

前列腺副神经节瘤的临床病理分析

刘冉录, 徐 勇

关键词: 前列腺; 副神经节瘤; 前列腺肉瘤; 嗜铬细胞瘤

中图分类号: R737.2 文献标识码: A 文章编号: 1000-8578(2012)02-0225-02

0 引言

副神经节瘤是发生在肾上腺外的嗜铬细胞瘤, 发生于前列腺者临幊上非常少见。多无特异性临幊表现, 因肿瘤对周围组织的压迫、梗阻等引起相应症状, 肿瘤的过度生长可引起瘤体出血、液化坏死, 甚至浸润性表现。由于报道较少, 临幊医生认识不足, 易与前列腺肉瘤混淆。我院收治 1 例, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者, 男, 36 岁。主因反复血精 1 年余, 大便困难或便中带血两月入院。直肠指诊: 前列腺体积明显增大、饱满, 突向直肠, 表面光滑, 质软, 无明显结节。血清 TPSA 0.8 ng/ml。B 超示前列腺内部后方 5.3 cm × 4.6 cm 低回声结构, 性质待查。MRI 示 T2WI 像上可见前列腺右侧结节样异常信号影, 突出于前列腺轮廓之外, 前列腺包膜显示不连续, 邻近组织受压, 部分前列腺组织突入膀胱。前列腺直肠脂肪间隙消失, 膀胱精囊三角区欠清晰, 不排除右侧精囊浸润, 见图 1。

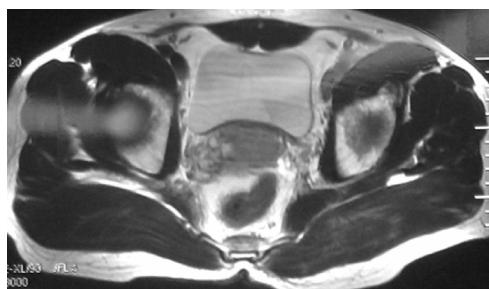


图 1 前列腺肿瘤的 MRI T2 加权像表现

Figure 1 MRI T2-weighted image of the prostate tumor

收稿日期: 2011-04-22; 修回日期: 2011-09-05
 作者单位: 300211 天津, 天津医科大学第二医院泌尿外科
 天津市泌尿外科研究所
 通信作者: 徐勇, E-mail: xuyong1955@126.com
 作者简介: 刘冉录(1976-), 男, 博士, 副教授, 主要从事前列腺癌的临幊及基础研究

1.2 前列腺穿刺活检

因考虑前列腺占位, 入院前曾在外院行前列腺穿刺活检, 病理诊断考虑为前列腺癌。因前列腺的质地及 PSA 结果与前列腺癌明显不符, 在我院再次行 10 针前列腺穿刺活检, 病理报告为高分化腺癌, 考虑来自前列腺。期间, 患者携带我院病理切片在外院会诊。一家医院拟诊为高分化腺癌; 另一家医院经过 HE 及免疫组织化学染色, 考虑血管周上皮样细胞肿瘤可能性大, 待除外副神经节瘤, 生物学行为考虑为良性。

1.3 方法

标本经 10% 甲醛固定, HE 染色。免疫组织化学染色采用 LP 法。免疫组织化学阳性反应呈棕黄色, PSA 为细胞质阳性, S100 为细胞核阳性。

2 结果

2.1 术中所见

不能排除前列腺肉瘤或前列腺癌, 决定行根治性前列腺切除术。术中见前列腺体积明显增大, 质地柔软, 表面光滑, 部分突入膀胱, 但无明显粘连浸润表现, 前列腺直肠间隙消失, 但易被推开, 与右侧精囊粘连, 肿物及双侧精囊被完整切除。

2.2 巨检

剖开标本可见整个前列腺失去正常结构, 大部分被肿物取代, 肿物直径约 5 cm, 包膜完整, 切面似鱼肉状, 质地柔软, 局部可见出血坏死及淡黄色物质。

2.3 组织学特点

病理切片显示瘤细胞排列成巢状, 部分排列成条索状, 呈卵圆形, 胞质量中等, 淡染, 核较大, 无明显深染, 间质血管丰富, 免疫组织化学 PSA(-)、S100(+), 诊断为前列腺副神经节瘤, 生物学行为良性。

2.4 随访结果

术后患者恢复良好, 症状消失, 随访 40 月, 未见复发及转移。

3 讨论

3.1 临床特征

目前国内共报告前列腺副神经节瘤4例^[1-3]，年龄22~74岁。临床表现主要包括排尿困难、尿不尽感、排尿时胀痛、心悸、出汗等症状，后期可出现间歇性无痛肉眼血尿。国外关于前列腺副神经节瘤的报道^[4-6]，临床表现多为排尿困难、血尿及血精等，有的伴有儿茶酚胺释放引起的相应症状，如阵发或持续性血压升高、心悸、头晕、头痛、晕厥、视物模糊等。

