

肌层缝合于前腹壁肌层上,或间隔以补片,再分别行缝合打结固定^[4-5],对操作者镜下缝合打结技术要求甚高,从而禁锢了腹腔镜膈疝修补手术的发展。不少作者尝试其他修补方式,以弥补常规腹腔镜下操作的不便利,van Niekerk 等^[6]报道使用带 2.0 爱惜邦线的 20-G 穿刺针穿透腹壁后通过 Morgagni-Larrey 疝的后缘,并使用泰科 Mansfiels,MA 穿刺器引导爱惜邦线穿出腹壁皮下,Marin-Blazquez 等^[7]曾报道使用内镜下螺旋型钉疝修补固定器固定双层网孔补片来修补膈肌缺损。但国内大部分医疗机构无相关器械,且费用昂贵,限制其广泛应用。

本文所述改良的经腹壁缝合膈肌缺损术,在腹壁上除腹腔镜手术切口外,仅在剑突下留有 5~7 层上,具有修补牢靠、手术时间短、出血少、患者恢复快、住院时间短等优势,且操作简便,宜于推广使用。Greca 等^[8]在 2001 年通过和其他手术方式比较,发现腹腔镜下经腹壁缝合膈肌缺损的方法,具有简便、快速、有效的优点。

作者体会:(1)腹肌水平褥式缝合的间距宜小,约 0.5~1.0 cm,而膈肌部分则宜 1.0~1.5 cm 左右,以匹配胸骨后缺损边缘与膈肌边缘之间的不对等;(2)同时在膈肌的进针点,宜距膈肌边缘至少 1.0 cm,以 1.5 cm 为宜,以避免部分膈肌发育不良致边缘肋肌薄弱,增加术后复发风险;(3)必要时,可拟对合的膈肌边缘与前壁烧灼一切痕,以利于对拢后瘢痕修复;(4)对于疝囊的腹膜部分,可以不作特殊处理,在疝内容物还纳、膨肺时,多可自行粘连愈合消失,多不致积液、积气形成新的疝囊。(5)随着操作技术的熟练,有望在单孔下完成。

总之,该法手术创伤小、时间短、出血量、操作方法简单、易于掌握,符合我国国情,适合国内广泛开展。

参考文献:

[1] Cullen ML, Klein MD, Philippart AI. Congenital diaphragmatic hernia. *Am Fam Physician*. 2014;89(10):1115-1138. doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.28.056

matic hernia[J]. *Surg Clin North Am*,1985,65(5):1115-1138.

[2] Dapri G, Himpens J, Hainaux B, et al. Surgical Technique and complications during laparoscopic repair of diaphragmatic hernias[J]. *Hernia*,2007,11(2):179-183.

[3] Koumbourlis AC, Wung JT, Stolar CJ. Lung function in infants after repair of congenital diaphragmatic hernia[J]. *J Pediatr Surg*,2006,41(10):1716-1721.

[4] Garriboli M, Bishay M, Kiely EM, et al. Recurrence rate of morgagni diaphragmatic hernia following laparoscopic repair[J]. *Pediatr Surg Int*,2013,29(2):185-189.

[5] Terrosu G1, Brizzolari M, Intini S, et al. Morgagni hernia: technical variation in the laparoscopic treatment[J]. *Ann Ital Chir*,2012,83(5):415-420.

[6] van Niekerk ML. Laparoscopic Morgagni hernia repair using single-site umbilical and full-thickness abdominal wall repair: technical report of two cases [J]. *Afr J Paediatr Surg*,2013,10(1):55-57.

[7] Marin-Blazquez AA, Candel MF, Parra PA. Morgagni hernia: repair with a mesh using laparoscopic surgery [J]. *Hernia*,2004,8(1):70-72.

[8] Greca G, Fisichella P, Greco L. A new simple laparoscopic-extracorporeal technique for the repair of a Morgagni diaphragmatic hernia[J]. *Surg Endosc*,2001,15(1):99.

