



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

姓名
单位
时间



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

病例介绍

- 简要回顾患者病情及诊疗过程



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

MDT讨论内容

- 列出MDT讨论的问题：



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

MDT团队专家讨论意见介绍
(注意列出各位专家的意见)

■诊断方面:

■治疗方面:



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

按讨论意见后续诊治过程



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

按讨论意见后续诊治效果及疑问



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

谢谢



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

示例



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

邓新军

广州市红十字会医院

2023-12-06



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

病例介绍

一般情况

姓名：钟*伟

性别：男

年龄：57岁

民族：汉族

出生地：广东省广州市

职业：退休

婚姻：已婚

病史陈述者：本人

入院日期：2023-10-23



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

病史详情

主 诉： 肺癌化疗及免疫治疗后6月，发现左肾肿物3月。

病史特点： (1) 6月前：患者因“阵发性咳嗽伴胸背痛”就诊，CT示“右肺上叶尖段占位，周围型肺癌并右肺门淋巴结转移”，头颅MR示“小脑、左侧顶叶占位病变，考虑脑转移瘤”，肺穿刺活检病理示“肺腺癌（低分化）”，予“培美曲塞二钠800mg+卡铂500mg”联合“卡瑞丽珠单抗 200mg”治疗6次，肺部及脑转移病灶明显缩小。

