

## 腺性输尿管炎5例临床诊断与治疗

方克伟, 李志鹏, 邱学德, 李泽惠, 何进  
(昆明医科大学第二附属医院泌尿外科, 云南昆明 650101)

**[摘要]** **目的** 提高对腺性输尿管炎的认识。 **方法** 总结经病理证实的5例患者资料, 就其病理特征、临床表现、诊断及治疗方法等进行讨论。 **结果** 2例行病变输尿管切除、输尿管端-端吻合术, 1例行输尿管镜电灼术, 2例因梗阻致肾严重积水、无功能而行肾输尿管切除术。5例患者均恢复顺利, 随访15~152个月, 平均86.6个月, 未见复发, 患侧肾积水无加重。 **结论** 腺性输尿管炎的发病机理尚不清楚, 其确诊依赖于病理检查; 本病为良性病变, 切忌盲目按输尿管肿瘤行肾切除术。

**[关键词]** 输尿管; 腺性炎症; 诊断; 治疗

**[中图分类号]** R737 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2095-610X (2013) 11-0059-03

## Clinical Diagnosis and Treatment for Glandularis Ureteritis (Report of 5 Cases)

FANG Ke-wei, LI Zhi-peng, QIU Xue-de, LI Ze-hui, HE Jin  
(Dept. of Urology, The 2nd Hospital of Kunming Medical University, Kunming Yunnan 650101, China)

**[Abstract]** **Objective** To raise the awareness of the glandularis ureteritis. **Methods** Five cases treated from Jan 2001 to Jun 2012 were reviewed. The diagnosis was assessed on histopathologic studies in all. The clinical manifestations, the diagnosis and treatment were discussed. **Results** Resections of the affected ureter and ureteroplasty were undertaken for 2 patients. Ureteronephrectomy was performed for 2 patients because of serious hydronephrosis due to obstruction. Electrofulguration via-ureteroscopy was carried out for another patient. All patients have been well and without recurrence on following up for 15 to 152 months, Coverage 86.6 months. **Conclusion** Glandularis ureteritis is not frequently seen and the etiopathogenesis is not yet clear. Biopsy is very important for suspected neoplasm of ureter before performing nephrectomy.

**[Key words]** Ureter; Glandularis; Diagnosis; Treatment

腺性输尿管炎临床少见, 其病因不清, 发病机理不明。术前往往不易确诊, 靠术后病理检查才能确诊, 对本病的诊治有先待进一步总结、提高。自2001年1月至2012年6月, 本科收治5例经组织病理学检查确诊为腺性输尿管炎的患者, 随访15~152个月, 平均86.6个月, 未见复发。现对该5例患者的诊断、治疗及临床病理特征进行分析、总结, 报告如下。

### 1 病例报告

例1, 女, 36岁, 右腰部疼痛2 a余于2001年1月入院。患者平素身体健康, 无排尿异常、亦无泌尿系统病史。入院查体: 右肾区饱满, 有压痛及扣击痛; 脐水平腹直肌外可触及增大的右肾, 囊性感, 轻压痛。B超、CT扫描均示右肾体积增大、重度积水、肾皮质菲薄; IVU检查右肾不显影、左肾及输尿管显影未见异常。右输尿管逆行造影显示右输尿管上段狭窄, 长约2.0 cm, 狭窄段以上输尿管扩张, 但输尿管导管及造影剂能通过狭窄段进入肾盂。肾图提示肾脏无功能, 全麻下行右侧肾脏及右输尿管病损段切除术, 范围包

**[基金项目]** 云南省科技厅-昆明医科大学联合专项基金资助项目 (2012FB048)

**[作者简介]** 方克伟 (1972~), 男, 云南罗平县人, 医学博士, 副教授, 主要从事泌尿外科临床工作。

括狭窄以下 2 cm 的正常输尿管。术中见病变输尿管外径增大、质地较硬、与周围组织粘连明显；剖开病变输尿管，见粘膜粗糙、颗粒状局部呈息肉样，血管少。术后病理报告为右侧腺性输尿管炎、右侧肾脏萎缩无功能。术后恢复顺利，随访 152 个月，未见复发；对侧上尿路及膀胱未见异常。

