

输尿管结核误诊为输尿管肿瘤 1 例报告*

姚志强 陈朝虎 张向向 曹金龙 汉大梨 李攀 董治春 田俊强**

(兰州大学第二医院泌尿外科 兰州大学第二医院泌尿研究所 甘肃省泌尿系统疾病重点实验室, 兰州 730030)

文献标识: B 文章编号: 1009-6604(2019)12-1140-04

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2019.12.021

输尿管结核几乎都是继发于肾结核,原发性输尿管结核在临床上十分罕见^[1-4]。由于临床症状不典型,术前影像学诊断困难,容易出现误诊,有时还因误诊而行不必要的手术^[5-7]。2018年9月19日我院收治1例左侧输尿管结核,术前误诊为左侧输尿管肿瘤,报道如下。

1 临床资料

男,66岁,因腰背部不适伴尿频、尿急、尿痛1周于2018年9月19日入院。既往原发性高血压史2年,否认糖尿病、冠心病等慢性病史。查体:双肺呼吸音清,心律齐,腹部平软,双下肢无肿胀。双肾区无隆起,无叩击痛,沿双侧输尿管走行区无压痛点。耻骨上膀胱区无隆起,无压痛。入院前泌尿系彩超示:左肾结石、左肾积水,左侧输尿管结石合并上段扩张;前列腺结多石发;右肾输尿管膀胱未见明显异常。入院后尿常规:红细胞20.2/HPF(我院参考值0.0~3.0/HPF),白细胞79.9/HPF(我院参考值0.0~5.0/HPF);血常规、肝肾功、电解质等未见明显异常。X线胸片:左肺上野及左肺门陈旧性病灶(图1)。泌尿系平扫:左肾多发结石,肾盂肾盏扩张,输尿管全程扩张;右侧肾盂、右侧输尿管未见明显异常;前列腺多发钙化灶(图2)。肾图:左侧利尿肾图完全梗阻,右侧利尿肾图正常。泌尿系增强CTU:左肾下极肾窦内见多发结节状致密影,左侧输尿管下段管壁增厚毛糙,局部管腔内见软组织密度影充填,其上输尿管及肾盂肾盏明显积水扩张(图

3),平扫CT值约43HU,病灶周围脂肪间隙见絮状渗出,增强后呈较明显强化,三期CT值分别约48、71、68HU,腹膜后及左侧髂血管旁见多发淋巴结增大并强化。右侧肾、肾盂肾盏、输尿管未见明显异常。诊断:左侧输尿管下段管壁占位并周围渗出,致梗阻性左侧输尿管及左肾积水,腹膜后及左侧髂血管旁淋巴结增大,左侧输尿管恶性肿瘤(浸润性尿路上皮癌可能性大)合并淋巴结转移可能;左肾多发结石;前列腺钙化灶。术前诊断:左侧输尿管下段占位,考虑输尿管恶性肿瘤;左肾结石、左肾积水伴左侧输尿管全程扩张;前列腺多发钙化灶;泌尿系感染。

入院后完善相关检查检验,明确手术指征,查无手术禁忌证,腰麻下行输尿管镜检查。术中见左侧输尿管下端严重狭窄,无法获得病理标本。患者影像学提示输尿管占位性病变,遂全麻下行腹腔镜单侧肾、输尿管根治性切除术。术后病理:肾脏1枚,大小11cm×6cm×4cm,输尿管长21cm,距输尿管断端4cm处见一隆起,大小1.8cm×0.6cm×0.5cm,膀胱黏膜大小1.5cm×1.5cm×1cm,肾盂、肾盏黏膜光滑,未见隆起(图4),病理诊断:输尿管肉芽肿性炎症,伴干酪样坏死,诊断为输尿管结核(图5)。术后患者恢复可,规律行2HRZE/7HR抗结核治疗[异烟肼(INH)、利福平(RMP)、吡嗪酰胺(PZA)、乙胺丁醇(EMB)]。出院后定期随访,每2周复查肝、肾功能,随访半年,未见明显异常。

* 基金项目:中央高校基本科研业务费专项资金资助(561219007);兰州大学第二医院博士科研启动基金资助(ybnbskyj2015-2-7);兰州大学第二医院“萃英科技创新”计划(CY2017-BJ16, Doctoral Supervisor Training Program);兰州大学第二医院萃英研究生指导教师培育计划(201704)

