

男性盆腔囊性疾病 17 例诊治分析

赵鹏¹ 赵耀瑞¹ 王勇¹ 牛文杰¹ 齐灿¹ 姜明东¹ 徐勇¹ 孙光¹

[摘要] 目的:探讨男性盆腔囊性疾病的诊断与治疗。方法:回顾性分析我院泌尿外科 2003 年 5 月~2013 年 5 月收治的 17 例男性盆腔囊性疾病患者的临床资料,探讨各疾病发生机制及辅助检查的应用。结果:17 例患者中,前列腺囊肿 5 例(直径>3.0 cm)、前列腺囊腺瘤 2 例、精囊囊肿 6 例、精囊脓肿 2 例、精囊腺癌 1 例、前列腺癌(PCa)伴血肿 1 例;8 例行腹腔镜下囊肿切除术,5 例行经尿道囊肿去顶术,2 例行经腹囊肿切除术,2 例行根治性前列腺切除术;术后随访 6 个月~10 年,未见下尿路症状复发。结论:超声是诊断盆腔囊性疾病的重要方法,根据超声结果,适当选取 CT、MRI 及膀胱镜检查,可以提高诊断的正确率。当囊肿靠近前列腺尿道时,经尿道囊肿切开术疗效确切;对于靠近膀胱颈及位于精囊的囊性肿物,腹腔镜囊肿切除术为首选;当腹腔镜切除盆腔囊性肿物困难时,可行开腹手术。

[关键词] 盆腔囊性疾病;诊断;治疗;B 超;腹腔镜

doi: 10.13201/j.issn.1001-1420.2014.02.011

[中图分类号] R691.9 **[文献标识码]** A

Analysis of diagnosis and treatment of male pelvic cystic diseases in 17 cases

ZHAO Peng ZHAO Yaorui WANG Yong NIU Wenjie QI Can
JIANG Mingdong XU Yong SUN Guang

(Department of Urology, Second Hospital of Tianjin Medical University, Tianjin, 300211, China)

Corresponding author: ZHAO Yaorui, E-mail: zhaoyaorui@sina.com

Abstract Objective: To investigate the diagnosis and treatment of the male pelvic cystic disease. **Method:** The clinical data of 17 cases with male pelvic cystic diseases in our hospital from May 2003 to May 2013 were retrospectively analyzed. **Result:** The diagnoses of all cases were as follows: five cases with prostatic cysts (diameter > 3.0 cm), two cases with prostatic cystadenomas, six cases with cysts of seminal vesicle, two cases with abscesses of seminal vesicle, one case with adenocarcinoma of seminal vesicle and one case with prostate cancer combined with hematoma. In these cases, eight of them underwent laparoscopic resections of the cysts; five patients underwent transurethral resections of the cyst roofing; two patients underwent open surgeries of resection of the cysts; two patients underwent radical prostatectomies. No lower urinary tract symptoms relapsed after follow-up period of six months to ten years. **Conclusion:** Ultrasonography is an important method to diagnose the male pelvic cystic disease. According to the result of the ultrasonography, we selected CT, MRI or/and cystoscopy as further examination. Thus, the accuracy of diagnosis can be improve. Transurethral resection of the cyst roofing is effective to release the obstructive symptoms of lower urinary tract by prostatic cyst near prostatic urethra. Laparoscopic surgery can be chosen for the cyst near the neck of bladder and seminal vesicle. Open surgery will be necessary if laparoscopic approach is difficult for pelvic cystic masses.

Key words pelvic cystic disease; diagnosis; treatment; B ultrasonography, laparoscope

男性盆腔囊性疾病少见,其诊治方法不一。现收集我院泌尿外科 2003 年 5 月~2013 年 5 月收治的男性盆腔囊性疾病患者 17 例,对其临床资料进行分析,现总结报告如下。

