

膀胱内异位前列腺误诊为膀胱肿瘤 1 例报告并文献复习

庄桂武^{1,2} 陈波特^{1,2} 吴实坚¹ 杨槐¹

〔摘要〕 目的:提高对膀胱内异位前列腺的病因及诊治的认识。方法:对我院收治的 1 例膀胱内异位前列腺患者的临床资料进行回顾、分析,并进行相关文献复习。结果:本例患者因间歇无痛性全程肉眼血尿 1 年,加重伴排尿困难 8 天入院,术前诊断膀胱肿瘤,行膀胱部分切除术,术后病理提示符合良性前列腺增生组织;免疫组织化学提示 P63+,34 β E12+,PSA+,P504s-。结论:膀胱内异位前列腺临床上十分罕见,易误诊为膀胱肿瘤,虽属于良性病变,但仍有发生癌变可能,临床上应排除是否恶变为前列腺癌可能,采取相应的鉴别诊断及治疗措施。

〔关键词〕 膀胱内异物;异位前列腺;膀胱肿瘤

doi: 10.13201/j.issn.1001-1420.2015.05.024

〔中图分类号〕 R694 **〔文献标识码〕** A

膀胱内异位前列腺临床上十分罕见,易误诊为膀胱肿瘤,虽属良性病变,当诊断明确时,仍需注意鉴别是否有恶变为前列腺癌可能。我院于 2014 年 7 月收治膀胱内异位前列腺患者 1 例,现结合文献复习报告如下。

1 病例报告

患者男,73 岁。因间歇无痛性全程肉眼血尿 1 年,加重伴排尿困难 8 天入院。患者 1 年前无明显诱因出现无痛性全程肉眼血尿,无伴尿频、尿急、尿痛,未予重视,未予治疗。8 天前无明显诱因再次出现血尿,有血块,伴尿频、尿急,排尿困难,无尿痛,18 小时前排尿困难症状加重,逐渐排尿不出,由急诊留置尿管,收入住院。体检:腹部软,下腹部稍有饱满,膀胱区压痛(+),外生殖器未见异常。患者 6 年前曾行前列腺电切术。急诊 B 超提示:膀胱附壁探及一低回声光团,大小约 47 mm×40 mm×44 mm,内部回声不均匀,CDFI 显示未见明显血流信号;膀胱内探及一混合回声光团,考虑血凝块可能。患者入院后予以保留导尿持续膀胱冲洗,止血对症处理,CT 提示膀胱右后壁见大小约 46 mm×32 mm 结节影突入膀胱腔内,密度均匀,增强扫描可见明显强化,排泄期局部呈充盈缺

损,前列腺大小形态密度正常,增强扫描未见异常强化灶。直肠形态正常,未见占位病变。盆腔淋巴结无肿大,盆腔内未见积液,考虑膀胱癌可能性大(图 1A、B)。FISH 检测结果阴性;NMP22 结果阳性。患者入院后膀胱内出血停止,于第 4 天拔除导尿管,行膀胱镜检查,镜下见膀胱右侧壁靠顶壁有一突出样肿物,大小约 4 cm×5 cm,无蒂,表面不光滑(图 2A)。取病理结果回报符合息肉样膀胱炎(图 2B)。完善术前相关检查,排除手术禁忌证,行膀胱探查术(备膀胱部分切除),术中可见膀胱内右侧壁靠顶壁处有大小约 4 cm×4 cm×3 cm,白色的、质地偏硬肿块,距肿块周围 1.5 cm 处去除肿块,同时止血;观察双侧输尿管位置正常,可见喷尿;用 3-0 DEXEN 行膀胱缝合,并加固膀胱浆膜层,再逐层缝合各层,放置引流管,术程顺利。术后