病例 2，女，38 岁，左腰部疼痛不适 5 a 余于 2002 年 9 月入院。患者 5 a 前因左输尿管上段结石在外院多次行体外冲击波碎石治疗，结石始终未排净，一直感左腰部持续胀痛，多次尿常规检查均有红细胞。查体：左肾区叩击痛（+）。B 超、IVU 示左肾中度积水，输尿管上段有数枚米粒大小结石影，结石以上输尿管扩张；左输尿管逆行造影示左输尿管上段约 1.0 cm 狭窄段，狭窄以上输尿管及肾盂扩张。行狭窄段输尿管切除、输尿管端-端吻合术。手术中可见狭窄段输尿管与周围组织有粘连。剖开病变输尿管，有长约 1.0 cm 的粘膜粗糙、不规则隆起，环绕该处输尿管，内有数枚米粒大小的结石嵌顿，部分结石碎末被粘膜完全包裹。术后病理诊断：右输尿管上段结石并腺性输尿管炎。术后恢复顺利，随访至今 132 个月，右肾积水较术前明显减轻，成形输尿管通畅，未见复发。

病例 3，男，68 岁。因反复无痛性肉眼血尿 1 个月于 2004 年 5 月入院。查体：左肾区有轻叩击痛。B 超示左肾轻度积水，IVU 示左肾盂、肾盏轻度扩张，距肾约 5.0 cm 处输尿管有长约 0.5 cm 狭窄，显影剂呈线状通过该处。右肾未见异常。行左输尿管镜检查，见后尿道、膀胱三角区黏膜充血，局部隆起鹅卵石状；狭窄段输尿管粘膜粗糙、充血，颗粒状，分别取上述病变组织送病理检查。经家属及患者同意并补签手术同意书后，行膀胱、后尿道等离子黏膜电灼术，输尿管处用自制工具进行电灼治疗。术后活检病理诊断为膀胱、后尿道及左输尿管腺性炎。术后行膀胱灌注化疗，左输尿管未行进一步治疗。术后 3 个月膀胱镜检，后尿道、膀胱黏膜如常；术后 6 个月行 IVU 检查，左肾盂、肾盏无扩张积水，同时行左输尿管镜检查，尿道、膀胱、左输尿管均正常。至今随访 113 个月，尿道、膀胱、左输尿管均正常。

病例 4，女，56 岁。因反复右腰痛 2.5 a 于 2007 年 10 月入院。患者 10 a 前右输尿管结石行体外冲击波碎石，结石排尽；5 a 前行右输尿管下段切开取石术；3 a 前因右输尿管下段结石行输尿管镜取石术；2.5 a 前感右腰疼痛不适。查体：右肾

区有叩击痛。B 超示右输尿管上段扩张、右肾中度积水，IVU 示右肾显影稍迟缓，肾盂、肾盏中度扩张，右输尿管下段距膀胱约 4.5 cm 处全段狭窄，显影剂线样通过狭窄段进入膀胱。行右输尿管镜检查，见狭窄段输尿管粘膜息肉样突向输尿管腔，狭窄段约 4.5 cm，活检病理诊断为右输尿管腺性炎并部分上皮增生活跃。1 周后行病变输尿管切除、膀胱瓣输尿管成形术。随访 71 个月，恢复尚顺利，右肾积水有所减轻，右输尿管成形处无狭窄。