1 资料与方法

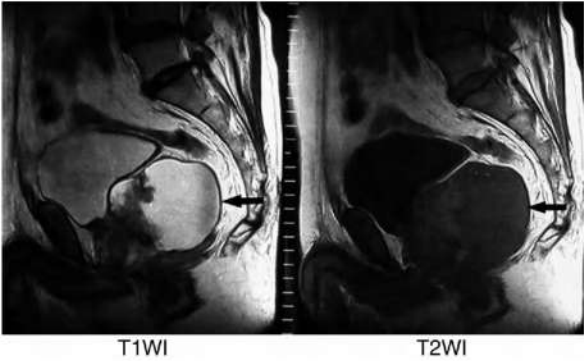
1.1 临床资料

本组 17 例,年龄 33~68 岁,平均 55.5 岁,病程 1 周~4 年。临床表现:尿不净、排尿困难、尿线细 10 例,尿频、尿急 10 例,腰痛、会阴部胀痛伴发热 2 例,血尿和血精各 2 例,大便不成形 1 例。B

超检查:17 例患者均为单发囊性占位,大小(3.5 cm×4.0 cm)~(13.3 cm×11.0 cm),多表现为无回声的液性暗区,其中 2 例患者表现为囊实混合性肿物,实性部分可见点状血流信号,3 例患者肿物内可见分隔;直肠指诊:本组患者囊性肿物较大,均可触及前列腺增大、饱满及囊性感,其中 2 例触痛明显。14 例患者行 CT 检查,表现为盆腔低密度(CT 值-36~30 HU)占位性病变,多呈圆形、类圆形或椭圆形,3 例可见分隔。11 例患者行 MRI 检查,10 例患者行膀胱镜检查,5 例患者前列腺尿道部有小开口,1 例患者膀胱长径增加,呈右侧受压改变(表 1)。本组 17 例患者的临床资料汇总见表

¹天津医科大学第二医院泌尿外科(天津,300211)
通信作者:赵耀瑞, E-mail: zhaoyaorui@sina.com

1. 17 例患者中有 1 例患者基本囊括了盆腔囊性疾病的全部症状, 对其行经直肠 B 超 (TRUS) 检查可见肿物为囊实混合性, 实性部分可见血流放射, 位于前列腺后上方, 与前列腺分界不清, 大小约 7.0 cm×8.0 cm; MRI (图 1) 示: 肿物位于膀胱后方, 直肠前方, 压迫直肠, 与前列腺关系密切。穿刺肿物无特殊发现。



液性部分在 T2WI 上表现为与癌灶相似的低信号, 而 T1WI 表现为高信号

图 1 前列腺癌 (PCa) 伴血肿患者盆腔 MRI 图像

表 1 17 例男性盆腔囊性疾病患者临床资料汇总 例

指标	前列腺 囊肿	精囊 囊肿	精囊 脓肿	精囊 癌	前列 腺囊 腺瘤	PCa 伴血肿	合 计
例数	5	6	2	1	2	1	17
尿频	3	3	0	1	2	1	10
尿急	3	3	0	1	2	1	10
尿痛	0	2	2	0	0	0	4
血尿	1	0	0	0	0	1	2
血精	0	1	0	0	0	1	2
排尿困难	5	2	0	0	2	1	10
发热	0	0	2	0	0	0	2
经腹 B 超	5	6	2	1	2	1	17
经直肠 B 超	4	2	1	1	2	1	11
CT	5	4	1	1	2	1	14
MRI	3	4	0	1	2	1	11
膀胱镜	3	4	0	1	2	0	10

1.2 治疗方法

3 例靠近前列腺尿道的前列腺囊肿及 2 例精囊脓肿下尿路梗阻症状明显, 术前诊断考虑良性病变可能性大, 行经尿道囊肿去顶术, 以解除梗阻症状; 置入电切镜, 镜下观察 3 例前列腺囊肿患者尿道前列腺部近膀胱颈处抬高, 以电切刀切除部分抬高膀胱颈及尿道内口至精阜间尿道、前列腺组织, 见淡黄色清亮液体流出, 严格止血, 冲洗出电切组织碎屑; 2 例精囊脓肿患者置入电切镜后, 见尿道前列腺部向内凸起, 自膀胱颈 6 点处切开增生的前