(2) 3月前：患者复查CT时提示“左侧肾脏存在一大小约2.5×2.8cmmm实性占位病灶，考虑肾癌可能”，为进一步诊治入院。



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

影像学检查

胸部CT检查



2023-04-07



2023-07-04



2023-08-25



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

肺肿物穿刺活检病理：

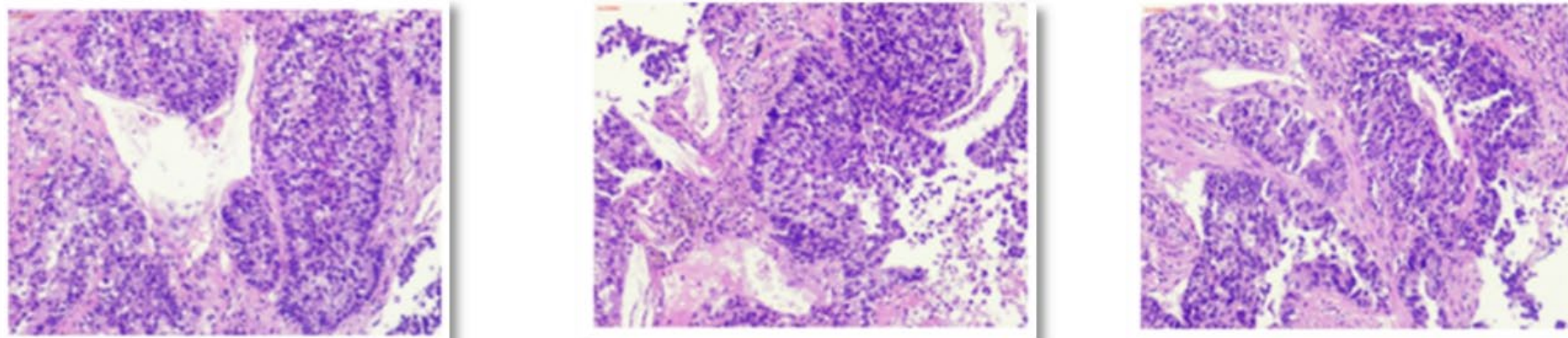
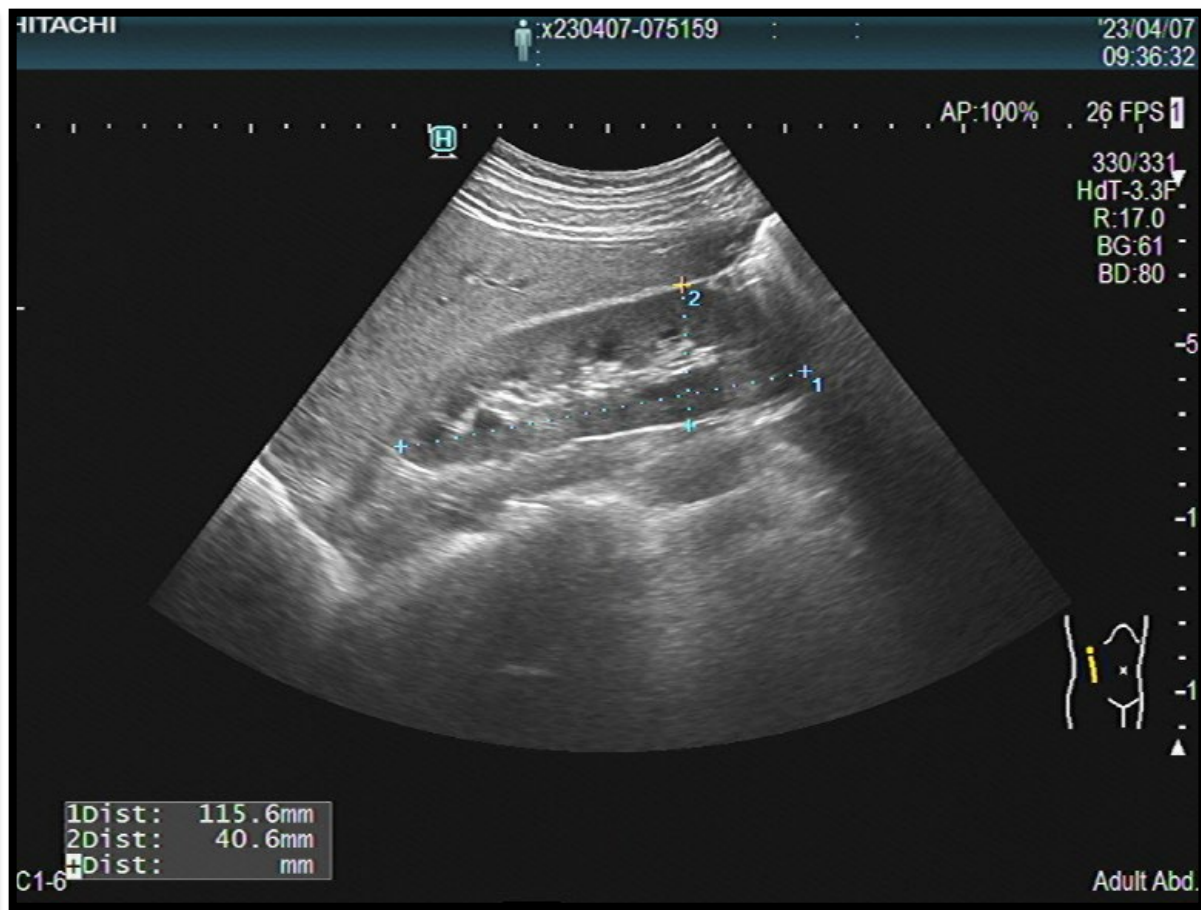
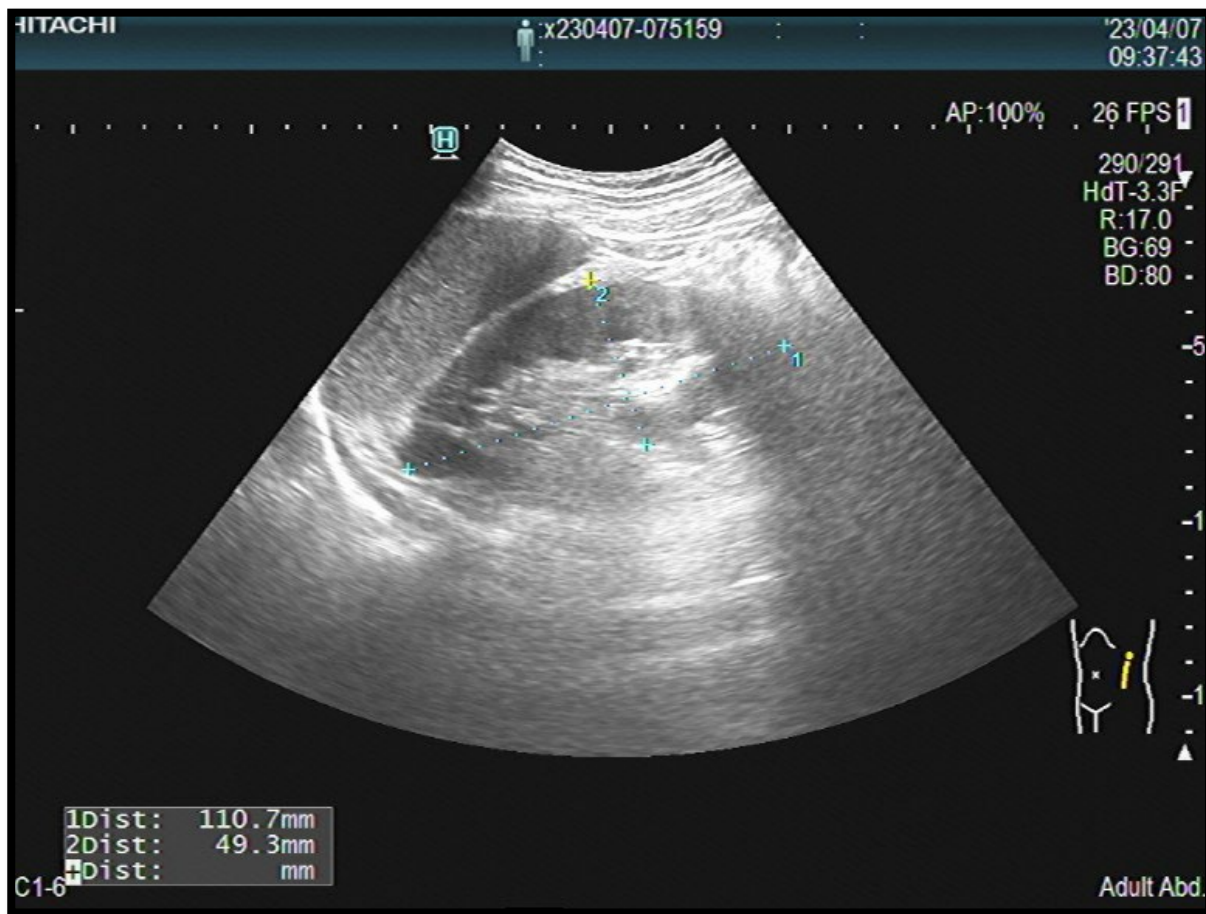


