

• 病例报告 •

复发性精囊腺瘤 1 例*

杨剑逸¹ 李清¹ 张晓威¹ 徐涛¹

[关键词] 精囊腺瘤;经尿道电切术

doi:10.13201/j.issn.1001-1420.2019.08.019

[中图分类号] R737.23 [文献标志码] D

患者,男,50岁,2016年10月常规体检时发现前列腺囊肿,大小约4 cm×5 cm×5 cm。2017年4月于外院行前列腺电切术,术后间断肉眼血尿。术后3个月开始间断出现急性尿储留,并以此为主诉收入我科。膀胱镜检提示:膀胱黏膜光滑,未见占位性病变。精阜区可见巨大肿物,突入尿道内。MR提示前列腺左侧见一囊性信号影,大小约5.8 cm×4.4 cm×5.1 cm,其内呈长T1长T2信号改变,见多发线性分隔,未见明显实性成分(图1)。t-PSA 2.650 ng/ml。其余检查无特殊。为解除尿道压迫,在硬膜外麻醉下行尿道囊肿电切术,手术过程顺利。术后病理回报为精囊腺上皮成分,部分细胞为黏液成分;免疫组化染色结果:CK5/6(+),p40(+),PSA(+),P504S(+),PAX-2(-),PAX-8(-),MUC1(+),MUC5ac(+);特殊染色结果:AB(+),PAS(+)。结合临床考虑为精囊腺瘤。术后复查MR,囊肿较前减小,大小约3.9 cm×2.5 cm×2.7 cm(图2)。无术中、术后并发症。患者4 d后出院。术后随访1年,患者排尿困难症状缓解,性功能未受影响且无其他新发症状。

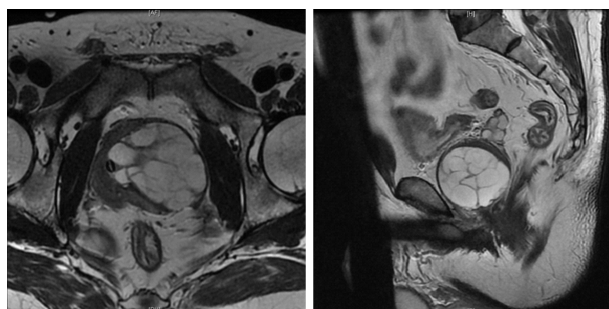


图1 第1次手术前MR

2018年8月,患者主诉“排尿困难3 d”再次收入我科。自述入院3 d前出现下腹不适,服用托特罗定1片后出现排尿困难,无尿频、尿急、尿痛,无血尿,无腹痛、发热。行盆腔MR提示前列腺区可见

