

- [9] NOURA A S, SUHAIL A, SEEMA K, et al. Cyberlindnera fabianii fungemia outbreak in preterm neonates in kuwait and literature review[J]. Mycoses, 2019, 62(1): 51-61.
- [10] PARK J H, OH J, SANG H, et al. Identification and anti-fungal susceptibility profiles of cyberlindnera fabianii in Korea[J]. Mycobiology, 2019, 47(4): 1-8.
- [11] HAMAL P, OSTRANSKY J, DENDIS M, et al. A case of endocarditis caused by the yeast Pichia fabianii with bio-film production and developed in vitro resistance to azoles in the course of antifungal treatment[J]. Medic Mycol, 2008, 46(6): 601-605.
- [12] HOF H, AMANN V, TAUBER C, et al. Peritonitis in a neonate due to Cyberlindnera fabianii: an ascomycetic yeast[J]. Infection, 2017, 45(6): 921-924.
- [13] LEE J I, YU S, PARK J S, et al. Successful treatment of fungemia caused by Cyberlindnera fabianii with anidulafungin: a case report[J]. Ann Clin Microbiol, 2015, 18(3): 94-97.
- [14] 刘岩, 陶崑, 蒲增惠, 等. 念珠菌关节炎的诊断与治疗: 18 例报告并文献复习[J]. 中华骨科杂志, 2018, 38(23): 1435-1443.
- [15] PAPPAS P G, KAUFFMAN C A, ANDES D R, et al. Executive summary: clinical practice guideline for the management of candidiasis: 2016 update by the infectious diseases society of America[J]. Clin Infect Dis, 2016, 62(4): e1-e50.

(收稿日期: 2022-03-28 修回日期: 2022-09-11)

• 案例分析 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2023. 01. 037

早期原发性尿道球部恶性肿瘤: 附 4 例报告

肖 康¹, 苏燕胜^{2△}

1. 贵州医科大学附属白云医院, 贵州贵阳 550014; 2. 空军第九八六医院, 陕西西安 710000

关键词: 尿道恶性肿瘤; 原发性; 球部; 早期**中图法分类号:** R695**文献标志码:** C**文章编号:** 1672-9455(2023)01-0143-02

早期原发性尿道球部恶性肿瘤临床罕见, 目前病因尚不明确, 缺乏典型临床症状。该病早期可表现为尿频、尿急、尿痛、血尿及排尿困难, 临床误诊率高。早发现、早诊断、早治疗可提高生存率及改善预后, 手术治疗是其首选治疗手段, 推荐早期行尿道全切术或尿道端端吻合术。本院 2000 年 6 月至 2020 年 12 月共收治早期原发性尿道球部恶性肿瘤 4 例, 现报道如下。

1 临床资料

病例 1, 男, 68 岁, 因发现会阴部包块 40 d 就诊, 于 2000 年 6 月 15 日入院。患者有排尿困难表现, 无尿频、尿急、尿痛及肉眼血尿, 无寒战、发热。入院查体发现尿道球部有 1 个 2.0 cm × 1.6 cm 球形包块, 质地硬, 边界清, 双侧腹股沟淋巴结无肿大。泌尿系统 B 超提示: 尿道球部占位性病变。术前行尿道 MRI 及尿道造影检查, 结果提示: 尿道球部恶性肿瘤, 无海绵体及前列腺侵犯, 无腹股沟及盆腔淋巴结转移。Grabstald 分期为 A 期, 根据《美国癌症协会(AJCC)癌症分期手册第八版》尿道恶性肿瘤 TNM 分期诊断为 T1N0M0。在硬膜外阻滞麻醉下行尿道全切及耻骨上膀胱穿刺造瘘术。术后病理报告: 尿道球部中分化鳞癌, 组织切缘未见癌细胞。术后未给予放化疗, 定期行 B 超、MRI 检查未见肿瘤复发, 现仍在随访中。