图 5. 肺穿刺活检病理结果：免疫组化：肿瘤细胞 CK-H (小灶+), CK-L(++), CK7(+++), P40(-), CK5/6(-), TTF-1(+++), NapsinA(+), P63(局灶+), ALK-D5F3(-), ALK-NEG(-), BRAF V600E(-), EGFR(+), NSE(灶+), CgA(-), Syn(灶+), P53(约 90%+, 错义突变型), Ki-67(热点区域约 40%+)。右上肺肿物穿刺活检：送检少量肺组织镜下见黏膜下散在异性细胞团巢状浸润性生长，核圆形小圆形深染、或不规则，核仁不明显，染色质细腻，胞浆嗜碱性或透亮，肿瘤细胞巢外围细胞呈栅栏状排列，间质纤维组织增生，慢性炎症细胞浸润，结合免疫组化染色结果，右上肺穿刺组织病变诊断肺非小细胞癌，符合肺腺癌（低分化）。



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报



2023-4-7彩超检查：**双肾未见明显异常。**

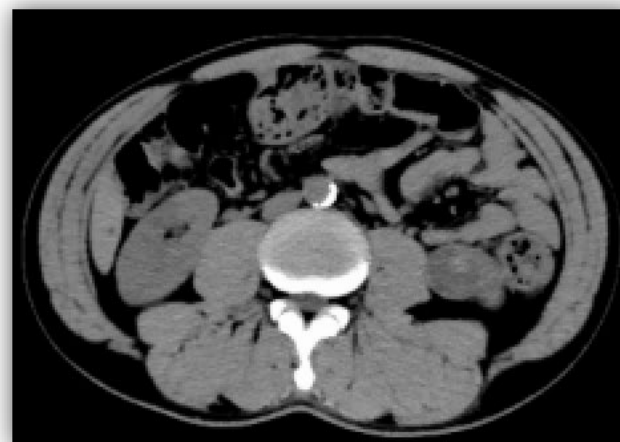


广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

肾脏CT检查



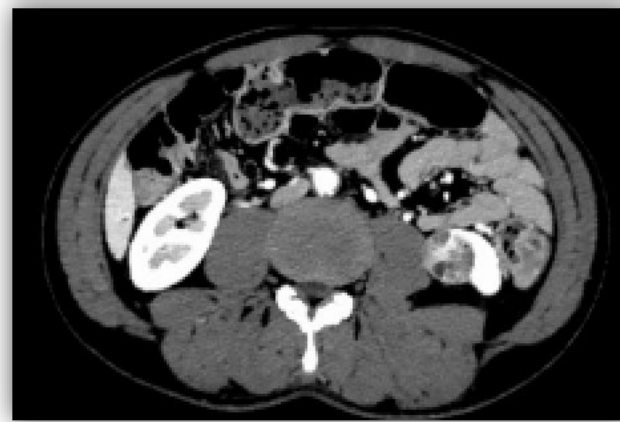
平扫



增强



2023-07-04



2023-10-24



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

MDT讨论内容

一、诊断：左肾肿瘤（原发肾癌？转移瘤？）

二、治疗：左肾部分切除术？肾穿刺活检？



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

诊断相关讨论

中山大学附属第一医院放射诊断科关键教授：对比治疗前及最新影像资料，目前患者肺部病灶明显缩小，脑部转移病灶也显著控制；左肾下极见孤立的占位病变，形状规则、界限清晰、造影剂快进快出，比较符合肾脏原发恶性肿瘤征象，但肿瘤中心见部分囊变，强化不均匀，不能排除囊性肾癌，肺癌转移病变亦不能完全排除。从影像学特征而言，转移性肿瘤更多见为多个大小不等的病灶，单一病灶相对少见，故首先不考虑为转移癌。

中山大学附属第一医院病理科刘大伟教授：从肺肿瘤穿刺病理结果可见，该患者为高度恶性的低分化腺癌，极易发生侵袭转移，所以左肾病变可能为原发性肿瘤，但也不能排除为肺转移病灶。

中山大学附属第一医院肿瘤科张家兴教授：患者肺癌并脑多发转移采取“培美曲塞二钠800mg+卡铂500mg”联合“卡瑞利珠单抗 200mg”的治疗方案是合适的治疗方案，经过6个疗程的治疗，肺原发病灶和脑转移病灶均得到控制，但治疗过程中，发现的左肾新病灶，且对所采取的化疗+免疫药物无应答，表明左肾病灶与原发肺肿瘤生物学特性及对治疗反应不同，更可能为肾原发肿瘤，而临床上在使用免疫药物治疗过程中，由于机体免疫功能受到抑制而减弱，发生其他器官免疫原性肿瘤也时有发生，故不排除继发左肾原发性肿瘤。



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

治疗相关讨论

中山大学附属第一医院放射治疗科王岩教授：对于肾脏的原发肿瘤，不论何种病理类型，**对放射治疗不敏感**，不是首选治疗方案，如出现其他治疗难以控制，才考虑包含放射治疗在内的综合治疗方案。

中山大学附属第一医院泌尿外科王道虎教授：目前无法明确左肾肿物是原发或转移病灶，但可以确定是恶性肿瘤，且对当前治疗肺癌的化疗和免疫药物不敏感，病变孤立、局限，不建议行穿刺活检，肿瘤大小及其位置符合保留肾单位的肿瘤切除指征，建议**直接行腹腔镜肾部分切除术**，在技术上完全可行。

中山大学附属第一医院泌尿外科陈凌武教授：左肾肿物为孤立病灶，突出于肾表面，且包膜完整，**腹腔镜容易完整切除**，既能明确病理性质，同时也达到治疗目的；而且，如果脑部转移病灶经过综合治疗后完全缓解，即使是来源于原肺癌的转移癌，也为肺部原发肿瘤手术治疗创造条件。

