

• 病例报告 •

睾丸混合性生殖细胞肿瘤 1 例

陈志刚¹ 尚东浩¹ 陈永骞¹

[关键词] 生殖细胞瘤; 睾丸肿瘤

[中图分类号] R737.2 [文献标识码] A [文章编号] 1001-1420(2012)02-0159-02

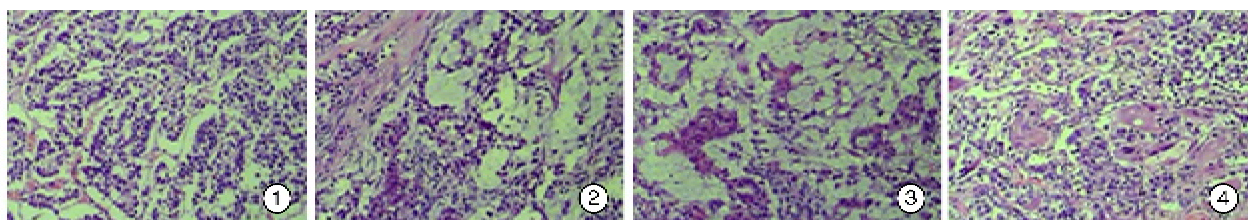
患者,男,29 岁。主诉发现左侧睾丸肿物近 3 年,增长速度加快伴疼痛 8 个月余,于 2010 年 10 月 18 日入院。最初肿物体积如黄豆粒大小,无触痛,无坠胀感,不影响日常生活,之后肿物缓慢增大,但未给予重视和治疗。近 8 个月来肿物体积明显增大,伴有疼痛,疼痛以夜间为主,放射至双侧腰部。8 个月前阴囊彩超示左侧睾丸 5.6 cm×3.0 cm,血流增加,睾丸大部为高回声占位占据,此次入院阴囊彩超示左侧睾丸 10 cm×5 cm,大部分为混合回声占位占据。体检:左侧睾丸约 10 cm×5 cm,质地中等偏硬,表面欠光滑,触痛(+),透光试验(-),附睾与睾丸界限不清,双侧腹股沟及锁骨上淋巴结未扪及。实验室检查:AFP 40.97 μg/L(参考值 0~15 μg/L),β-HCG 84 289 IU/L(参考值 0~25 IU/L)。DR、腹部 B 超未见明显异常,泌尿系统彩超提示左下腹探及 12 cm×7 cm 中低回声占位,其内可见血流信号。CT 示腹膜后腹主动脉周围可见不规则软组织密度影,密度不均匀,形态不规则,边界不清晰,平扫 CT 值约为 43 HU,增强扫描 CT 值约为 56 HU,周围组织受压移位,与左侧腰大肌及下腔静脉分界欠清,局部与左侧上段输尿管分界不清,其上段输尿管及左肾盂、肾盏积水、扩张。左侧阴囊内可见一 7.3 cm×5.9 cm 密度不均肿物,形态不规则,增强扫描 CT 值约为(31~79) HU。盆腔内骶骨右侧前方似可见一囊性病变,大小约 3.4 cm×1.9 cm,与相邻小肠分界欠清。该患者于 2011 年 10 月 13 日接受左侧根治性睾丸切除术及精索静脉高位结扎术,大体标本见图 1。病理检查:切除睾丸一个,大小 8.5 cm×6.0 cm×

4.5 cm,表面欠光滑,切面灰白灰褐色肿物,附睾大小 3.0 cm×1.5 cm×1.0 cm。附精索一条长 8 cm,直径 1.2 cm。病理诊断:(左侧)睾丸恶性混合性生殖细胞肿瘤,伴局灶性出血及坏死,其中大部分呈精原细胞瘤(约 80%),少部分为胚胎瘤(约 3%)、卵黄囊肿瘤(约 5%)及绒癌(约 5%)。肿瘤未累及附睾,精索断端未见肿瘤。免疫组织化学检查:AFP +,Calretinin-,CD30-,CD117 +,CK +,HCG +,Inhibin-,PLAP-,Vimentin +/- (图 2)。



图 1 大体标本

讨论 混合性生殖细胞肿瘤(mixed germ cell tumors, MGCTs)临床少见^[1],其发生率仅次于精原细胞瘤,占成人睾丸生殖细胞肿瘤的第二位^[2],好发于 20~35 岁的男性,大多单发,双侧性约占 1.1%~2.7%^[3],生殖器以外部位亦可原发。隐睾



1: 精原细胞瘤 (HE ×40); 2: 卵黄囊结构 (HE ×40); 3: 卵黄囊+胚胎瘤结构 (HE ×40); 4: 绒癌结构 (HE ×40)