列腺至精阜近端, 切除过程中见脓肿外膜, 电切刀切开见大量脓液流出, 同时行肛诊, 促进脓液排出, 脓液行细菌培养。4 例精囊囊肿、2 例前列腺囊腺瘤及 2 例前列腺囊肿向膀胱颈后方突起明显, 压迫临近器官, 行腹腔镜下囊肿切除术, 脐部穿刺置入 5 mm 镜鞘建立 CO₂ 气腹, 直视下将膀胱用缝线悬吊于前腹壁, 充分游离前列腺及精囊囊性肿物, 完整切除囊壁, 囊液呈淡黄色、清亮。1 例较大精囊癌 (图 2) 及 1 例 PCa 伴血肿患者, 术前不能排除恶性可能, 行盆腔肿物剖腹探查术; 术中见精囊癌患者肿物左侧壁与膀胱粘连较重, 取肿瘤组织快速冷冻切片示: 纤维脂肪组织间可见乳头状腺癌, 分化较差, 难定组织来源, 考虑肿瘤可能来自前列腺或精囊, 行根治性前列腺切除术; PCa 伴血肿患者肿物位于膀胱后, 与前列腺、精囊均界线不清, 浸润在一起, 术中取肿瘤组织快速冷冻切片示低分化腺癌, 考虑肿瘤可能来自前列腺或精囊, 行根治性前列腺切除术, 肿物为囊实性, 其内为陈旧血性液体。2 例精囊囊肿突入盆腔, 与尿道不相通, 行经腹囊肿切除术; 取下腹正中切口, 充分游离囊肿, 彻底切除囊肿壁, 可见囊液流出, 其中 1 例囊液呈咖啡色, 约 300 ml。

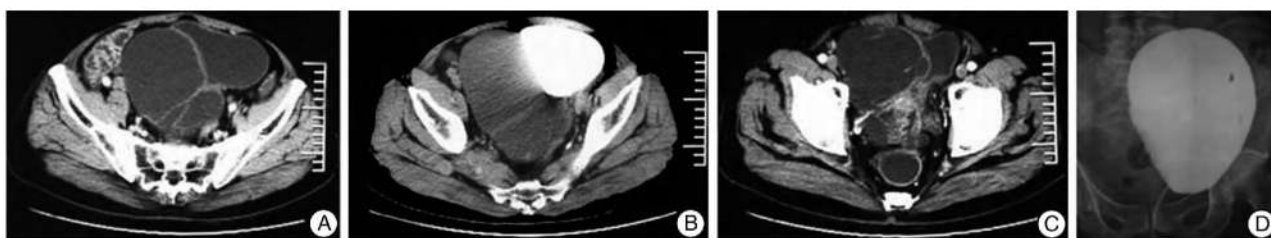
2 结果

术后病理检查证实 6 例为精囊囊肿, 5 例为前列腺囊肿, 2 例为前列腺囊腺瘤, 2 例为精囊脓肿, 1 例为精囊腺癌, 1 例为 PCa。术后症状改善, 患者术后随访 6 个月~10 年, 无尿路刺激症状, 无排尿困难, 无复发; 除行前列腺根治术患者外, 其余患者阴茎勃起与射精功能正常。

3 讨论

男性盆腔囊性疾病临床少见, 但种类较多, 主要集中于前列腺及前列腺周围, 包括精囊、输精管、输精管壶腹、射精管, 这些结构解剖上位置接近, 发生囊性变时易混淆, 因此, 各疾病之间的鉴别诊断就显得尤为重要, 这为选择正确的治疗方法提供直接依据。收集了我院泌尿外科近 10 年来收治的经手术证实的男性盆腔囊性疾病, 主要有前列腺囊肿、精囊囊肿、精囊腺癌、前列腺囊腺瘤、精囊脓肿、PCa 伴血肿, 对其诊治体会总结如下。

盆腔囊性疾病的症状与囊性肿物发生的位置、大小、性质等有关, 当肿物较小时, 一般无症状, 随着肿物增大, 尿道受压, 逐渐引起排尿不畅, 尿线变细, 甚至排尿困难, 同时亦可出现会阴部及腰部酸胀不适等类似慢性前列腺炎的症状。本组 17 例患者中 13 例因此就诊, 余 4 例分别因血尿、血精、发热就诊。Wienbeck 等^[1]报道认为复发的泌尿系感染、尿潴留、附睾炎为前列腺囊肿患者典型的症状, 至少将前列腺囊肿纳为鉴别诊断之一。因此, 患者如有以上症状就诊应常规行 B 超检查以确诊。



