

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,发生于前列腺者临床上非常少见。多无特异性临床表现,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,临床医生认识不足,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。

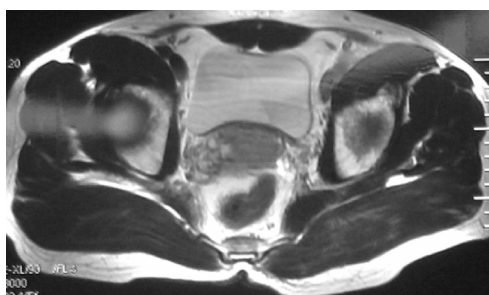


图 1 前列腺肿瘤的 MRI T2 加权像表现

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床及基础研究

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 例良性和 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, 良恶性难辨, 术后应密切随访。

参考文献:

- [1] 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.]
- [2] 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(附二例报告) [J]. 中华泌尿外科杂志, 2003, 24(5): 331-333.]
- [3] 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.]
- [4] Li QK, MacLennan GT. Paraganglioma of the prostate [J]. J urol, 2006, 175(1): 314.
- [5] Campodonico F, Bandelloni R, Maffezzini M. Paraganglioma of the prostate in a young adult [J]. Urology, 2005, 66(3): 657.
- [6] Denford A, Vaughan M, Mayall. Paraganglioma as an unusual mimic of carcinoma in the prostate [J]. Br J Urol, 1997, 80(4): 677-678.
- [7] 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]. 中国临床影像学杂志, 2009, 20(5): 327-330.]
- [8] 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. [王东辉, 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.]
- [9] 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]