

· 个案报告 ·

膀胱肉瘤样癌微创治疗 1 例报告

罗华荣 廖国强 相俊 王天如 王科峰^①

(同济大学附属同济医院泌尿外科, 上海 200065)

中图分类号: R737.14

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2010)04-0341-02

我院于 2006 年 1 月在硬膜外麻醉下行经尿道膀胱肿瘤电切术(transurethral resection of bladder tumor, TURBt) 1 例, 术前诊断膀胱肿瘤, 膀胱癌可能, 术后诊断膀胱肉瘤样癌, 随访 2 年患者无瘤存活, 现报道如下。

1 临床资料

患者男, 56 岁, 间歇性无痛性全程肉眼血尿 6 个月, 加重 1 个月入院, 无其他症状及体征。吸烟 30 余年, 每日约 10 支, 无长期放射、化学接触暴露史, 无肿瘤等家族史。实验室检查: 尿常规脓细胞 50 个/HP, 红细胞 > 500 个/HP; 血常规、肝功能、肾功能、电解质、血糖均正常。B 超: 膀胱左侧壁一不均质强回声, 2.8 cm × 1.8 cm 大小, 内无血流, 前列腺增生, 4.3 cm × 3.7 cm × 2.7 cm 大小, 突入膀胱。静脉肾盂造影: 膀胱左后上壁一类圆形充盈缺损, 2.1 cm × 1.8 cm 大小, 与膀胱壁呈宽基底相连, 双肾分泌、排泄功能未见异常。增强 CT 扫描膀胱左后壁不规则增厚改变, 一密度不均肿块突入膀胱腔内, 局部点状钙化, 盆腔内未见肿大淋巴结影及异常肿块影。术前诊断膀胱肿瘤, 膀胱癌可能。在硬膜外下行经尿道膀胱肿瘤电切术。膀胱镜检: 膀胱左侧壁距左输尿管开口外上方 1.0 cm 处一大小 1.5 cm × 2.0 cm 类圆形肿瘤, 表面局部钙化、坏死, 基底宽 1.5 cm, 周围黏膜正常。将肿瘤及周围 1 cm 正常黏膜切除, 深达肌层, 膀胱内丝裂霉素 20 mg 灌注维持 10 min, 再将基底部切至浆膜层。肿瘤组织及基底组织分别送病理。术后病理(图 1): 肿瘤组织, 尿路上皮肉瘤样癌; 基底组织未见肿瘤组织。术后丝裂霉素 20 mg 每周 1 次 × 8 次, 后每个月 1 次至 1 年, 每 2 个月行膀胱镜检, 后改每 3 个月 1 次, 至今 2 年, 共复查膀胱镜 + 活检 9 次均提示慢性炎症。随访期间, 一般情况可, B 超、胸片、盆腔 CT 无异常。

2 讨论

膀胱肉瘤样癌(sarcomatoid carcinoma, SC)病因不明, 吸烟可能是致膀胱肉瘤样癌的危险因素^[1]。临床罕见, 国内报道近百例, 发病率占膀胱恶性肿瘤的 0.31%^[2], 发病年龄多在 60 ~ 80 岁, 目前报道膀胱 SC 最早的发病年龄为 31 个月^[3]。男性约占 70%, 女性少见。肿瘤恶性程度高, 早期转移, 预后差。临床表现无特异性, 以血尿、尿痛、排尿异常为最常见的症状, 少有肿瘤破溃至腹腔、腹壁转移等致腹痛的表现。早期可转移至肺、肝、脑、腹壁、小肠等^[4]。膀胱镜检有典型的大体特征, 主要是孤立性的息肉状或乳头状宽基底肿块, 表面常有坏死、溃疡、钙化形成。影像学诊断亦无特异性, 不易与普通的尿路上皮癌区别。

SC 的病理特点决定其术前误诊率高。术前膀胱镜检组织活检病理为 92% 为尿路上皮癌, 术后病理明确为 SC^[4~10]。SC 病理特点是上皮成分与肉瘤成分有移行区, 2 种细胞免疫组化 CK 或 Keratin 阳性表达, 肉瘤样细胞具有上皮细胞特征, 最关键的是上皮成分主要位于肿瘤表面, 故易导致误诊。所以对于膀胱镜检发现孤立性的宽基底肿瘤须多处取材及深部活检, 或直接行诊断性经尿道电切术, 减少术前误诊。

膀胱 SC 浸润生长迅速, 发现时多失去手术机会。治疗以手术切除为主, 尤其根治性膀胱切除辅助术后放、化疗, 是一种可供选择的最佳治疗方法, 国内 1 例长期生存 44 个月^[4]。部分膀胱切除、经尿道膀胱肿瘤电切术(transurethral resection of bladder tumor, TURBt)、新辅助治疗, 术后辅以放、化疗, 对于无法耐受手术或拒绝全膀胱切除病例, 亦可选择, 但疗效均不肯定。TURBt、膀胱部分切除术后生存 1 ~ 73 个月, 平均 9.8 月^[10], 且 75% 病例在 1 年内

