

短 篇

前列腺未分化肉瘤1例的MRI诊断

暨南大学附属第一医院影像中心

(广东 广州 510632)

张 怡 王永安

【关键词】前列腺；肉瘤

【中图分类号】R737.25

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5131.2018.03.048

通讯作者：王永安

1 一般资料

患者，男，34岁，主因“腰部胀痛伴尿频尿急尿痛10月余”于2016年10月入我院泌尿外科治疗，患者入院前曾于当地医院CT检查提示“盆腔占位性病变”，未治疗。肛门指检：可触及增大的前列腺，约7×6cm，质硬，无压痛，表面光滑，未触及硬结，指套无染血。既往无泌尿系统疾病史，血PSA、肝肾功能及血、尿、粪常规+OB均正常。前列腺彩超示：前列腺区见一低回声光团，大小约91×59×85mm，边界尚清，形态欠规则，未见正常前列腺与精囊结构。

盆腔MRI表现：前列腺及精囊正常形态结构消失，膀胱直肠陷凹内见不规则团块状异常信号，DWI呈较均匀高信号影，T1WI呈等信号，T2WI呈稍高信号，病灶大小约79×74×67mm，增强扫描明显不均匀强化，呈分叶状，内见2.1×1.3×2.3cm大小囊状混杂信号；右侧闭孔内肌、肛提肌轮廓破坏，信号增高；直肠上段左前方脂肪间隙模糊；膀胱充盈差，壁毛躁，右后壁与病灶分界欠清。左侧腹股沟见小淋巴结，最大大约0.7×0.8cm，余盆壁及大血管旁未见肿大淋巴结，如图1-6。全身骨扫描见耻骨联合处及右侧胫骨上段多发转移病灶。

病理结果：前列腺穿刺活检示：数条组织（左内/中/外，右内/中/外），镜下见六个穿刺部位均见肿瘤组织，浸润性生长，瘤细胞呈小梭形、卵圆形、圆形，排列密集，低分化或未分化，包浆少，染色质深，核分裂可见，并见细胞凋亡，瘤细胞呈条索状、团块状排列，间质为松网状水肿样。免疫组化VIM(+++), KI67(+), PSA/PAP/P504S/PANCK/34BE12/AR/CGA/SYN/LCA/ACTIN/CD117/PR/CD34/S-100/CD99/BCL-2均阴性。诊断为：前列腺未分化肉瘤，如图7-8。

随访结果：患者放化疗后出院生存期为6个月。

2 讨 论

前列腺肉瘤起源于生殖束的中胚层，包括尿管和苗勒管的终末部分，并可发生于泌尿生殖窦之外胚层，其病因目前尚不清，可能与胚胎发育、发育畸形及前列腺炎有关。国外报道前列腺肉瘤发病率占前列腺肿瘤为0.1%~0.24%，而国外报道为6.37%~7.05%^[1]，Longrly等将前列腺肉瘤分为三大类：肌原性肉瘤、梭形肉瘤、其他肉瘤。临床主要症状为尿频、尿流不畅、血尿、尿潴留，侵及直肠周围时可引起排便障碍，甚至可触及下腹肿块，颈、腹股沟淋巴结肿大^[2]。无创的影像学检查是发现病灶的有效途径，CT可显示前列腺肿块的大小形态、周围浸润及转移情况，但是MRI不仅能观察肿瘤不同截面的大小，而且还能观察结构形态及信号特征，甚至能对前列腺包膜及包膜以外浸润的肿瘤进行更准确的分期^[3]。T1WI像显示脂肪间隙有无受累，T2WI像对前列腺内、中、外带结构破坏更直观，更清楚显示膀胱尿道开口位置变化，DWI像能反映肿瘤生长代谢活性程度差异。前列腺肉瘤外形不规则，体积显著增大，常占据整个盆腔，前列腺及精囊腺体结构多不能分辨，由于生长速度过快，出现不同程度的坏死，闭孔内肌、肛提肌、精囊腺和神经血管束受累常见^[4]；前列腺癌的病灶多发生在外周带，呈局灶性，DWI像呈明显高信号，腺体结构多可辨认，往往较早形成的前列

