

· 短篇个案 ·

睾丸非霍奇金淋巴瘤伴膀胱癌 1 例

刘陶文, 陈煌基

关键词: 睾丸; 淋巴瘤; 非霍奇金淋巴瘤; 膀胱癌; 双原发癌

中图分类号: R733.1; R737.1 文献标识码: D

文章编号: 1000-8578(2007)09-0734-02

0 引言

原发性重复性恶性肿瘤罕见, 我院收治 1 例睾丸非霍奇金淋巴瘤 (NHL) 伴膀胱癌患者, 现报告如下:

1 临床资料

患者男, 62 岁。因镜下血尿 2 年、阴囊肿块 2 月余于 2005 年 5 月 23 日入院。2 年前, 患者行健康体检发现镜下血尿, 一直无肉眼血尿及特殊不适, 未予诊治。入院 2 月前, 患者自己偶然发现阴囊肿块, 无痛性进行性增大, 局部有下坠感。查体: 营养良好, 左腹股沟触及 2 个 1.5 cm × 0.4 cm 质中淋巴结, 韦氏环 (Waldyer 环) 正常。阴囊皮肤正常, 左侧睾丸约 8 cm × 6 cm × 6 cm, 椭圆形、质硬、轻度压痛。B 超示肝、脾、肾及腹膜后未见异常, 膀胱内探及一 2.0 cm × 1.2 cm 实质性肿块, 左侧阴囊内探及一个 8 cm × 6 cm 实质性肿块。胸部 X 线摄片示双肺纹理增粗。实验室: 外周血细胞总数及分类正常; 小便常规: RBC(++)、WBC(+); 血清 LDH 183 IU/L (110~245)。临床初步诊断为“睾丸、膀胱肿瘤待查”, 于 2005 年 5 月 26 日在硬膜外麻醉下行“膀胱镜检及肿瘤电切术 + 左睾丸及左附睾切除术”。病理学: (1) 左睾丸符合弥漫性大 B 细胞淋巴瘤 (DLBCL), 瘤细胞 CK(-)、CD3(±)、CD20(+); (2) 膀胱肿瘤符合移行细胞癌 (Ⅱ级), 癌细胞 CK(++), CD3(-)、CD79(-)。临床诊断: (1) 左睾丸 NHL (IE); (2) 膀胱癌 (鳞状细胞性, T₂ No-Mo)。手术一月后行⁶⁰Co 放射治疗, 方案: 盆腔前后分别为 150 cGy/(次·天) ×

5 次/周, 总剂量分别为 3 000 cGy, 左腹股沟为 250 cGy/(次·天) × 5 次/周, 总剂量 5 000 cGy。然后, 行 CHOP 方案化疗 6 周期, 同步行膀胱灌注丝裂霉素 40 mg/次, 每周 1 次 × 8 周。治疗过程顺利, 患者出院后生活如常, 接受随访一年余, 未见肿瘤复发。

2 讨论

原发性睾丸淋巴瘤罕见, 分别占结外淋巴瘤的 2.4% 及睾丸恶性肿瘤的 1%~7%, 多为单侧, 双侧睾丸受累约为 18%~20%。约 20% 的淋巴瘤可最终累及睾丸。该病是 60 多岁男性最常见的睾丸恶性肿瘤之一, 占第 2 位, 常表现为无痛性睾丸增大。睾丸淋巴瘤实际上只限于弥漫型 NHL, 部分或全部睾丸实质呈弥漫性受累或被结节代替, 结节可为实性或软性, 肉样均质状。该肿瘤存在与皮肤、中枢神经系统和韦氏环同时受累倾向。50% 的睾丸 NHL 扩散至精索或附睾, 尽管输精小管可受累, 但具有显著特点, 即肿瘤细胞在间质内浸润而曲细精管保持相对完整, 90% 属 B 细胞源性, 70%~90% 为 DLBCL^[1,2]。该病的预后不良因素包括: 淋巴结受累 (Ⅱ期), 睾丸肿瘤直径 > 9 cm, B 症状及年龄 > 65 岁。

原发性睾丸 NHL 的预后不佳, 采用根治性手术结合化疗和放疗后 10 年存活率 32%, 中位生存期 4.4 年^[3]。有人认为对Ⅱ期患者行睾丸切除术后即使不加用放疗仍可取得理想疗效, 而区域性淋巴结放疗常用于Ⅰ、Ⅱ期患者, 小剂量放疗可预防对侧睾丸受累^[4]。另有学

