉眼血尿 3 月余入院。曾有尿路结石病史并行体外冲击波碎石(ESWL)。查体:左肾区叩击痛,左输尿管走行区压痛,余无特殊。辅助检查:非增强 CT 示:左肾多发结石并重度积水;肾图示:左肾肾小球滤过率(GFR):8.5 mL/min,右肾 GFR 87.8 mL/min;尿常规:白细胞(WBC)20 个/ μ L,红细胞(RBC):1 612 个/ μ L。余检查无明显异常。排除手术禁忌后予以患者后腹腔镜下左侧肾脏切除术。术后病理结果示:左侧输尿管残端腺性炎症改变;左肾重度积水并慢性炎症改变。考虑复发可能,术后多次与患者家属沟通拟行左侧输尿管全切+输尿管膀胱开口袖状切除,但患者家属拒绝。术后随访 24 个月余,复查腹部 CT 3 次,均未见复发。

例 2,女,61 岁,左侧腰部持续性钝痛 2 年余。曾有左侧输尿管结石病史,并多次行 ESWL。查体:左肾区轻叩痛,余无明显异常。辅助检查:CT 平扫示:左侧肾脏轻度积水,左侧输尿管上段明显扩张伴壁稍增厚。腹部 X 线+尿路造影(KUB+IVU)示:左侧输尿管上段一明显狭窄段,长约 1.5 cm;右侧尿路未见明显异常。完善术前准备后予以患者输尿管镜检,术中 F9.8 输尿管镜体见病变处狭窄明显,仔细扩张后留置左侧双 J 管。术毕,患者恢复可。术后 4 月余,患者左侧腰部钝痛再次出现,复查 CT 较上次无明显

改善。再次予以输尿管镜检+ Ajustable™ 球囊扩张器(巴德)扩张,扩张成功后钳取部分狭窄段组织行快速冰冻活检,示腺性输尿管炎。与家属充分沟通后改行后腹腔镜下左侧输尿管狭窄段部分切除+输尿管端端吻合术。术后随访 10 月余,复查泌尿系 CT 示:左肾积水及上尿路扩张较前明显缓解,未见复发。

2 讨论

腺性输尿管炎临床表现可为患侧腰部疼痛、血尿、发热等。Takahashi 等^[3]均曾报道过以血尿、发热等为首发症状的腺性输尿管炎患者 2 例。国内绝大多数腺性输尿管炎患者亦多以腰痛、血尿等为首发临床表现就诊^[4-5]。本报道 2 例临床表现为血尿、腰腹部胀痛,此亦与文献报道一致。但文献报道腺性输尿管炎 25 例,其中伴有患侧输尿管结石者高达 20 例,16 例曾有 ESWL 治疗史,15 例同时合并有患侧上尿路积水。故疼痛、血尿、发热等首发表现究竟为腺性输尿管炎所特有,抑或并发的尿路结石以及由此所带来的上尿路积水、结石治疗所导致,由于病例数量限制尚不能明确。

由于临床症状的非特异性,影像学检查将为临床诊断提供重要线索。方克伟和郑清友等^[4-5]学者报道 9 例腺性输尿管炎患者中,术前均行 IVU 检查明确狭窄部位,对于 IVU 显影不佳患者可选择逆行尿路造影。逆行尿路造影可清晰显示患侧输尿管狭窄、充盈缺损,特别是对 IVU 不显影的患者意义更大,仍是临床上的一线选择之一^[6]。但逆行造影检查由于存在较大侵入性等缺点,当前应用已逐步受到局限。磁共振尿路成像(MRU)等检查在高敏感型、准确性的基础之上,由于其非侵入性、无放射损伤等优点目前部分取代逆行/逆行尿路造影^[7]。虽然术前影

像学检查对腺性输尿管炎病变本身无法诊断,但却为疾病明确诊断及手术治疗提供了重要的位置及形态学线索。

病理组织检查是诊断腺性输尿管炎的金标准。1893年 von Brunn^[8]首先对该疾病的黏膜下腺样化生囊样小体命名为 Brunn 小体。Brunn 小体也成为诊断腺性膀胱炎的重要标志。国内丁华野^[9]观察 48 例腺性膀胱炎病理切片,将其分成移行上皮型、肠上皮型、前列腺上皮型以及移行-前列腺上皮混合型 4 种。后国内学者^[1-2,4-5]多将其进一步推广、应用到腺性输尿管炎病理分型当中。本文 2 例术后病理分型均为移行上皮型,与当前文献中较常见的病理分型一致。因此,基于输尿管镜镜检的病理组织检查成为明确病变的重要手段^[10]。

