

• 病例报告 •

全膀胱根治性切除-回肠膀胱术后新膀胱腺癌 1 例

徐楚潇¹ 田晓军¹ 马潞林¹

[关键词] 全膀胱根治性切除-回肠膀胱术;新膀胱肿瘤;膀胱部分切除术

doi:10.13201/j.issn.1001-1420.2019.12.023

[中图分类号] R737.14 [文献标志码] D

患者,男,64岁。主因“全膀胱根治性切除术后9年,下腹痛2周”入院。既往史:高血压病史25年,糖尿病病史9年,阑尾切除术后10年。9年前患者因膀胱肿瘤于我院行腹腔镜全膀胱根治性膀胱切除-回肠膀胱术。术后病理诊断为膀胱腺癌(非脐尿管型),出院后患者未定期随访复查。现患者因下腹痛2周再次入院。术前血常规:中性粒细胞百分数为78.4%。尿常规:尿潜血2+,尿蛋白2+,尿白细胞3+。肾功能、凝血功能正常。泌尿系CT示(图1):膀胱切除、回肠代膀胱术后,腔内附壁肿物,大小约5.7 cm×2.4 cm×4.8 cm,性质待定;左输尿管结石,双肾小结石,左肾小囊肿;双侧肾盂肾盏、输尿管扩张积水。膀胱镜、输尿管镜:新膀胱右侧内壁偏输入袢侧可见一肿物,呈隆起性生长,无蒂,长径约5 cm。输尿管镜取病理活检5块。活检病理:黏膜组织的形态和免疫标记符合肠源性上皮,呈高级别上皮内瘤变,局灶形成黏膜内癌。患者在全麻下行开腹探查、肠粘连松解、新膀胱部分切除术。手术取右侧旁正中切口,长约10 cm,逐层分离进入腹腔。术中可见腹腔内明显粘连,松解肠粘连,向下腹部游离显露新膀胱。游离新膀胱右侧壁,注意保护输入袢及双侧输尿管。游离肿瘤及周围膀胱壁,切开膀胱,距肿瘤1 cm完整切除,缝合膀胱切口并包埋一层。膀胱内注水检查无漏尿,逐层关闭切口,标本送检。术后病理:隆起型中-高分化腺癌,癌穿过肌层达周围纤维结缔组织;切缘未见癌(图2)。患者术后随访观察24个月,未见肿瘤复发或远处转移,目前仍在随访中。

讨论 随着泌尿外科技术的进步和手术水平的提高,根治性膀胱切除、尿路重建术已成为治疗膀胱高级别侵袭性肿瘤的常用术式。全膀胱根治性切除-回肠膀胱术的术后并发症主要包括尿漏、肠梗阻、液体积聚、新膀胱破裂、膀胱输尿管反流、肾积水、尿路感染、尿路结石、腹部切口疝、肿瘤复发、新膀胱肿瘤等。其中,新膀胱肿瘤临床相对少见,国内外文献鲜有报道。但新膀胱肿瘤严重影响

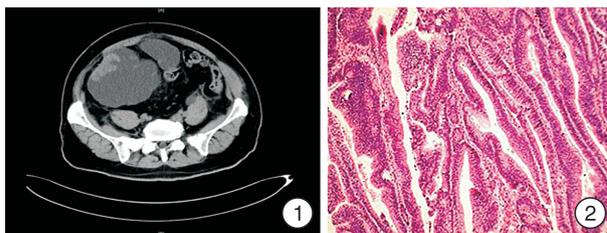


图1 泌尿系CT;图2 新膀胱肠源性中-高分化腺癌染色(HE×100)

患者的远期生存率和生活质量,近年来已引起泌尿外科医师的重视。国内外相关研究结果表明,由于尿路重建方式的不同,新膀胱肿瘤发病率为0.18%~15.00%。新膀胱肿瘤的组织学类型以腺癌为主,其他组织学类型包括尿路上皮癌、鳞状细胞癌、黏液腺瘤等^[1]。我院收治的该例患者因膀胱腺癌行全膀胱根治性切除-回肠膀胱术,9年后发现新膀胱肿瘤于我院行二次手术治疗,术后病理结果提示隆起型中-高分化腺癌,与既往文献报道相似。