** 通讯作者, E-mail: ery_tianjq@lzu.edu.cn

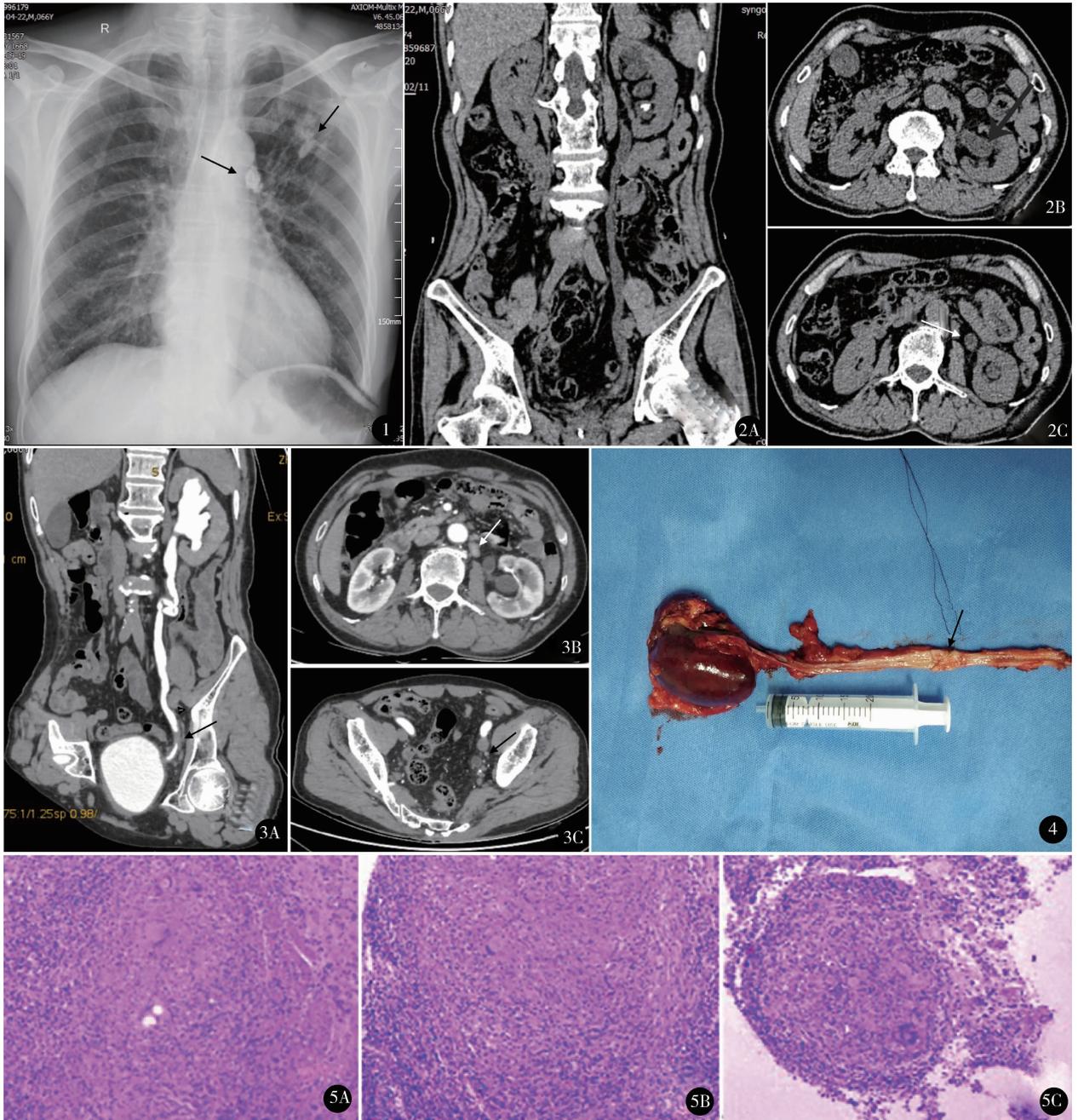


图 1 胸片示左肺上野及左肺门陈旧性病灶 图 2 泌尿系 CT 平扫示左肾多发结石,肾盂肾盏扩张,输尿管全程扩张;前列腺多发钙化灶 图 3 增强 CTU 示左侧输尿管下段管壁增厚毛糙,局部管腔内见软组织密度影充填,其上输尿管及肾盂肾盏明显积水扩张,腹膜后及左侧髂血管旁见多发淋巴结增大并强化 图 4 术后大体标本:输尿管长 21 cm,距输尿管断端 4 cm 处见一梭形隆起 图 5 输尿管病变组织中见有多灶状坏死,坏死组织周围细胞(上皮样细胞)灶状聚集,见有多核巨细胞,外周淋巴细胞包裹,间质大量慢性炎症细胞浸润(HE 染色 ×100)