类圆形大小约6.3 cm×5.9 cm×6.0 cm异常信号影(图3),综合患者病史考虑为精囊腺瘤复发。

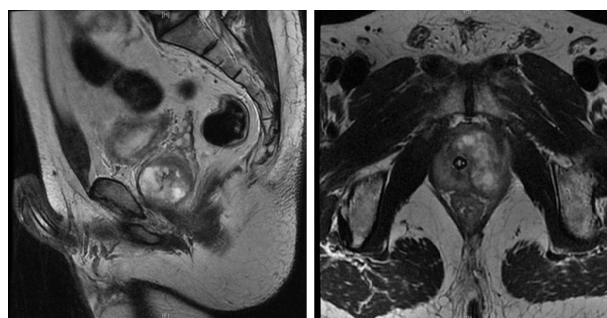


图2 第1次手术术后MR

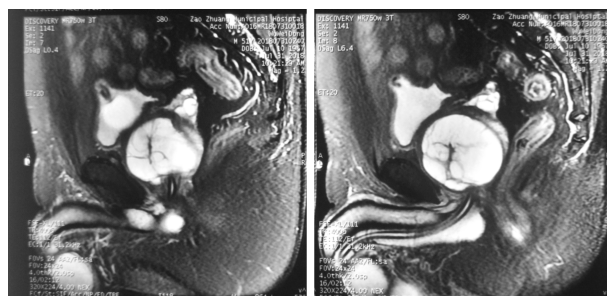


图3 第2次手术前MR

考虑1年前手术效果好,且患者希望性功能不受影响,经讨论决定再次行经尿道精囊腺瘤电切术。手术在硬膜外麻醉下进行,患者取结石位,置入70°膀胱尿道镜观察,前列腺尿道长约4 cm,前列腺双侧叶和中叶轻度增生,精阜区可见一巨大肿物,表面光滑,精阜区尿道呈空隙状,膀胱内轻度小梁形成,膀胱内未见新生物。双输尿管口位置正常,未见喷血。置入F24电切镜,使用双极等离子电切环将突入尿道的精囊肿物切开,沿肿物腔道进入精囊腺肿物内,分次将肿物逐步切除,切开可见肿物内呈多囊腔样改变。术中注意电切环方向,防止损伤直肠。切除绝大部分精囊腺瘤,切除过程中出血约5 ml,前列腺尿道呈圆形,尿道括约肌收缩明显,术毕以斑马导丝引导放置尿管,尿道留置F20尿管,以利于膀胱冲洗。手术顺利,麻醉效果

*基金项目:北京市自然科学基金资助项目(编号7194327)

¹北京大学人民医院泌尿外科(北京,100044)

通信作者:徐涛,E-mail:xutao@pkuph.edu.cn

好,术后患者安返病房,予输液抗感染治疗。切除标本送病理检查。术后病理符合精囊囊腺瘤(图4)。患者术后恢复良好,无术后并发症,3 d后出院。1个月后随访,患者排尿困难症状改善,性功能无异常。

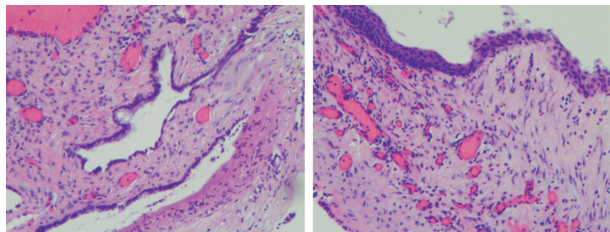


图4 术后病理图

讨论 精囊腺的肿物临床少见,良恶性均有报道,恶性相对多见,恶性肿瘤往往来源于临近器官,原发于精囊的恶性肿瘤极其罕见。精囊腺肿物的患者早期常无症状,发现时往往肿物较大,给精囊腺肿物的诊治造成困难。精囊囊腺瘤是一种良性肿瘤,根据已报道的病例,发病年龄跨度大,以40~60岁居多,多数没有症状,又因其可压迫射精管、尿道、直肠等,患者多以血精、血尿、排尿不畅、便秘、射精困难、下腹或会阴部不适、不孕等为主诉就诊^[1,2]。

精囊囊腺瘤患者在最初就诊时难与其他精囊腺或前列腺肿物鉴别,单一的影像学方法往往难以鉴别精囊腺占位的性质。Campi等^[3]建议需通过多种不同的途径鉴别肿瘤性质,包括经直肠超声、CT(增强)、MRI、影像引导下的穿刺活检等。典型的精囊囊腺瘤超声表现为类圆形囊实性包块,边界清,内见厚薄不一的分隔,呈多房型改变,囊腔透声良好,包块后方回声增强^[4]。由于CT对软组织的分辨率稍差,其对于囊腺瘤的辨识度不够,有时仅表现为均质的软组织密度肿块影^[5]。通过MRI观察囊腺瘤较CT清晰,肿块与周围组织界限清楚,T1、T2相多呈混杂高信号影,T2相中表面包膜为低信号。影像学上还需要除外上泌尿系的先天畸形,特别是肾发育不全^[3]。

若肿物本身体积较大、进展较快或产生压迫症状,可直接考虑外科干预。但对于影像学难以鉴别的无症状肿物,可以考虑术前细针穿刺活检。术前通过影像学引导细针穿刺得到组织学活检结果对于治疗具有指导意义。常用的方法是经直肠超声引导下穿刺,也可由CT辅助穿刺。得到的组织学结果还需要与精囊的混合上皮间质瘤(MEST)鉴别,尽管后者也是一种良性行为的肿物,但有时也表现出恶性成分的组织学或临床特征,需要采取更积极的干预手段^[3]。

