

前列腺摘除术+化疗治疗原发性前列腺淋巴瘤

1 例报告并文献复习

傅旭辰¹ 周任远¹ 王伟¹ 施国伟¹

【摘要】 目的:探讨原发性前列腺淋巴瘤的临床特点。**方法:**回顾性分析 1 例原发性前列腺淋巴瘤患者的临床资料,并结合文献进行讨论。患者 75 岁,因进行性排尿困难 10 年、间歇性肉眼血尿 1 个月入院。直肠指诊前列腺增大明显;B 超提示前列腺增生(70 mm×71 mm×54 mm)、膀胱后壁低回声(11 mm×49 mm×6 mm);CT 提示前列腺增生,膀胱后壁局限性小结节;膀胱镜检查因前列腺过大而进镜受阻。术前拟诊为膀胱占位性病变、前列腺增生,行膀胱探查+耻骨上经膀胱前列腺摘除术。**结果:**术中膀胱内未发现占位性病变。外科包膜下完整切除前列腺,称重 198 g。病理检查镜下见大淋巴细胞增生浸润,瘤细胞大小较一致,无明显腺样及巢状排列,胞质少,核有异型性,考虑为前列腺非霍奇金淋巴瘤,结合酶标考虑为弥漫大 B 细胞型淋巴瘤。给予 RCHOP 方案治疗,随访 1 年余,全身未见淋巴瘤表现,膀胱镜检查未见局部复发。**结论:**原发性前列腺淋巴瘤罕见,多为 B 细胞型淋巴瘤;治疗以化疗为主,可辅以手术治疗及放疗。

【关键词】 前列腺肿瘤;淋巴瘤

【中图分类号】 R737.25 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1001-1420(2012)12-0948-02

原发性泌尿和男生殖系淋巴瘤非常罕见,发生于前列腺的非霍奇金淋巴瘤发病率不足 0.1%^[1]。国内外报道均不多,常被漏诊、误诊。我院近期收治 1 例原发性前列腺淋巴瘤患者,现报告如下,并结合文献复习探讨其临床特征、治疗及预后。

1 病例报告

患者,男,75 岁。因进行性排尿困难 10 年、间歇性肉眼血尿 1 个月于 2011 年 3 月 11 日入院。患者于 10 年前出现夜尿增多、分段排尿、尿等待等症状,曾有两次急性尿潴留,给予保留导尿并口服非那雄胺、特拉唑嗪治疗,均 1 周后拔管,能自行排尿,患者自行停药。入院前 1 个月出现间歇性无痛性全程肉眼血尿,能自行缓解,未就诊。入院当天再次出现肉眼血尿,有不规则血凝块,伴有排尿困难加重。直肠指诊前列腺增大明显,质地中等,未扪及结节。检查血 PSA 为 2.08 ng/ml。B 超提示剩余尿量为 350 ml;前列腺增生 70 mm×71 mm×54 mm,前列腺内低回声;膀胱后壁低回声 11 mm×49 mm×6 mm,MT 不排除,膀胱内絮状回声,考虑为血块,双肾囊肿。CT 检查提示前列腺增生,膀胱后壁局限性小结节。行膀胱镜检查,因前列腺过大进镜受阻。拟诊为膀胱占位性病变,前列腺增生。在腰硬联合麻醉下行膀胱探查+耻骨上经膀胱前列腺摘除术。术中膀胱内未发现占位性病变,前列腺明显突入膀胱,外科包膜下完整切除前列腺,称重 198 g。术后 1 周拔除导尿管,自行排尿通畅,剩余尿量 10 ml,最大尿流率 18.6 ml/s。病理检查:送检组织见大淋巴细胞增生浸润,瘤细胞大小较一致,无明显腺样及巢状排列,胞质少,核

有异型性,考虑为前列腺非霍奇金淋巴瘤,结合酶标考虑为弥漫大 B 细胞型淋巴瘤。免疫组化: LCA(+),CD20(+),CD79a(+),Bcl-2(+),Bcl-6(+),PSA(-),Ki67 指数为 0.9。术后第 2 周予骨髓检查、腹部 MRI、纵膈 CT 等均未见其它淋巴瘤表现,给予 R-CHOP 方案化疗 6 次(每 4 周 1 次)。术后随访已 1 年余,全身未见淋巴瘤表现,膀胱镜检查未见局部复发。

2 讨论

淋巴瘤是源于淋巴组织的细胞增生所致的恶性肿瘤,主要分霍奇金病及非霍奇金淋巴瘤(NHL)两类,前者占有淋巴瘤的 10%左右。NHL 是原发于淋巴网状组织的恶性肿瘤,也是免疫系统的恶性肿瘤,其中 65%发生于淋巴结,以颈部、腋窝、腹股沟处的浅表淋巴结为好发部位,其余 35%好发于淋巴结外的淋巴组织,如扁桃体、咽、胃肠道、肺、脾、胸腺、骨、乳腺、生殖器官、皮肤、心脏、内分泌腺、中枢神经系统等^[2]。结外淋巴瘤以 NHL 为主,90%以上为继发。NHL 的病变范围广,淋巴结外病变多见。按细胞来源可简单分为 B 细胞型、T 细胞型、U 细胞(非 T 非 B)型、组织细胞型和不能分型五种。根据目前国际通用的淋巴瘤 Ann Arbor 临床分期(表 1)^[3],本例患者为 I_E 期。Mayo 医院对原发性前列腺淋巴瘤的论断标准为:①症状由前列腺增大引起;②仅有前列腺及周围结缔组织受侵犯;③发现前列腺病灶后 1 个月内无其他部位受累。本例患者符合上述标准,故可诊断为原发性前列腺淋巴瘤。