病例 2, 男, 53 岁, 尿道出血 1 个月, 伴初段肉眼血尿。在外院就诊, B 超未见异常, 诊断为尿道炎, 给

予口服云南白药、左氧氟沙星胶囊治疗 7 d, 症状无好转。于 2004 年 8 月 22 日入院。患者无尿频、尿急、尿痛及排尿困难。入院行尿道镜检查见尿道球部 9:00 方向(截石位)有 1 个 0.5 cm × 0.3 cm 的生物学, 形状不规则, 基底部宽, 触及易出血, 镜下取活检 1 块送病理检查, 结果提示尿道移行性细胞癌。术前行盆腔、尿道 MRI 检查提示: 尿道球部恶性肿瘤, 未见淋巴结转移。Grabstald 分期为 O 期, 根据《AJCC 癌症分期手册第八版》尿道恶性肿瘤 TNM 分期诊断为 TisN0M0, 遂在腰椎麻醉下行局部尿道切除术 + 尿道端端吻合术。术后病理报告: 尿道球部低分化移行细胞癌, 组织切缘未见癌细胞。术后未给予放化疗, 定期随访 5 年未见肿瘤复发。

病例 3, 男, 76 岁, 因发现会阴包块 1 月余, 于 2010 年 3 月 9 日入院。患者无任何不适。入院查体可触及尿道球部有 1 个 2.5 cm × 2.0 cm 球形包块, 质地硬, 边界清, 活动度差, 双侧腹股沟淋巴结无肿大。B 超提示: 尿道球部占位性病变, 未侵及海绵体及前列腺。尿道 MRI 检查提示: 尿道球部恶性肿瘤, 肿瘤边界清晰, 未见盆腔淋巴结转移。因患者合并有 2 型糖尿病, 故给予胰岛素调控血糖至正常范围后, 在硬膜外阻滞麻醉下行尿道全切及耻骨上膀胱穿刺造瘘术。术后病理报告: 尿道球部中分化鳞癌, 组织切缘未见癌细胞。Grabstald 分期为 A 期, 根据《AJCC 癌症分期手册第八版》尿道恶性肿瘤 TNM 分期诊断

△ 通信作者, E-mail: suys2006@163.com。

为 T1N0M0, 术后未给予放化疗, 定期随访至今肿瘤未复发。

病例 4, 男, 74 岁, 因排尿困难 2 月余, 肉眼血尿 10 d, 于 2013 年 12 月 4 日入院。患者于 10 d 前出现肉眼血尿, 无尿频、尿急、尿痛, 无寒战、发热。外院 B 超提示: 前列腺增生凸向尿道。患者被诊断为前列腺增生, 给予口服“非那雄胺片、盐酸坦索罗辛缓释胶囊”治疗 2 个月, 症状无任何改善。入院行 MRI 检查提示: 尿道恶性肿瘤, 未见淋巴转移。Grabstald 分期为 A 期, 根据《AJCC 癌症分期手册第八版》尿道恶性肿瘤 TNM 分期诊断为 T1N0M0, 故在硬膜外阻滞麻醉下行尿道全切及耻骨上膀胱穿刺造瘘术。术后病理提示: 尿道球部中分化鳞癌, 组织切缘未见癌细胞; 免疫组化染色显示: Ki67 > 40%, CKpan(+), CK7 灶(+), CK8(+), CK19(+), CK20(-), EMA(+). 术后未给予放化疗, 术后 3、6 个月复查 B 超、MRI, 未见肿瘤复发。

本组 4 例尿道球部原发性恶性肿瘤患者 Grabstald 分期均 < B 期。其中, 2 例以会阴包块就诊, 1 例以尿道出血就诊, 1 例以排尿困难就诊。4 例均为早期肿瘤, 患者平均年龄为 (67.75 ± 9.01) 岁, 均大于 50 岁, 3 例 Grabstald 分期为 A 期, 行尿道全切及耻骨上膀胱穿刺造瘘术; 另 1 例 Grabstald 分期为 O 期, 行局部尿道切除 + 尿道端端吻合术。4 例手术均采用人型切口, 手术效果满意, 术后随访均无肿瘤复发。

2 讨论

2.1 病因 原发性尿道球部恶性肿瘤临床罕见, 关于其病因目前尚不明确, 笔者参阅国外此类疾病文献报道 (约 600 例), 并结合国内自 1987 年至今文献报道的 32 例病例, 认为此疾病与尿道炎、性病、人乳头瘤病毒感染、尿道狭窄等有关^[1-2]。

