

趋势,与王鸿等<sup>[5]</sup>研究相似。说明血清特异性 IgE 的诊断价值与皮肤点刺试验相当。本研究中 1/3 的Ⅱ型鼻窦炎患者合并变应性鼻炎,笔者认为变应性因素与Ⅱ型鼻窦炎有密切关系,在临床工作中对有鼻部变应症状的患者积极抗过敏治疗,既有控制原发病又有预防Ⅱ型鼻窦炎发生的作用。

本研究显示,伴有鼻部变应性症状的Ⅱ型鼻窦炎患者中,80%都是常年性发作,在血清特异性 IgE 试验阳性的患者中,对常年性变应原(螨混合、上皮混合等)呈阳性反应的患者远远多于季节性花粉变应原(蒿属混合、豚草混合等)血清特异性 IgE 试验阳性者。说明螨混合、上皮混合是最常见的致敏原。虽然 EPOS2012 中认为目前没有证据表明变态反应与伴或不伴鼻息肉的慢性鼻窦炎的发病有关,但同时 EPOS2012 中也强调,对于有明确存在变态反应的慢性鼻窦炎伴鼻息肉患者应积极抗变态反应治疗。本研究结果表明变态反应在Ⅱ型鼻窦炎发病中可能起一定作用,对检查明确伴有变态反应的患者进行抗过敏治疗是十分必要的。

综上所述,在临床工作中特别是合并鼻部变应性症状者或外周血嗜酸性粒细胞增多者,应做进一步变应原检测,给予全身或局部抗过敏治疗,有可

能预防或降低Ⅱ型鼻窦炎的发生。Ⅱ型鼻窦炎在发病、病程进展及转归中与变态反应性因素密切相关。

#### 参考文献:

- [1] Fokkens W, Lund V J, Mullol J, et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012[J]. Rhinology, 2012, 50(23 suppl): 1
- [2] 时文杰, 张金梅, 林鹏, 等. 天津地区 676 例变应性鼻炎患者变应原谱分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 25(5): 220
- [3] 徐明, 赵枫, 沈安民, 等. 嗜酸粒细胞型鼻息肉患者血清特异性 IgE 检测的临床分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2012, 26(17): 772
- [4] Bousquet J, van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma[J]. Allergy Clin Immunol, 2001, 108(5 Suppl): 147
- [5] 王鸿, 张罗, 周兵, 等. 慢性鼻窦炎鼻息肉与变应性因素相关性的探讨[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 40(3): 168
- [6] 何宁, 梁建平, 陈俊, 等. 伴鼻息肉慢性鼻及鼻窦炎患者变应原皮肤点刺试验的意义[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 16(8): 444
- [7] Kirtsreesakul V, Atcharyasathian V. Nasal polyposis: Role of allergy on therapeutic response of eosinophil- and noneosinophil-dominated inflammation[J]. Am J Rhinol, 2006, 20(1): 95
- [8] 胡赟赟, 王士礼, 蔡昌坪, 等. 变应性因素对慢性鼻-鼻窦炎影响的研究[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2008, 22(2): 63

(2013-10-31 收稿)

文章编号 1006-8147(2014)03-0238-03

## 论 著

# 前列腺肉瘤 17 例报告并文献复习

朱晓军, 念学武, 孙二琳, 韩瑞发

(天津医科大学第二医院泌尿外科, 天津市泌尿外科研究所, 天津 300211)

**摘要** 目的:探讨前列腺肉瘤的临床及病理特征,诊断及鉴别诊断,治疗方法和预后。方法:回顾 17 例前列腺肉瘤患者的临床资料,对患者的手术方式,病理学特点以及预后进行分析。结果:患者年龄 16~48 岁,平均 36 岁,17 例患者均因不同程度排尿障碍入院,其中 2 例合并血尿,5 例前列腺特异性抗原(PSA)稍高于正常值,B 超和 MRI 均提示异常。7 例行根治性膀胱前列腺切除术,5 例行根治性前列腺切除术,术后辅以化疗;3 例行单纯放疗;2 例行前列腺穿刺活检,辅以内分泌治疗。横纹肌肉瘤 8 例,平滑肌肉瘤 5 例,梭形细胞肉瘤 3 例,未分化肉瘤伴软骨化生 1 例。免疫组化检查提示前列腺肉瘤较其他前列腺肿瘤有特异性表现,术后中位随访时间 20 个月(12~30 个月),15 例患者均因肿瘤复发、转移死亡,1 例失访,1 例存活,死亡率 93.8%。结论:前列腺肉瘤恶性程度较高,预后差;TRUS 引导下前列腺穿刺活检和 MRI 有助于早期诊断,确诊主要依靠病理和免疫组化检查;治疗方法以根治性前列腺切除术为主,辅以放疗。