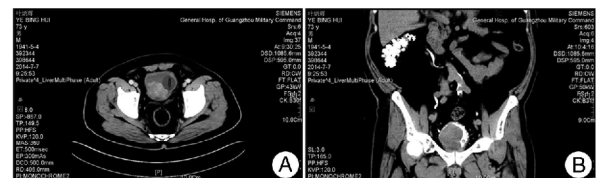


图 1 CT 检查见肿物位于膀胱右后壁

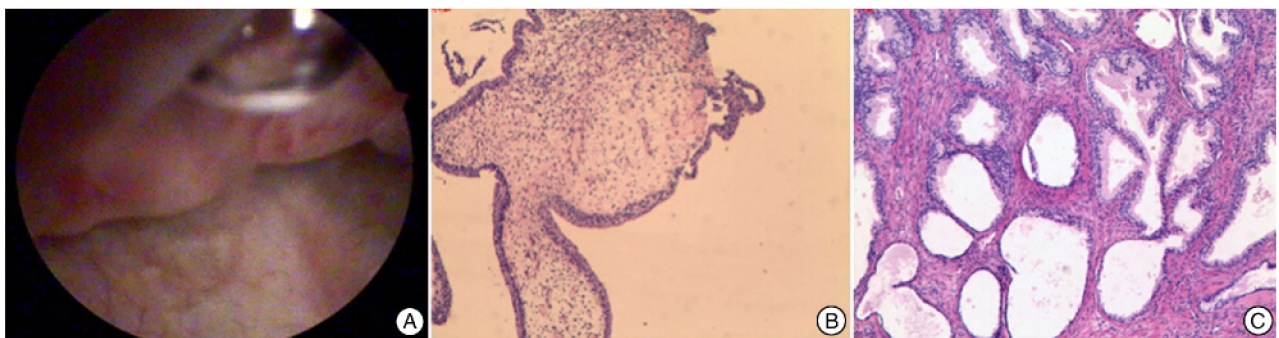


图 2 A:膀胱镜下见膀胱内肿物位于右侧壁靠顶壁处;B、C:病理检查所见(HE,100×)

¹ 广州军区广州总医院泌尿外科(广州,510010)

² 广州中医药大学研究生院

通信作者:杨槐,E-mail: Yanghuai6512@163.com

病理回报符合良性前列腺组织(图2C)。给予补液、抗感染等治疗后,患者痊愈出院。

2 讨论

异位前列腺临床上少见,多发生于男性尿道^[1]、膀胱^[2]和输尿管口,少数可见于睾丸^[3]、附睾^[4]、精囊^[5]、子宫颈和阴道^[6]。位于膀胱内的异位前列腺多发生在膀胱三角区和输尿管口处,也可发生于膀胱顶部及膀胱颈处等^[7]。

异位前列腺的发生原因尚未完全确定,胚胎期前列腺组织的迷入学说较为合理。在胚胎的第12周,前列腺囊形成,位于尿道前列腺的内胚层细胞外突形成前列腺原基,这些原基共分为5组,构成前列腺的原始叶,至成年期时,这些原始叶合并,界限消失。除了以上的前列腺原基外,中肾旁管、中肾管退化后残余的一些组织在膀胱颈、输尿管口等部位形成与前列腺组织性质相同但较小的尿道上皮旁支,正常生理情况下,这些旁支通常无功能,不会发育成前列腺,但在特定的条件下则可能进入发育状态,形成异位前列腺组织。然而其诱发因素至今尚不清楚,胚胎发育缺陷、性激素刺激、局部炎性刺激,可能在本病发生机理的基础上起作用。

本文所报道病例属于膀胱内异位前列腺,其主要临床表现为无痛性肉眼血尿^[8],也可表现为尿频、尿急、排尿困难等,甚至全无症状,因体检发现膀胱内肿物而就诊,诊断上缺乏特异性。尿路造影和超声诊断往往提示膀胱内肿物,CT和MRI常常提示膀胱三角区增厚或膀胱内占位性病变,造影可均匀强化。膀胱镜检查可见膀胱内广基、无蒂息肉状病变。可见膀胱内异位前列腺临床表现、影像学特征均与膀胱肿瘤相似,膀胱镜也不能够有效鉴别,易误诊为膀胱肿瘤。

临床上术前明确诊断膀胱内异位前列腺比较困难,在以往文献报道相关病例中,只有三例经直肠B超得以确诊^[9,10],术前膀胱镜下组织活检有助于诊断。膀胱内异位前列腺属于良性病变,可保守治疗、行经尿道膀胱内前列腺电切术或开放手术切除,如能完全切除,则不复发,预后良好^[7]。本例患者入院后行膀胱镜检查,镜下见膀胱右侧壁靠顶壁可见一突出样肿物,大小约4 cm×5 cm,无蒂,表面不光滑,取病理结果回报符合息肉样膀胱炎。由于肿物生长于膀胱右侧壁靠顶壁处,膀胱镜取病理较难,所取病理组织乃肿物边缘组织,故病理结果仍有待商榷,膀胱B超、CT均提示膀胱占位,FISH检测结果:阴性;NMP22结果:阳性。且患者6年前曾于我院行前列腺电切术,故入院时在前列腺疾病诊断方面欠缺考虑,总体上考虑膀胱良性肿瘤可能性大,最终病理结果仍需术后病理确诊,治疗上,根据术中探查情况,行膀胱部分切除术。术后病理检查结果符合良性前列腺组织。免疫组织化学染