南方医科大学珠江医院泌尿外科徐阿白教授（主持人）：综上所述，目前左肾占位病变考虑肾脏原发恶性肿瘤可能性极大，但不能完全排除肺转移，其对化疗、免疫、放疗均不敏感，而该病灶孤立、包膜完整、突出肾表面，容易切除，建议直接行**腹腔镜肾部分切除术**，切除肿物、明确病理、为肺癌进一步治疗创造条件。



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

MDT讨论意见

诊断：左肾原发肿瘤可能性大（不完全排除肺转移瘤）

治疗：（1）腹腔镜下左肾部分切除术（目的：治愈肾原发肿瘤）

（2）肺癌并脑转移继续专科治疗（减轻肿瘤负荷，保护器官功能）。



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

广州市红十字会医院

手术记录

姓名钟 性别男 年龄57岁 科室泌尿外科 病区泌尿外科病区 床号33 住院号0737301

术前诊断: 1. 左肾占位性病变: 原发肾癌? 转移瘤? 2. 右上肺恶性肿瘤pT2N2M1 IV (腺癌, 脑多发转移)
3. 毛细血管疾病 (药物所致反应性毛细血管增生症) 4. 肺大疱5. 高脂血症6. 胆囊息肉7. 脂肪肝

术中诊断: 1. 左肾占位性病变: 原发肾癌? 转移瘤? 2. 右上肺恶性肿瘤pT2N2M1 IV (腺癌, 脑多发转移)
3. 毛细血管疾病 (药物所致反应性毛细血管增生症) 4. 肺大疱5. 高脂血症6. 胆囊息肉7. 脂肪肝

手术名称: 后腹腔镜下左肾部分切除术

手术医师: 邓新军 I 助: 李正明 II 助: 李文彬

手术经过、术中出现情况及处理:

麻醉实施后,患者转变体位取右侧卧位,腰部升高。常规消毒铺巾,于脐上棘上约1cm腋中线作A点,纵型切开皮肤约2cm,用中弯钳撑开戳入后腹腔间隙,伸入示指入后腹腔稍游离间隙,建立初步操作空间;于十二肋下缘腋后线做B点,切开皮肤约0.5cm,在示指引导下穿刺置入5mm戳卡,于十二肋下缘腋前线作C点,切开皮肤约1cm,在示指引导下穿刺置入12mm戳卡,A点置入10mm戳卡并置入观察镜,腹膜后腔充气,限压12kpa。

沿腰肌筋膜表面分离后腹腔间隙,于肾脏中部位置剪开肾周筋膜,分离肾门,小心游离肾动脉暴露充分后,预留被阻断;沿肾包膜表面钝锐性结合分离使肾下极暴露,发现肿瘤位于肾下极靠腹侧,突出肾表面,大小约2.6×2.5cm,用电剪刀距离肿瘤外缘约3-5mm处标记切除界限,用动脉血管夹暂时阻断肾动脉,用组织剪刀以梭形进行部分切除,沿肿瘤边缘剪开肾包膜,边剪边吸除渗血,以保持视野清晰,完整切除肿瘤,以单股倒刺可吸收缝线确切缝合肾脏创面后并尾端予结扎夹夹闭,松开阻断肾动脉的动脉夹,肾创面无明显渗血,表面覆盖止血海绵4块,肾A阻断时间为30min。用标本袋取出肾肿瘤标本送病理检查,检查手术野无活动出血和其他意外损伤,放气减压后,观察手术野情况正常,退镜,留置硅胶引流管于后腹腔引流。缝合伤口,术毕。术中失血200ml。