(收稿日期:2014-05-08 修回日期:2014-06-22)

肾集合管癌的临床特点探讨分析

朱安义, 史子敏, 洪正东, 林双泉, 习小庆
(南昌大学第二附属医院泌尿外科, 南昌 330006)

中图分类号:R737 文献标识码:C 文章编号:1671-8348(2014)28-3839-02

肾集合管癌(collecting duct carcinoma, CDC)又称 Bellini 管癌,为肾实质上皮性肿瘤,WHO 1997、2002 和 2004 年均将其作为是肾细胞癌的主要类型之一,临床上较少见,约占肾细胞癌的 1%^[1],临床上较易误诊。南昌大学第二附属医院 2007 年 5 月至 2012 年 1 月共收治肾集合管癌 5 例,结合文献复习就其临床特征作一总结分析,报道如下。

1 临床资料

本组 5 例,男 3 例,女 2 例,年龄 55~70 岁,平均 63 岁,左侧 3 例,右侧 2 例,无明显症状体检 B 超发现 2 例,腰腹部胀痛不适 3 例,伴解肉眼血尿 2 例,伴消瘦、低热 2 例,外院诊断为肾结核 1 例;B 超检查均提示肾脏实质性占位病变,表现为低回声团块;CT 平扫加增强扫描检查,肿瘤直径最大者约 8.0 cm,最小者 4.2 cm,平均 5.5 cm,位于肾中上极 2 例,中极 2 例,中下极 1 例;肾蒂旁淋巴结转移 4 例,肿瘤均表现为低密度影,边

界欠清,内部密度欠均匀,增强后轻度不均匀强化或无明显强化;胸片及全身骨扫描均未见远处转移灶;静脉肾盂造影:2 例未见明显显影,2 例延迟显影,1 例局部肾盏显影欠佳;4 例轻度贫血,另 1 例无贫血;5 例血沉均增快,5 例肝功能均正常或大致正常。CT 征象见图 1。

5 例患者均行根治性肾切除术,3 例术中发现肾周筋膜增厚,与周围组织明显粘连,4 例肾蒂旁淋巴结肿大,另 1 例未见肿大淋巴结。术后 4 例伴有肾蒂旁淋巴结转移患者行白介素-2 免疫治疗,每 3~6 个月随访 1 次。结果,5 例患者术后病理均为肾集合管癌,4 例伴肾蒂旁淋巴结转移(病理均提示阳性,另 1 例未见阳性淋巴结),病理分期:2 例为 T2N1M0,2 例 T1N1M0,1 例为 T1N0M0,瘤体均位于肾髓质并向周围浸润性生长,边界不清,无假包膜。肿瘤切面呈弥漫性红白相间或灰白鱼肉状,局部有出血、坏死灶,镜下癌细胞呈腺样、小巢状、

实性片状排列,浸润性生长,部分区鳞化、部分区灶性坏死,癌巢周围大量纤维组织增生,见图 2。免疫组织化学提示肌酸激酶(CK)、34 β E12、CK7 均阳性,癌胚抗原(CEA)、CD10 阴性。

2 例(T2N1M0)术后 6 个月死于多脏器转移,1 例术后 11 月亦死于多脏器转移,另 2 例仍在随访中。



A:平扫;B:增强后皮质期,C:增强后髓质期。

图 1 典型病例 CT 图

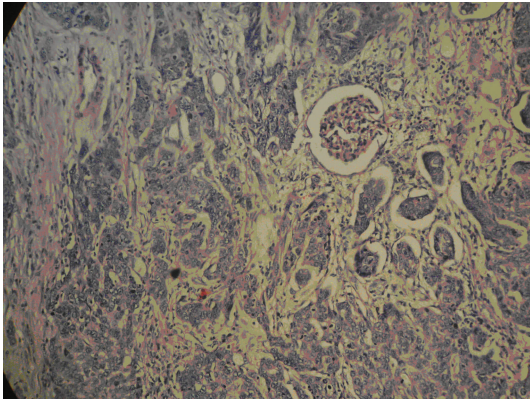


图 2 CDC 病理学照片图(HE \times 200)