本例患者我们采用了经尿道精囊腺肿物电切术,术后患者排尿困难症状解除,无术中术后并发症出现。既往文献中未报道这种治疗方法。该术式无法完整切除囊腺瘤,是一种姑息疗法,术后复发率高,在维持了1年的无症状期后,本例患者再次出现急性尿储留症状。但考虑到患者为中年男性,这种方法的优势在于能够较好地保护患者性功能,且创伤小、恢复快,能保证患者生活质量。国内外报道的精囊囊腺瘤病例多采用外科完整切除肿物的根治性方法。传统选用开放性术式,多采用经膀胱或经膀胱后壁等入路,将肿物连同同侧精囊切除,保留对侧精囊。也有报道因囊腺瘤过大术前无法排除恶性而行膀胱前列腺精囊全切术^[6]。开放性手术能够达到良好的根治效果,但因为精囊解剖位置深,手术创伤大,术中需小心避免对输精管、直肠、输尿管等的损伤。随着微创技术的普及和发展,腹腔镜和机器人逐渐开始应用于精囊腺肿物的切除,手术范围与开放手术类似。根据近来的文献报道,微创手术能达到根治效果,无术后并发症报道,与传统开放术式相比其创伤小,恢复快^[7],有学者建议微创术式应替代传统的开放术式成为精囊囊腺瘤的标准方法^[3]。

经完整切除的精囊囊腺瘤多有完整灰白色包膜,切开为多房性结构,房内容物可为淡黄澄清样、黏液样或含血性成分^[8]。组织学上,囊壁为单层柱状或立方状上皮,基质为纤维结缔组织,囊内充满均质嗜酸性物质。免疫组化特点为上皮细胞CK7阳性,PSA、CK20以及前列腺酸性磷酸酶均为阴性^[3]。

精囊囊腺瘤经外科根治术后预后多良好,复发率低。本例患者为不影响性功能而行经尿道的精囊囊腺瘤电切术,第1次术后1年复发,第2次术后随访1个月,未见复发。精囊囊腺瘤为良性肿瘤,目前未见其表现出恶性行为的报道。肿瘤生长速度快慢不等,本例患者在第1次术后1年,肿瘤最大径由3.9 cm增至6.3 cm,有报道3个月内肿瘤由3.5 cm增至6.0 cm^[3],还有1例10年间肿瘤由3.5 cm长成14.0 cm的巨大肿物^[9]。精囊囊腺瘤发现时肿瘤的体积大小不等,体积大的肿瘤会对周围组织造成压迫,但没有浸润迹象。

综上所述,我们认为对于发现时体积小且没有症状的精囊囊腺瘤可以先严密观察并定期随访;对于体积大、不能排除恶性或有临床症状的肿瘤,首选方法为微创方式切除肿物及同侧精囊;开腹手术创伤较大,也可作为选择之一;对于肿瘤凸入尿道的患者可选用经尿道囊腺瘤电切的姑息治疗,有生育需求或生活质量需求的患者也可采用此种术式。

(下转第672页)

使活检憩室外膀胱黏膜未检出明显病变,考虑到假阴性存在的可能,应在 TURBT 术后加用膀胱内灌注化疗或卡介苗(BCG)免疫治疗,或采取相对积极的憩室切除或膀胱部分切除进行治疗^[1]。另外, TURBT 理论上存在膀胱穿孔的风险,且当憩室开口较小或与膀胱壁呈一定角度时会给手术造成困难,因此对肿瘤体积较大或憩室开口较小的患者,即使肿瘤级别、分期适合 TURBT,也应采取膀胱憩室切除等治疗方式^[2]。有研究认为,对高级别肿瘤甚至伴有原位癌的患者,仅采用憩室切除也可获得较高的无病生存率^[3]。本例患者膀胱憩室内病变范围不明确,膀胱镜下切除肿瘤存在无法完整切除、膀胱穿孔等风险,故不宜行 TURBT 切除肿瘤;原位癌仅局限于膀胱憩室内,故未选择膀胱根治性切除;而通过憩室切除既彻底切除憩室内全部恶性肿瘤及有恶性发展倾向的良性病变,又可保留膀胱以保证患者的生活质量,故选择行膀胱憩室切除术。

本例患者选择腹腔镜手术切除膀胱憩室,术中存在的主要问题之一是通过腹腔入路不易确定憩室范围和颈口位置,各项报道采取了诸如直接向膀胱和憩室注水使其充盈、向憩室内灌注染料、用膀胱软镜照明等方式;本例患者则采取了将尿管球囊置入憩室内并给球囊注水的方式,根据注水量不同使憩室具有一定张力,以利于术中定位和分离^[4]。另外还在膀胱镜下在憩室颈口黏膜用激光标记切除范围^[5],避免术中切除范围不足或过大,以上措施均使得后续腹腔镜下操作变得更为方便、准确。同时,由于本例患者憩室紧邻左侧输尿管,因此提前置入输尿管支架避免术中切除憩室或缝合膀胱切口时将其损伤。此外,本例患者因憩室活检病理提示原位癌,术后计划辅助膀胱灌注化疗或 BCG 灌注治疗,并定期复查膀胱镜观察膀胱黏膜情况,以降低肿瘤复发风险和及早发现可能的肿瘤复发。