A: 盆腔 CT 平扫显示肿物与膀胱及周围组织的关系; B: 盆腔 CT 增强扫描显示膀胱有造影剂充盈, 而肿物无; C: 盆腔 CT 平扫显示精囊局部结构混乱; D: 膀胱逆行造影显示膀胱受压左移

图 2 精囊癌患者的盆腔 CT 及膀胱逆行造影图像

前列腺囊肿是前列腺腺体由于先天性或后天的原因发生囊性改变。先天性前列腺囊肿一般并发泌尿系畸形, 此类囊肿一般较小, 在 2 cm 以下, 不出现临床症状, 大的囊肿压迫尿道才出现梗阻症状^[2]; 后天性前列腺囊肿是由于前列腺腺泡阻塞, 分泌物潴留所致。B 超上前列腺囊肿与尿道、精囊都不相通, 常呈透声良好的水滴形无回声区, 位置不固定, 可位于前列腺内或前列腺外; CT 表现为水样密度区; MRI 显示囊液信号与尿液相同, 当囊肿出血时, T1WI 上表现为高信号, 纵行切面囊肿呈下尖上圆的倒置水滴状, 边界光滑(图 3)。



囊肿位于膀胱颈后方, 前列腺上方, 呈倒置的水滴形, 囊根部位位于前列腺内

图 3 典型前列腺囊肿患者盆腔 MRI 图像

精囊囊肿临床较为罕见, 发病高峰年龄为 20~40 岁性功能旺盛期。临床症状以血精为主, 同

时可有尿道血性分泌物、肉眼及镜下血尿、下腹部及腰骶部疼痛、会阴及睾丸不适等表现。无出血和感染时, B 超上为均匀的无回声暗区, 呈典型囊性结构, 常为单侧, 绝大多数直径 < 5 cm, 囊壁菲薄光滑, 精囊造影显示圆形光滑的充盈缺损或精囊受压移位。据 Patel 等^[3]综合报道 56 例单侧精囊囊肿患者中超过 80% 伴有肾脏发育异常且无生育能力, 但本组 6 例精囊囊肿患者并不伴此畸形, 可能与病例较少有关, 因此, 当盆腔囊肿与泌尿系畸形并存时, 首先应对上述两者进行鉴别, 根据血精等临床症状, 结合 B 超及精囊造影, 二者常可作出诊断。但对于一些特殊病例, 如囊肿较大, 来源不清时, 可加做 CT、MRI 检查。CT、MRI 检查可以清楚地显示囊肿部位、大小及与毗邻组织器官的关系^[4], 同时二者对肿块的囊实性判别和良恶性诊断均有重要帮助。MR 三维扫描能明确分辨囊肿与前列腺的位置关系, 即位于前列腺内或外, 借以确定囊肿的组织来源, 并可与前列腺其他囊肿相鉴别^[5]。

精囊癌的发病年龄相对较大, 以 50~80 岁发生率最高, 其临床表现有三大特点: 血精或血尿、排尿梗阻和不育; 当临床上出现血精症状时, 应考虑精囊癌的可能, 部分病人有血尿, 以无痛性终末血尿为主, 原因为肿物压迫后尿道致不完全梗阻, 精囊出血后从后尿道膀胱逆流; 而排尿困难以精囊囊肿引起更多见, 精囊癌次之, 因为精囊囊肿可增大, 也可能无血精症状, 最后导致尿道压迫症状, 而精囊癌如果生长到压迫尿道时, 已不属早期, 往往合并其他症状。精囊癌的诊断常需结合影像学检查, 综合文献中影像学记载, 将精囊癌的主要影像学表现分为两型: ①囊实混合型。该型因肿瘤仅占据部分精囊, 同时伴扩大变形的囊腔, 影像学显示为膀胱直肠间隙的类圆形囊实性肿物, 周围有均匀、完整的包膜。B 超显示上述囊实性肿物的实性成分为乳头或不规则状, 呈欠均匀的低回声, 周围伴不规则的无回声区, 包膜完整。CT 显示肿物内实性成分常有欠均匀的明显增强, 而液性成分无增强, 但因出血其 CT 值可能偏高。MRI 示肿物内实性