者提出, 即使是很早期的睾丸 NHL, 手术后约有 40% 的患者死于全身播散, 而手术后放射治疗并不能减少其远处播散的危险, 对Ⅰ、Ⅱ期患者加用放疗后仍有约 50% 的复发率, 故应该对盆腔、腹股沟及主动脉旁放疗^[5]。国外报道该肿瘤的复发部位常在肺、骨髓或呈播散性, 仅对肿瘤累及的器官作针对性治疗并不能改善该病的结局, 强调对该肿瘤的治疗应在传统方案即手术 + 含蒽环类药的 6 周期化疗 + 放疗的基础上寻求更佳策略^[6]。对 19 例原发性睾丸 NHL 的疗效分析显示, 1、3、5 年生存率分别为 88.2%、64.4% 及 36.7%, 治疗失败的原因为全身多部位受累, 主要见于淋巴结 (占 36.8%) 及对侧睾丸 (占 10.5%)^[7], Seymour 等^[3]总结出治疗该病的基本措施: 6 周期蒽环类药为基础的化疗、预防性照射对侧睾丸、鞘内化疗和全身大剂量甲氨喋呤以预防中枢神经系统复发。需注意与间变性精原细胞瘤、精母细胞瘤及胚胎性横纹肌肉瘤等鉴别。

膀胱癌是泌尿系统中最常见的肿瘤, 其中 90% 以上为移行上皮癌。该病好发年龄是 50~70 岁, 已肯定多种因素如长期接触染、印、塑料、吸烟及膀胱慢性感染等与发病有关, 血尿是最常见和最早出现的症状。淋巴结是本病最主要转移途径, 主要转移至盆腔淋巴结。膀胱镜, 膀胱 CT、MRI 及尿细胞学检查是常用的诊断手段, 而测定尿液中的端粒酶、膀胱肿瘤抗原有助于提高膀胱癌的检出率。治疗方案取决于临床分期、细胞学分级及肿瘤浸润程度, 而对仅行肿瘤切除或膀胱部分切除者应结合膀胱内药物灌注。保留膀胱的各种手术治疗, 约 50% 在 2 年内肿瘤可能复发, 且不在原来部位, 实际上为新生肿瘤, 对这部分患者行定期膀胱检查是监控肿瘤复发的有效手段。

本例睾丸原发性 NHL 伴膀胱癌, 经在 Medline 及 CBMD 检索未见有相同报道。迄今仍参照 Warren 和 Gates 提出的关于原发性重复性恶性肿瘤的诊断标准: (1) 机体的每 1 个肿瘤均有一定的恶性表现; (2) 各个肿瘤分别处于相互隔离部位; (3) 一处肿瘤并非他处肿瘤转移所致。Moertel 报道重复性恶性肿瘤患

收稿日期: 2006-08-04; 修回日期: 2007-02-13

作者单位: 541002 广西桂林, 广西壮族自治区南溪山医院、桂林医学院南溪山临床医学院肿瘤科

作者简介: 刘陶文 (1965-), 男, 博士, 教授, 主要从事血液肿瘤临床与基础研究

子宫腺瘤样瘤伴腺肌症 1 例

朱振龙, 王政民, 焦晓青, 杨艳红, 张瑞华

关键词: 子宫; 良性肿瘤; 腺瘤样瘤

中图分类号: R737.33 文献标识码: D

文章编号: 1000-8578(2007)09-0735-01

1 临床资料

患者, 女, 53 岁。主因月经量增多 7 年余, 心慌 1 年余, 于 2005 年 9 月 20 日入院。查体: 轻度贫血貌, 心肺(-)。B 超示子宫肌瘤。专科检查: 阴道畅, 宫颈中度肥大。宫体水平位, 如孕 90 天大小, 表面可触及多个质硬结节。于 2005 年 9 月 23 日行全子宫切除术。

病理检查, 巨检: 全切子宫一个, 大小: 12 cm × 11 cm × 7 cm, 宫颈长 4.5 cm, 临床已部分切开。子宫表面呈不规则结节状, 切开子宫, 内膜厚 0.1 cm, 肌壁弥漫性增厚 4~4.5 cm, 于宫底处肌间可见灰白色球形肿物 2 个, 小者直径 1 cm, 大者直径 3.5 cm, 切面均为灰白色, 实性, 质中, 界较清, 无包膜。光镜检查: 两个肿物镜下结构相似, 瘤组织以囊泡状、条

索状排列方式浸润于子宫壁平滑肌束间, 相互连接呈迷路样结构。瘤细胞多为扁平、立方状衬覆在囊泡的腔面, 见图 1。部分囊泡腔内有淡粉染的分泌物。另见肿物周围的肌组织内散在分布呈增殖状态的宫内膜组织, 见图 2。宫内膜组织周围的平滑肌呈条束状分布, 未形成瘤体结构。免疫组化: CK(+), 见图 3。Vim(+), CEA、Act、EMA 及 F8 均(-)。病理诊断: 子宫腺瘤样瘤伴腺肌症。

