

膀胱憩室原位癌 1 例

洪凡凌¹ 于路平¹ 陈潇¹ 徐涛¹

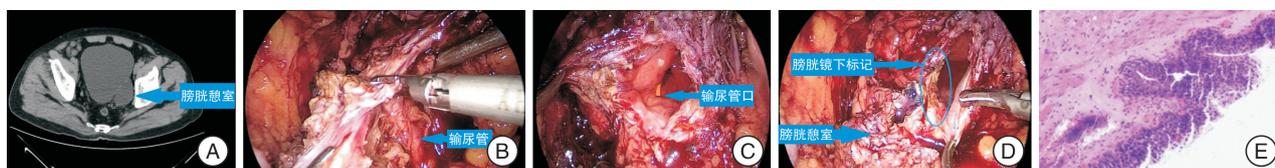
[关键词] 膀胱憩室原位癌;诊断;治疗

doi:10.13201/j.issn.1001-1420.2019.08.020

[中图分类号] R737.14 [文献标志码] D

患者,男,65岁,2018年2月28日因“间断性排尿困难20年、加重2年”收入我科,入院后查CT示:前列腺增生,膀胱憩室大小约6.0 cm×3.3 cm(图1A)。尿动力学检查示:膀胱出口梗阻,膀胱逼尿肌肌力下降,考虑“前列腺增生”诊断明确。于2018年3月2日行经尿道前列腺电切术(TURP),术中见膀胱左后壁一个约6 cm憩室,憩室壁黏膜散在粗糙,局部呈地毯样改变,取活检,病理回报:肾源性化生/腺瘤,被覆尿路上皮有鳞化,可见原位癌表现。为明确憩室外膀胱有无肿瘤,于2018年4月4日行膀胱镜下膀胱黏膜多点活检,未见癌组织。考虑膀胱原位癌局限于膀胱憩室内,于2018年4月11日行腹腔镜膀胱憩室切除术。为标记膀胱憩室位置及切除范围,先在膀胱镜下用激光于膀

胱憩室开口外约5 mm环周切开深度至肌层。为便于术中分离,经尿道置入尿管及输尿管镜,在输尿管镜直视下将尿管球囊置入膀胱憩室内并注水30 ml以充满憩室。为避免损伤输尿管,同时留置左侧输尿管5F输尿管导管。改利用腹腔镜经腹腔途径,观察憩室位于膀胱左后壁,临近左侧输尿管(图1B),沿憩室周缘游离憩室,在憩室颈部切开膀胱可见临近左侧输尿管口(图1C),沿膀胱镜所做的环形标记范围完整切除膀胱憩室(图1D),可吸收线缝合膀胱切口,确认输尿管无损伤后拔除输尿管导管。术后病理回报:送检囊壁样组织,被覆尿路上皮非典型增生,伴角化型鳞状上皮化生(图1E)。患者术后恢复可,考虑膀胱原位癌特点,拟予膀胱灌注化疗并嘱患者长期随访,定期复查膀胱镜。



A:CT见膀胱憩室位于膀胱左侧壁偏后,临近三角区,有较窄的颈口与膀胱相通;B:腹腔镜下所见膀胱憩室,临近左侧输尿管;C:腹腔镜下切开膀胱后所见憩室,临近左侧输尿管口;D:切除的膀胱憩室,可见膀胱镜下在膀胱内憩室颈部标记的切除范围;E:憩室切除术后病理。

图1 患者病例资料

讨论 膀胱憩室是指膀胱黏膜经膀胱壁肌层向外膨出的囊袋样结构,按成因可分为先天性和获得性2种,成人膀胱憩室通常为获得性。获得性膀胱憩室是由于各种因素引起膀胱内压增高而造成膀胱黏膜和黏膜下层的疝出而形成的,本例患者因前列腺增生导致膀胱流出受阻且被尿动力学检查证实,可能是其膀胱憩室形成的主要原因。

膀胱憩室内存在尿流淤滞,使得憩室内黏膜暴露在致癌因素中的时间相对较长,因此憩室黏膜发生癌变的风险比膀胱其他部位高^[1],在决定憩室治疗方案之前,应行膀胱镜检查,了解憩室内黏膜情况,必要时取活检进一步诊断^[2],还可根据条件选用泌尿系超声、CT、MRI等影像学方法协助诊断。值得注意的是,憩室内原位癌多呈浸润性生长,肿瘤早

期黏膜无明显增厚,因而影像学较难发现,本例患者术前CT未提示膀胱憩室黏膜增厚、新生物等改变,而在行TURP术中膀胱镜观察膀胱憩室黏膜粗糙、局部地毯样改变,活检病理确诊为原位癌。因此行膀胱镜检查时应常规对膀胱憩室内黏膜进行检查,当黏膜存在异常时应活检除外肿瘤,避免膀胱憩室原位癌的漏诊。

膀胱憩室癌发生率较低,其治疗方式选择尚未得到随机对照临床试验的证实。目前唯一膀胱憩室癌治疗指南为法国泌尿协会癌症委员会(CCAFU)2012年的指南。指南推荐根据肿瘤分期选择治疗方式,肿瘤T_a/T₁期、低级别、单发性、不伴有憩室外膀胱原位癌患者可采取经尿道膀胱肿瘤切除术(TURBT)、憩室切除等相对保守的治疗方式,T₃期、高级别、多发性、伴有憩室外膀胱原位癌的肿瘤需采取根治性膀胱切除。而对于憩室内原位癌,由于其分化差、易为多灶性且易复发的特点,即

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

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)