全膀胱根治性切除、尿路重建术后发生新膀胱肿瘤的机制尚未完全阐明。国外学者通过回顾性研究和动物实验提出如下3种假说。第1种假说认为,亚硝酸胺可促进新膀胱肿瘤的发生。亚硝酸胺作为一种诱变剂,在肠道细菌硝酸还原酶的作用下活化,活化后的亚硝酸胺可介导鸟氨酸脱羧酶(ornithine decarboxylase, ODC)的生成,而后者是多胺生物合成的关键酶。相关实验研究结果表明结直肠癌肠黏膜 ODC 和多胺的表达水平高于正常肠黏膜。由此推断,亚硝酸胺活化后通过介导 ODC 和多胺的生物合成,促进尿路重建术后肠膀胱肿瘤的发生^[1]。第2种假说认为,炎症反应在尿路上皮-肠黏膜上皮连接处的肿瘤发生过程中起到重要作用。肠膀胱肿瘤多发生在尿路上皮和肠黏膜上皮连接的部位,即手术吻合口附近。炎症反应导致吻合口附近大量淋巴浆细胞浸润,炎性细胞释放的活性氧类物质可破坏 DNA 的正常结构,诱导肿瘤发生。此外,炎症反应可增强吻合口处生长因子、细胞因子、环氧合酶-2 的活性,进而促进组织增殖和肿瘤发生^[1]。第3种假说认为,尿路上皮和肠黏膜嵌合

¹ 北京大学第三医院泌尿外科(北京,100191)

通信作者:马潞林, E-mail: malulin@medmail.com.cn

的特殊结构本身可导致肿瘤生成。组织重组实验研究结果表明,在临近肠间质细胞的影响下,尿路上皮具有向肠黏膜上皮转化的潜能,该潜能提示新膀胱腺癌可能源于尿路上皮^[2]。目前,新膀胱肿瘤的发生机制尚未明确,仍需进一步临床和基础研究的证据支持。

全膀胱根治性切除、尿路重建术后新膀胱肿瘤可发生于术后 2~30 年,多发生在术后 10 年左右。因此对于此类患者长期、严密的术后随访十分重要,有利于肿瘤的早期发现和治疗。肠膀胱肿瘤的临床表现主要为肠膀胱出血,一些患者因输尿管梗阻或局部浸润而出现疼痛症状^[3]。当患者出现上述症状时,应警惕肠代膀胱肿瘤的发生。术后随访项目包括病史、查体、影像学检查和尿细胞学检查,对上述检查结果异常者,需行内镜检查,必要时对可疑病变活检以明确诊断。目前尚无统一的术后随访方案,有学者推荐尿路重建术后 3~10 年开始定期行内镜检查^[4]。

全膀胱根治性切除、尿路重建术后新膀胱肿瘤的手术治疗尚无临床指南可循,治疗方案可参考尿路上皮癌治疗原则。对于经过术后随访发现的良性或表浅非浸润性肿瘤可行内镜下切除;对于低分化浸润性恶性肿瘤才考虑行根治性手术,新膀胱根治性切除术后并发症较多,且患者生活质量较差,应谨慎选择^[1];而对于单发、局限性、分化较好非浸润性肿瘤治疗原则尚存在争议。Skrodzki 等^[4]对 1 例全膀胱根治性切除术后患者随访时发现新膀胱顶壁新生物,范围局限,长径约 1.5 cm,行经尿

道新膀胱肿瘤电切术,术后病理示肠管状腺瘤,随访 4 年未见肿瘤复发。Frese 等^[5]报道 1 例全膀胱根治性切除-回肠膀胱术后尿道复发合并新膀胱肿瘤,内镜活检病理示尿道移行上皮癌、新膀胱类癌,行全尿道切除、新膀胱切除、尿路重建术。术后随访 36 个月,未见复发及远处转移。本例患者新膀胱肿瘤为单发、范围局限、呈隆起性生长。活检病理示肠上皮高级别内瘤变,局限于黏膜内。且患者基础疾病多,既往多次腹腔手术史,故行膀胱部分切除术。术后严密随访 24 个月,未见肿瘤复发和远处转移。全膀胱根治性切除、尿路重建术后新膀胱肿瘤临床少见,国内外文献以个案报道为主,目前尚无手术治疗后肿瘤预后的报道。

[参考文献]

- 1 Li R, Baack Kukreja J E, Kamat A M. Secondary Tumors After Urinary Diversion[J]. Urol Clin North Am, 2018, 45(1): 91-99.
- 2 Cunha G R, Baskin L. Mesenchymal-epithelial interaction techniques[J]. Differentiation, 2016, 91(4/5): 20-27.
- 3 陈小刚,张青汉,叶绪龙,等. 肠膀胱腺瘤 1 例报告并文献复习[J]. 临床泌尿外科杂志, 2010, 25(8): 591-592.
- 4 Skrodzki W J, Gluchowski J, Weli-Wegbe J, et al. Tumor growth in intestinal neobladder[J]. Cent European J Urol, 2014, 66(4): 431-433.
- 5 Frese R, Doehn C, Baumgartel M, et al. Carcinoid tumor in an ileal neobladder [J]. J Urol, 2001, 165(2): 522-523.

(收稿日期:2018-11-26)