

记的神经分化包括: NSE、S-100 蛋白、神经丝蛋白、Syn 等<sup>[5]</sup>。

大多数 PNET 患者已发现时就已经有转移。即使原发灶可以通过手术、放疗或化疗, 预后仍然不尽如人意。由于肿瘤容易扩散和转移, 所以达到完全缓解非常困难, 往往还会出现复发和转移<sup>[4]</sup>。因此, 为控制肿瘤发展, 术后就应开始辅助放疗。由于与尤文氏肉瘤共同的起源, PNET 的化疗方案常常参照后者<sup>[6-7]</sup>。推荐的治疗方案是交替使用 CAV 方案(环磷酰胺, 阿霉素, 长春新碱)与 IE 方案(异环磷酰胺, 足叶乙甙)<sup>[8]</sup>。然而, 化疗往往仅在开始有效, 肿瘤很快就出现耐药。Lena<sup>[9]</sup>报道了 1 例腹膜后 PNET, 认为高强度的局部放疗可能是一种有效的治疗手段, 甚至是一些不能手术切除的患者, 但放疗并不能延长患者生存期。本例患者已经接受辅助放疗, 6 个周期的化疗交替长春新碱、阿霉素、环磷酰胺, 随后给予 4 000 cGy 的放射治疗, 患者视力明显改善, 目前还活着, 没有任何复发的迹象, 推测生存期可能在 1 年以上。

总之, PNET 是一种病程短、病死率高的疾病, 生物学行为高度恶性, 易复发、转移, 预后极差。由于肿瘤极易扩散, 复发和远处转移, 这也是病死率非常高的主要原因, 虽然手术后放疗可提高患者生存期, 但预后仍然非常差<sup>[10-11]</sup>。

#### 参考文献:

- [1] Stout AP. A tumor of the ulnar nerve[J]. Proc N Y Soc Pathol, 1918, 12(1): 2-12.
- [2] Ewing J. Diffuse endothelioma of bone[J]. Proc N Y Soc Pathol, 1921, 15(1): 17-24.
- [3] Hart MN, Earle KM. Primitive neuroectodermal tumors of the brain in children[J]. Cancer, 1973, 32(4): 890-897.
- [4] Komatsu S, Watanabe R, Naito M, et al. Primitive neuroectodermal tumor of the adrenal gland[J]. Int J Urol, 2006, 13(5): 606-617.

#### • 短篇及病例报道 •

## 前列腺神经内分泌癌 2 例报道及文献回顾

任轲, 苟欣

(重庆医科大学附属第一医院泌尿外科, 重庆 400016)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.27.054

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2013)27-3330-03

前列腺神经内分泌癌是临床罕见疾病, 其治疗方案国际上尚未统一, 现将本科室近期收治的 2 例前列腺神经内分泌癌诊断经验报道如下。

### 1 临床资料

病例 1, 患者, 男, 69 岁, 因“进行性排尿困难 3 年余, 不能自解小便 1 d”来院, 门诊以“前列腺增生, 急性尿潴留”收入本科室。入院后给予导尿, 引流出清亮尿液约 800 mL。直肠指检: 前列腺增大, 中央沟变浅, 质韧, 未扪及结节, 无压痛。总前列腺特异性抗原(tPSA) 0.38 ng/mL, 游离前列腺特异性抗原(fPSA) 0.08 ng/mL, fPSA/tPSA 0.22; 彩超提示: 前列腺增大, 约 55 mm×43 mm×46 mm, 形态不规则, 占位性病变待除外; 腹部彩超提示: 肝脏占位(13 mm×12 mm, 血管瘤可能); 胸片提示右肺小结节; 胸部 CT 提示: 右侧第 6 肋骨陈旧性骨