组织为稍长 T1、稍长 T2 信号,而液性成分为均匀的明显长 T1、长 T2 信号。精囊造影能为诊断及鉴别诊断提供有效的依据,当临床上怀疑有精囊肿瘤时,应及时作精囊造影,精囊造影显示患侧精囊显著扩大、轮廓变形,内有球形或菜花状充盈缺损,射精管常被侵犯而阻塞^[6];②实性肿块型。结合前述精囊囊肿特点及血精等症状,常可作出诊断。本组 1 例患者,术中快速冷冻切片示腺癌,考虑 PCa 可能性大,行 PCa 根治术,术后病理示左侧精囊高分化腺癌,侵及前列腺左侧壁,右侧精囊未见肿瘤,免疫组化:PSA-、CEA-、EMA+、P504S+、CK7 弱+、CK+、CDX-2+。

前列腺囊腺瘤是一种罕见的前列腺来源的良性肿瘤,绝大多数直接起源于前列腺组织^[7]。肿瘤较小时无症状,只有当肿瘤较大、压迫周围器官及组织时才引起相应的临床症状,曾有 PC 导致无精症的报道^[8],是因为该肿瘤长到一定程度,压迫射精管,造成梗阻性无精所致。发生在前列腺正常部位以外的前列腺组织称为异位前列腺,异位组织可发生在膀胱直肠间隙、直肠壁等处,异位的前列腺同样也可以发生前列腺囊腺瘤^[9],故前列腺囊腺瘤可位于前列腺内或与前列腺相连续,或有蒂与前列腺相连,也可与前列腺完全分离而出现在膀胱直肠间隙、直肠壁等处。影像学检查可清楚显示病变范围及其与邻近结构的关系:B 超表现为前列腺区多囊性肿物,分隔较厚,回声不均匀,可呈网格状无回声区及高回声区;CT 检查显示为盆腔内密度不均的囊实性肿块,体积较大,邻近器官受压变形、移位,增强后可见实性部分强化^[10];MRI 表现较为典型,形态常呈多囊状、多房状类圆形囊实性肿瘤,体积较大,呈膨胀性生长。内部主要为多房状囊实性结构,实性部分 T1WI 呈稍低信号,T2WI 呈高信号,囊性部分呈杂乱排列,部分囊与囊之间可相互交通,囊内液体信号均匀,各囊内信号强度可不一致。常有明显包膜,包膜于 T1WI 和 T2WI 均呈现低信号,肿瘤和周围结构界限清晰,肿瘤较大时可压迫临近组织,致精囊腺、直肠、膀胱受压移位及尿道梗阻,但肿瘤周围脂肪间隙清晰,无肿瘤浸润,前列腺包膜未突破^[11]。前列腺囊腺瘤需与前列腺其他囊性病变相鉴别,如前列腺囊肿和前列腺脓肿等,当前列腺囊腺瘤与前列腺完全分离时,需与其他后腹膜病变鉴别,如肉瘤囊性变、淋巴管瘤等,结合前述前列腺囊肿特点及前列腺囊腺瘤典型临床症状:泌尿系统梗阻、血尿、伴或不伴有腹部包块,常可作出鉴别。

精囊脓肿是由于精囊出口阻塞感染引起腺泡坏死,血管破坏,形成脓肿,临床主要表现为发热、尿频、尿痛、排尿困难,直肠指诊局部温度升高,可触及波动感。经直肠超声显示脓肿为边缘不齐厚

壁的低回声或有分隔的无回声区,脓肿周围表现为多血管效应,脓腔内有漂浮的超声碎屑,结合发热等全身症状,精囊脓肿常易于诊断,术后脓液行细菌培养,可为进一步抗感染治疗提供可靠依据。本组两例患者脓液行细菌培养未见细菌生长,可能与术前应用抗生素控制感染有关。

