

局灶型黄色肉芽肿性肾盂肾炎的诊治

罗广承^① 白培明^① 张楠根^① 颜志坚^① 方林^① 苏汉忠^①

黄色肉芽肿性肾盂肾炎(xanthogranulomatous pyelonephritis, XGP)是一种少见的严重的肾实质感染性疾病,它分为局灶型和弥漫型两种。局灶型表现为肾实质内的肿瘤样软组织肿块,弥漫型表现为肾脏肿大,其内多个水样低密度区^[1~3]。既往对黄色肉芽肿性肾盂肾炎的治疗多行肾切除术或部分肾切除术^[4,5]。我们于1999年4月~2004年8月收治7例局灶型XGP患者,报告如下。

资料与方法

1 临床资料 男5例,女2例,均为郊区和农村患者;年龄19岁~28岁,平均24岁;病程10d~1年,平均3周;均为单侧病变,左侧3例,右侧4例。7例患者全部有患侧腰痛及肾区叩击痛;6例有发热,其中1例高热;5例有明显的体重下降;4例有明显的全身乏力感觉;3例有尿频、尿急的尿路刺激症状;1例有躯体皮肤的脓皮疮。

尿常规:3例见异常白细胞;血常规:6例见白细胞及中性粒细胞增多;7例患者血沉均加快(42~120 mm/h不等);5例血红蛋白降低和球蛋白升高, γ -谷氨酰转肽酶、碱性磷酸酶升高,血清胆固醇水平降低。尿细菌培养阳性2例,为大肠杆菌,其中1例在高热时血培养出大肠杆菌。

B超示患肾增大,肾实质内稍低回声肿物,其中1例浸润肾周组织。CT见患肾增大,实质内类圆形不均匀低密度实性肿物,大小约4.0 cm~7.0 cm不等,CT值12~40 Hu,肿物无明显强化,其边缘不均匀强化,部分病灶相应的肾周筋膜增厚黏连。KUB+IVP示2例患肾不显影或显影浅淡模糊;另外5例显影良好,只是患肾形态轮廓略有异常。

2 治疗方法 5例患肾功能良好的患者,予以大剂量、

广谱、高效的抗菌药物,本组病例在开始的10~14d均应用头孢三代抗生素静脉点滴。配合全身的营养支持治疗,静脉给予葡萄糖和氨基酸,对于明显低蛋白和血清胆固醇低的患者适当给予白蛋白和脂肪乳剂。中药选择以三七、牛黄、黄柏等清热解毒、消肿止痛的方剂。监测患者的血象。为观察治疗效果,一般在保守治疗2~3周后CT复查,证实肾脏肿块缩小后再继续治疗。4~6周后再次复查CT证实肿块消失为止。治疗过程中注意菌群失调,一般口服抗霉菌药物防治霉菌感染。

对另外2例肾功能差、IVP显示患肾不显影或显影浅淡模糊、CT显示患肾形态明显失常的病例,保肾意义不大,并且由于肾功能不良保守治疗也会非常困难,从而选择了肾切除术。

结 果

本组5例患肾功能良好的患者均保守治疗成功,其中3例5周内病灶消失,2例6周病灶消失,保住了患肾,避免了肾切除。治疗过程顺利,没有明显的并发症。常见的为肠道霉菌感染,较易控制。只是大剂量、广谱、高效的抗菌药物和全身的营养支持花费较多,对患者的经济可能会构成不小的压力。一般经过2~3周的治疗,CT复查肿块的长径可缩小50%,4~6周后肿块会消失或基本消失。另外2例肾功能差的患者行肾切除术,术后顺利康复;术中发现肾脏和周围组织有明显黏连,较一般肾切除术困难,肿物呈黄色外观,伴多发小灶状坏死化脓,病理特征为慢性淋巴细胞浸润和大量含有脂质的巨噬细胞(泡沫细胞、黄瘤细胞)。见表1。

