

• 病例报告 •

精囊纤维瘤 1 例*

魏微阳¹ 周川鹏¹ 杨浩¹ 王奇¹ 黄红星² 黄亚强²

[摘要] 分析精囊纤维瘤的病理及临床特征,提升对本病的认识和治疗水平。1 例 45 岁男性患者,主诉发现精囊肿物 2 个月。肿物经手术完整切除,显微镜下可见肿块由梭形细胞交织排列组成,细胞界限不清,核圆形、卵圆形或长梭形,胞浆丰富,间质淋巴细胞、浆细胞浸润,淋巴滤泡形成,免疫组织化学检查:Vimentin(+),CK(-)。诊断为左侧精囊纤维瘤。患者术后恢复良好。随访 6 个月,未见复发。

[关键词] 精囊原发性肿瘤;纤维瘤;腹腔镜

DOI:10.13201/j.issn.1001-1420.2024.03.017

[中图分类号] R697 **[文献标志码]** D

One case of fibroma of seminal vesicle

WEI Weiyang¹ ZHOU Chuanpeng¹ YANG Hao¹ WANG Qi¹
HUANG Hongxing² HUANG Yaqiang²

(¹Guangdong Medical University, Zhanjiang, Guangdong, 524000, China; ²Zhongshan People's Hospital Affiliated to Guangdong Medical University)

Corresponding author: HUANG Yaqiang, E-mail: hyq128@126.com

Abstract To analyze the pathological and clinical characteristics of fibroma of seminal vesicle, and improve the understanding and treatment of this disease. The patient is a 45-year-old male who complained of discovering a seminal vesicle tumor for 2 months. The tumor was completely resected after surgery. Microscopically, it can be seen that the tumor was composed of spindle cells, with unclear cell boundaries, round, oval or long spindle nuclei, rich cytoplasm, infiltration of interstitial lymphocytes and plasma cell, formation of lymph follicles. Immunohistochemical examination showed Vimentin (+), CK (-). The diagnosis was left fibroma of seminal vesicle. The patient recovered well after surgery, and didn't recur during the follow-up period of 6 months.

Key words primary tumor of seminal vesicle; fibroma; laparoscope

原发于精囊肿瘤临床少见,多数为癌,少数为肉瘤,良性肿瘤罕见^[1]。精囊纤维瘤属精囊良性肿瘤,目前国内外未见相关文献报道。我院收治 1 例,行左侧腹腔镜下精囊肿瘤切除术,患者预后良好,现回顾性分析其临床诊治过程,结合国内外相关文献予以讨论,提升对该病的认识。

1 病例资料

患者,男,45 岁,主诉发现精囊肿物 2 个月入院。诉会阴部偶有疼痛,无血精,无尿频、尿急、尿痛,无排尿困难等不适。查体:直肠指检(DRE)可触及前列腺左侧一大约 30 mm×30 mm 肿块,质地中等,无压痛,不活动但与前列腺分界清,前列腺不大。影像学检查:膀胱 CT 平扫(图 1)提示左侧精囊类圆形结节影,大小约 43 mm×32 mm,CT 值约 18 HU,边界不清,性质待定,建议增强扫描。前列腺 MRI 平扫+增强(图 2~4)提示:左侧精囊腺类圆形肿块,呈 T2W 高、T1W 等,增强扫描较明显、欠均匀强化,内可见小斑片状无强化坏死灶,边

界尚清、可见包膜影,截面约 32 mm×40 mm×43 mm,考虑交界性占位可能,考虑腺瘤、叶状肿瘤与腺癌鉴别。实验室检查:前列腺特异性抗原(PSA)、癌胚抗原(CEA)、糖类抗原 125(CA125)等检查均无异常。入院后结合辅助检查诊断患者:左侧精囊交界性肿瘤。于全身麻醉下行左侧腹腔镜下精囊肿瘤切除术,术中发现左侧盆腔一肿物,起源于左侧精囊,大小约 30 mm×40 mm。将肿瘤完整切除。术后病理提示:显微镜下可见肿块由梭形细胞交织排列组成,细胞界限不清,核圆形、卵圆形或长梭形,胞浆丰富,间质淋巴细胞、浆细胞浸润,淋巴滤泡形成(图 5~6);免疫组织化学检查:Vimentin(+),CK(-)(图 7~8)。病理诊断:左侧精囊纤维瘤。术后随访恢复良好,6 个月无复发。