**关键词** 前列腺肿瘤;肉瘤;预后

**中图分类号** R737.25

**文献标志码** A

前列腺肉瘤是一种临床罕见、恶性度高的恶性肿瘤<sup>[1]</sup>。任何年龄都可发病,青年人多发;早期常因缺乏前列腺质硬肿块或前列腺特异抗原(PSA)升高  
作者简介 朱晓军(1987-),男,硕士在读,研究方向:泌尿外科;通信作者:韩瑞发,E-mail:tyruifa\_han@yahoo.com。

等典型临床表现,临床上常被忽略,因而确诊时肿瘤分期较晚,分化程度较差,预后不佳。本文回顾性分析我院 1995-2011 年收治的 17 例前列腺肉瘤患者的临床资料,结合文献复习,总结该病的临床表现、病理特征、鉴别诊断、治疗及预后等情况。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 本组患者共计17例,中位年龄36岁(16~48)。病人均主因不同程度排尿障碍入院,2例合并血尿。入院后行PSA检查,5例tPSA为4.3~7.6  $\mu\text{g/L}$ ,余12例均在正常值范围。直肠指检10例可触及肿大的前列腺。17例经B超检查提示有不规则中等回声结构,MRI提示2例已经伴有骨盆转移,3例伴有肺部转移。入院时10例误诊为前列腺增生,17例均在B超引导下前列腺穿刺,病理检查均诊断为前列腺肉瘤。

1.2 治疗方法 7例行根治性膀胱前列腺切除术,5例行根治性前列腺切除术,术后辅以化疗,3例行前列腺粒子植入术,2例仅行前列腺穿刺活检术同时给予患者周期性的内分泌治疗(比卡鲁胺或氟他胺合并3种药物中的1种:醋酸曲普瑞林、亮丙瑞林、戈舍瑞林),5例化疗病人中3例行奥沙利铂和多西他赛等治疗,2例行紫杉醇脂质体治疗。

1.3 免疫组化方法 用抗波纹蛋白(vimentin)、肌红蛋白(myoglobin)、肌酸激酶(CK)、肌动蛋白(actin HHF35)、结蛋白(desmin)、白细胞分化抗原34(CD34)、肌纤维组织(muscle)、PSA、前列腺酸性磷酸酶(PAP)9种抗体对组织标本进行免疫组化染色标记并在显微镜下观察。阳性细胞半定量标准:高倍镜下,每张切片上、下、左、右及中5个高倍视野,“-”无阳性反应细胞,“+”阳性细胞数1%~30%,”++”阳性细胞数30%~60%,”+++”阳性细胞数>60%。

## 2 结果

2.1 治疗结果 根治性膀胱前列腺切除术7例,1例随访20个月仍存活,3例术后6个月内复发,均于术后8~18个月死亡,余3例术后2~5个月死亡;5例行根治性前列腺切除术辅以术后化疗,术后6个月内均因肿瘤复发或转移死亡;3例行前列腺粒子植入术,1例失访,余2例均于确诊后5个月死亡;2例仅行前列腺穿刺活检术+内分泌治疗,分别于术后8个月和11个月因肿瘤死亡。

2.2 病理诊断结果 病理检查结果证实为前列腺肉瘤,其中横纹肌肉瘤8例,平滑肌肉瘤5例,梭形细胞肉瘤3例,未分化肉瘤伴软骨化生1例。

2.3 免疫组化染色结果 见表1。

表1 17例前列腺肉瘤免疫组化染色结果

前列腺肉瘤	vimentin	myoglobin	desmin	CK	muscle	PSA	CD34	PAP	actin
横纹肌肉瘤	++	++	++	-	++	-	-	-	+
平滑肌肉瘤	++	-	+	-	++	-	-	-	+
梭形细胞肉瘤	++	-	-	-	-	-	-	-	-
未分化肉瘤	++	-	-	-	+	-	-	-	-

## 3 讨论

前列腺肉瘤是前列腺肿瘤的一种亚型,发病率低,目前对于其临床特征、治疗方式及预后的认识主要来源于病例报道、小样本分析及其他泌尿科医生的报道<sup>[2-3]</sup>。国外文献报道其发病率占前列腺恶性肿瘤的0.091%~0.2%<sup>[3]</sup>,国内报道为2.7%~7.5%<sup>[4]</sup>,本组发病率在4.1%,国内外报道差异可能与我国前列腺癌发病率相对较低有关。前列腺肉瘤在任何年龄均可发病,但多见于青年及儿童,10岁以下儿童患者约占50%,成人中则以青年人居多<sup>[5]</sup>。而本研究组发病中位年龄36岁(16~48)。