原发性前列腺淋巴瘤的发病年龄为 32~89 岁,中位年龄 66 岁。临床表现主要为膀胱出口梗阻症状,包括尿频、尿急、尿痛和急性尿潴留,较少

¹复旦大学附属上海市第五人民医院泌尿外科(上海, 200240)

通信作者:施国伟,E-mail:dr.sgw@189.cn

表 1 淋巴瘤 Ann Arbor 临床分期

分期	内容
I	病变仅限于一个淋巴结区(I)或淋巴结以外的单一器官(I _e)
II	病变累及横膈同侧两个或以上淋巴结区(II)或病变局限侵犯淋巴结以外的单一器官及横膈同侧一个以上淋巴结区(II _e)
III	横膈上下都有淋巴结病变(III)或同时伴脾受累(III _s)或淋巴结以外的某一器官受累及横膈两侧淋巴结受累(III _e)或脾及结外器官同时受累(III _{se})
IV	病变已弥漫侵犯一个或更多结外器官,如肺、肝、骨髓、胸膜、胃肠道、骨骼、皮肤、肾脏等,淋巴结可或无累及

见血尿,难与其他前列腺疾病引起的下尿路梗阻症状区别;与淋巴瘤相符的症状如发热、盗汗和体重减轻等全身症状很少出现^[4]。直肠指诊前列腺呈弥漫性增大,无压痛,质地硬或呈橡皮样,中央沟消失,部分可呈结节样^[3]。血 PSA 多正常;B 超、CT 等影像学检查无特异性^[5];膀胱、尿道镜检查可见前列腺狭长变窄,但晚期广泛浸润者造成尿道、膀胱颈及三角区变形^[6]。B 超引导前列腺穿刺组织学活检可明确诊断。镜下检查多数患者为 B 细胞源的弥漫大核裂细胞型和小核裂细胞型,少数为混合细胞型。免疫组化染色多为 CD20、CD79α 阳性,少数为 CD30 阳性,且多为细胞膜阳性^[5]。

由于本病发病率低,病例数少,目前对治疗尚无统一意见。治疗方法包括前列腺切除术、放疗、化疗或放疗加化疗^[4]。前列腺切除术不能提高存活率,但对于大部分患者来说,膀胱出口梗阻是最常见的,需要尽快解除梗阻,手术能解除排尿梗阻症状,手术方式主要包括经尿道前列腺电切术和耻骨上经膀胱前列腺摘除术。前列腺淋巴瘤患者大多数前列腺增大明显,经尿道电切手术时间长,发生电切综合征可能性大,故我们认为耻骨上经膀胱前列腺摘除术是适合的手术方式。本例术后 1 周剩余尿量为 10 ml,最大尿流率为 18.6 ml/s,解除尿路梗阻效果显著、迅速。放射治疗可很快缓解急性尿路梗阻症状,但很少单独应用^[7]。系统的 CHOP 方案可获完全临床缓解或穿刺结果找不至恶性淋巴瘤细胞^[8]。目前化疗方案多以 CHOP 方案为基础。前列腺淋巴瘤的生存率,1 年为 64%,2 年为 50%,5 年为 33%,10 年为 33%,15 年为 16%^[9]。原发性前列腺淋巴瘤平均生存期为 23 个

月(2~30 个月)^[4]。

对于前列腺增大明显而 PSA 升高不明显的患者,应考虑为淋巴瘤的可能。

参考文献

[1] ARIAS J G P, UGIDOS N P, SIMON J L, et al. Primary prostatic infiltration by Burkitt's lymphoma [J]. Arch Esp Urol, 1997, 50:906-908.

[2] 李维国,夏术阶,荆翌峰,等. 前列腺恶性淋巴瘤 1 例 [J]. 临床泌尿外科杂志, 2005, 20(5):300.

[3] 张凯,郭应禄. 泌尿和男性生殖系统淋巴瘤[J]. 中华泌尿外科杂志, 2000, 21(9):573-576.

[4] 房彤. 29 例原发性前列腺恶性淋巴瘤的临床分析 [J]. 中国肿瘤临床, 2007, 34(10):582-584.

[5] 张勤,张传山,刘贵秋. 前列腺恶性淋巴瘤一例及临床分析[J]. 天津医药, 2008, 36(1):80.

[6] 王毓奎,米振国主编. 现代非霍奇金淋巴瘤学[M]. 北京:人民军医出版社, 2003:258-262.

[7] CHIM C S, LOONG F, YAU T, et al. Common malignancies with uncommon sites of presentation; case 2. Mantle-cell lymphoma of the prostate[J]. J Clin Oncol, 2003, 21(23):4456-4458.

[8] MOUNEDJI-BOUNDIAF L, CULINE S, DEVOILDERE G, et al. Primary, highly malignant B cell lymphoma of the prostate Apropos of a case and review of the literature[J]. Bull Cancer, 1994, 81(4):334-337.

[9] BOSTWICK D G, LCZKOWSKI K A, AMIN M B, et al. Malignant lymphoma involving the prostate; report of 62 cases[J]. Cancer, 1998, 15, 83:732-738.

(收稿日期:2012-05-12)

投递学术论文时 also 请做到齐、清、定

齐、清、定本是对编辑工作的要求,但我们希望作者在投递学术论文时,也应该对该论文的每一个方面做到齐、清、定。齐即指标、数据等齐全,没有缺项;清即清晰,论文写作条理清晰,逻辑性强,不能模棱两可,模糊不清;定即定稿,论文的所有指标均予确定,不许任意改动。希望广大作者认真做到这一点,培养严谨良好的治学态度,严肃对待论文写作。谢谢合作!