2 讨论

精囊继发肿瘤较原发肿瘤更常见^[2],因此精囊原发肿瘤的诊断需排除其他器官转移瘤可能,PSA、CEA、CA125 等指标有助于鉴别诊断^[3]。若血清 PSA、CEA、CA125 正常,可基本排除精囊肿瘤继发于周围器官。在本病例中患者血清 PSA、CEA、CA125 均在正常范围,提示肿瘤原发于精

*基金项目:中山市科技计划项目(No:2019B1062)

¹广东医科大学(广东湛江,524000)

²广东医科大学附属中山市人民医院泌尿外科

通信作者:黄亚强, E-mail:hyq128@126.com

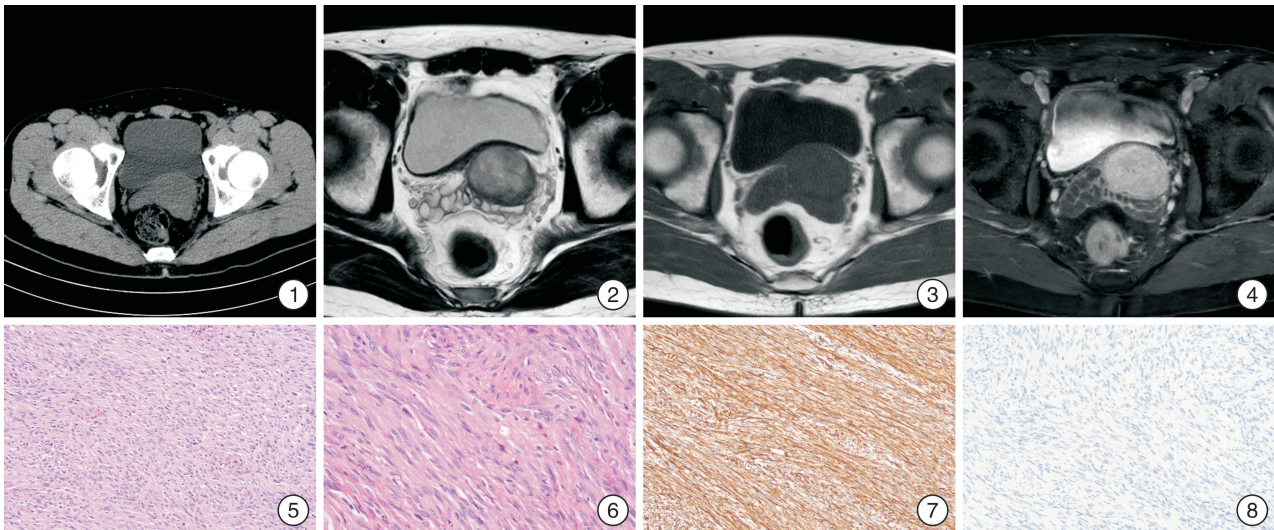


图 1 膀胱 CT 平扫；图 2 前列腺 MRI 的 T2 序列轴位图；图 3 前列腺 MRI 的 T1 序列轴位图；图 4 前列腺 MRI 的 T1 序列增强轴位图；图 5 低倍镜(苏木精-伊红×20)；图 6 低倍镜(苏木精-伊红×40)；图 7 免疫组织化学:Vimentin(+); 图 8 免疫组织化学:CK(-)

囊。精囊肿瘤的首选检查是 B 超^[4]，而盆腔 CT 及 MRI 有助于了解肿瘤的位置、大小及与邻近器官的解剖关系，对明确诊断及制定手术方案意义重大^[5]。若肿瘤性质不明，术前可行经直肠的穿刺针吸活检术协助诊断及评估肿瘤是否为原发，但目前并无指南推荐常规开展。