前列腺肉瘤起源于前列腺基质部,前列腺基质来源于中胚叶,因而向不同方向分化发生各种类型肉瘤,包括平滑肌肉瘤、横纹肌肉瘤、纤维肉瘤、梭形细胞肉瘤、恶性间质瘤等<sup>[6]</sup>。本研究组中横纹肌肉瘤8例,平滑肌肉瘤5例,梭形细胞肉瘤3例,未分化肉瘤伴软骨化生1例。免疫组化进一步显示平滑肌肉瘤的代表性抗体为actin,横纹肌肉瘤为myoglobin,梭形细胞肉瘤为vimentin,与Herawi等<sup>[7]</sup>报道相一致。

前列腺肉瘤早期临床表现无特异性,而其较早即可发生转移,所以多数出现症状时已属晚期。本组所有患者均以排尿障碍为首发症状,直肠指检可触及肿大的前列腺,柔软有囊性感,表面光滑,无压痛。其中2例伴肉眼血尿,2例已经伴有骨盆转移,3例胸部X线片等提示肺内已有广泛转移。前列腺肉瘤常表现为直肠指检发现前列腺肿物并伴有排尿困难,因此需与前列腺脓肿、前列腺癌及前列腺增生鉴别。前列腺脓肿常表现为触及波动感肿块外,伴有剧烈的压痛和全身发热,与前列腺肉瘤易于鉴别。前列腺癌发病年龄较晚,常伴有CK、PSA和PAP水平升高,结合影像学可进一步鉴别。本组中10例30~48岁患者直肠指检前列腺体积明显增大,其中6例Ⅲ°增大,余4例中央沟变浅,质软到韧,弹性较好,表面光滑,无触痛,有7例向直肠内突出明显。实验室检查血碱性磷酸酶、酸性磷酸酶及PSA多在正常范围内。前列腺肉瘤发病年龄较轻、病程进展快、尿潴留出现早、前列腺肿块大且柔软,一般易与前列腺增生鉴别。本研究组入院时10例误诊为前列腺增生,后经直肠腔内超声显像(transrectal ultrasonography, TRUS)引导下前列腺穿刺,病理诊断为前列腺肉瘤。

因前列腺肉瘤的临床表现缺乏特异性,其确诊主要依靠病理检查及免疫组化,但影像学辅助检查对早期诊断也有其临床价值。本组前列腺超声检查和CT检查均可发现肿瘤体积大,但特异性不佳。相

对于 B 超和 CT, TURS 和 MRI 的诊断特异性较高, 优势更加明显。TURS 引导下的前列腺穿刺活检通过病理诊断前列腺肉瘤; MRI 可以从不同的截面观察肿瘤的大小、形状、信号高低以及结构, 尤其在  $T_2$  加权像更为显著。前列腺肉瘤外形不规则, 体积显著增大, 可占据整个盆腔, 腺体结构多不能分辨。由于生长速度过快, 可出现不同程度的坏死,  $T_1$ WI 信号不均,  $T_2$ WI 呈高、低混杂信号, 75% 累及包膜及其周围的神经血管束、闭孔内肌、提肛肌、精囊腺、膀胱和直肠等, 40% 有淋巴结和肺、骨骼、肝等脏器的转移, 且骨骼转移多为溶骨性<sup>[8]</sup>。增强可见病灶为不均匀强化和液化坏死<sup>[9]</sup>。胸片及前列腺癌的核素检查(ECT)有助于发现是否伴有肺转移及骨转移。因此, 影像学检查对早期诊断前列腺肉瘤有重要价值, 并可了解肿瘤分期, 对治疗方法的选择和预后评价有重要意义。