术程顺利,检查肿物完整,边界有少许正常肾组织,大小约2.6×2.5cm,将左肾肿物、左肾肿物周围脂肪送检病理。

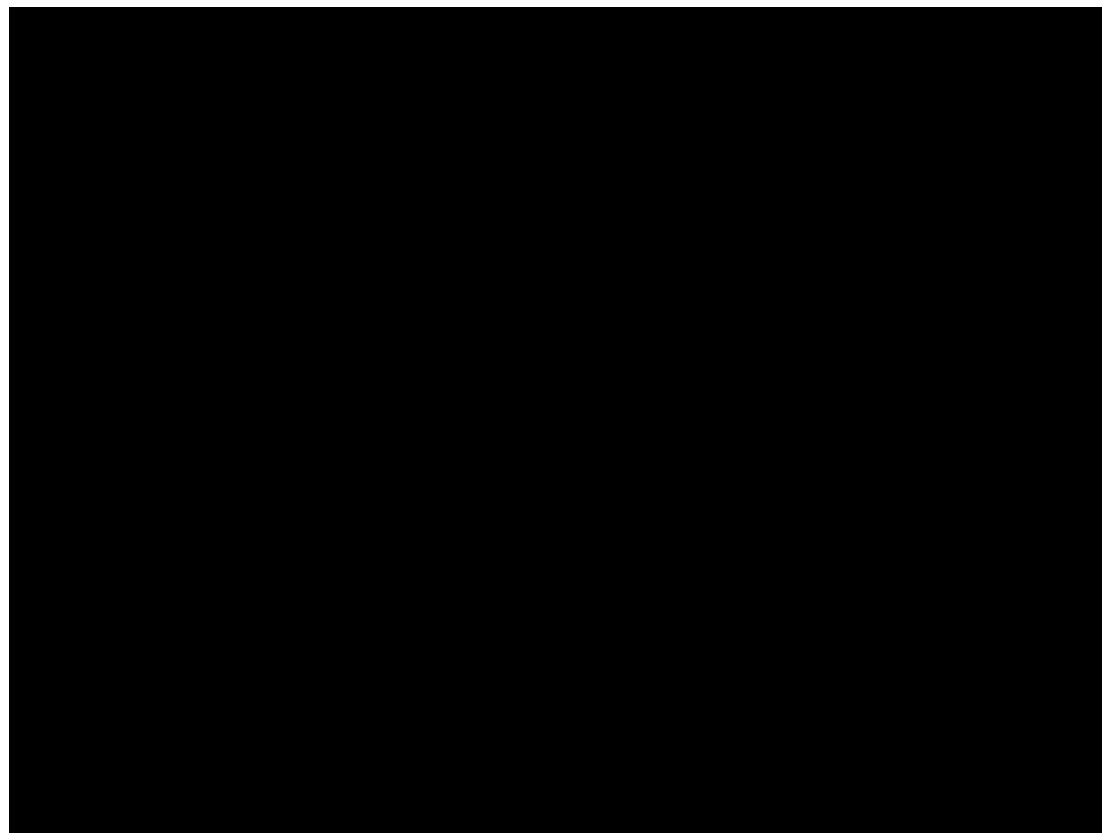
医师签名: 邓新军 副主任医师 邓新军 副主任

任医师

记录日期: 2023年10月27日



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报



术者：邓新军、李正明



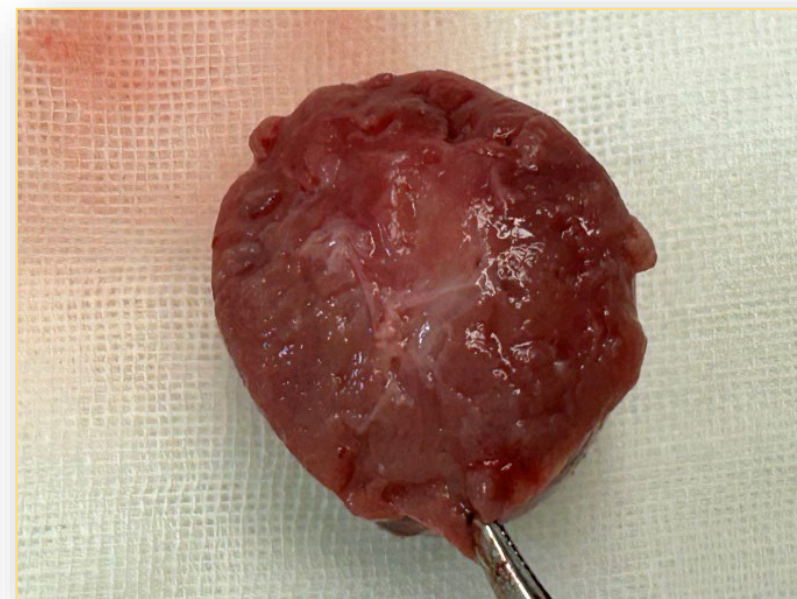
广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报