病例 5，男，43 岁。体检 B 超发现右肾重度积水、肾皮质菲薄 7 天于 2012 年 6 月入院。2 a 前 B 超发现肾结石，自服中药排石 10 天后未进一步复查、就诊。查体：右肾区有叩击痛。B 超、IVU 示右肾重度积水，输尿管上段（L3 水平）有 2.5 cm × 1.5 cm 大小结石，对侧正常。行右肾经皮穿刺引流为脓性，肾图提示肾脏无功能。全麻下行右肾及结石以上输尿管切除术。术中见结石处输尿管与周围组织粘连明显，切开病变输尿管壁，见粘膜粗糙、颗粒状、局部息肉样的包裹结石，该粘膜血管少。术后病理报告为右肾脏无功能、右腺性输尿管炎（部分上皮增生活跃）。术后恢复顺利，随访 15 个月，未见复发；对侧上尿路及膀胱未见异常。

## 2 讨论

尿路上皮同属移行上皮，同样性质的疾病在上下尿路都可能发生，可以是先后获同时发生。以尿路腺性炎为例，腺性膀胱炎最多见，腺性输尿管炎少见，国内仅见数例个案报告。泌尿道腺性炎症的组织类型，丁华野等<sup>[1]</sup>将其分为 3 型：（1）移行上皮型：上皮灶性分布 Brun 巢，大部分巢内有腺样化生；（2）肠上皮型：化生腺体和结肠腺体类似，含杯状细胞；（3）前列腺上皮型：腺上皮呈立方或假复层，形态类似前列腺泡。本组 3 例为移行上皮型，1 例为肠上皮型，1 例为前列腺上皮型。腺性输尿管炎的病因至今不清，有多种推测，包括先天因素、内毒性物质刺激、慢性感染、机械性刺激、寄生虫、维生素缺乏、机体免疫功能失调、梗阻、结石、有毒代谢产物、激素失衡和特殊致癌物等因素有关等慢性刺激有关<sup>[2-4]</sup>，但确切发病机理仍然需要进一步进行流行病学及分子生物学的研究。目前认为感染和梗阻等慢性刺激是主要发病因素<sup>[2]</sup>。但相对下尿路而言，输尿管发生逆行感染机会较少，故结石

等所导致的输尿管梗阻在腺性输尿管炎的发生发展在扮演了更为主要的作用。本组 5 例患者, 全部有输尿管结石或有输尿管结石病史, 2 例同时伴有输尿管狭窄, 5 例患者均有明显诱因, 均有输尿管梗阻的因素。研究提示腺性尿道炎与尿道腺癌、腺性膀胱炎与膀胱癌有一定关系, 腺性尿道炎、腺性膀胱炎被认为是癌前病变, 但腺性输尿管炎与输尿管癌的关系目前尚不清楚<sup>[5]</sup>。本组资料尚未发现二者关系。本组病例女性多见, 是否与性激素有关, 性别是否为一独立的发病原因有待进一步临床观察、研究。目前研究基本可以认为炎症是及其重要的发病因素<sup>[6,7]</sup>, 在本组 5 例患者中, 均有各种原因导致的炎症反应。

腺性输尿管炎的临床表现严重性取决于病变大小所导致的输尿管梗阻程度。在病变早期, 一般病损较小, 患者可无任何症状; 病变较大导致梗阻明显, 或同时有结石、感染、狭窄等导致肾脏积水而出现肾积水的症状, 常见的有梗阻以上尿路扩张、积水, 从而出现患侧腰部不适、胀痛; 合并感染者, 出现上尿路感染症状、体征; 合并结石的患者也可能会以肾绞痛为主要表现。腺性输尿管炎病损较大、梗阻较重时, 患侧肾功能受损亦明显, 在 IVU 上示肾脏积水、甚至不显影, 如能够显影, 可显示病变处输尿管狭窄、狭窄以上输尿管扩张; 逆行造影可进一步证实上述表现, 或可见充盈缺损。与炎性狭窄及肿瘤病变堵塞管腔不同的是, 插管时一般能顺利通过狭窄处。本组例 2、例 3 及例 4 均如此; 而例 1、例 5 则在体检时 B 超发现肾脏积水, 进一步检查方得已确诊。B 超、CT 扫描无确诊价值, 其意义不如逆行造影。诊断时需与输尿管肿瘤、息肉及阴性输尿管结石等鉴别。但术前在未获得病理诊断之前, 鉴别往往非常困难, 有条件时可作输尿管镜直接检查病变, 输尿管镜检查不但可明确病变部位, 还可取活检明确病变性质。本组例 3、4 即经输尿管镜获得确诊。