2 讨论

2.1 CDC 临床特点 CDC 临床症状同其他类型肾癌,即肾癌三联征(血尿、腰痛、腹部肿块)及副瘤综合征。其生物学特性及病理特点表现为肾集合管癌起源于肾髓质,以肾间质为支架沿集合管扩散,呈浸润性生长,边界不清^[2],形态不规则,因此影像学特征在 CT 上表现为肿块位于肾中央部,密度不均,无假包膜形成,瘤体小时不引起肾脏外形的改变,较大时可同时累及肾窦、皮质和肾外。肾集合管癌为低血供肿瘤^[2],增强扫描为轻中度不均匀延迟强化^[3],呈“慢进慢出”,强化后与正常肾实质仍分界不清。早期即可出现局部侵犯和/或远处转移,CT 如出现肾脏无明显境界的弥漫性肿块合并腹膜后淋巴结肿大,应警惕肾集合管癌的存在。

2.2 与肾实质非肿瘤性疾病的鉴别诊断 (1)与黄色肉芽肿的区别:黄色肉芽肿性肾盂肾炎临床上易与肾癌混淆,其临床表现往往有尿频、尿急、尿痛、腰痛、发热等慢性感染症状,而肿瘤患者无上述症状,CT 特征为肾脏不规则增大,可与肾周围组织、器官粘连,因其组织内含大量脂质泡沫细胞,故呈低密度占位性病变,增强后亦无明显强化。(2)肾结核有时也会被误诊为癌,不过肾结核者大多数有肺结核的病史,影像学上表现为肾轮廓增大,其内往往可见囊状干酪样坏死的低密度区,常见钙化,肾周筋膜可受累增厚,也可有肾周寒性脓肿的形成;可见肾盏破坏、肾盏积水;输尿管管径增粗,管壁增厚,走行僵硬。

2.3 治疗与预后 本病病程短,进展快,早期即可发生局部浸润和远处转移,其中淋巴转移占 80%,肺转移和肾上腺转移占

25%,肝转移占 20%^[4],平均生存率 22 个月^[5],2 年生存率只有 20%^[6],预后极差。目前根治性肾切除术是其主要治疗方法,术后辅助放、化疗不敏感,国内大多采用免疫治疗(干扰素 α 和(或)白介素-2)作为一线治疗,本组两例均行白介素-2 免疫治疗,目前 2 例术后生存期分别为 6 个月,1 例为 11 月,另 2 例仍在随访中,近年报道分子靶向治疗(索拉菲尼、舒尼替尼)可延长术后生存期,但其疗效仍需前瞻性研究^[7-8]。

参考文献:

- [1] Lopez-Beltran A, Scarpelli M, Montironi R, et al. 2004 WHO classification of the renal tumors of the adults[J]. *Eur Urol*, 2006, 49(5): 798-805.
- [2] Bansal P, Kumar S, Mittal N, et al. Collecting duct carcinoma: a rare renal tumor[J]. *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 2012, 23(4): 810-812.
- [3] Kim JK, Kim TK, Ahn HJ, et al. Differentiation of subtypes of renal cell carcinoma on helical CT scans[J]. *AJR Am J Roentgenol*, 2002, 178(6): 1499-1506.
- [4] Davis CJ, Mostofi FK, Sesterhenn IA. Renal medullary carcinoma. The seventh sickle cell nephropathy[J]. *Am J Surg Pathol*, 1995, 19(1): 1-11.
- [5] Antonelli A1, Portesi E, Cozzoli A, et al. The collecting duct carcinoma of the kidney: a cytogenetical study[J]. *Eur Urol*, 2003, 43(6): 680-685.
- [6] Roupret M, Peyromaure M, Hupertan V, et al. Bellini renal cell carcinoma. Diagnosis and treatment[J]. *Prog Urol*, 2004, 14(4): 564-567.
- [7] Ansari J, Fatima A, Chaudhri S, et al. Sorafenib induces therapeutic response in a patient with metastatic collecting duct carcinoma of kidney[J]. *Onkologie*, 2009, 32(1/2): 44-46.
- [8] Miyake H, Haraguchi T, Takenaka A, et al. Metastatic collecting duct carcinoma of the kidney responded to sunitinib[J]. *Int J Clin Oncol*, 2011, 16(2): 153-155.