

肿瘤合并膜性肾病一例报告

Complicated complicated by membranous nephropathy: a case report

于光, 于建平, 许静, 傅鹏

(第二军医大学长海医院肾内科, 上海 200433)

[关键词] 肿瘤; 膜性肾病; 病例报告

[中图分类号] R 692; R 73 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2007)09-1043-02

1 临床资料 患者, 男性, 73岁, 退休工人。因“水肿, 泡沫尿2个月余”于2004年9月29日入院。患者于2004年7月中旬无明显诱因出现双下肢、颜面部水肿, 泡沫尿, 伴头昏、乏力、食欲减退, 在当地医院治疗未见好转。9月15日来我院门诊, 查尿常规: 蛋白质1.5 g/L、红细胞10/ μ l; 血尿素、肌酐正常; 白蛋白/球蛋白: 33/31; 总胆固醇: 8.36 mmol/L; 24 h尿蛋白定量5.22 g。以“肾病综合征”收治入院。既往有反复咯血史, 30年前即出现过一次咯血, 治疗后好转(具体情况不详)。近5年, 每遇“感冒”后出现咳嗽、咳痰, 痰中带少量暗红色血丝, 每次发作均可自行缓解。今年5月下旬, 患者“感冒”后再次出现咳嗽、咳痰, 痰中带血, 随后逐渐加重, 并于5月20日开始出现咯血十余次, 每次量在10~30 ml左右, 且治疗效果不佳。无药敏、特殊用药、毒物及疫区接触史。吸烟800年支。入院体检: 体温37 $^{\circ}$ C, 脉搏80次/min, 呼吸18次/min, 血压120/60 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa)。神志清, 自动体位; 皮肤黏膜未见黄染、出血点及淤斑, 浅表淋巴结未触及肿大。眼睑、颜面无浮肿; 气管居中, 无颈静脉怒张; 胸廓无畸形, 双侧呼吸动度对称, 双肺语颤正常, 叩诊清音, 右肺可闻及少量干湿性啰音; 心率80次/min, 齐, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音; 腹软, 无压痛, 肝、脾肋下未及, 移动性浊音阴性; 四肢活动自如, 双下肢中度凹陷性水肿, 双肋腰点无压痛; 双侧膝反射正常, 克氏征、布氏征、巴氏征均阴性。入院后查尿常规: 蛋白1.5 g/L(手工)+++ , 白细胞(手工)20~30/HP, 红(手工)1~3/HP; 24 h尿蛋白定量: 2.5 g[使用福辛普利钠(蒙诺)治疗2周后]; 尿本周蛋白: 阴性; 肝功能: 总蛋白52 g/L, 白蛋白28 g/L, 球蛋白24 g/L; 血脂: 总胆固醇6.62 mmol/L, 甘油三酯1.5 mmol/L。血生化: 葡萄糖4.4 mmol/L, 尿素4.3 mmol/L, 肌酐73 μ mol/L。血常规、粪常规均正常。血CRP 3.19 mg/L, 血ESR 25 mm/1h。痰培养检出: 包曼不动杆菌(+); 痰涂片查见革兰阴性杆菌; 痰浓缩查抗酸杆菌未检出。

血IgG、IgA、IgM、补体C3、补体C4均正常; 抗ENA抗体、抗ds-DNA、抗ss-DNA、类风湿因子、抗核抗体均阴性; PANCA、CANCA阴性。胸片及胸部CT均提示: 右上肺叶阻塞性炎症, 右侧胸膜增厚。入院后给予抗炎、止血、利尿、降脂、抗凝等治疗后一般情况好转, 行肾穿刺活检。肾脏病理报告: 光镜下可见12个肾小球, 在不同切面可见1个