2.2 分期 根据《AJCC 癌症分期手册第八版》进行尿道肿瘤 TNM 分期。原发肿瘤(T): Tx 为原发肿瘤无法评估; T0 为无原发肿瘤证据; Ta 为非浸润性乳头状癌, 多发性息肉或疣状癌; Tis 为原位癌; T1 为侵犯上皮下结缔组织; T2 为侵犯及以下任意结构, 尿道海绵体、前列腺、尿道周围肌肉; T3 为侵犯及以下任意结构, 阴茎海绵体、前列腺包膜以外, 阴道前壁、膀胱颈; T4 为其他邻近器官。区域淋巴结(N): Nx 为区域淋巴结无法评估; N0 为无区域淋巴结转移; N1 为单个淋巴结, 直径小于或等于 2 cm; N2 为单个淋巴结, 直径大于 2 cm 且小于 5 cm 或多个淋巴结转移, 最大直径小于或等于 5 cm; N3 为单个淋巴结直径大于 5 cm。有无远处转移(M): Mx 为远处转移无法评估; M0 为无远处转; M1 为远处转移。

2.3 临床表现及诊断 因早期原发性尿道球部恶性肿瘤临床症状不典型, 常表现为尿频、尿急、尿痛、血尿及排尿困难, 故临床易误诊为尿道炎、前列腺增生等疾病, 本组 4 例有 2 例出现误诊, 误诊率高达 50%。

此类患者多以尿道出血、尿道梗阻、会阴部包块等就诊, 早期可无明显症状。对于该病应早发现、早诊断、早治疗。早期原发病灶诊断主要依靠影像学检查、尿路造影及尿道镜检查, 如: 多普勒超声检查可见原发病灶及局部浸润情况; MRI 检查除可见原发病灶外, 还可以显示盆腔淋巴结转移情况, 为临床分期提供依据; 确诊需病理检查^[3]。本组 4 例患者行 MRI 检查, 癌灶均未侵及海绵体和前列腺, 无淋巴结转移, 且 4 例均为早期原发性尿道球部恶性肿瘤, 其中 3 例为鳞癌, 1 例为移行细胞癌。

2.4 治疗探讨 早期原发性尿道球部恶性肿瘤主张以早期手术治疗为主, Grabstald 分期 < B 期的患者可行局部病灶切除或电切, 效果较好。本组 4 例患者行尿道全切及耻骨上膀胱穿刺造瘘术或局部尿道切除 + 端端吻合术效果满意, 且术后均未行放化疗, 随访未见肿瘤复发, 以上术式可作为早期原发性尿道癌治疗的首选术式。此外, 手术切口宜选用人形切口^[4]。本组 4 例手术切口均选用人形切口, 笔者术中发现选用此类切口更有利于显露局部解剖结构、暴露术野、可明显减少出血量, 游离尿道更为方便, 术后可减少阴茎手术瘢痕、勃起异常发生率。

中晚期原发性尿道球部恶性肿瘤主张采取手术、化疗及放疗等综合治疗方案。根据病理分期、临床分期等决定手术方式及范围, 如肿瘤侵犯尿道海绵体或尿道远端 1/3 可行阴茎部分切除术, 切缘应距肿瘤 2 cm; 对于病理结果为腺癌, 需扩大手术范围, 术后辅以预防性放化疗; 如已有周围器官受累或区域淋巴结转移, 则需行尿道肿瘤根治术 (即阴茎全切 + 盆腔器官切除 + 淋巴结清扫术), 并行尿流改道术, 术后常规行放化疗^[5]。

综上所述, 对于早期原发性尿道球部恶性肿瘤应早发现、早诊断、早治疗, 早期行尿道全切术或尿道端端吻合术是其首选治疗方法, 手术切口推荐选用人形切口。

参考文献

- [1] ZI H, GAO L, YU Z, et al. Nomograms for predicting long-term overall survival and cancer-specific survival in patients with primary urethral carcinoma: a population-based study[J]. Int Urol Nephrol, 2020, 52(2): 287-300.
- [2] 常德辉, 王养民, 姜华. 原发性尿道恶性肿瘤 26 例分析[J]. 现代泌尿外科杂志, 2004, 9(3): 179-180.
- [3] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学[M]. 2 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2004: 936-965.
- [4] 梅骅, 陈凌武, 高新. 泌尿外科手术学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 509-514.
- [5] 朱晓斐, 张凯, 金杰, 等. 男性原发性尿道癌的临床分析[J]. 中华男科学杂志, 2012, 18(7): 615-618.