表1 7例局灶型黄色肉芽肿性肾盂肾炎的临床特点和治疗

| 病例 | 性别 | 年龄(岁) | 白细胞($\times 10^9/L$) | 肿块大小(最长径,cm) | 尿培养 | 肾功能 | 治疗方案 | 肿块消失时间(d) |
|----|----|-------|------------------------|--------------|------|-----|------|-----------|
| 1 | 男 | 24 | 12.1 | 6.5 | 阴性 | 差 | 肾切除术 | - |
| 2 | 女 | 27 | 4.8 | 4.0 | 阴性 | 好 | 药物治疗 | 28 |
| 3 | 男 | 19 | 13.6 | 5.2 | 大肠杆菌 | 好 | 药物治疗 | 35 |
| 4 | 男 | 28 | 12.9 | 7.0 | 阴性 | 差 | 肾切除术 | - |
| 5 | 女 | 23 | 11.6 | 4.8 | 大肠杆菌 | 好 | 药物治疗 | 42 |
| 6 | 男 | 22 | 10.2 | 3.9 | 阴性 | 好 | 药物治疗 | 30 |
| 7 | 男 | 22 | 11.5 | 6.0 | 阴性 | 好 | 药物治疗 | 44 |

讨 论

XGP是一种严重的肾实质及其周围组织慢性化脓性感染,其特征为肾实质破坏,由含脂质巨噬细胞形成的肉芽肿取代。病因尚不完全清楚,泌尿系梗阻和感染可能是最主

要的因素,相当一部分病例尿细菌培养阳性,以大肠杆菌和变形杆菌多见。脂质代谢异常、淋巴管阻塞、机体免疫反应异常、肾乳头缺血性坏死等也可能是致病因素。特别是局灶型XGP,多由于宿主免疫反应异常,以致肾实质炎症病变不能愈合而形成肉芽肿^[6]。病理特征为肉眼呈黄色的病

灶,慢性淋巴细胞和大量含有脂质的巨噬细胞(泡沫细胞、黄瘤细胞)浸润^[7]。

XGP 患者的临床表现多种多样,没有特异性,但总的来说呈局部和全身的炎症反应表现。Malek 等^[8]统计,最常见的症状依次是:肾区疼痛和发热(69%)、乏力不适(35%)、便秘(35%)和体重下降(31%),以及尿路刺激症状、肉眼血尿、食欲不振等。常见的体征有:肾区肿物(62%)、肾区压痛(58%)、高血压(31%)和肝脏肿大(27%),以及肥胖、肋腹部皮肤痒、脓皮疮等。儿童 XGP 与成人表现略有不同,发病率没有明显的性别差异,肿物以局灶型为多,发热、肝大、营养不良、脓尿等更常见^[9]。临床上将 XGP 分为三组:Ⅰ期(肾期),炎症病变局限于肾内;Ⅱ期(肾周期),炎症病变扩展至肾周筋膜;Ⅲ期(肾旁期),炎症病变扩展至后腹膜。实验室检查有炎症反应的相应表现,但缺乏特异性。主要有贫血、白细胞升高及核左移、氮质血症、血转氨酶和碱性磷酸酶升高、低蛋白血症、血沉增快等,并可见脓尿、血尿,部分病例尿细胞培养阳性,多为大肠杆菌和变形杆菌,其他为假单胞菌、葡萄球菌等^[10]。

XGP 的影像学表现没有明确的特异性,这也是本病(尤其是局灶型)很难与肾脏恶性肿瘤鉴别的主要原因。KUB+IVP 可发现肾影增大模糊,相当一部分病例患肾不显影,若显影则可见肾脏肿块影和肾盏受压变形等。B 超会发现增大的肾脏及低回声肿块,并发肾积水、肾结石时,可见肾盂肾盏扩张和高密度结石影。肾动脉造影的特点是少血管或无血管的肿块,以往曾认为是 XGP 的特征性表现,但也很难与少血管或无血管的肾癌鉴别^[7,8]。CT 可以证实病变的类型、范围及邻近脏器的受累情况,被认为是诊断 XGP 最好的影像选择,其典型表现有两种:(1)局灶型:肾脏形态大致保持,可见肾实质内微弱强化的低密度肿块和增厚的肾周筋膜。(2)弥漫型:肾脏完全变形,增大的肾内见多个水样低密度区,伴病灶的相应肾周炎症如肾筋膜增厚,与腰大肌粘连、累及周围脏器。增强扫描示患肾内多个类圆形边缘有强化的低密度灶——被称为“熊掌征”的图像^[1,7]。

