

黄色肉芽肿性膀胱炎伴盆腔淋巴结增生病例报道并文献复习*

何祥彪,王德林[△],蒲军,张尧,陈在贤,吴小侯
(重庆医科大学附属第一医院泌尿外科 400016)

[摘要] 目的 降低黄色肉芽肿性膀胱炎(XC)的误诊及漏诊率,提高其诊断及治疗水平。方法 结合实验室及影像学检查,考虑脐尿管癌合并尿路感染可能。抗感染治疗后行手术切除病变,最终诊断:XC。结果 XC临床症状不典型,本例合并盆腔淋巴结增生,与脐尿管癌相似,膀胱镜检查及影像学检查均无特异性。术后随访患者1年,无尿频、尿痛及下腹部不适。结论 XC临床病例罕见,诊断困难,不易与其他膀胱、脐尿管肿瘤相鉴别,确诊依靠组织病理学。

[关键词] 膀胱肿瘤;黄色肉芽肿性膀胱炎;脐尿管癌;切除术;淋巴结增生

[中图分类号] R694.3

[文献标识码] A

[文章编号] 1671-8348(2016)02-0171-02

Xanthogranulomatous cystitis with pelvic lymph node hyperplasia case report and literature review*

He Xiangbiao, Wang Delin[△], Pu Jun, Zhang Yao, Chen Zaixian, Wu Xiaohou

(Department of Urology, the First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China)

[Abstract] **Objective** To decrease the error and missed diagnosis of xanthogranulomatous cystitis(XC). **Methods** Combined with laboratory and imaging examination, we considered the diagnosis of urachal carcinoma complicated by urinary track infection. Anti-infection treatment before surgery, we removed the pathological tissues, and the final diagnosis was XC. **Results** The clinical symptoms of XC was not typical, and this case was similar to that of urachal carcinoma. Cystoscope and imaging examination had no specificity. There were not frequent micturition, the urgency of urination and low back pain of patient of the patient by one year follow-up. **Conclusion** XC is very rarely, and it is hard to differentiate from other bladder diseases, tumor of the urachus. The final diagnosis may still depends on histopathological examination.

[Key words] urinary bladder neoplasms; xanthogranulomatous cystitis; tumor of the urachus; resect; lymph node hyperplasia

黄色肉芽肿性膀胱炎(xanthogranulomatous cystitis, XC)是一种罕见的良性病变,首次由 Wassiljew 于 1932 年报道,至今国内外尚无大宗病例报道。本例伴有盆腔淋巴结增生,相关文献尚无报道。本院泌尿外科于 2013 年 11 月收治 1 例,取得满意疗效,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者,男,62 岁,因“反复尿痛 30 年,加重 20⁺ d,发现膀胱占位 20 d”入院。30 年前,患者出现尿痛,无其他不适。自服消炎药可缓解。入院 20 d 前,患者尿痛症状加重,就诊当地医院,考虑“尿路感染”,消炎治疗后缓解,行彩超检查发现膀胱占位,性质待查。入本院查体:可于下腹耻骨弓上区触及质硬包块,轻压痛,活动度小,边界不清,双侧腹股

沟区未触及肿大淋巴结。

1.2 方法

1.2.1 实验室及影像学检查 尿常规:白细胞 239 个/ μ L,细菌 53 760 个/ μ L,红细胞 20 个/ μ L。前列腺特异抗原(PSA)正常。尿培养:大肠埃希菌。彩超:膀胱壁增厚毛糙,膀胱前上壁及其浅面异常回声,性质待定(图 1A)。CT 检查:膀胱前壁不规则增厚,并向腔内外膨出,其内密度不均伴中央局限性液性密度影及点状钙化(图 1B),增强后持续性不均匀轻中度强化(图 1C)。膀胱镜检查:膀胱顶壁可见一隆起,黏膜完整,表面可见点状溃烂,为膀胱外组织推移膀胱黏膜所致,凸向膀胱内,包块大小约 4 cm \times 5 cm,无蒂,膀胱腔内未见小梁、小室改变(图 1D)。因尿路感染,未行组织活检。

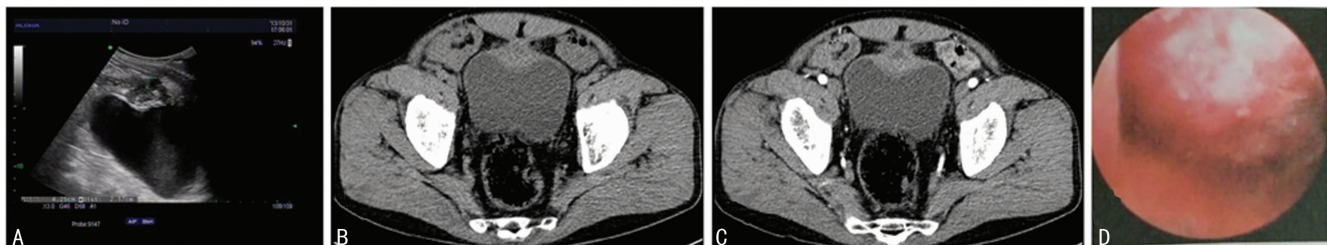


图 1 影像学及膀胱镜检查
A:彩超见膀胱顶部占位,凸向膀胱;B:CT 平扫膀胱前壁不规则增厚,向腔内外突出;C:CT 增强,不均匀轻中度强化;D:膀胱镜示膀胱顶壁隆起。