前列腺肉瘤局限于前列腺包膜内而无浸润时, 宜行根治性前列腺切除术。肿瘤仅局部扩展至膀胱、直肠, 无远处转移时, 可行全盆腔清扫术, 但效果欠佳。肿瘤较大、无远处转移时, 可先行化疗使肿瘤缩小, 以利于手术切除。已有转移或局部浸润固定、切除困难者, 可行姑息性手术以缓解症状, 并辅以放疗及化疗等综合治疗, 提高生存率。目前前列腺肉瘤治疗方法主要有根治性膀胱前列腺切除术、根治性前列腺切除术、经尿道前列腺电切术+内分泌治疗、单纯内分泌治疗、去势治疗+药物治疗、粒子植入进行放疗, 以上病人均可辅以化疗(奥沙利铂合多西他赛)。国外报道在根治性前列腺切除术为主要治疗方式下, 辅以化疗及放疗可以改善远期预后<sup>[10]</sup>; 而最近国内的研究则表明化疗及放疗对改善总生存期意义不大。Raney 等报道根治术后联合免疫治疗如干扰素、白介素等提高前列腺肉瘤患者生存率。因此, 进一步明确化疗、放疗及手术治疗在前列腺肉瘤结局中的作用, 一项大型的、随机的、前瞻性的研究是必要的。

前列腺肉瘤预后差, 本组 15 例病人均在 18 个月内死亡, 仅 1 例存活超过 20 个月。国内外的差异可能与病人选择偏倚、医院治疗模式、肿瘤生物学和病理特点的不同有关。目前认为影响预后的因素包括切缘阳性率情况, 肿瘤有无转移, 组织学类型,

原发肿瘤的部位、分期以及手术或者放疗后局部控制情况等<sup>[12]</sup>。

综上所述, 前列腺肉瘤发病率低, 恶性度高, 雄激素依赖性不强, 对放疗、化疗的作用尚需进一步明确, 新的治疗方式如靶向治疗有可能延长生存期<sup>[13]</sup>。前列腺肉瘤症状无特异性, 因此对于有排尿障碍, 与年龄不相符的前列腺体积增大者应引起充分注意, 影像学诊断推荐 TRUS 引导下行前列腺穿刺活检和 MRI。临床上做到早发现, 早诊断, 及时选择合理的治疗方案从而提高患者生活质量及 5 年生存率。

#### 参考文献:

- [1] Janet N L, May A W, Akins R S. Sarcoma of the prostate: a single institutional review [J]. *Am J Clin Oncol*, 2009, 32(1): 27
- [2] Wang X, Liu L, Tang H, et al. Twenty-five cases of adult prostate sarcoma treated at a high-volume institution from 1989 to 2009 [J]. *Urology*, 2013, 82(1): 160
- [3] Boyle H, Flechon A, Droz J P. Treatment of uncommon malignant tumours of the bladder [J]. *Curr Opin Urol*, 2011, 21(5): 309
- [4] 张德元, 李震东, 夏同礼, 等. 前列腺肉瘤(附 10 例报告) [J]. *中华泌尿外科杂志*, 1995, 16(5): 292
- [5] 付伟金, 吴潇芸, 莫曾南, 等. 前列腺肉瘤的诊治及预后(附 10 例报告) [J]. *肿瘤防治研究*, 2009, 36(9): 772
- [6] 陈靖, 权昌益, 畅继武, 等. 前列腺未分化肉瘤伴软骨化生 1 例报道并文献复习 [J]. *中华男科学杂志*, 2011, 17(10): 918
- [7] Herawi M, Epstein J I. Specialized stromal tumors of the prostate: a clinicopathologic study of 50 cases [J]. *Am J Surg Pathol*, 2006, 30(6): 694
- [8] 丁建平, 王霄英, 王振忠, 等. 前列腺肉瘤的 MRI 特征及临床表现: 与前列腺癌的比较 [J]. *中华放射学杂志*, 2004, 38(5): 505
- [9] Tamada T, Sone T, Miyaji Y, et al. MRI appearance of prostatic stromal sarcoma in a young adult [J]. *Korean J Radiol*, 2011, 12(4): 519
- [10] Macias-Garcia L, De la Hoz-Herazo H, Robles-Frias A, et al. Colli-sion tumour involving a rectal gastrointestinal stromal tumour with invasion of the prostate and a prostatic adenocarcinoma [J]. *Diagn Pathol*, 2012, 7: 150
- [11] Raney B, Anderson J, Jenney M, et al. Late effects in 164 patients with rhabdomyosarcoma of the bladder/prostate region: a report from the international workshop [J]. *J Urol*, 2006, 176(5): 2190
- [12] Vadoros G P, Manolidis T, Karamouzis M V, et al. Leiomyosarcoma of the prostate: case report and review of 54 previously published cases [J]. *Sarcoma*, 2008, 2008: 458709
- [13] Franco O E, Hayward S W. Targeting the tumor stroma as a novel therapeutic approach for prostate cancer [J]. *Adv Pharmacol*, 2012, 65: 267

(2013-11-21 收稿)