精囊原发肿瘤患者通常没有临床表现^[6]，少部分患者因肿块压迫邻近组织而产生会阴部疼痛、血尿、血精、膀胱刺激征、便秘等症状^[4,7]。在本病例中，患者诉偶有会阴部疼痛，但症状并无特异性，可能是因患者瘤体较小，相关压迫症状不明显。

精囊肿瘤治疗以手术为主。精囊位于盆腔的深部，术野不易暴露，传统开放手术耗时长、出血多、创伤大，且术后易并发膀胱、直肠、输尿管损伤及阴茎勃起功能下降等^[8]。在 1995 年，Carmignani 等^[9]开始尝试开展成人腹腔镜精囊囊肿切除术，随后经过不断改进、提高，腹腔镜下切除精囊肿瘤的技术已逐渐成熟，腔镜手术优势在于术中可更直接、清楚地显示病灶，分离精囊肿瘤时能有效控制创面出血，术野清晰，有助于避开周围前列腺、直肠、膀胱等重要器官，钛夹或 Hem-o-lok 可有效阻断肿瘤血供，减少术中出血，且手术不需要进入膀胱或直肠，患者术后恢复快、疼痛轻、住院时间明显缩短。如手术中游离肿瘤困难，患者对侧精囊正常或无生育要求，可行患者精囊一并切除。

本文介绍了 1 例由体检行 B 超发现精囊肿物而就诊患者，完善术前检查后行左侧腹腔镜下精囊肿瘤切除术，手术效果满意。病理诊断：精囊纤维瘤。并以该病例为基础，复习相关文献，从临床表现、诊断、治疗等几个方面对精囊纤维瘤进行讨论，提升对本病的认识和诊治水平，为临床工作者提供参考。综上所述，对于精囊原发性纤维瘤患者，术前血液学检验、影像学检查对明确诊断及制定手术

方案意义重大，必要时可选择术前行直肠的穿刺针吸活检术明确诊断。治疗以手术切除为主，腹腔镜精囊肿瘤切除术安全有效。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

[1] Soni J, Jain N, Krishnamurthy S, et al. Extragonadal mixed germ cell tumor of the seminal vesicle[J]. Indian J Urol, 2022, 38(2): 154-156.
 [2] Xu X, He S, Li Y, et al. A common tumor in an uncommon site: epithelioid Leiomyoma arising from the seminal vesicle—a case report[J]. BMC Urol, 2022; 22(1): 9.
 [3] Papathanasiou A, Voulgaris S, Salpiggidis G, et al. Hydatid cyst of the seminal vesicle[J]. Int J Urol, 2006, 13(3): 308-310.
 [4] 胡佩胜, 何睿, 杨新宇, 等. 腹腔镜治疗精囊囊性神经鞘瘤一例并文献回顾[J/OL]. 中华临床医师杂志(电子版), 2012, 6(3): 714-715.
 [5] Arora SS, Breiman RS, Webb EM, et al. CT and MRI of congenital anomalies of the seminal vesicles[J]. AJR Am J Roentgenol, 2007, 189(1): 130-135.
 [6] Zhang DX, Li XG, Gao Y, et al. Transperitoneal laparoscopic excision of seminal vesicle cyst: a single-center experience[J]. J Endourol, 2012, 26(9): 1153-1158.
 [7] Zhao XY, Zeng M, Yang QY, et al. Scrotum solitary fibrous tumor: A case report and review of literature [J]. Medicine(Baltimore), 2017, 96(48): e8854
 [8] Zhang DX, Li Y, Li XG, et al. Transperitoneal laparoscopic excision of primary seminal vesicle benign tumors: surgical techniques and follow-up outcomes [J]. Urology, 2013, 82(1): 237-241.
 [9] Carmignani G, Gallucci M, Puppo P, et al. Video laparoscopic excision of a seminal vesicle cyst associated with ipsilateral renal agenesis[J]. J Urol, 1995, 153(2): 437-439.

(收稿日期: 2023-06-10)