^① (上海大场医院泌尿外科, 上海 200436)

复发或转移。

膀胱 SC 预后主要因素包括临床分期、手术范围、肿瘤大小、淋巴结是否转移等。本例患者 TURBt 术后随访 2 年无复发与上诸多因素相关:肿瘤小,发现早,术后病理肿瘤未侵及浆膜层;CT 未见淋巴结转移,肿瘤未侵及膀胱壁外组织;术中将肿瘤周围 1 cm 正常黏膜切除,深达浆膜层,切除范围广;术中即刻膀胱灌注化疗。综上均有助于预后,提高长期无瘤生存时间。

对于早期、无转移,未侵及膀胱深肌层的 SC, TURBt 是否是可成为供选择的术式,还有待今后进一步总结。但需要强调的是,膀胱 SC 行保留膀胱的术式后,应更加密切随访,建议 1~2 年内每 2~3 个月膀胱镜+活检,一旦复发仍以根治性膀胱切除为首选治疗方式。

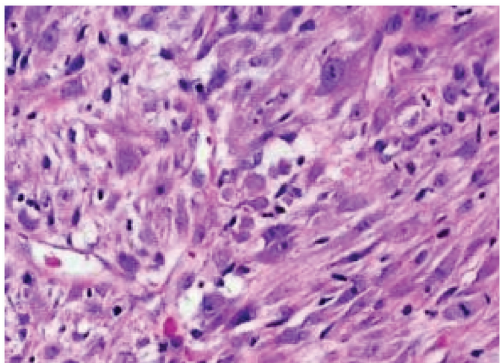


图 1 细胞丰富,细胞核大小不一,异型显著 HE 染色 ×400

参考文献

- 1 吕向东,凌立新,汪露祥,等.膀胱癌肉瘤报告结合文献分析.临床中老年保健,2003,6(2):110-113.
- 2 Antonelli A, Simeone C, Ferrari V, et al. Durable and complete remission of a metastatic bladder sarcomatoid carcinoma with chemotherapeutic and surgical treatments. Arch Ital Urol Androl, 2006,78(2):67-70.
- 3 Lezama-del Valle P, Jenkins GR, Rao BN, et al. Aggressive bladder carcinoma in a child. Pediatr Blood Cancer, 2004,43(3):285-288.
- 4 Masue T, Taniguchi M, Takeuchi T, et al. A case report of sarcomatoid carcinoma of the bladder with metastasis to small intestine. Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi, 2005,96(6):640-643.
- 5 Kawamura N, Kakuta Y, Fukuhara S, et al. Sarcomatoid carcinoma of the urinary bladder: report of a case. Hinyokika Kiyo, 2007,53(10):713-716.
- 6 Arenas LF, Fontes DA, Pereira EM, et al. Sarcomatoid carcinoma with osseous differentiation in the bladder. Int Braz J Urol, 2006,32(5):563-565.
- 7 戚晓平,陈贵平,金伟峰.膀胱肉瘤样癌 3 例及文献复习.中国肿瘤临床,2007,34(2):110-111.
- 8 罗宏,叶学正,丁容,等.膀胱肉瘤样癌二例报告.中华泌尿外科杂志,2006,27(4):247-249.
- 9 胡自力,冷志,张唯力,等.膀胱肉瘤样癌的临床病理分.重庆医科大学学报,2005,30(1):151-153.
- 10 陈贵平,戚晓平,史时芳,等.膀胱肉瘤样癌的诊断与治疗.实用肿瘤学杂志,2005,19(3):183-185.

(收稿日期:2008-11-25)

(修回日期:2009-03-09)

(责任编辑:李贺琼)

· 个案报告 ·

输尿管镜碎石术后感染性休克 1 例诊治体会

李博 顾恒 叶大文

(解放军第 123 医院泌尿外科,蚌埠 233015)

中图分类号:R693+.4

文献标识:D

文章编号:1009-6604(2010)04-0342-02

1 临床资料

患者女,71 岁。于 2009 年 3 月 3 日因“反复右腰腹部疼痛半年”,B 超提示右输尿管下段多发结石入院。查体:生命体征平稳,心肺无明显异常。腹平软,无压痛、反跳痛;双肋脊角对称,双肾区不饱满,

双肾未扪及,右肾区叩痛(±),左肾区无叩痛;耻骨上区不充盈,无压痛。双下肢无水肿。尿常规提示白细胞 136/μl;中段尿细菌培养+药敏试验提示无细菌生长;KUB+IVP 及泌尿系 B 超均提示右输尿管下段多发结石伴右肾积水;血常规、生化全项(肝肾功能、电解质、心肌酶谱及血脂分析)及心电图、