图 2 免疫组织化学检查

¹首都医科大学附属北京友谊医院泌尿外科(北京,100050)
通信作者:陈志刚, E-mail: zhigang1986228@163.com

对其发生极为重要,少数有家族发病史。生殖细胞肿瘤的预后与合并组织类型有关,生存期多为 20~132 个月,中位生存期为 42 个月^[4]。如畸胎瘤合并胚胎性癌或绒毛膜上皮癌预后较差,合并精原细胞瘤则不影响预后,而合并有间质细胞增生预后较差。本类肿瘤各种成分均起源于非典型的生殖上皮,常混合存在,且相互有移行,尤以非精原细胞性生殖细胞肿瘤(NSGCT)多见。有人认为混合性生殖细胞瘤的发生可能为精原细胞瘤沿着 NSGCT 的方向局限性分化所致:向胚内三胚层分化为畸胎瘤;形成原始胚囊的滋养层细胞成分为绒毛膜上皮癌;形成原始胚胎细胞,可向胚体和胚外结构分化为胚胎性癌;向胚外内胚层、中胚层分化为卵黄囊瘤。分子生物学检查显示此类肿瘤的发生可能与第 12 号染色体缺失后引起抑癌基因的丢失有关^[3]。

睾丸混合性非精原细胞性生殖细胞瘤比较少见,恶性度较高,确诊主要靠病理。睾丸混合性生殖细胞瘤中各种成分出现典型形态时可以诊断^[3],在诊断混合性生殖细胞瘤时,其所包含的各种组织成分均应写明。要多取材、仔细观察,必要时通过免疫组织化学检查加以鉴别:精原细胞瘤,PLAP +、CEA +、AFP +、Keratin +;胚胎性癌,PLAP +、Keratin +、EMA-、CEA-、AFP 可阳性亦可阴性;绒毛膜上皮癌, β -HCG +、SP1 +、Keratin +;卵黄囊瘤,AFP +、Keratin 和 PLAP 多为阳性。还应注意与恶性淋巴瘤相鉴别,其瘤细胞较小,弥散分布,可有曲细精管残留,免疫组织化学检查 LCA +。出现转移或浸润时,除寻找典型形态外,还需与恶性黑色素瘤、转移性癌、上皮样恶性神经鞘膜瘤、透明细胞肉瘤、滑膜肉瘤、间皮瘤等相鉴别。

治疗方面,国外文献报道原发睾丸的生殖细胞肿瘤仅行肿瘤切除术,术后配合放疗或化疗^[5]。手术方式主要给予睾丸肿瘤切除加高位精索结扎,部

分患者给予腹膜后淋巴结清除术。鉴于原发睾丸的生殖细胞肿瘤对放射的敏感性^[5],大多提倡术后给予放射治疗,但由于放射治疗的局限性,大多应用于较早期患者(I、II 期)。随着联合化疗的进展,化学治疗逐渐广泛应用于睾丸生殖细胞肿瘤患者的治疗,成为主要辅助治疗方法应用于临床各期患者,均取得较理想效果。化疗加放疗是 I 期精原细胞瘤的标准治疗方案。此例患者由于术前 CT 示腹膜后腹主动脉周围可见不规则软组织密度影,当时考虑腹膜后淋巴结转移,遂仅行左侧睾丸切除+高位精索静脉结扎术,根据术后病理、影像学结果及术前实验室检查结果,肿瘤分期为 III 期($PT_2N_2M_1$),术后 20 d 开始化疗,方案为 PEB(顺铂+依托泊苷+博来霉素),由于患者对博来霉素耐受性差,改为 PE(顺铂+依托泊苷)方案,现患者处于化疗第二周期,从患者主诉及体格检查,术前及术后化疗前腹部触诊可及包块,且患者主诉腹胀、食欲差,化疗后患者无腹胀及食欲差主诉,且腹部触诊未及异常,可见手术配合术后化疗对睾丸混合性生殖细胞肿瘤是有效的,其远期效果仍在随访中。

参考文献

- [1] 吴阶平主编. 泌尿外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社,2000:507.
- [2] BAHRAMI A, ROJ Y, AYALA A G. An overview of testicular germ cell tumors[J]. Arch Pathol Lab Med, 2007, 131:1267-1280.
- [3] 张俊,朱明华,郑建明,等. 睾丸混合性生殖细胞肿瘤 1 例[J]. 临床泌尿外科杂志,2002,17:382-382.
- [4] 鄢丽敏,宋文静. 睾丸恶性混合性生殖细胞肿瘤 1 例[J]. 天津医药,2010, 38:349-349.
- [5] 丁全明,梁伟,王刚,等. 睾丸混合性非精原细胞性生殖细胞肿瘤 1 例并文献复习[J]. 中华男科学杂志, 2010, 16:926-927.

(收稿日期:2011-11-29)

2012 年英文编排规定

《临床泌尿外科杂志》2012 年起英文编排将作出如下新的规定:①英文摘要的标题首写字母大写,其余均小写(例如:Using a period of standard percutaneous nephrolithotomy treat the calculous pyonephrosis)。②英文摘要的单位后面将附英文通信作者(如:Corresponding author: CHEN Liping)。③由于汉语拼音只是中文姓名的罗马字母化,而不是英文化,所以不要颠倒顺序,故英文摘要作者名称按汉语拼音法拼写,姓在前,均大写,名在后,首字母大写,其余均小写(例如:叶永利, YE Yonli)。④按照英美等国出版社在排版时的原则,数字的 1~10 用单词表示,10 以上的数字用阿拉伯数字;英文句首不宜出现阿拉伯数字(例如:Method: 102 patients.....应修改为 Method: One hundred and two patients.....)。