PCa 是男性泌尿生殖系统最常见的恶性肿瘤之一,其发病率在欧美国家恶性肿瘤中居首位,死亡率仅次于肺癌^[12]。在亚洲国家,随着人口增长、人均寿命延长和生活习惯改变以及该病检出手段日益进步,其发病率及死亡率逐年上升^[13]。TRUS、MRI、CT 作为 PCa 检查手段,各有特点。当囊性肿物靠近前列腺时,需考虑 PCa 伴血肿的可能性,MRI 上血肿 T2WI 可表现为与癌灶相似的低信号,而 T1WI 血肿通常表现为高信号,本组 1 例(见图 1)患者即如此,结合 B 超、肿物及前列腺穿刺活检等临床资料可作出诊断。因此,对盆腔囊性肿物的诊断,尤其肿物较大,鉴别困难时,一些少见甚至罕见病的考虑就显得尤为重要。

综上所述,B 超是诊断盆腔囊性疾病的重要方法,根据 B 超结果,适当选取 CT、MRI 检查,可以提高诊断的正确率,当囊性肿物靠近前列腺尿道时,膀胱镜检查也可对诊断提供有效的信息。对于一些特殊病例,如肿物巨大、粘连较重、结构不清等,可适当行精囊造影,膀胱逆行造影,IVP 等检查,为诊断提供更多精囊、膀胱及上尿路信息。较小而无症状的囊肿可不必治疗,密切随访。若短期内囊肿生长迅速,呈囊实性改变,囊内回声改变,边缘不光滑等异常表现时应高度怀疑恶性可能,尽早行手术治疗。当囊肿邻近尿道、膀胱或压迫膀胱时,可行经尿道电切术,去除大部分囊肿顶部使其充分引流,以缓解梗阻症状及解除压迫。对较大的向尿道及膀胱颈后上方突起的囊性肿物,手术治疗以解除肿物对直肠的压迫及辨明肿物的良恶性为目的。腹腔镜囊肿切除以其组织暴露充分、视野清晰、创伤小、出血少等优点,成为治疗此类盆腔囊性疾病的首选。对复杂不易确诊的盆腔囊性疾病,可行盆腔肿物探查术,结合术中快速病理检查,明确诊断以确定进一步手术治疗方式。

[参考文献]

- 1 Wienbeck S, Semjonow A, Juergens K U. Lateral cyst of the prostate causing urinary retention and subileus [J]. Rofo, 2008, 180(11): 1005-1007.
- 2 刘跃江,黄雪琴,邓克菲,等. 前列腺囊肿的诊断与治疗[J]. 临床泌尿外科杂志,2007,22(2): 102-103.
- 3 Patel B, Gujral S, Jefferson K, et al. Seminal vesicle cysts and associated anomalies [J]. BJU Int, 2002, 90(3): 265-271.

(下转第 134 页)

例手术的治疗及临床效果观察,我们认为本术式的优势在于:①对肾深部囊肿定位准确,钬激光切除囊壁、肾皮质时不易出现误伤,出血极少,手术时间缩短。②克服了经腹腔镜或开放手术对肾功能的损害以及单纯穿刺抽吸囊液治疗高复发率的不足,对患者创伤更小、术后恢复快。③对患者肾功能损害轻微,术后随访疗效好,复发率低,并发症少。④采取微创通道经皮肾路径,保留了微创经皮肾技术的精髓,拔出肾造瘘管后,经皮肾瘘口 24 小时自行愈合,均无尿瘘等情况发生。

本术式操作技巧关键点:①恰当的穿刺点和路径可减少对肾脏的损害、提高手术成功率。在穿刺扩张通道时,若囊肿位于肾盂后方靠背侧,肾盂被囊肿推向腹侧,宜选择在 B 超引导、监视下穿刺进入囊肿,再从囊肿内切开到肾盂;若囊肿位于肾盂前方靠腹侧,肾盂被囊肿推向背侧,则选择由囊肿下毗邻的肾盏穿刺进入肾盂,再从肾盂切开至囊肿。对于肾盏间角度小的肾盏,也可直接穿刺肾中盏。这类患者肾集合系统被囊肿压迫,空间窄,穿刺难度大,穿刺时可在留置的输尿管导管内注入生理盐水以提高成功率。②术中对囊肿位置的判定较为重要,钬激光烧灼时务必避开大血管,可采用彩色多普勒监测血管位置和走行实施操作。③钬激光烧灼时要轻柔精确,避免过度烧伤肾实质,也可减少出血量,保证手术视野的清晰。④钬激光烧灼囊肿壁要彻底,尽量贴近囊肿边缘烧灼,让囊肿与相邻肾盂最大范围地相通。双 J 管的一端要尽可能置入囊肿,留置时间 2 个月,可以减少复发。本组复发的 1 例患者就是因为囊肿壁较厚,早期开展此术式切除囊肿面积不够所致,随诊时输尿管镜检查见囊肿与相邻肾盂切开部位已重新闭合。

