

· 短篇论著 ·

膀胱憩室癌 19 例诊治分析

宋鲁杰 徐月敏 傅强 乔勇 张心如 谷宝军 金三宝

【摘要】 目的 总结分析膀胱憩室癌的诊治方法。**方法** 回顾性分析 2000 年 1 月至 2010 年 1 月收治 19 例膀胱憩室癌,年龄 51 ~ 83 岁,平均 67.4 岁,术前均行超声、膀胱镜、静脉肾盂造影(IVU)和 CT 检查。5 例浅表性膀胱憩室癌患者行经尿道绿激光肿瘤汽化术,10 例浸润性膀胱憩室癌患者行膀胱部分切除术,4 例外向性生长的膀胱憩室癌患者行根治性膀胱切除术。**结果** 术后 8 例患者出现膀胱肿瘤复发,复发时间为 3 ~ 28 个月(平均 10.3 个月),均再次行绿激光肿瘤汽化或根治性膀胱切除术。19 例患者术后随访 4 ~ 87 个月(平均 34.7 个月),3 例死于肿瘤全身转移,1 例死于肾功能衰竭,其余 15 例(78.9%)无瘤生存。**结论** 膀胱憩室癌发病隐蔽,癌肿易侵犯膀胱外组织,早期诊治尤为重要。根据肿瘤的临床分期选择手术方式是提高疗效的关键。

【关键词】 膀胱憩室癌; 手术治疗; 随访

膀胱憩室癌较为少见,文献报道发生率为 0.8% ~ 10.0%^[1-3]。由于其发病率低,致使该病的诊断和治疗方法尚不统一。我院 2000 年 1 月至 2010 年 1 月共收治 19 例膀胱憩室癌患者,现报道如下。

一、资料与方法

1. 一般资料:膀胱憩室癌患者 19 例。其中男 16 例,女 3 例。年龄 51 ~ 83 岁(平均 67.4 岁)。因无痛性、间歇性肉眼血尿就诊 17 例,排尿困难、“两段排尿”就诊 5 例。患者术前均行超声、膀胱镜、静脉尿路造影(IVU)和 CT 检查。超声测量憩室直径为 1.7 ~ 6.8 cm(平均 3.9 cm)。超声发现膀胱憩室内异常回声 16 例(84.2%);膀胱镜发现膀胱憩室内菜花样肿物 13 例(68.4%);IVP 发现膀胱憩室内不规则充盈缺损 8 例(42.1%);CT 发现膀胱憩室内占位性病变 15 例(78.9%)。术前明确诊断者 17 例(89.5%),术中发现 2 例。

临床分期:表浅性肿瘤(Ta 期,Tis 期)9 例,浸润性生长但局限于憩室内的肿瘤(T1 期,T2 期)7 例,肿瘤侵犯憩室外组织(T3 期)3 例。

2. 方法:根据肿瘤的临床分期及病理分级选择手术方式。对于 Ta 期、Tis 期、T1 期肿瘤根据肿瘤的级别选择经尿道绿激光汽化术或膀胱部分切除术,对于 T2 期和 T3 期肿瘤多行根治性膀胱切除术。保留膀胱的患者术后给予规范的膀胱灌注化疗。对于初次手术后复发的高级别肿瘤或肿瘤侵犯憩室外组织时行膀胱部分切除术或根治性膀胱切除术,对于复发的低级别肿瘤或表浅性肿瘤,且复发间期较长者再次行经尿道绿激光汽化术,术后予以密切随访。患者的临床资料见表 1。

二、结果

本组 19 例膀胱憩室癌患者,占同期收治膀胱恶性肿瘤的 5.0%(19/382),占同期收治膀胱憩室的 8.8%(19/216)。所有患者均接受手术治疗,其中绿激光膀胱憩室内肿瘤汽化 5 例,膀胱部分切除术 10 例,根治性膀胱切除 4 例。

15 例保留膀胱手术患者术后给予规范的卡介苗、丝裂霉素或吡柔比星膀胱灌注化疗。8 例出现膀胱肿瘤复发,复发时间为

表 1 19 例膀胱憩室癌患者临床资料

项目		例, (%)
临床分期	Tis	2(10.5)
	Ta	7(36.8)
	T1	5(26.3)
	T2	2(10.5)
	T3	3(15.8)
病理分级	移行细胞癌 I 级	8(42.1)
	移行细胞癌 II 级	4(21.0)
	移行细胞癌 III 级	3(15.8)
	鳞癌	3(15.8)
	腺癌	1(5.3)
多中心源性	有	7(36.8)
	无	12(63.2)
肾积水	有	5(26.3)
	无	14(73.7)
手术方式	绿激光汽化	5(26.3)
	膀胱部分切除	10(52.6)
	根治性膀胱切除	4(21.0)

3 ~ 28 个月,平均 10.3 个月。其中膀胱部分切除术后复发 5 例,绿激光汽化术后复发 3 例(复发的肿瘤均位于憩室外)。8 例患者均再次接受手术治疗,3 例行根治性膀胱切除术,1 例行膀胱部分切除术,4 例行绿激光膀胱肿瘤汽化,其中 2 例分别于术后 13 个月和 18 个月肿瘤再次复发,而行根治性膀胱切除术。

19 例患者均获得随访,随访时间为 4 ~ 87 个月,平均 34.7 个月。4 例死亡(3 例死于肿瘤全身转移,1 例死于肾功能衰竭),15 例(78.9%)无瘤生存。

三、讨论

膀胱憩室一般为膀胱黏膜层通过肌层薄弱部位疝出所形成,膀胱憩室的发生与下尿路梗阻、膀胱内压升高有关,少数情况下是由于膀胱输尿管连接部肌层先天薄弱或排列紊乱所致,后者往往伴有肾积水和输尿管反流,又被称为“Hutch 憩室”^[4]。

