

输尿管息肉合并套叠一例

尹长山

【中图分类号】R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2007)03-0322-01

病例资料 患者,男,44岁,间断血尿2年,腰腹部不适2周。查体:右中腹压痛(±),双肾区叩痛(±)。

腹部B超:右肾及输尿管近端积水。CT:右肾外形略增大,右肾盂、输尿管上段轻度扩张,中下段管壁增厚,呈细长条形软组织影,长度约12cm;多期增强扫描动脉期(图1a)及门脉期(图1b)可见输尿管腔内软组织肿物呈轻度强化,其近端套叠处呈“靶形”多环形强化。延时、排泄期多平面重组(MPR)显示病变效果更佳,除可见管腔内充盈缺损外,还可见套叠环处呈漏斗样改变(图2)。CT诊断:右输尿管中下段占位病变。

手术所见:术中右输尿管可触及11.0cm×2.0cm长条形肿物,表面光滑,质硬,与腹腔及腰大肌轻度粘连,考虑输尿管癌可能性大,决定行右肾、输尿管袖套样切除,术后切开标本见输尿管内有一7~8cm息肉样肿物,呈分叶状,肿物近端可见输尿管套叠3.5cm。病理诊断:右侧输尿管息肉伴套叠粘连梗阻,部分输尿管扩张,肾盂扩张。

讨论 输尿管肿瘤是泌尿系中最少见的肿瘤,良性肿瘤更少见,以息肉多见,占输尿管肿瘤总数不足1%,好发于20~40岁,多见于输尿管上1/3段^[1],由于息肉较长,其远端可缺血、坏死,从而导致血尿。当息肉逐渐生长、增大,可使输尿管壁扩张,弹性变差,加上输尿管不断蠕动向前推动息肉,使蒂部长期受牵拉,逐渐使蒂部输尿管套入远端输尿管,从而形成输尿管套叠,引起剧痛^[2]。

静脉肾盂造影和/或逆行造影检查常提示输尿管腔内有充盈缺损,边缘光滑,边界清楚,有蒂,可活动。有学者认为电视下观察到“蚯蚓蠕动征”,对输尿管息肉有特征性诊断价值^[3]。常规CT由于受扫描范围、时相及图像分辨率影响较难作出正确诊断。MSCT具有扫描速度快、连续大范围薄层扫描的能力,并可以重组出二维和三维立体多方位高质量图像。笔者认为MSCT是输尿管疾病诊断的首选方法。输尿管肿物近端“靶形”多环形强化及延时、排泄期MPR、CPR病变近端漏斗样改变是诊断本病的确切征象。另外输尿管息肉多发生于输尿管上段,可以生长很长,仅蒂部与输尿管相连,息肉远端常缺血坏



图1 CT示输尿管腔内软组织肿物,呈轻度强化,其近端套叠处呈“靶形”多环形强化。a) 动脉期; b) 门脉期。图2 MPR见病变整体显示清晰,除可见输尿管腔内充盈缺损外,还可见套叠环处呈漏斗样改变(箭)及息肉远端低密度液化坏死区(箭头)。a) 延时MPR; b) 排泄期MPR。

死。而输尿管癌好发于输尿管中下段,病灶较局限,长度一般小于2.0cm,常为管腔内广基底生长,输尿管壁呈广泛对称性增厚,管腔狭窄。如发现肿瘤浸润至输尿管周围或发现肿大淋巴结常提示恶性肿瘤,若鉴别仍有困难可进行输尿管镜检查。

本例患者术前不能明确诊断的原因有以下几个方面:①本病非常少见且鲜有报道,对本病的影像特点认识不足;②本例患者无痛性血尿与泌尿系肿瘤症状相同,输尿管套叠时易引起剧痛,但本患者临床症状较轻微;③本例患者肿块发生于输尿管中下段,多为输尿管癌的好发位置;④术中扪及肿物质硬且与腹膜及腰大肌有粘连,与一般息肉质地较软不相符合。

参考文献:

- [1] 吴阶平. 泌尿外科[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001. 442-444.
- [2] 黄家驷, 外科学(第5版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1996. 1838-1839.
- [3] 陈志远, 刘修恒. 巨大输尿管息肉脱入膀胱并输尿管套叠一例[J]. 中华小儿外科杂志, 2003, 24(5): 411.