侧面



表面



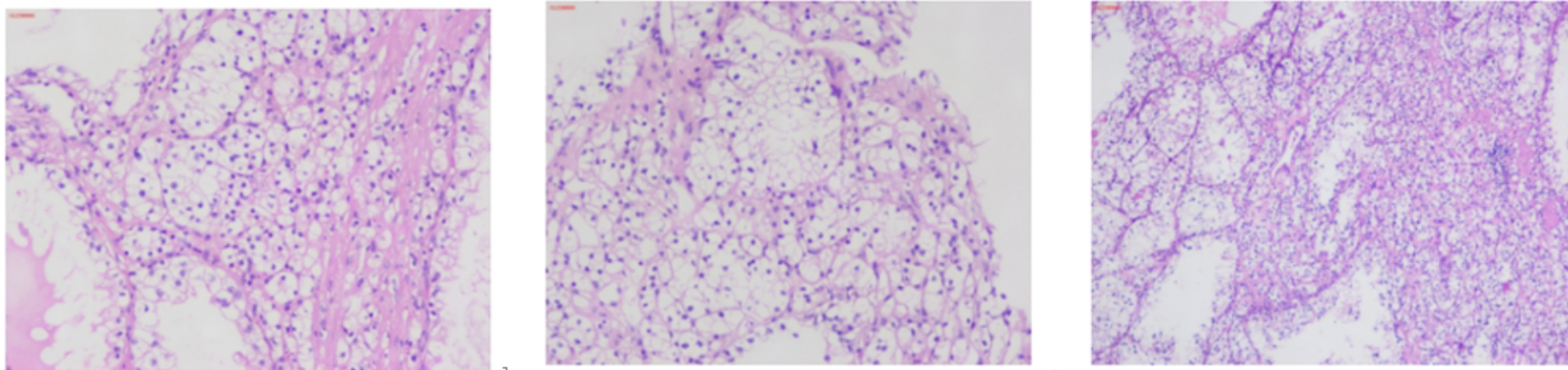
切面



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

术后病理

透明细胞性肾细胞癌：ISUP核分级：2级；未突破肾被膜；切缘（-）



左肾肿瘤病理检查：瘤细胞呈腺泡状或片状增生，胞浆透明，核小圆形，大小较一致，部分核呈细颗粒状，400倍镜下可见小核仁，可见由薄壁血管构成的规则的网状间隔，伴囊性变、出血。免疫组化：CD10(膜+)，Vimentin(+)，PAX-8(+)，Ki-67(约3%+)，CK7(局部+)，E-Cad(+)，CD117(-)，Melan-A(-)。左肾肿物病变为透明细胞性肾细胞癌，ISUP核分级：2级，癌组织未突破肾被膜，未见明确脉管内癌栓；外周脂肪组织未见癌累及。



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

术后情况及随访

术后恢复：术后第一天伤口引流约20ml，尿管引流尿液呈淡黄色，予以拔除伤口引流管及尿管，术后第三天出院，术后一周到门诊伤口拆线，切口愈合、身体状况恢复良好。

随访：2023年11月24日，患者因“肺癌并脑转移”继续到胸外科住院行化疗及免疫治疗，复查肾功能正常，暂时未行肾脏影像学复查。



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

结 语

1、对于多系统、多器官先后发生的原发恶性肿瘤，在身体状态和器官功能可耐受的情况下，尤其是各肿瘤可以达到根治性切除治愈的情况下，应该及时积极手术治疗，以期获得最大疗效；不要失去其他肿瘤根治性治愈的时机。

2、即使是原发不能达到完全病理缓解的其他系统器官恶性肿瘤的转移性肾癌，如原发肿瘤病情得到有效控制、改善和状态稳定，对于可以完全切除且利于保护被波及器官的转移病灶，也值得积极手术治疗，最大限度减轻肿瘤负荷，对病人的总体健康可以获益。



广东省医学会泌尿外科 疑难病例多学科会诊病例反馈汇报

谢谢