色:P63+,34βE12+,PSA+,α-甲基酰基辅酶A消旋酶P504s-,膀胱内异位前列腺得以确诊。

膀胱内异位前列腺存在癌变的可能^[11],临床上应引起重视。因此,排除异位前列腺组织中存在癌变可能显得非常重要。当诊断为膀胱内异位前列腺时,通常常规抽查PSA和前列腺特异性酸性磷酸酶。CD10是中肾来源组织的标记物之一,在上皮细胞、基底细胞和增生的前列腺腺泡中也活跃表达^[12],可取异位前列腺组织检测CD10的表达情况。近年来研究发现,P504s在前列腺癌的诊断中具有高度特异度和敏感性^[7],而细胞角蛋白34βE12、p63是目前基底细胞的可靠标记物^[13,14],当怀疑异位前列腺组织有恶变为前列腺癌的可能时,P504s、p63、34βE12联合标记对前列腺癌的诊断和鉴别起到良好作用。

综上所述,膀胱内异位前列腺临床上少见,预后良好,但容易误诊,应引起重视,诊疗时应注意是否恶变为前列腺癌的可能,应采取相应的鉴别诊断及治疗措施。

[参考文献]

- 1 Butterick J D, Schnitzer B, Abell M R. Ectopic prostatic tissue in urethra: a clinopathological entity and a significant cause of hematuria[J]. J Urol, 1971, 105(1): 97-104.
- 2 Morey A F, Kreder K J, Wikert G A, et al. Ectopic prostate tissue at the bladder dome[J]. J Urol, 1989, 141(4): 942-943.
- 3 Milburn J M, Bluth E I, Mitchell W T Jr. Ectopic prostate in the testicle: an unusual cause of a solid testicular mass on ultrasonography[J]. J Ultrasound Med, 1994, 13(7): 578-580.
- 4 Hamasaki T, Akasaka S, Yamaguchi R, et al. Diagnosis of retrovesical ectopic and hyperplastic prostate tissue by transrectal needle biopsy[J]. Urol Int, 2001, 66(3): 171-173.
- 5 Lau SK, Chu PG. Prostatic tissue ectopia within the seminal vesicle: a potential source of confusion with seminal vesicle involvement by prostatic adenocarcinoma[J]. Virchows Arch 2006, 449(5): 600-602.
- 6 McCluggage W G, Ganesan R, Hirschowitz L, et al. Ectopic prostatic tissue in the uterine cervix and vagina: report of a series with a detailed immunohistochemical analysis[J]. Am J Surg Pathol, 2006, 30(2): 209-215.
- 7 Halat S, Eble J N, Grignon D J, et al. Ectopic prostatic tissue: histogenesis and histopathological characteristics[J]. Histopathology, 2011, 58(5): 750-758.
- 8 Bellezza G, Sidoni A, Cavaliere A. Ectopic prostatic tissue in the bladder[J]. Int J Urol, 2005, 12(12): 1066-1068.
- 9 Lee L Y, Tzeng J, Grosman M, et al. Prostate gland-like epithelium in the epididymis: a case report and re-

- view of the literature[J]. Arch Pathol Lab Med, 2004, 128(4): e60—e62.
- 10 Roy C, Guth S, Gasser B, et al. Benign hyperplasia in ectopic prostatic tissue: a rare cause of pelvic mass[J]. Eur Radiol, 1997, 7(1): 35—37.
- 11 Gardner J M, Khurana H, Leach F S, et al. Adenocarcinoma in ectopic prostatic tissue at dome of bladder: a case report of a patient with urothelial carcinoma of the bladder and adenocarcinoma of the prostate[J]. Arch Pathol Lab Med, 2010, 134(9): 1271—1275.
- 12 Tawfic S, Niehans G A, Manivel J C. The pattern of CD10 expression in selected pathologic entities of the prostate gland[J]. Hum Pathol, 2003, 34(5): 450—456.
- 13 Xu J, Stolk J A, Zhang X, et al. Identification of differentially expressed genes in human prostate cancer using subtraction and microarray[J]. Cancer Res, 2000, 60(6): 1677—1682.
- 14 Shah R B, Zhou M, LeBlanc M, et al. Comparison of the basal cell-specific markers, 34betaE12 and p63, in the diagnosis of prostate cancer[J]. Am J Surg Pathol, 2002, 26(9): 1161—1168.
- (收稿日期:2014-12-29)