2 讨论

2.1 发病特点及病理变化

单纯输尿管结核较少见,多为肾结核时累及输尿管。肺外结核占有结核病 10%,泌尿生殖系统结核占肺外结核 30%~40%,仅次于淋巴结受累,

泌尿生殖系统结核最常见的部位是肾脏^[1]。泌尿生殖系统结核是第二常见的肺外结核,从肺部病灶开始,2%~20% 的患者通过血行播散到肾脏、前列腺和附睾,通过集合系统到达输尿管、膀胱和尿道,以及通过射精管到达生殖器官而发生泌尿生殖系统结核^[2]。输尿管结核主要病理变化为结核结节、溃

疡、肉芽肿和纤维化。病变早期,黏膜水肿充血,有散在的结核结节,进而许多结核结节融合,发生干酪样坏死,并形成溃疡。后期肉芽组织机化、管壁纤维组织增生。纤维组织增生可致输尿管增粗、僵硬,进而导致输尿管狭窄或者完全阻塞,使狭窄近端及肾盂扩张、积水。输尿管结核性梗阻部位好发于输尿管的 3 个生理狭窄段,最常见的部位为输尿管膀胱连接处部的膀胱壁段,其次为肾盂输尿管连接处,中段者较少见^[3]。

2.2 临床表现和鉴别诊断

单纯输尿管结核是指体内无其他活动性结核病灶,较罕见且起病隐匿,早期诊断比较困难,极易造成误诊,通常因为症状不典型而容易忽视。泌尿系结核起病缓慢,早期往往无任何临床症状,因此,极易漏诊。随着病程的进展,最常见的是呈现下尿路症状(62.5%),超过 50% 的患者出现储尿功能障碍,其中最主要的为尿频,且为腰痛(37.9%)和肉眼血尿(26.3%)。泌尿系结核的全身症状多不明显,只有肾结核破坏严重,肾脏积脓或严重膀胱结核致对侧肾积水时,病情加重,患者可出现全身症状如消瘦、乏力、盗汗等^[4]。不典型输尿管结核多见于输尿管末端,临床表现为下尿路症状和肾积水,输尿管末端梗阻。输尿管结核由于症状不典型,多不伴有特异性症状,仅表现为下尿路症状,且在病原学检测中敏感度不高,因此,在临床中诊断较困难^[5]。目前,只有通过临床表现、实验室检查与影像学检查相结合,综合分析才能做出正确诊断。结核杆菌检测及培养、TB-抗体试验、尿液 TB-DNA 聚合酶链反应检测等实验室检查,容易出现假阴性或假阳性结果。CT 可作为泌尿系结核临床诊断的金标准,但是对于早期泌尿系结核的诊断敏感性较低^[6,7]。早期输尿管结核未造成明显肾盂积水及肾盏破坏,CT 仅提示输尿管管壁增厚,很难做出正确的诊断,因而现在临床上对于单纯性输尿管结核的诊断认知远远不足。输尿管结核需要与输尿管结石、输尿管肿瘤、输尿管炎性狭窄、输尿管先天性畸形、膀胱炎、腹膜后纤维化等相鉴别^[8-11],因单纯性输尿管结核早期在影像学上缺乏典型的特征,故对输尿管结核的准确诊断有一定困难。CT 尿路成像能对输尿管病变做出诊断,不失为是一种有效的无创检查手段^[12]。输尿管镜下活检能直视下发现病变,而且取组织活检明确病变性质,是输尿管结核诊断较可靠的方法^[13,14]。

本例术前考虑为输尿管肿瘤,未能诊断输尿管

结核,原因在于单纯性输尿管结核十分罕见,患者虽然有输尿管下段梗阻及下尿路症状,但由于对单纯性输尿管结核的认知远远不足,考虑为肾结石以及输尿管狭窄引起感染所致,并且影像学检查符合输尿管肿瘤的特征,特别是病灶附近淋巴结有肿瘤特征的影像学表现,忽视输尿管结核所致狭窄的鉴别。其次,由于输尿管下段严重狭窄导致输尿管镜未取得活检,无法在术前获得病理学诊断。回顾本例,患者术前胸片提示左肺上野及左肺门陈旧性病灶,且有明显的下尿路症状,应该警惕输尿管结核,避免造成误诊。由于单纯性输尿管结核影像学特征不典型,从而忽视对其的鉴别。如果术前考虑到输尿管结核,应做 PPD、尿结核杆菌抗酸染色及培养等检测,以提高对其的明确诊断。当输尿管狭窄时除考虑输尿管结石、输尿管肿瘤等所致狭窄,还应该考虑输尿管结核,加强对其的认识及鉴别,从而避免对输尿管结核的误诊而造成不必要的手术。