图 1 影像学及膀胱镜检查

1.2.2 治疗方法 给予左氧氟沙星抗感染治疗,患者尿痛症状逐渐缓解,抗感染治疗 3 d 后复查尿常规:白细胞 189 个/ μ L,细菌 22 个/ μ L,红细胞 45 个/ μ L。结合病史资料,膀

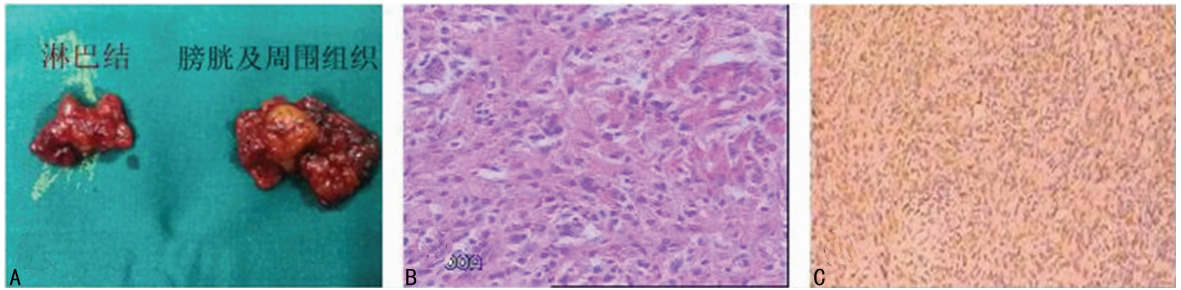
胱占位病变性质不明,术前考虑脐尿管肿瘤,遂行手术探查。术中见肿块位于膀胱顶壁偏右侧,质硬,与周围腹膜及腹直肌粘连,游离并切除周围粘连腹直肌及组织。结合术前膀胱镜检

* 基金项目:重庆市卫生局基金资助项目(20132082)。 作者简介:何祥彪(1989—),住院医师,硕士,主要从事泌尿系统肿瘤等疾病研究。

[△] 通讯作者, E-mail: dlwangws@sina.com。

查所见,考虑脐尿管癌,探查盆腔淋巴结,可触及双侧髂总淋巴结,髂外淋巴结及闭孔淋巴结肿大,质硬,与周围无粘连。考虑脐尿管癌伴盆腔淋巴结转移可能,若诊断成立,失去根治术机会,故行局部切除,沿肿瘤边缘 2 cm 处完整切除肿瘤。游离并

切取脐尿管残段,并行盆腔淋巴结清扫术(图 2A)。病检回示:膀胱,腹直肌符合黄色肉芽肿性炎(图 2B)。脐尿管残端示慢性炎症。右髂总,左闭孔,左髂外淋巴结呈反应性增生。免疫组织化学:CD68 阳性(图 2C),最终诊断:XC。



A: 术后淋巴结及膀胱周围组织; B: 组织病理检查(HE×40); C: CD68 阳性(×100)。

图 2 术后大体标本及病理检查

2 结 果

术后 2 周拔除膀胱造瘘管, 3 周拔除尿管, 患者自行排尿通畅, 无尿频、尿痛。复查尿常规无明显异常。术后随访 1 年, 患者无尿频、尿痛及下腹部不适。

3 讨 论

XC 可发生于全身多个器官或部位^[1], 包括卵巢、胰腺、阑尾、直肠、大脑、子宫内层、肾脏等, 发生于膀胱者罕有^[2]。首次报道于 1932 年, 至今国内外文献报道仅 46 例。主要见于中国、日本、韩国、美国、巴西等, 亦有数例报道^[1-5]。本例合并脐尿管炎症及盆腔淋巴结反应性增生, 提示本病可能与多年反复慢性感染有关, 与文献报道相符^[2-4]。

3.1 XC 的临床特点与诊断 XC 发病率低, 临床表现不典型, 影像学及膀胱镜检均无特异性。故临床诊断及报道均罕见, 临床诊疗尚无统一标准, 病理诊断为其金标准。复习文献^[1-5], XC 发病年龄平均 37 岁, 8 到 80 岁不等, 男女比例无明显差异。患者典型临床表现, 如尿频、尿急, 排尿时或排尿后疼痛等下尿路刺激症状, 表现约占 74% (34/46), 肉眼或镜下血尿表现约占 39% (18/46), 下腹部和盆腔不适或疼痛表现约占 45% (21/46), 另约有 41% (19/46) 因体检或住院期间等偶然发现下腹部肿块而就诊。XC 临床罕见, 易与膀胱肿瘤、脐尿管肿瘤混淆, 术前诊断困难, 多数以术中探查及病理明确诊断, 且多与脐尿管残留等相关。XC 病变部位主要位于膀胱顶, 其余位于膀胱后壁, 膀胱侧, 膀胱前壁与腹壁之间。结合术中探查, 肿块均与周围组织有不同程度粘连, 少数累及腹直肌, 甚至小肠, 表明该病有局部浸润能力, 故病灶完整切除对治愈本病及防止复发有一定意义。