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, 临床上本病具有不同于一般的感染性炎症的临床特点: (1) 常规治疗效果不好, 特别是按感染的大量抗生素治疗没有效果或收效甚微; (2) 常常具有患侧病变以上尿路的梗阻, 本组 5 例患者全部具有梗阻的症状和体征; (3) 病变反复, 经久不愈, 本组患者均具有复发发作、反复就医的病史; (4) 病变不断加重, 本组 5 例患者全部都具有该特点。因此, 对于具有上述临床表现的患者, 要加以注意, 需考虑到本病的可能。

临床诊断和治疗时需注意: (1) 诊断腺性输尿管炎时, 别忽视下尿路。例 3 同时有下尿路的腺性输尿管炎症; (2) 注意与肿瘤、息肉及阴性结石的鉴别。特别是与肿瘤的鉴别, 既不能放过肿瘤, 又不能把腺性输尿管炎诊断为肿瘤。有条件者, 行输尿管镜检查; (3) 本病的确诊依赖于病理检查, 术前难于确诊; (4) 输尿管梗阻轻、患者症状轻微或没有症状, 排除肿瘤后可严密观察; 一旦患者出现症状或症状加重、患侧肾积水加重, 立即外科干预治疗。本组例 1 因延误诊断, 致使患肾散失功能而被迫切除; (5) 手术方式的选择: 患侧肾脏尚有功能者, 行病变输尿管切除及输尿管成形术; 患侧肾脏已无功能者, 行肾脏、病变输尿管切除。本组有 2 例行病变输尿管切除及输尿管成形术, 效果满意; 对于病变表浅、范围小者可行输尿管镜下电灼术。本组例 4 经输尿管镜电灼术后, 效果较满意。该方法微创, 简便, 但仅适用于病变早期、表浅且范围小的患者。另外, 本组只有 1 例患者, 病例太少, 能否达到根治、复发情况等, 都有待于观察、总结; (6) 腺性输尿管炎为良性疾病, 切忌盲目按输尿管肿瘤而行肾切除术, 对于有功能的患肾, 在拟性患肾切除前一定要有病理学诊断。

总之, 腺性输尿管炎的治疗, 最重要的是消除感染、梗阻及结石等慢性刺激因素, 再根据病变类型、部位及范围采用相应的治疗方法。

#### [参考文献]

- [1] 丁华野, 皋岚湘, 田玉旺. 腺性膀胱炎与膀胱移行上皮癌关系的形态学研究[J]. 诊断病理学杂志, 1994, 1(2):83-84.
- [2] 方克伟, 李泽惠, 邱学德, 等. 腺性尿道炎二例报告[J]. 中华泌尿外科杂志, 2005, 26(11):764.
- [3] 方克伟, 李泽惠, 徐鸿毅, 等. 女性腺性膀胱炎组织病理学特点与临床诊治(附 601 例报道)[J]. 国际泌尿系统杂志, 2013, 33(4):492-495.
- [4] RAU A R, KINI H, PAI R R. Morphological evaluation of cystitis glandularis [J]. Indian J Pathol Microbiol, 2009, 52(2):203-205.
- [5] CHAN Y M, CHENGK L D, CHEUNGA N Y, et al. Female urethral adenocarcinoma arising from urethritis glandularis [J]. Gynecol Oncol, 2000, 79(3):511-514.
- [6] ICHII O, OTSUKA S, NAMIKI Y, et al. Molecular pathology of murine ureteritis causing obstructive uropathy with hydronephrosis[J]. PLOS ONE, 2011, 6(11): e27 783
- [7] GROVER S, SRIVASTAVA A, LEE R, et al. Role of inflammation in bladder function and interstitial cystitis[J]. Ther Adv Urol, 2011, 3(1):19-33.

(2013-10-14 收稿)