- [5] Ambros IM, Ambros PF, Strehl S, et al. MIC2 is a specific marker for ewing's sarcoma and peripheral primitive neuroectodermal tumors[J]. Cancer, 1991, 67(7): 1886-1893.
- [6] Smorenburg CH, van Groeningen CJ, Meijer OW, et al. Ewing's sarcoma and primitive neuroectodermal tumour in adults: single-centre experience in The Netherlands[J]. Neth J Med, 2007, 65(4): 132-136.
- [7] Kuttesch JF, Wexler LH, Marcus RB, et al. Second malignancies after Ewing's sarcoma: radiation dose-dependency of secondary sarcomas[J]. J Clin Oncol, 1996, 14(10): 2818-2825.
- [8] Pizer BL, Weston CL, Robinson KJ, et al. Analysis of patients with supratentorial primitive neuro-ectodermal tumours entered into the SIOP/UKCCSG PNET 3 study[J]. Eur J Cancer, 2006, 42(8): 1120-1128.
- [9] Lena M. Retroperitoneal primitive neuroectodermal tumour(PNET). a case report and review of the literature[J]. Rep Practical Oncol Radiother, 2009, 14(2): 221-224.
- [10] Demir A, Gunluoglu MZ, Dagoglu N, et al. Surgical treatment and prognosis of primitive neuroectodermal tumors of the thorax[J]. J Thorac Oncol, 2009, 4(1): 185-192.
- [11] Hong TS, Mehta MP, Boyett JM, et al. Patterns of failure in supratentorial primitive neuroectodermal tumors treated in children's cancer group study 921, a phase III combined modality study[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2004, 60(1): 204-213.

(收稿日期: 2013-03-26 修回日期: 2013-05-29)

折可能, 第 1、3、4 胸椎低密度影, 未见肺部占位。入院诊断“前列腺增生”, 行经尿道前列腺电切术, 术后病理检查结果提示前列腺小细胞癌, 免疫组化结果提示: PSA、PSAP、P501S 阴性, 神经特异性烯醇酶(NSE)、突触素(Syn)阳性。20 d 后复查 tPSA 0.24 ng/mL, fPSA 0.03 ng/mL, fPSA/tPSA 0.13。全身骨显像提示: 肋骨及脊柱多处放射性浓聚。诊断前列腺小细胞癌伴骨转移。给予 EP 方案化疗: 依托泊苷(120 mg/m<sup>2</sup>, 第 1~3 天) + 顺铂(75 mg/m<sup>2</sup>, 第 1 天), 3 周为 1 个疗程, 目前已完成第 2 个疗程。化疗后患者病情平稳, 排尿通畅, 无骨痛、咳嗽等不适, 复查 tPSA 0.13 ng/mL, fPSA 0.03 ng/mL, fPSA/tPSA 0.25。

病例 2, 男, 73 岁, 因“排便困难伴肛门坠胀 20 d”入院, 门诊以“直肠肿瘤”收入胃肠外科。患者既往有尿频、尿急病史,

无明显排尿困难病史。肛门指检:直肠前壁距肛门 2.5 cm 处扪及鸡蛋大小肿块,质硬,表面凹凸不平,无压痛,不能推动,退指无血染。tPSA 29.97 ng/mL, fPSA 9.33 ng/mL, fPSA/tPSA 0.31。CT 提示直肠与前列腺、膀胱之间巨大不规则软组织肿块。胸片及腹部彩超未见转移病灶。于普外科行结肠镜检查见直肠肿块为外压性,取直肠黏膜活检未见肿瘤细胞。转入泌尿外科后经直肠前列腺穿刺活检术,病理检查结果提示前列腺神经内分泌癌。免疫组化提示:PSA 阳性,PSAP 阴性,P501S 阳性,NSE 阳性,Syn 阳性。全身骨扫描提示:全身多处骨转移。诊断前列腺神经内分泌癌伴骨转移。给予比卡鲁胺片 50 mg 每日 1 次口服,醋酸戈舍瑞林 3.6 mg 每月 1 次皮下注射。目前已完成 3 个疗程,入院 70 d 后复查 tPSA 0.99 ng/mL, fPSA 0.54 ng/mL, fPSA/tPSA 0.55。复查盆腔 CT 提示直肠与前列腺、膀胱之间不规则软组织肿块,约 6.8 cm×4.0 cm,与入院时 CT 比较肿块缩小,未见盆腔淋巴结肿大。

