

• 病例报告 •

前列腺巨大囊肿 1 例*

马贵¹ 祝宇¹ 沈周俊¹ 吴瑜璇¹ 赵菊平¹ 盛佳燕¹ 徐云泽¹

[关键词] 前列腺囊肿

[中图分类号] R697 [文献标志码] D [文章编号] 1001-1420(2012)04-0317-02

患者,男,50 岁。入院时间 2011 年 12 月 01 日。1 个月前患者因持续尿流速度慢,大便困难至我院就诊。患者偶见肉眼血尿,无尿频尿急尿痛等临床症状,1 年前因“进行性排尿困难 1 年”于外院检查发现前列腺左侧叶内见一大小 7 cm×6 cm 囊肿,并行经尿道前列腺囊肿切开+TURP 术。病理显示:前列腺组织中见炎性纤维性囊壁样组织,未见被覆上皮,腺体间炎症不明显,考虑前列腺潴留性囊性病变。专科体检:双肾区无叩击痛,双侧肋脊点、肋腰点无压痛,耻骨联合上区域无压痛,阴茎睾丸附睾未见异常。肛门指检:无外痔,直肠壁光滑,未见肿瘤,前列腺质韧,表面光滑,中央沟消失,上缘可触及,无压痛,未及结节,退出指套无染血。实验室检查:前列腺特异性抗原 52.512 μg/L,游离前列腺特异性抗原 11.383 μg/L。尿流率检查:均率降低,下尿路中度梗阻。国际前列腺症状评分表(IPSS):20。排尿症状对生活质量的影 响(QOL):6。超声表现:前列腺囊性灶,考虑囊肿可能。前列腺增大伴钙化(图 1)。CT:前列腺左侧见一囊性低密度灶,大小约 8.2 cm×10.7 cm,内侧壁见一结节影,增强后轻度强化,囊内见分隔,壁及分隔轻度强化。剩余尿量 30 ml。囊肿穿刺液病理学检查:前列腺穿刺 1~3 点见个别异性小腺体,IHC 提示肌上皮 P63、34βE12、CK5/6 部分表达消失,4~6 点前列腺增生。初步诊断:前列腺囊肿。治疗:拟行经尿道 2 μm 激光 L 形前列腺汽化切除术。

麻醉成功后,患者取截石位,常规消毒铺巾。膀胱镜进入顺,见前列腺术后,两侧叶增生,左侧叶隆起,前列腺表面有一直径约 2 cm 新生物,表面可见钙化及坏死组织,精阜及输尿管开口清,膀胱黏膜未见新生物。行耻骨上膀胱造瘘,置 F₁₆ 双腔导尿管引流,置入 2 μm 激光工作手柄,激光切除前列腺新生物及前列腺两侧叶组织,标本送病理,于前列腺左侧叶见一囊肿,激光切开囊肿表面,见清亮囊液流出,予激光 L 形切除大部分囊壁组织,标

本送病理。充分止血,再次检查精阜及输尿管开口清,撤镜。留置 F₂₄ 三腔导尿管,气囊注水 55 ml,牵拉固定。手术顺利,安返病房。膀胱持续冲洗 1 h,冲洗液色清。

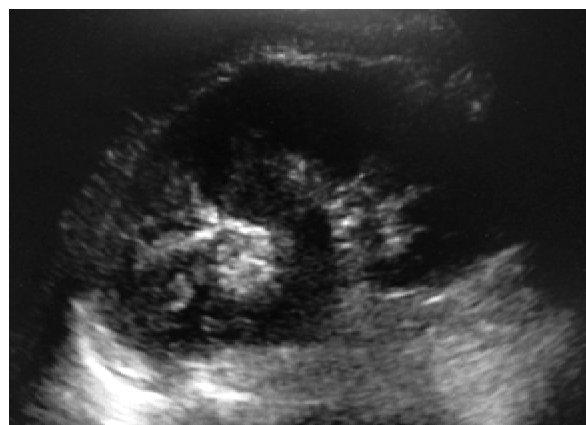


图 1 前列腺巨大多房囊肿超声图

讨论 患者表现为相应的临床症状如泌尿系梗阻或者泌尿系重复或反复感染。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。Nghiem 等(1990)认为经直肠超声检查(TURS)以及腹部 B 超应作为前列腺囊肿的首选影像检查。WIENBECK 等^[1]认为 CT 及 MRI 作为前列腺囊肿的辅助的影像学检查及用于排除腹部其他疾病、淋巴结病和生殖泌尿异常。当有以下情形时,精囊囊肿应作为最可能的鉴别诊断: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等泌尿生殖畸形;相反,双侧精囊囊肿患者多为后天获得^[2]。射精管或壶腹部囊肿可通过穿刺液中是否有精液得到证实,而本病例穿刺液中并无精液。事实上,囊液中 PSA 检测可作为前列腺囊肿的特征性检查,因此,对怀疑前列腺囊肿的患者行前列腺穿刺可对前列腺囊肿的最终诊断起到帮助。盆腔 CT 可除外膀胱憩室及一些感染性的疾病如前列腺脓肿或精囊脓肿。前列腺恶性囊性肿瘤非常少见,据报道前列腺癌患者中发生率约为 0.6%^[3],CT 可用于鉴别良恶性,在此