小球硬化。包曼囊壁局灶节段性轻度增厚伴囊周轻度纤维化, 可见少数节段壁层上皮细胞增生, 肾小球毛细血管襻未见明显增厚; 系膜区局灶节段性轻度增宽伴系膜细胞轻度增生; 免疫荧光可见少量免疫球蛋白沉积, 以IgM为主, 在血管襻沉积; 电镜下可见肾小球上皮下大量电子致密物呈“丘状”沉积, 基膜增厚, 部分spike形成, 上皮足突较广泛融合伴部分微绒毛形成, 诊断为膜性肾病。转入呼吸内科行支气管镜检查病理提示: (右上叶开口)鳞状上皮乳头状瘤伴中至重度异型增生, “右上肺癌”。患者于2004年11月10日转入胸外科于全麻下行右侧剖胸探查, 右上肺叶切除术。术后病理提示: (右上肺)高分化鳞状细胞癌。患者手术后1个月, 24 h尿蛋白定量明显减少为1.2 g, 出院后继续化疗, 我科随访, 3个月后尿蛋白转阴。

2 讨论 因本例患者既往有反复咯血, 痰中带血史5年, 病程较长, 临床上容易忽视肺部肿瘤, 未进行进一步检查。入院后我们结合患者年龄较大, 有长期吸烟史, 且胸片和胸部CT有阻塞性肺炎表现, 抗感染治疗效果不佳, 特别是肾活检病理为膜性肾病, 故考虑患者为继发性肾病综合征, 积极动员患者进行肺支气管镜检查。结果证实为肺部恶性肿瘤(右上肺高分化鳞状细胞癌), 手术治疗后1个月, 复查24 h尿蛋白定量明显减少, 3个月后尿蛋白转阴。本例患者因肺癌分化高, 肿瘤能成功切除, 肾病的症状随肿瘤的有效治疗而得到缓解。本例患者的治疗经验说明, 对于肾病综合征的患者, 尤其是老年患者, 肾活检病理检查非常重要, 使用激素免疫抑制剂之前, 一定要注意排除继发性疾病, 针对病因治疗是提高疗效的关键, 否则不恰当的治疗不仅疗效差, 还会引起较多的并发症, 甚至产生严重的后果。

目前报道能产生肾损害的肿瘤有肺癌、结肠癌、乳腺癌、慢性淋巴细胞白血病、非霍奇金淋巴瘤、霍奇金病等。膜性肾病是最常见的与实体肿瘤有关的病理类型, 其他依次为膜增生性肾炎、微小病变。

肺癌引起肾病可能的机制是: 肿瘤相关抗原刺激宿主产生抗肿瘤抗体, 抗原抗体形成免疫复合物, 沉积于肾小球; 或抗体与肾小球基底膜形成原位免疫复合物而致病。肺癌引起

[作者简介] 于光, 副教授, 副主任医师。

E-mail: yu_g88_808@hotmail.com

肾小球疾病病理类型是多样的,最常见的是膜性肾病,占60%~70%,其他少见的有局灶节段硬化型、膜增生性肾炎、微小病变等。最容易合并肾病的肺癌类型是小细胞肺癌。肺癌合并肾病一般起病较隐匿,最初的临床症状可能不典型,肾损害出现的时间与肿瘤症状的出现无相关性。首发症状表现以肾小球疾病为主,而肺部症状体征及影像学检查(X线胸片)改变较晚,则诊断肺癌较困难,常常丧失早期诊断机会,故对肾病综合征患者特别是老年人,一定要重视进行肺癌或其他肿瘤方面的检查,而对肺癌患者要注意及时早期检查血、尿及肾功能等,这对于提高疗效、延长患者生命是非常重要的。

肾病综合征可与肿瘤同时发病,也可早于或晚于肿瘤发

病;肾病综合征可随肿瘤的有效治疗而好转,随肿瘤复发而加重。本例患者肾病综合征可能是在肿瘤出现后发病,随着肺癌的有效治疗,肾病综合征好转、自愈。肾病综合征的患者特别是老年患者往往容易合并肺部感染,本例患者反复咯血,痰中带血,X线胸片及CT提示为阻塞性肺炎,尽管已有多年的病史,仍要高度警惕是否存在肺癌。因此,对肾病综合征患者,尤其是病理类型为膜性肾病的老年人,如果有吸烟史,呼吸道症状的患者,更要仔细全面检查排除恶性肿瘤,以免漏诊,延误治疗。

[收稿日期] 2007-05-23

[修回日期] 2007-07-10

[本文编辑] 曹 静