2 讨论

腺瘤样瘤好发于附睾、输卵管等生殖器官, 偶发于肾上腺、胸腹膜等处, 发生于子宫很少见^[1], 发病率从 0.04%~3.1%不等^[2]。本瘤为良性肿瘤, 大体观

察常呈结节状, 多发, 以宫角及宫底处多见, 常呈浸润性生长而与周围组织分界不清, 切面多实性, 可见小裂隙。镜检多以脉管样、囊腔样结构为特征。本例为一多发性子宫腺瘤样瘤, 且合并有腺肌症形成, 实属罕见。关于子宫腺瘤样瘤的组织发生一直存在争议, 目前已提出的学说有间皮、中肾管、苗勒氏管及脉管源性。由于免疫组化表达 CK 和 Vim 阳性, 说明瘤细胞具有向上皮及间叶双向分化的特点, 故多数学者支持其间皮起源^[3]。本例免疫组化结果 CK 与 Vim 双阳性, 结合光镜检查能够肯定诊断。同时由于 F8、Act 及 CEA 与 EMA 阴性, 则可以排除脉管瘤、肌上皮瘤及腺癌的可能性。

(本文图见第 737 页)

参考文献:

- [1] 成继民, 刘艳丽, 郭丽改. 子宫腺瘤样瘤并腺肌病 1 例[J]. 诊断病理学杂志, 2004, 11(3): 184.
- [2] 杜和春, 徐关德, 包磊. 子宫腺瘤样瘤 13 例临床病理分析[J]. 现代妇产科进展, 2005, 14(1): 75-76.
- [3] 陈乐真. 妇产科诊断病理学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2002. 232-233.

[编辑: 刘红武; 校对: 马福元]

收稿日期: 2006-09-07; 修回日期: 2006-10-11

作者单位: 050031 石家庄, 河北医科大学第一医院病理科

作者简介: 朱振龙(1966-), 男, 硕士, 主任医师, 主要从事临床肿瘤病理工作

者中 14%~15% 具有家族史。按照肿瘤发生的时间分为同时性(发生时间 < 6 个月)和异时性(发生时间 ≥ 6 个月)。随着诊断水平的提高及癌患者生存时间的延长, 有关原发性重复性恶性肿瘤的报道会越来越多, 故应提高认识。尽管该患者的两种肿瘤同时被发现, 鉴于存在细胞起源及细胞生物学的差异, 也许这两种肿瘤的发生时间不同。由于恶性肿瘤发生及演进存在共同的分子学事件, 如癌基因、抗癌基因及凋亡调控基因的突变, 对本例类似重复瘤的深入研究对防治某些癌症也许有重要价值。本例患者的治疗方案是兼顾膀胱癌和睾丸 NHL 的综合治疗, 经 1 年余的随访, 未见

肿瘤复发, 但该患者存在多个涉及肿瘤复发的高危因素, 故拟继续随访。

参考文献:

- [1] 周庚寅, 刘洪琪, 张庆慧译. 肿瘤组织病理诊断[M]. 第 1 版, 山东科学技术出版社, 2001. 497-498.
- [2] Lagrange JL, Ramaoli A, Theodore CH, et al. Non-Hodgkin's lymphoma of the testis: a retrospective study of 84 patients treated in the French anticancer centres[J]. Ann Oncol, 2001, 12(9): 1313-1319.
- [3] Seymour JF, Solomon B, Wolf MM, et al. Primary large-cell non-Hodgkin's lymphoma of the testis: a retrospective analysis of patterns of failure and prognostic factors [J]. Clin Lymphoma,

2001, 2(2): 109-115.

- [4] 米振国. 泌尿生殖系统非霍奇金淋巴瘤 [A]. 见: 王毓奎, 米振国. 现代非霍奇金淋巴瘤学[M]. 第 1 版, 人民军医出版社, 2003. 149-154.
- [5] 王金万. 睾丸恶性淋巴瘤 [A]. 见: 王奇璐. 恶性淋巴瘤的诊断与治疗[M]. 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1997. 359-362.
- [6] Aviles A, Neri N, Huerta-Guzman J, et al. Testicular lymphoma: Organ-specific treatment did not improve outcome [J]. Oncology, 2004, 67(3-4): 211-214.
- [7] 易俊林, 黄晓东, 余子豪. 原发于睾丸非霍奇金淋巴瘤 19 例治疗效果分析[J]. 中华放射肿瘤学杂志, 2000, 9(1): 17-19.

[编辑: 安凤; 校对: 张麟]