腺性输尿管炎的治疗方法以手术为主。若腺性输尿管炎引起狭窄相对较轻、患侧肾功能尚可,则可行狭窄段输尿管切除端端吻合。若腺性输尿管炎引起的狭窄较重,合并上尿路重度积水时,在明确对侧肾脏功能良好前提下可行患侧肾脏-狭窄段输尿管切除术。随着内镜技术飞快发展,输尿管镜下病损切除术或电-激光灼烧术已成为有效的治疗方法之一^[2-3]。考虑到腺性膀胱炎的易复发性、恶性潜能等特点,对于腺性输尿管炎,内镜切除或烧灼术后是否应该对患者病变部位行常规化学灌注亦成为需要研究的课题。本研究中例 1 输尿管残端尚遗留有腺性炎症改变,且术后未予以化疗,但术后随访 24 个月却未见复发。这是否亦提示腺性输尿管炎与腺性膀胱炎本身的生物学属性有所不同,尚待进一步研究。除手术治疗,硝酸银灌注、激素抗炎、观察等待等治疗亦在腺性输尿管患者中有所应用^[6,11]。腺性输尿管炎的本质是输尿管黏膜腺性增生或化生性病变,只有针对病因消除慢性刺激因素才能取得满意的效果,故大量抗菌药物治疗收效甚微^[12]。

腺性输尿管炎是否具有恶性潜能当前尚无定论。国内外多数病理学者及泌尿外科学者认为该疾病属于良性疾病无恶性倾向^[4-11]。本次报道 2 例患者经 10-24 余月随访亦未见复发、转移等相关事件发生。但 Xiong 等^[11,13]曾报道原发性肾盂-输尿管-膀胱腺癌患者,并认为泌尿系统的尿路上皮腺样化生是对损伤的一种反应,并能够进展成为腺样不典型增生甚至腺癌。故关于输尿管腺癌与腺性输尿管

炎的关系尚需更多病例及研究进行证实。

综上所述,腺性输尿管炎是一类临床表现非特异性、以慢性炎症及 Brunn 小体为病理特点的罕见病例。术前影像学检查可对诊断提供重要价值,但病理学检查仍是诊断该类疾病的金标准。手术治疗是治疗腺性膀胱炎的重要方法,但其是否具有恶性潜能等生物学特性尚未明确。

[参考文献]

- [1] 蒋智铭,张惠箴,周建华. 腺性肾盂炎、腺性输尿管炎、腺性膀胱炎和腺性尿道炎的病理学特征[J]. 诊断病理学杂志,1995,2(4):206-208,259
- [2] 毕星星,汪柏林,钟传华. 腺性输尿管炎 1 例报告[J]. 贵州医药,2015,39(4):349-350
- [3] Takahashi Y, Komeda H, Horie M, et al. Ureteritis glandularis: a case report[J]. Hinyokika Kyo, 1988, 34(6): 1031-1034
- [4] 方克伟,李志鹏,邱学德,等. 腺性输尿管炎 5 例临床诊断与治疗[J]. 昆明医科大学学报,2013,34(11):59-61
- [5] 郑清友,杨学辉,王海琴,等. 腺性输尿管炎(附四例报告)[J]. 中华泌尿外科杂志,2001,22(4):209-210
- [6] Poturalski MJ, Puryško AS, Herts BR. Ureteritis cystica[J]. J Urol, 2015, 193(4): 1379-1380
- [7] 王小宁,王德杭,王家鑫,等. 磁共振尿路造影在尿路梗阻中的诊断价值[J]. 南京医科大学学报(自然科学版), 2001, 21(2): 142-143, 155
- [8] von Brunn A. Über drusenähnliche bildungen in der schleimhaut des nierenbeckens, des ureters und der harnblase beim menschen[J]. Arch Mikr Anat, 1893, 41: 294
- [9] 丁华野,皋岚湘,田玉旺. 腺性膀胱炎与膀胱移行细胞癌关系的形态学观察[J]. 诊断病理学杂志,1994,1(1): 83-84
- [10] Hashimoto S, Noguchi S, Yao M, et al. Pyeloureteritis cystica diagnosed by using a ureteroscope: a case report[J]. Hinyokika Kyo, 1991, 37(4): 385-387
- [11] Xiong X, Jia L, Wang J. Primary adenocarcinoma of the renal pelvis, ureter and the urinary bladder: A case report and review of the literature[J]. Oncol Lett, 2016, 11(3): 1811-1814
- [12] 汤昊,孙颖浩. 腺性膀胱炎及其诊治[J]. 临床泌尿外科杂志,2008,23(9):715-718
- [13] Yonekawa M, Hoshida Y, Hanai J, et al. Catheterized urine cytology of mucinous carcinoma arising in the renal pelvis. A case report[J]. Acta Cytol, 2000, 44(3): 442-444

[收稿日期] 2016-06-15