## 2 讨 论

**2.1 流行病学特点** 前列腺神经内分泌癌属于罕见类型的前列腺癌,包括 3 种类型:前列腺小细胞癌、前列腺类癌和前列腺癌局灶神经内分泌分化。其中类癌属于高分化肿瘤,小细胞癌属于低分化肿瘤。自 1977 年 Wenk 等首次报道该病以来,至今文献报道全球仅 200 多例<sup>[1]</sup>。其中大部分为腺癌合并或继发神经内分泌癌,小细胞癌占全部前列腺癌的比例不足 1%,而前列腺纯小细胞癌全球报道仅 20 例<sup>[2-4]</sup>。本文中的第 1 例为前列腺纯小细胞癌。

**2.2 病理学特点** 前列腺神经内分泌癌的诊断依靠病理检查。其在光镜下的典型表现为:肿瘤呈片槽状分布,无腺泡结构,肿瘤细胞较小,只比淋巴细胞略大,最典型的细胞呈一头圆一头尖的“燕麦”形,细胞质较少,细胞核染色较深但核仁不明显<sup>[5]</sup>。但前列腺神经内分泌癌与低分化、高 Gleason 评分的前列腺腺癌容易混淆,因为低分化腺癌也没有腺泡结构,肿瘤细胞也呈小细胞形态。此时,免疫组化就显得尤为重要。PSA、PSAP 和 P501S 是经典前列腺腺癌的肿瘤标志物,即使是在低分化腺癌中也有广泛表达,而绝大多数神经内分泌癌不表达上述蛋白,仅在少数特殊病例中有局灶性表达。常见的神经内分泌细胞标志物有 NSE、Syn、嗜铬素 A(CgA)。CD56 是最敏感的神经内分泌标志物,TTF-1 在半数以上的神经内分泌癌中呈阳性表达,但不表达于低分化腺癌中<sup>[6]</sup>。值得注意的是,部分神经内分泌肿瘤标志物可表达于经典的前列腺腺癌细胞,因此,前列腺神经内分泌癌的病理诊断必须联合光镜形态学特征和免疫组织化学特征。

**2.3 临床表现** 前列腺神经内分泌癌的临床表现不典型,可表现为尿频、排尿困难等下尿路症状,类似良性前列腺增生症状;也可表现为会阴部胀痛不适,肛门坠胀等非特异性症状;部分患者可出现因肿瘤细胞分泌激素所致的高钙血症、重症肌无力、Cushing 综合征或异常分泌抗利尿激素<sup>[7-9]</sup>。体格检查可表现为前列腺增大、质硬、结节等典型前列腺癌征象,也可仅有类似前列腺增生的表现。血浆 PSA 可增高或正常。部分患者可首先表现为转移灶症状或体检发现转移灶就诊。本文报道的 2 例病例在临床表现方面较有代表性:病例 1 是典型的下尿路梗阻症状,无典型前列腺癌表现,PSA 正常,术前误诊为前列腺增生,在前列腺电切术后病理检查中偶然发现前列腺癌。病理检查结果为前列腺纯小细胞癌,可解释患者术前、术后 PSA 均正常的表现。病例 2 是以前列腺肿块压迫直肠引起

的肛门坠胀、排便困难为主要表现,患者无明显排尿症状,肛查扪及直肠巨大肿块,并非典型前列腺癌表现。因肿瘤巨大,侵犯直肠,故 CT 也无法判断直肠癌侵犯前列腺或者前列腺癌侵犯直肠,门诊误诊为直肠肿瘤。但患者 PSA 显著增高,经结肠镜活检及前列腺穿刺活检,排除直肠癌,确诊为前列腺神经内分泌癌。患者可能合并或继发于前列腺腺癌,故 PSA 增高,因肿瘤主要向直肠方向生长,故患者无明显排尿症状,而以肛门坠胀为主要表现。