3.2 影像学表现

前列腺副神经节瘤CT平扫呈等或稍低密度，多不均匀，增强后有强化表现且包膜强化更加明显，病灶中央坏死或囊变区无强化，呈不规则略低密度区^[7]。MRI检查对嗜铬细胞瘤的诊断和鉴别诊断具有重要价值。大多病灶边界清楚，呈类圆形、椭圆形或分叶状，可见较完整包膜，包膜呈长T1短T2信号，肿瘤内坏死囊变区致信号不均，表现为瘤内大小、数目不一的T1低信号和T2更高信号灶，增强扫描无强化。肿瘤出血时，常在T1WI上表现为不被脂肪抑制序列所抑制的高信号区^[8]。

3.3 病理特征

副神经节瘤镜下见瘤细胞排列成巢状，部分可排列成腺泡样或条索状，形成典型的“细胞球”。有些区域可见胞体形状不规则、核大、深染的瘤细胞，甚至畸形核或核分裂，但不能仅以此作为恶性依据。间质血管丰富，多为扩张的薄壁血窦。免疫组织化学：神经特异性烯醇化酶(NSE)在绝大部分副神经节瘤细胞中呈阳性表达，肿瘤支持细胞可表现S-100阳性，与本病例相符合。

3.4 鉴别诊断

本病极易与前列腺肉瘤混淆，两者均可表现为质地柔软的增大前列腺，造成对周围组织的压迫或浸润，PSA不升高，但前列腺肉瘤的病史往往较短，发展迅速，呈浸润性生长，患者疼痛明显。临床医生应在总结国内外病例的基础上，提高对这种少见部位常见病的认识，尽早做出正确的诊断。

3.5 良恶性鉴别

恶性副神经节瘤发生率不高，但由于其临床表现和病理形态与良性副神经节瘤相同，除了在手术前或手术时发现转移和(或)浸润周围器官组织外，至今还没有可靠的临床或病理指标能区别其良、恶性。Thompson^[9]比较50例良性与50例恶性肾上腺嗜铬细胞瘤的组织形态和免疫组织化学结果，将

组织形态分成12项指标，各项指标阳性者分别得2分或1分，如肿瘤总分>4分，则表明该肿瘤具有侵袭性生物学行为的潜能，如总分<4则为良性，具有一定参考价值。

3.6 治疗及随访

早期彻底清除肿瘤组织是治疗副神经节瘤的有效途径。对于局限于前列腺内的副神经节瘤，可以考虑行经尿道前列腺电切(TURP)术，对于瘤体较大，突破前列腺包膜或者穿刺活检结果怀疑为恶性副神经节瘤，应该行根治性前列腺切除或加盆腔淋巴结清扫术，有转移者可行放疗，以缓解骨转移引起的疼痛。副神经节瘤发病隐匿，良恶性质难辨，术后应密切随访。

参考文献：

- Wang XY, Wang P. Pheochromocytoma of prostate (report of 1 case) [J]. J Med Imaging, 1997, 7(1): 58-59. [王晓岩, 王萍. 前列腺嗜铬细胞瘤一例报告[J]. 医学影像学杂志, 1997, 7(1): 58-59.]
- Chen ZH, Yang Y, Xiao YJ, et al. Paraganglioma of prostate (report of 2 cases) [J]. Chin J Urol, 2003, 24(5): 331-333. [陈朝晖, 杨郁, 肖亚军, 等. 前列腺副神经节瘤(附2例报告)[J]. 中华泌尿外科杂志, 2003, 24(5): 331-333.]
- Yang CB, Han YR. Malignant pheochromocytoma of prostate (report of 1 cases) [J]. J Practical Oncol, 2004, 18(4): 274. [杨长滨, 韩艳茹. 前列腺恶性嗜铬细胞瘤1例[J]. 实用肿瘤学杂志, 2004, 18(4): 274.]
- Li QK, MacLennan GT. Paraganglioma of the prostate [J]. J urol, 2006, 175(1): 314.
- Campodonico F, Bandelloni R, Maffezzini M. Paraganglioma of the prostate in a young adult [J]. Urology, 2005, 66(3): 657.
- Denford A, Vaughan M, Mayall. Paraganglioma as an unusual mimic of carcinoma in the prostate [J]. Br J Urol, 1997, 80(4): 677-678.
- Zhu GB, Zhang XL. Paraganglioma: pathologic and CT finding [J]. J Chin Clin Med Imaging, 2009, 20(5): 327-330. [朱光斌, 张雪林. 副神经节瘤的CT表现与病理对照研究[J]. 中国临床医学影像杂志, 2009, 20(5): 327-330.]
- Wang DY, Liang BL, Yuan JP, et al. MRI diagnosis and differentiation of pheochromocytoma [J]. J Diagn Imaging Int Radiol, 2008, 17(1): 3-6. [王东烨, 梁碧玲, 元建鹏, 等. 嗜铬细胞瘤的MRI诊断与鉴别诊断[J]. 影像诊断与介入放射学, 2008, 17(1): 3-6.]
- Thompson LD. Pheochromocytoma of the Adrenal gland Scaled Score(PASS) to separate benign from malignant neoplasms: a clinicopathologic and immunophenotypic study of 100 cases [J]. Am J Surg Pathol, 2002, 26: 551-566.

[编辑:安 凤;校对:杨 卉]