以往由于 XGP 难以与肾肿瘤鉴别或肾功能完全破坏,大部分患者行患肾切除术。近十多年来,彩色超声及 CT 应用普及,早期诊断率提高,倾向于先根据临床分期决定治疗方案。近年来有报道 XGP 病例经长时间抗炎治疗而痊愈者,特别是局灶型^[11,12]。XGP 是良性疾病,对患肾功能良好的患者,特别是青少年,非手术治疗保留肾脏,有着现实的必要和可能性。另外,XGP 属于特殊类型的慢性肾盂肾炎,中医认为气虚血瘀,湿热蕴结是本病的基本病机,适宜清利益气化痰法治疗^[13]。本病本组 5 例经大剂量、广谱、高效的抗菌药物,结合清热解毒、消肿止痛的中药和营养支持等措施治疗成功的经验,对增加该病的诊治有着积极的意义。由于 XGP 特别是局灶型较难和肾肿瘤区别开来,所以在治疗过程中要尽早复查,以免延误了肾肿瘤的诊治。对难以鉴别的 XGP 病例,肾穿刺活检和试验性治疗也是可取的。而对肾功能差、肾脏形态明显失常的病例,保肾困难且意义不大,这时选择肾切除是明智的。XGP 肾切除往往

比较困难,因为肾脏与其筋膜及后腹膜,甚至邻近脏器的炎性粘连严重,必须做好充分的术前准备,并且不宜行腹腔镜肾切除术^[14]。

参 考 文 献

1. Easthm J, Ahlering T, Skinner E. Xanthogranulomatous pyelonephritis: clinical findings and surgical considerations. *Urology*, 1994, 43(3): 295-299.
2. Verswijvel G, Oyen R, Van Poppel H, et al. Xanthogranulomatous pyelonephritis: MRI findings in the diffuse and the focal type. *Eur Radiol*, 2000, 10(4): 586-589.
3. Zozos I, Moutzouris V, Korakianitis G, et al. Analysis of 39 cases of xanthogranulomatous pyelonephritis with emphasis on CT findings. *Scand J Urol Nephrol*, 2003, 37(4): 342-347.
4. Bingol-Kologlu M, Ciftci AO, Senocak ME, et al. Buyukparmucu Xanthogranulomatous pyelonephritis in children: diagnostic and therapeutic aspects. *N Eur J Pediatr Surg*, 2002, 12(1): 42-48.
5. 李晓飞,梅骅,郑克立,等.黄色肉芽肿性肾盂肾炎(附 30 例报告). *中华泌尿外科杂志*, 2000, 21(10): 606-608.
6. Nataluk EA, McCullough DL, Scharling EO. Xanthogranulomatous pyelonephritis, the gatekeeper's dilemma: a contemporary look at an old problem. *Urology*, 1995, 45(3): 377-380.
7. Walsh: Campbell's Urology, 8th edition, 2002 Elsevier Science. 564-565.
8. Malek RS, Elder JS. Xanthogranulomatous pyelonephritis: a critical analysis of 26 cases and of the literature. *J Urol*, 1978, 119(5): 589-593.
9. Matthews GJ, Mclorie GA, Churchill BA, et al. Xanthogranulomatous pyelonephritis in pediatric patients. *J Urol*, 1995, 153(6): 1958-1959.
10. Petronic U, Buturovic J, Isvaneski M. Xanthogranulomatous pyelonephritis. *Br J Urol*, 1989, 64(4): 336-338.
11. Brown PS, Dodson M, Weintrub PS. Xanthogranulomatous pyelonephritis: report of nonsurgical management of a case and review of the literature. *Clin Infect Dis*, 1996, 22(2): 308-314.
12. 罗广承,白培明,王盛乾.黄色肉芽肿性肾盂肾炎(附 4 例报告). *四川医学*, 2001, 9: 839-841.
13. 郭宇英,杜锦海.清利益气化痰法治疗慢性肾盂肾炎 32 例临床观察报告. *中国中西医结合肾病杂志*, 2001, 2(11): 675.
14. Merrot T, Ordorica-Flores R, Steyart H, et al. Is diffuse xanthogranulomatous pyelonephritis a contraindication to retroperitoneoscopic nephroureterectomy? A case report. *Surg Laparosc Endosc*, 1998, 8(5): 366-369.

(收稿: 2004-11-25 修回: 2005-02-05)