肾髓质癌多器官转移 1 例报告并文献复习

木拉提·马合木提¹ 木合拜提·玉苏甫² 袁留亚¹ 阿里木·太来提¹
杜广建¹ 艾克帕尔·阿布拉¹ 尤乐都斯·克尤木³

[摘要] 目的:探讨肾髓质癌的临床表现、诊断和治疗方法及分子生物学特征,以提高对该病的认识水平。
方法:回顾性分析 2011 年 7 月收治的 1 例肾髓质癌患者临床资料:男,61 岁。体检发现右肾占位病变入院。无血尿、发热、消瘦及其他不适之感。B 超及 CT 检查示右肾上极有 3.6 cm×3.3 cm 类圆形软组织密度影,边缘欠规则,其内密度不均,强化不均匀,其顶部部分突出于皮质,中心部位有液化,肾上盏受浸。在全麻下行经腹左肾肿瘤根治术,术中见右肾上极有一约 3 cm×4 cm 类圆形影,中央有明显坏死的灰白色肿块。**结果:**病理检查诊断为肾髓质癌。2013 年 4 月出现右胸部隐痛不适,CT 检查示第 5 肋骨多发溶骨性骨质破坏。在全麻下行第 5、6 肋骨后段切除术,术后病理检查诊断符合肾髓质癌骨转移。2014 年 3 月因咽部不适,扁桃体肿物活检病理检查结果符合肾髓质癌转移,给予局部放疗。2014 年 6 月头颅 MRI 检查发现 T2W1 冠状位右侧扣带回可见类圆形高信号占位病变,周边水肿明显,考虑肾髓质癌颅内转移。采用旋转式伽玛刀进行规划治疗。**结论:**肾髓质癌属罕见的肾脏恶性肿瘤,易转移,术前影像学检查难以与肾癌及肾集合管癌相鉴别。目前有效的治疗方法是尽早手术治疗,术后定期复诊。

[关键词] 肾肿瘤;髓质癌;多器官转移

doi:10.13201/j.issn.1001-1420.2015.05.025

[中图分类号] R737.11 **[文献标识码]** A

肾髓质癌临床少见,肾髓质癌发生多器官转移者更为罕见。我院于 2011 年 7 月收治 1 例肾髓质癌患者,经腹左肾肿瘤根治术后发生多器官转移,现报告如下,并复习相关文献予以探讨。

1 病例报告

患者,男,61 岁。2011 年 7 月因腹股沟疝来我院就诊时发现右肾占位病变,无血尿、发热、消瘦及其他不适感。B 超检查示右肾上极有 3.6 cm×3.3 cm 偏低回声区,边界不清,有点状血供,余肾实质回声均匀,集合系统未见分离。CT 检查示右肾上极有类圆形软组织密度影,边缘欠规则,其内密度不均,强化不均匀,其顶部部分突出于皮质,中心部位有液化,肾上盏受浸(图 1)。MRI 示右肾上极有

类圆形异常信号,边缘模糊,大小约 3.2 cm×3.3 cm×3.8 cm,T2W1 冠状位示病变突出肾包膜。患者于 2011 年 7 月在全麻下行经腹左肾肿瘤根治术。术中见右肾上极有一约 3 cm×4 cm 类圆形肿物,中央有明显坏死的灰白色肿块(图 2)。光镜下表现为:①癌细胞的胞浆嗜酸性;②细胞核染色质细腻,核仁明显;③癌细胞呈腺网状排列;④有不规则的腺腔形成,有时也可以呈管状、梁状、乳头状乃至呈卵巢的卵黄束瘤样结构;⑤间质纤维组织增生明显,水肿,黏液样变及玻璃样变性;⑥有炎细胞浸润。输尿管残端切缘及肾门血管及肾周脂肪组织未见肿瘤细胞。免疫组织化学表现为 Vimentin+, CK/19+, CK/广+, EMA+, CK/L+, CK/H-, CK/7-, E-Ca-, CEA-, CK/20 及 CD10 均为-。病理学诊断为肾髓质癌(图 3、4)。术后未行化疗和放疗及其他治疗,门诊随访观察。2013 年 4 月出现

¹新疆医科大学第二附属医院泌尿外科(830028)

²新疆医科大学第二附属医院病理科

³新疆维吾尔自治区人民医院耳鼻咽喉二科

通信作者:尤乐都斯·克尤木, E-mail: mekit@126.com