**2.4 治疗** 虽然目前全球报道的前列腺神经内分泌癌病例不多,但预后差却是其共同的特点,尤其是小细胞癌。据报道前列腺纯小细胞癌患者的平均生存期仅 5 个月<sup>[4]</sup>。针对前列腺神经内分泌癌,目前尚缺乏有效的治疗手段,且由于病例较少,国际上尚无统一规范的治疗指南。总结文献报道的经验,早期根治性切除仍是最有效的方法,即使有局部浸润,也应采取根治性切除或姑息性切除<sup>[10]</sup>。但该病起病隐匿,绝大部分患者诊断时因已有远处转移而失去手术机会。神经内分泌细胞不表达雄激素受体,其生长并不依赖雄激素,因此经典的内分泌治疗对前列腺神经内分泌癌无效<sup>[11]</sup>。但对合并腺癌的神经内分泌癌使用内分泌治疗仍然可以明显降低 PSA,本报道的病例 2 即属于此种情况。单用内分泌治疗疗效欠佳,需联合其他方法。化疗是目前广泛推荐的治疗方法,最经典的是顺铂加依托泊苷方案,即本报道病例 1 采用的方案。国外学者报道该方案能不同程度延长前列腺神经内分泌癌患者生存期<sup>[12-13]</sup>。

由于前列腺神经内分泌癌较少见,目前尚缺乏国际认可的治疗指南。本文报道 2 例诊治经验,希望为该病的规范化诊治提供参考依据。

## 参考文献:

- [1] Deorah S, Ban MB, Raman R, et al. Survival of patients with small cell carcinoma of the prostate during 1973-2003: a population-based study [J]. BJU Int, 2011, 109 (6): 824-830.
- [2] Aygun C. Small cell carcinoma of the prostate: a case report and review of the literature [J]. Md Med J, 1997, 46 (7): 353-356.
- [3] ALapont JM, Montaner MJ, Pontones JL, et al. Small carcinoma of the prostate [J]. Urol Esp, 2002, 26 (3): 585-588.
- [4] Simone A, Cosimo N, Andrea T. Pure small cell carcinoma of the prostate: a rare tumor [J]. Indian J Urol, 2012, 28 (1): 89-91.
- [5] Wenle W, Jonathan E. Small cell carcinoma of the prostate: a morphologic and immunohistochemical study of 95 cases [J]. Am J Surg Pathol, 2008, 32 (1): 65-71.
- [6] Yao JL, Madeb R, Bourne P, et al. Small cell carcinoma of the prostate: an immunohistochemical study [J]. Am J Surg Pathol, 2006, 30 (6): 705-712.
- [7] Hanazawa K, Higashi N, Kawachi Y, et al. Small cell carcinoma of the prostate with hypercalcemia [J]. Int J Urol, 2005, 12 (1): 108-110.
- [8] Tetu B, Ro JY, Ayala AG, et al. Small cell carcinoma of prostate associated with myasthenic (Eaton-lambert) syndrome [J]. Urology, 1989, 33 (2): 148-152.

- [9] Kawai S, Hiroshima K, Tsukamoto Y, et al. Small cell carcinoma of prostate expressing prostate-specific antigen and showing syndrome of inappropriate secretion of anti-diuretic hormone: an autopsy case report[J]. Pathol Int, 2003, 53(6): 892-896.
- [10] Mackey JR, Au HJ, Hugh J, et al. Genitourinary small cell carcinoma: determination of clinical and therapeutic factors associated with survival[J]. J Uro, 1998, 159(12): 1624-1629.
- [11] Bolton DM, Chiu ST, Clarke S, et al. Primary small cell carcinoma of the prostate: unusual modes of presentation

[J]. Aust N Z J Surg, 1994, 64(2): 91-94.

- [12] Debras B, Chautard D, Delva R, et al. Small cell carcinoma of the prostate, complete remission after chemoradiotherapy: report of a case[J]. Prog Urol, 1994, 4(4): 569-571.
- [13] Ishizu K, Tsushimi M, Shimajiri S, et al. Small cell carcinoma of the prostate successfully treated with combined chemotherapy and radiotherapy: a case report[J]. Hin-yokika Kiyō, 2002, 48(2): 97-100.