* 基金项目:上海市教育委员会基金(No:11YZ58),上海市自然科学基金(No:09ZR1418500)

¹ 上海交通大学医学院附属瑞金医院泌尿外科(上海,200025)

通信作者:祝宇,E-mail:zyyyhyq@126.com

病例中囊肿壁清晰光滑并具有同质性。前列腺和前列腺周围囊肿的鉴别见表 1^[4]。

一般较小而无症状的前列腺囊肿可采用观察治疗或保守治疗,但较大的囊肿或引起症状的前列腺囊肿仍然需要外科治疗。一般的外科治疗包括

囊肿造口或囊肿穿刺引流,但是由于局部腺泡的分泌,囊肿仍会复发。本病例采用经尿道 2 μm 激光 L 形前列腺汽化切除术(图 2),具有出血少、彻底切除及恢复快等优势,有望成为前列腺巨大囊肿的可选术式之一。

表 1 前列腺和前列腺周围囊肿的鉴别

疾病	位置	囊液性质	精子	结石	肾发育不良	外生殖器异常	发病年龄
卵圆囊囊肿	正中	浅黄色	—	—	—	伴尿道下裂、假两性畸形、隐睾	儿童
苗勒管囊肿	正中	棕色	—	+	+	—	30~40 岁
射精管或壶腹部囊肿(先天性)	正中旁	浑浊灰色	+	—	—	附睾增大	20~30 岁
精囊囊肿	侧面	血型	+	—	+	单侧附睾炎	30 岁左右
射精管囊肿(后天性)	侧面	含果糖	+	+	—	—	—
前列腺囊肿	侧面	清亮	—	—	—	—	50~60 岁



①为找到囊肿位置,②③④为术中囊肿正在切除,⑤为囊肿切除完成。

图 2 经尿道 2 μm 激光 L 形前列腺汽化切除术

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: 1005—1007.
- [2] PATEL B, GUJRAL S, JEFFERSON K, et al. Seminal vesicle cysts and associated anomalies[J]. BJU Int, 2002, 90: 265—271.

- [3] GARCÍA FIGUEIRAS R, SOUSA ESCANDÓN A, GARCÍA FIGUEIRAS A, et al. Unusual retrovesical masses in men[J]. Eur Radiol, 2000, 10: 1639—1643.
- [4] 章鱼曦, 宋永胜, 陈太权等. 巨大前列腺诊治体会[J]. 中国医科大学学报, 2003, 32: 472—473.

(收稿日期: 2011-12-26)

增强型体外反搏治疗包皮环切术后并发重度包皮及阴茎头坏死 1 例

张晓忠¹ 郭绍文¹ 杨青山¹ 贺飞¹ 宋明哲¹ 陈海¹ 梅骅¹

【关键词】 阴茎头; 包皮环切术; 体外反搏

【中图分类号】 R697 【文献标志码】 D 【文章编号】 1001-1420(2012)04-0318-03

患者,男,26 岁,未婚。因包皮过长于 2011 年 8 月 9 日在外院门诊行包皮环切术,术后出现伤口疼痛,并逐渐加重,术后第 3 天出现阴茎腹侧包皮、腹侧阴茎头发黑,在外院给予对症处理,效果欠佳,术后 37 天腹侧阴茎包皮坏死及阴茎头 25% 发黑,

转入我科(图 1①)。入院体检:精神紧张,生命体征正常,心肺腹无异常,阴茎头腹侧发黑肿胀,表面充满脓性黄色分泌物,无明显臭味。尿道外口区域发黑,无法观察到尿道外口,阴茎腹侧包皮发黑坏死,面积约 3.5 cm×2.5 cm,坏死深度无法判断,坏死组织边缘可见少许肉芽组织增生。排尿尚通畅,能正常勃起。入院后诊断为包皮及阴茎头部分坏死并感染。患者入院第 2 天出现尿痿,痿口位于

¹ 深圳中山泌尿外科医院(广东深圳,518045)

通信作者: 张晓忠, E-mail: szhxzh@sina.com