

此切除右心室肿瘤以缓解症状、防止猝死及短期内右心衰竭,为姑息性干预。常规超声心动图鉴别诊断肿瘤有一定局限性,心脏 CEUS 可清晰显示肿瘤的灌注情况,根据病灶边缘、增强

程度、增强均匀性鉴别其良恶性,对比明显,避免流入道梗阻时彩色外溢造成的误差。心脏转移性肿瘤常与原发肿瘤的 CEUS 表现相似,临床上应结合患者既往病史综合诊断。

Sarcomatoid carcinoma and diverticulum of the urinary bladder: Case report 膀胱肉瘤样癌合并膀胱憩室 1 例

汤文建, 张体江

(遵义医科大学附属医院影像科, 贵州 遵义 563000)

[Keywords] bladder; sarcomatoid carcinoma; diverticulum; tomography, X-ray computed

[关键词] 膀胱; 肉瘤样癌; 憩室; 体层摄影术, X 线计算机

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2020.01.050

[中图分类号] R737.14; R814.42 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2020)01-0155-01

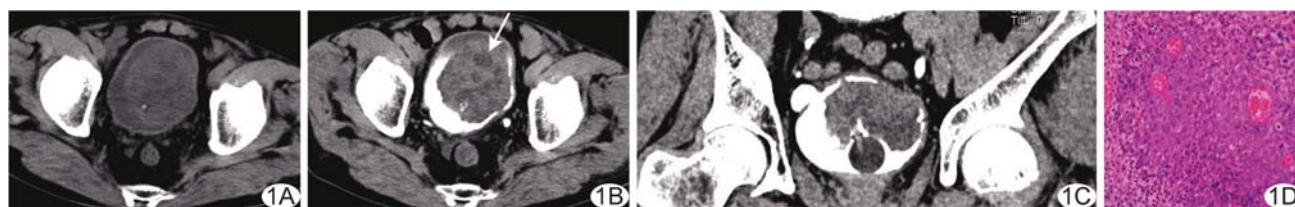


图 1 SCUB 合并膀胱憩室 A. CT 平扫; B. 增强 CT 示部分囊内条状强化影(箭); C. 冠状位 CT 延迟期示肿瘤边缘及膀胱右侧壁憩室; D. 病理图(HE, ×200)

患者男, 68 岁, 因“间断下腹部疼痛伴肉眼血尿 6 个月”入院。查体未见异常。尿常规: 尿潜血(+++), 白细胞(定量) 40 个/ μL , 红细胞(定量) 1 095 个/ μL 。泌尿系超声检查提示膀胱占位, 左肾结石。泌尿系 CT: 膀胱内见约 6.2 cm × 7.0 cm 分叶状软组织团块, 内见多发囊状低密度区(图 1A), 增强后实性成分呈延迟强化, 部分囊内见条状强化影(图 1B); 膀胱右侧壁见 1.4 cm × 1.1 cm 囊状凸起(图 1C)。CT 诊断: 考虑膀胱癌并膀胱右侧壁憩室。入院 15 天后行“经尿道膀胱镜检+血凝块清除术+活检术”, 病理结果提示高级别浸润性尿路上皮癌。6 天后行经尿道膀胱肿瘤姑息性切除术, 术中见膀胱小梁小房及憩室形成, 少量血凝块, 左顶、侧壁约 6 cm × 5 cm 异常赘生物, 广基, 冲水不动, 沿肿瘤边缘向中心切除肿瘤, 肿瘤边界不清, 基底部深度不清并渗血明显, 未进一步切除。术后病理: 镜下见肿瘤细胞核大深染, 异型性明显, 核分裂象多见, 细胞排列不规则, 极向紊乱(图 1D)。免疫组织化学: Vim(++), CK(灶+), CK5/6(散在+), P40(灶+), EMA(小灶+), CK7(小灶+), CD56(灶+), Syn(—), CgA(—), S100(—), SMA(—), Ki-67 (60%+); 符合膀胱肉瘤样癌(sarcomatoid carcinoma of the

urinary bladder, SCUB)。

讨论 SCUB 约占膀胱肿瘤的 0.3%, 男女比例为 3:1, 平均确诊年龄为 66 岁, 中位生存期为 14 个月, 临床表现多见血尿, 缺乏特异性。膀胱憩室为 SCUB 的危险因素之一, 可继发尿液潴留、感染、结石等, 最终导致肿瘤发生。SCUB 外观呈息肉状, 广基, 表面常有溃疡、出血, 肿瘤多位于膀胱侧壁, 几乎未出现于膀胱憩室内, 目前治疗以手术切除为主。

SCUB 影像学表现具有一定的特征性, 其平均直径多 > 5 cm, 呈分叶状、菜花状, 易见坏死、囊变, 增强后实性成分明显强化, 以延迟强化方式多见, 常伴有淋巴结及远处转移。本例病灶最大径为 7 cm, 位于膀胱左侧、顶壁, 呈分叶状, 可见囊变、坏死且多位于肿瘤外缘, 增强后肿瘤实性成分呈延迟强化, 合并膀胱憩室, 但病灶位于憩室外, 符合 SCUB 表现。肿瘤外缘囊变、坏死及囊内条状强化可能是 SCUB 的特征性 CT 表现。SCUB 的肉瘤样化生可发生于肿瘤各个区域, 因此囊性成分可位于肿瘤外缘, 部分囊内条状强化影可能对应肉瘤样变内的新生血管或分隔。SCUB 膀胱癌、膀胱转移瘤及其他膀胱少见肿瘤鉴别困难, 最终确诊依赖病理检查。

[第一作者] 汤文建(1995—), 男, 江西赣州人, 在读硕士, 医师。E-mail: 244412739@qq.com

[收稿日期] 2019-04-19 [修回日期] 2019-10-06