(收稿日期: 2013-03-28 修回日期: 2013-06-12)

• 短篇及病例报道 •

## 激光去除文唇后严重瘢痕形成致小口畸形 1 例报道

戴霞, 黄祥玉, 李喆, 李世荣

(第三军医大学附属西南医院整形美容科 400038)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.27.055

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2013)27-3332-02

文唇术是纹饰美容领域开展最为广泛的操作之一, 因文唇术后唇形不佳、唇色不均匀、色料褪色或发生晕染等要求去除纹饰的人群数目也逐年上升, 激光作为去除文唇的首选治疗, 效果显著、安全可靠, 然而操作和术后护理不当, 仍可造成严重并发症。作者近日于门诊经诊 1 例激光去除文唇后出现严重红唇瘢痕致小口畸形患者, 现报道如下。

### 1 临床资料

患者, 女, 48 岁, 2012 年 5 月 10 日因“激光去除文唇后红唇凹凸不平合并张口困难 1 年余”来院就诊。既往于 2001 年在某美容院行文唇术, 术后唇形、色泽等较好, 2010 年 2 月因唇色变暗于美容院行激光去除文唇治疗(激光类型不详), 治疗后红唇肿胀明显, 有淡黄色分泌物, 予局部涂抹金霉素眼膏处理, 1 周后表面干燥形成痂壳, 约 3 周后创面痂壳脱落, 创面愈合, 未就医。近 1 年逐渐发现红唇黏膜下有包块形成, 红唇外观凹凸不平, 张口困难。查体: 上下唇唇红线不明显, 下唇为重, 边缘可见浅表瘢痕, 色白, 质软, 不高出皮面; 红唇可见瘢痕组织散布, 表面凹凸不平, 唇珠处低平。张口时, 红唇干湿交界处瘢痕呈环状挛缩, 张力明显, 上唇轻微内翻。触诊可于上下红唇组织内扪及不规则质硬包块, 轻微压痛。患者闭嘴时可见上下唇线均不明显, 红唇有明显瘢痕组织形成, 同时因瘢痕收缩, 左侧上、下唇局部凹陷; 嘴角外观尚正常(图 1)。



图 1 闭口正面观

患者张嘴时可见瘢痕组织于红唇干湿部交界处形成明显

张力线, 上唇尤为明显并轻微内翻, 口角因局部组织弹性差, 牵拉束缚明显(图 2)。

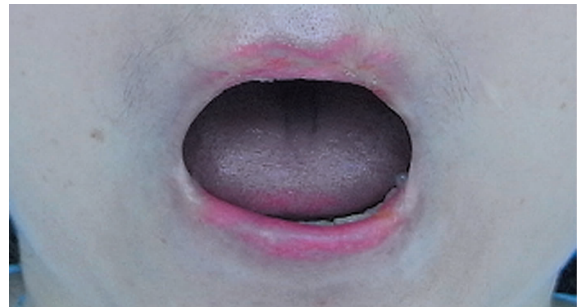


图 2 张口正面观

### 2 讨论

文唇术是用相关设备刺破唇部的皮肤后, 用文色液来改变唇部的明暗关系勾画唇线及为唇着色, 以达到美化唇部的效果。文唇术后并发症早有总结报道, 包括出血、淤青、肿胀、肝炎、病理性瘢痕形成、局部感染(细菌性、疱疹病毒性)、过敏反应/肉芽肿形成、核磁共振反应等<sup>[1]</sup>。而文唇术后瘢痕形成, 主要与纹刺操作过深、感染有关<sup>[2]</sup>。本患者在文唇后数年未发现不适, 排除了因纹刺操作过深、纹刺术后感染、过敏反应/肉芽肿后引起红唇瘢痕的可能; 在进行“激光”去除文唇后出现一系列症状, 患者并未及时就医, 故只能根据其描述推测红唇瘢痕形成可能的原因如下: (1) 激光类型选取不当, 或操作时功率选取过高导致激光的局部效应对软组织造成了严重损伤, 导致后期瘢痕形成。(2) 创面护理不当造成局部轻微感染, 加重了瘢痕的形成。

对要求洗唇和唇形不理想而要求修改唇形者, 目前多采用调 Nd:YAC 激光进行治疗<sup>[2]</sup>。该激光在治疗外源性色素疾病时, 光能被被皮肤细胞中的色素颗粒吸收, 使色素颗粒化并碎裂, 而细胞框架可被完整地保留下来, 在其后的炎症反应中, 颗粒碎末被巨噬细胞吞噬, 并排出体外, 而被清除了色素颗粒的细胞可在完整的细胞框架的基础上, 迅速得到修复<sup>[3]</sup>。根据作