2.3 治疗方法

输尿管结核的治疗应根据肾功能损害的严重程度及部位采取不同的治疗方式:①对于早期诊断清楚的泌尿系结核,病变不严重者可选择留置双 J 管配合抗结核治疗,可有效避免手术可能;②输尿管狭窄伴严重肾脏破坏,对侧肾功能正常时,可切除患侧肾及输尿管;③孤立肾且积水严重,可选择肾造瘘术或输尿管皮肤造瘘术;④肾盂输尿管连接部梗阻,可采用病灶切除后行断端成形术,输尿管内置入双 J 管,并做肾盂造瘘引流;⑤输尿管中段狭窄多采用 Davis 手术将狭窄段纵行切开,内置输尿管支架管 6~8 周;⑥输尿管下段梗阻可采用切除狭窄段病灶后行输尿管膀胱再植吻合术。手术治疗的患者术前均应行抗结核治疗,肾切除前应用抗结核药物治疗 2~3 周,保留肾脏的手术,如肾部分切除术、输尿管膀胱成形术等,术前抗结核药物治疗至少应用 4 周,手术后应继续抗结核治疗 6~9 个月,定期复查 B 超和 CT,了解病情转归和手术疗效^[3]。

泌尿系结核的早期诊断目前仍较困难,早期泌尿系结核患者容易被误诊误治,从而造成输尿管狭窄闭锁、膀胱挛缩或肾功能衰竭等严重后果,因此,需要通过实验室检查、影像学检查等手段进行综合分析,提高早期诊断的准确率。单纯性输尿管结核十分罕见,术前 CT 不具有特征性改变,实验室检查敏感度和特异不高,极易误诊为输尿管炎性狭窄、输尿管肿瘤、腹膜后纤维化等,因此,需要加强对单纯

(下转第 1150 页)

(上接第 1142 页)

性输尿管结核的认识及鉴别,从而避免意外手术的发生。输尿管结核均需要规律的抗结核治疗,无论何种术式均有再狭窄的可能性。输尿管结核的早期诊断尤为关键,早期诊断、及时治疗是防止输尿管狭窄和肾功能丧失的根本措施。

参考文献

- 1 Ketata W, Rekik WK, Ayadi H, et al. Extrapulmonary tuberculosis. *Rev Pneumol Clin*,2015,71(2-3):83-92.
- 2 Figueiredo AA, Lucon AM, Srougi M. Urogenital tuberculosis. *Microbiol Spectr*,2017,5(1):1-16.
- 3 吴阶平,主编.吴阶平泌尿外科学.济南:山东科学技术出版社,2004.596-616.
- 4 Cao Y, Fan Y, Chen Y, et al. Gross hematuria is more common in male and older patients with renal tuberculosis in china: a single-center 15-year clinical experience. *Urol Int*,2017,99(3):290-296.
- 5 张彤,梁磊,郭二卫.以单侧肾积水为表现的输尿管结核4例临床分析. *中国微创外科杂志*,2018,18(8):690-693.
- 6 彭启伦,王坤杰,彭海涛.不典型肾结核的诊断治疗. *华西医学*,2012,27(8):1168-1170.
- 7 Wang J, Fan S, Xiao J, et al. Renal tuberculosis tends to be low symptoms: how to improve the diagnosis and treatment of renal tuberculosis. *Asian J Androl*,2016,18(1):145-146.
- 8 赵德利,桂海燕,刘建宇,等.多层螺旋CT单期排泄期尿路成像在泌尿系梗阻疾病的诊断价值. *哈尔滨医科大学学报*,2016,50(2):139-141.
- 9 Scheel PJ Jr, Feeley N. Retroperitoneal fibrosis. *Rheum Dis Clin North Am*,2013,39(2):365-381.
- 10 Lee G, Romih R, Zupancic D. Cystitis: from urothelial cell biology to clinical applications. *Biomed Res Int*,2014,2014:473536.
- 11 Purves JT, Hughes FM Jr. Inflammasomes in the urinary tract: a disease-based review. *Am J Physiol Renal Physiol*,2016,311(4):F653-F662.
- 12 陈茂豪,陈晓龙,黄祖亮,等.MSCT尿路成像(CTU)在输尿管病变中诊断价值. *现代医用影像学*,2018,27(4):1090-1091,1094.
- 13 刘永达,袁坚,钟惟德,等.输尿管镜在早期泌尿系结核诊治中的应用. *临床泌尿外科杂志*,2012,27(4):274-276.
- 14 田雨,卢剑,肖春雷,等.输尿管软镜在泌尿外科疾病诊断及治疗中的应用. *中国微创外科杂志*,2013,13(4):322-326.

(收稿日期:2019-06-28)

(修回日期:2019-10-26)

(责任编辑:李贺琼)