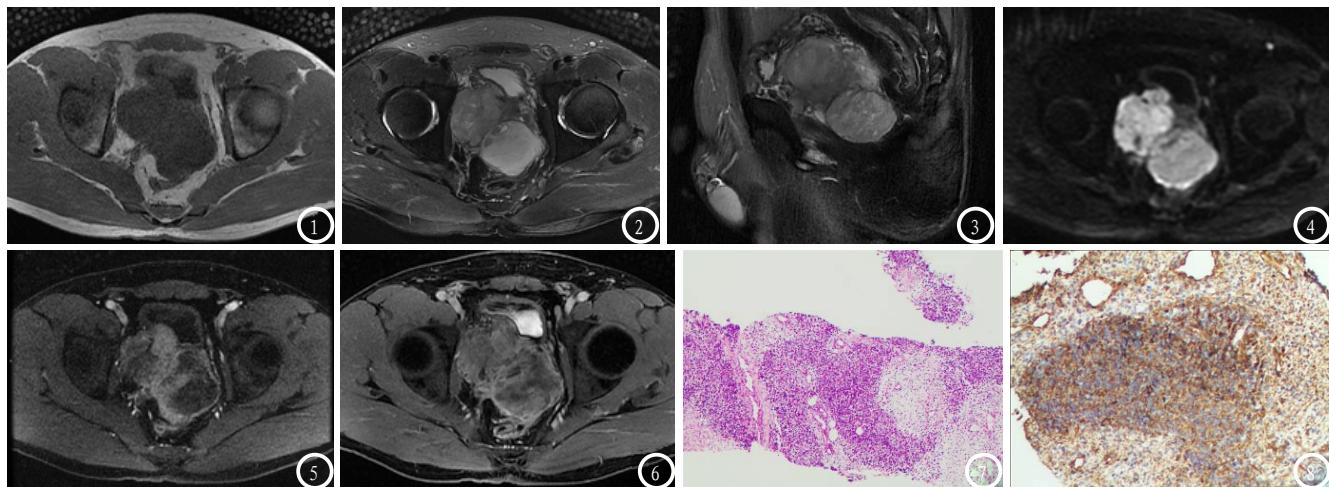


图1 T1WI轴位示前列腺分叶状肿块呈等信号，内侧脂肪间隙受累；**图2-3** T2WI轴位及矢状位示前列腺肿块前部呈稍高混杂信号、后下部呈高信号，前列腺及精囊腺正常形态结构消失未见，膀胱受推移；**图4** DWI示分叶状肿块呈不均匀高信号；**图5** MR增强轴位动脉期实质明显强化，直肠前壁及膀胱后壁与肿块分界不清，右侧闭孔内肌受累；**图6** MR增强轴位实质期另一层面示肿块明显不均匀强化，呈分叶状，向盆底生长明显，大小约7.9×7.4cm，右侧闭孔内肌、直肠筋膜破坏。**图7** 肿瘤成份 (HE $\times 40$)：肿瘤组织，浸润性生长，瘤细胞呈小梭形、卵圆形、圆形，排列密集，低分化或未分化，包浆少，染色质深，核分裂可见，并见细胞凋亡，瘤细胞呈条索状、团块状排列。**图8** VIM(++) (免疫组化 $\times 100$)。

腺包膜侵犯、精囊腺受累、神经血管束转移等，而前列腺体积增大不明显。本例前列腺未分化肉瘤MRI影像学特征主要有：(1)前列腺体积明显增大不规则，T2WI像正常前列腺各带信号、精囊腺结构消失；(2)肿块信号混杂但肿块边界清楚，肿块DWI呈高信号；(3)肿块血供丰富，MR增强可见明显强化，以周边更明显，肿块内部有类圆形坏死出血囊变区；(4)对邻近组织、结构的浸润，右侧闭孔内肌、肛提肌轮廓破坏，直肠筋膜、脂肪间隙浸润，膀胱充盈差，壁毛躁；(5)发生转移，患者入院时除了腹股沟淋巴结转移外，还同时出现多处骨转移病

灶。治疗效果较差，生存期短。

总之，本例前列腺未分化肉瘤发生于中年男性，临床主要表现为膀胱流出道梗阻症状，病情进展快，呈进行性加重，MRI各序列成像准确显示肿块巨大，内部信号特征及浸润生长范围、转移方式，为临床选择治疗方案提供依据。

- [3]陈敏,王文超,杨正汉,等.前列腺癌的MRI分期与病理对照[J].中国CT和MRI杂志,2004,2(2):32-35.
- [4]袁正,王俭,刘士远,等.前列腺横纹肌肉瘤的影像学表现分析(附3例报道并文献复习)[J].临床放射学杂志,2008,27(4):537-539.

参考文献

- [1]丁智兵,李文威.前列腺肉瘤诊治分析(附4例报告)[J].临床泌尿外科杂志,2012,27(2):142-143.
- [2]俞忠辉,王康安.前列腺平滑肌肉瘤1例[J].中国CT和MRI杂志,2004,2(2):32-35.

(本文编辑:谢婷婷)

【收稿日期】2017-10-09