综上所述,由于膀胱憩室原位癌在 B 超或增强 CT 等影像学检查时显示不明确,容易漏诊,应采用膀胱镜检查探查憩室内黏膜,如黏膜存在异常,应通过活检病理明确诊断。膀胱憩室原位癌呈浸润性生长,病变范围不明确,且获得性膀胱憩室缺乏肌层,经尿道切除肿瘤无法完全切除肿瘤、甚至造成膀胱穿孔、膀胱播散等风险,在膀胱镜活检除外憩室外肿瘤后,可考虑行膀胱憩室切除,以彻底切除全部肿瘤。腹腔镜下切除膀胱憩室创伤小,患者术后恢复快,术中为明确切除范围、避免损伤输尿管,可先行膀胱镜下标记憩室颈口、于憩室内置入尿管球囊并留置患侧输尿管支架管等。膀胱憩室内原位癌,由于其分化差、易为多灶性且易复发,膀胱部分切除术后可进行膀胱灌注化疗或 BCG 灌注治疗降低肿瘤复发风险,定期复查膀胱镜尽早发现可能的肿瘤复发。

[参考文献]

- 1 Burger M, Catto J W, Dalbagni G, et al. Epidemiology and risk factors of urothelial bladder cancer[J]. Eur Urol, 2013, 63(2): 234-241.
- 2 Walker N F, Gan C, Olsburgh J, et al. Diagnosis and management of intradiverticular bladder tumours[J]. Nat Rev Urol, 2014, 11(7): 383-390.
- 3 Bourgi A, Ayoub E, Merhej S. Diverticulectomy in the Management of Intradiverticular Bladder Tumors: A Twelve-Year Experience at a Single Institution[J]. Adv Urol, 2016, 2016: 2345306.
- 4 Ashton A, Soares R, Kusuma V R M, et al. Robotic-assisted bladder diverticulectomy: point of technique to identify the diverticulum[J]. J Robot Surg, 2019, 13(1): 163-166.
- 5 敖天让, 文进, 纪志刚, 等. 医用激光在微创泌尿外科手术中的应用进展[J]. 临床泌尿外科杂志, 2018, 33(9): 711-715.

(收稿日期: 2018-05-19)

(上接第 670 页)

[参考文献]

- 1 赵鹏, 赵耀瑞, 王勇, 等. 男性盆腔囊性疾病 17 例诊治分析[J]. 临床泌尿外科杂志, 2014, 29(2): 128-131.
- 2 赵跃华, 刘金, 赵健. 精囊囊性腺瘤 1 例[J]. 临床泌尿外科杂志, 2015, 30(11): 1060-1060.
- 3 Campi R, Serni S, Raspolini M R, et al. Robot-Assisted Laparoscopic Vesiculectomy for Large Seminal Vesicle Cystadenoma: A Case Report and Review of the Literature [J]. Clin Genitourin Cancer, 2015, 13(5): e369-e373.
- 4 宋宴鹏. 超声诊断精囊囊腺瘤 1 例[J]. 中国介入影像与治疗学, 2017, 14(5): 282-282.
- 5 Kuai X P, Ding Q G, Wang S Y, et al. Rare primary seminal vesicle cystadenoma: computed tomography and magnetic resonance imaging findings[J]. Asian J An-

drol, 2017, 19(3): 384-385.

- 6 Baschinsky D Y, Niemann T H, Maximo C B, et al. Seminal vesicle cystadenoma: a case report and literature review[J]. Urology, 1998, 51(5): 840-845.
- 7 时京, 贾卓敏, 王云鹏, 等. 应用 Da Vinci 机器人治疗精囊原发性恶性肿瘤的临床效果观察[J]. 临床泌尿外科杂志, 2017, 32(2): 130-133.
- 8 Zhu J G, Chen W H, Xu S X, et al. Cystadenoma in a seminal vesicle is cured by laparoscopic ablation[J]. Asian J Androl, 2013, 15(5): 697-798.
- 9 Lorber G, Pizov G, Gofrit O N, et al. Seminal vesicle cystadenoma: a rare clinical perspective[J]. Eur Urol, 2011, 60(2): 388-391.

(收稿日期: 2018-10-29)