微创通道经皮肾镜钬激光内切开引流治疗肾

深部囊肿是经皮肾镜技术的延伸应用,让囊肿与毗邻肾盂相通,达到内引流的效果,囊液随尿液从膀胱排出。我们发现,肾深部囊肿随着囊肿压力去除,逐步成为肾盂的一部分。术后的肾造瘘管留置形成皮肾窦道,不会出现尿瘘情况,只要囊肿内引流通道形成就可拔出,窦道会很快愈合。经过本组 30 例手术治疗,我们认为,对于肾深部囊肿,微创通道经皮肾镜钬激光内切开引流治疗是一种损伤更小、安全、有效的微创新术式,弥补了传统开放手术和腹腔镜手术治疗的不足,具有明显的优势。

[参考文献]

- 1 徐志兵,王国民,张永康.上海市 2659 名体检者中单纯性肾囊肿发生率分析[J].中华泌尿外科杂志,2001,22(10):612-613.
- 2 陈一红,张忠,韩子华.经腹膜后腹腔镜治疗单纯性肾囊肿的并发症观察及护理[J].中国基层医药,2013,20(6):958-959.
- 3 Atug F, Burgess S V, Ruiz-Deya G, et al. Long-term durability of laparoscopic decortication of symptomatic renal cysts[J]. Urology, 2006, 68(2): 272-275.
- 4 Gasparini D, Sponza M, Volotto C, et al. Renal cysts: can percutaneous ethanol injections be considered an alternative to surgery[J]? Urol Int, 2003, 71(2): 197-200.
- 5 孙卫兵,杨玻,刘辉,等. B 超引导经皮穿刺与置管注入无水乙醇治疗肾囊肿的疗效评价[J].中华外科杂志,2004,42(10):590-592.
- 6 王国民,司捷,孙立安.单纯性肾囊肿两种去顶术式对比研究[J].中华泌尿外科杂志,2002,23(7):395-397.
- 7 李伟,邹岷,肖民辉,等.经输尿管软镜钬激光内切开引流治疗肾盂旁囊肿 8 例报告[J].中华泌尿外科杂志,2013,34(6):421.
- 8 孙永先,陆立,董珂,等.精囊囊肿的 CT 和 MRI 表现(附 2 例报告)[J].临床放射学杂志,1997,16(2):105.
- 9 韩晓峰,胡黎明,李国平,等.异位前列腺并发巨大多房型囊腺瘤 1 例[J].中华外科杂志,2010,48(2):159.
- 10 Luo J H, Chen W, Guo Y, et al. Large müllerian duct remnant in an adult[J]. Urology, 2009, 73(3): 503-504.
- 11 李春媚,陈敏,赵伟峰,等.前列腺囊腺瘤 1 例[J].中国医学影像技术,2010,26(2):346.
- 12 李善杰,陈维亮,崔俊瑞.前列腺囊腺瘤的 MR 诊断及鉴别诊断[J].现代泌尿外科杂志,2012,17(6):540.
- 13 Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2007[J]. CA Cancer J Clin, 2007, 57(1): 43-66.
- 14 全昌斌,朱月强,黎晓林,等.原发性精囊癌的影像学表现[J].中国医学影像学杂志,2002,10(4):297-298.
- 15 Parkin D M, Bray F, Ferlay J, et al. Global cancer statistics, 2002[J]. CA Cancer J Clin, 2002, 55(2): 74-108.
- 16 Rusch D, Moinzadeh A, Hamawy K, et al. Giant multilocular cystadenoma of the prostate [J]. AJR Am J Roentgenol, 2002, 179(6): 1477-1479.
- 17 Matsumoto K, Egawa S, Iwabuchi K, et al. Prostatic cystadenoma presenting as a large multilocular mass [J]. Int J Urol, 2002, 9(7): 410-412.

(收稿日期:2013-11-21)

(收稿日期:2013-07-26)