本例为第 1 例 XC 合并盆腔淋巴结增生报道。结合术前彩超、CT 及膀胱镜考虑脐尿管癌可能性大, 术中探查可见多个盆腔淋巴结肿大, 更加符合恶性肿瘤伴淋巴结转移可能, 但探查脐尿管未见明显异常, 故仅行膀胱部分切除联合淋巴结清扫术, 术后病理检查明确诊断为 XC 伴盆腔淋巴结增生。

3.2 XC 的鉴别诊断 XC 主要需与膀胱肿瘤及脐尿管肿瘤相鉴别。(1)膀胱肿瘤: 临床表现主要为反复尿路刺激症状, 下腹疼痛及不适, 或仅表现为镜下或者肉眼血尿。膀胱镜、CT 协助诊断价值高^[6-8]。(2)脐尿管肿瘤: 本例 XC 患者有反复尿路刺激症状 30 年, 口服抗菌药物治疗后可缓解。为偶发病例入本院治疗, 本院完善检查, 高度怀疑脐尿管癌可能。脐尿管癌是一种罕见的泌尿系肿瘤^[9-10], 其临床缺乏特异性, 为泄殖腔与尿囊等组织退化后的残留, 位于中线 Retzius 间隙。脐尿管异常时肿瘤发生率显著增高。肿瘤常发生于肌层, 向上沿 Retzius 间隙生长, 向下突入膀胱黏膜。早期可无明显症状, 进展期可出

现无痛性肉眼血尿, 合并感染时可出现膀胱刺激症状, 当肿瘤较大、外侵时可出现临近组织、脏器受压表现, 表现为耻骨上肿块, 与本例发病部位及临床表现吻合度高, 应给予重视。

3.3 XC 的治疗 XC 临床罕见, 内科治疗及保守治疗罕有效果, 仅 1 例选择抗菌药物治疗, 目前主要治疗方法仍首选手术切除。根据病灶位置及与周围组织关系可选择单纯病灶切除或膀胱部分切除术, 术中应彻底切除可能含有致病菌的肉芽肿性病灶, 提高治愈率, 防止复发。本例患者合并周围组织粘连, 腹直肌、腹膜应一并切除, 合并有淋巴结肿大应行相应淋巴结清扫并送检, 排除 XC 恶变淋巴结转移可能。

参考文献

- [1] Ong C, Lee VK, Mohamed Suphan N, et al. Xanthogranulomatous cystitis: a case report and clinicopathological review[J]. Ann Acad Med Singapore, 2013, 42(6): 301-303.
- [2] Garcia AA, Florentine BD, Simons AJ, et al. Xanthogranulomatous cystitis as a cause of elevated carcinoembryonic antigen mimicking recurrent colorectal cancer. Report of a case[J]. Dis Colon Rectum, 1996, 39(9): 1051-1054.
- [3] Hayashi N, Wada T, Kiyota H, et al. Xanthogranulomatous cystitis[J]. Int J Urolo, 2003, 10(9): 498-500.
- [4] Ekici S, Dogan Ekici I, Ruacan S, et al. Xanthogranulomatous cystitis: a challenging imitator of bladder cancer[J]. ScientificWorldJournal, 2010, 10(10): 1169-1173.
- [5] 郭建桥, 高静娟, 赵法亮, 等. 黄色肉芽肿性膀胱炎 1 例并文献复习[J]. 临床泌尿外科杂志, 2012, 27(5): 344-346.
- [6] 居翔, 马立彬, 于志坚, 等. 膀胱肿瘤早期诊断的研究进展[J]. 中国农村卫生事业管理, 2013(12): 1436-1438.
- [7] Naselli A, Introini C, Bertolotto F, et al. Feasibility of transurethral resection of bladder lesion performed entirely by means of narrow-band imaging[J]. J Endourol, 2010, 24(7): 1131-1134.
- [8] 王磊, 王珏, 范晋海. 新型膀胱肿瘤光学诊断技术研究进展[J]. 现代泌尿外科杂志, 2013, 18(2): 201-203.
- [9] 李凡, 杨丽丽, 刘述成, 等. 脐尿管癌临床特点及治疗体会[J]. 临床泌尿外科杂志, 2013, 28(12): 923-925.
- [10] 喻华, 林剑, 张义, 等. 脐尿管肿瘤 5 例报道并文献复习[J]. 现代泌尿生殖肿瘤杂志, 2013, 5(3): 143-144.