膀胱憩室在临床上以“两段排尿”和膀胱刺激症状为典型表现。在此基础上,如出现间歇性无痛性全程肉眼血尿应高度怀疑并发憩室癌。其发生机制为憩室出口周围膀胱肌束较厚,膀胱收缩时使憩室口狭窄,导致引流不畅,尿液长期残留,继发感染与结石。慢性感染与结石可使膀胱黏膜发生鳞状或腺性化生,继而发生癌变,膀胱憩室癌最常见的病理类型为移行细胞癌和鳞状细胞癌^[5]。由于膀胱憩室壁较薄,肌层常发育不良或缺损,而且憩室癌恶性程度较高,因此癌肿易发生早期浸润或远处转移^[6]。

膀胱憩室癌以间歇性无痛性肉眼血尿为特点,本组17例(89.5%)有肉眼血尿。膀胱憩室癌诊断与膀胱癌类似。但膀胱镜检查受憩室口的影响,憩室内显示不清,容易漏诊。而膀胱造影及IVP因受膀胱重叠而影响诊断。超声检查可以清晰显示憩室腔情况,可对占位病变作出明确诊断。由于膀胱憩室癌特殊的病理特点,CT对了解肿瘤浸润程度、是否转移有重要意义,对选择手术方案亦很有帮助。

与正常膀胱壁比较,膀胱憩室壁由于缺乏纤维肌层,很难分辨表浅性肿瘤与浸润性肿瘤。理论上膀胱憩室癌更容易早期发生膀胱外侵犯。基于这个原因,有学者认为对于膀胱憩室癌不存在T2期,应从T1期直接到T3期^[7]。然而,从肿瘤的生物行为而言,对于癌肿侵犯膀胱周围组织的情况也不应划分为T3期,因为膀胱憩室癌不需要足够的浸润性生长潜能即可通过变薄的憩室壁侵犯膀胱周围脂肪。

由于膀胱憩室癌病例资料有限,目前对其治疗也不尽统一。Golijanin等^[5]的一项研究分析了39例膀胱憩室癌的临床资料,发现临床分期是影响膀胱憩室癌治疗效果的主要因素。研究结果显示无论是低级别还是高级别的Ta期肿瘤均可行保留膀胱手术(TUR或膀胱部分切除术),而对于癌肿向膀胱外侵犯的情况,则需采取包括根治性膀胱切除术及全身化疗在内的综合治疗以切除癌肿并预防其远处转移。

对于低级别或浅表性膀胱憩室癌,可选择经尿道手术。由于多数膀胱憩室癌存在憩室颈狭小及憩室黏膜下层薄弱的特点,传统的经尿道肿瘤电切术操作较为困难,易导致癌肿残留。绿激光又称为KTP激光,光纤侧面发光,激光束与光纤轴成70°角。因此,对于憩室内肿瘤能够有效汽化。此外,绿激光波长为532 nm,组织穿透力浅(800 μm),且不会引起闭孔神经反射,发生膀胱憩室穿孔概率较低^[8]。本组行绿激光汽化术5例,均未

出现憩室壁穿孔,且术后均未出现膀胱憩室内癌肿复发,这说明绿激光治疗浅表性膀胱憩室癌是安全和有效的。

过去一般认为膀胱憩室癌预后较差,然而近期的研究表明该病的预后尚好。Baniel等^[2]采用保留膀胱的手术治疗8例膀胱憩室癌,5例患者行膀胱憩室切除,3例患者行经尿道电切。术后,患者肿瘤特异性5年生存率达71%。Garzotto等^[9]报道9例膀胱憩室癌患者术后4年肿瘤特异性生存率为89%。本组患者19例,平均随访34.7个月,15例无瘤生存,肿瘤特异性生存率达84.2%。

总之,膀胱憩室癌具有一定的隐蔽性,癌肿易侵犯膀胱外组织,故应提高警惕,早期诊断和治疗。此外,对于下尿路梗阻性疾病合并膀胱憩室内反复感染和结石形成的患者,应在处理下尿路梗阻的同时切除憩室以预防癌肿的发生。

参 考 文 献

- [1] Melekos MD, Asbach HW, Barbalias GA. Vesical diverticula: etiology, diagnosis, tumorigenesis, and treatment. Analysis of 74 cases. *Urology*, 1987, 30:453-457.
- [2] Baniel J, Vishna T. Primary transitional cell carcinoma in vesical diverticula. *Urology*, 1997, 50:697-699.
- [3] Das S, Amar AD. Vesical diverticulum associated with bladder carcinoma: therapeutic implications. *J Urol*, 1986, 136:1013-1014.
- [4] Gerritzen RG, Futter NG. Ten-year review of vesical diverticula. *Urology*, 1982, 20:33-35.
- [5] Golijanin D, Yossepowitch O, Beck SD, et al. Carcinoma in a bladder diverticulum: presentation and treatment outcome. *J Urol*, 2003, 170:1761-1764.
- [6] Faysal MH, Freiha FS. Primary neoplasm in vesical diverticula. A report of 12 cases. *Br J Urol*, 1981, 53:141-143.
- [7] Redman JF, McGinnis TB, Bissada NK. Management of neoplasms in vesical diverticula. *Urology*, 1976, 7:492-494.
- [8] 金重睿,徐月敏,吴登龙,等.绿激光汽化治疗浅表性膀胱肿瘤. *临床泌尿外科杂志*, 2007, 22:343-344.
- [9] Garzotto MG, Tewari A, Wajzman Z. Multimodal therapy for neoplasms arising from a vesical diverticulum. *J Surg Oncol*, 1996, 62:46-48.

(收稿日期:2011-12-16)

(本文编辑:郝锐)