维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号：0253-3626(2002)03-0350-02

原发性附睾肿瘤（7例报告并文献复习）

王德林[1]，唐 伟[1]，陈在贤[1]，吴小侯[1]，苟 欣[1]，米 粲[2]

（1. 重庆医科大学临床学院泌尿外科 重庆 400016；2. 重庆医科大学基础医学院病理教研室 重庆 400016）

【中国图书分类法分类号】R655.8 【文献标识码】B 【收稿日期】2001-10-30

原发性附睾肿瘤少见。我院自1991年至1999年共收治7例，结合文献，讨论如下。

1 资料与方法

1.1 一般情况

本组良恶性附睾肿瘤共7例，年龄16～64岁，平均45岁，恶性肿瘤中1例为16岁，另1例为42岁。5例良性肿瘤，表现为阴囊内无痛性肿块3例，患侧肿块隐痛2例，肿瘤质中，表面光滑，无粘连，最小为0.5cm×0.3cm×0.2cm，最大为2cm×2cm×2cm，2例有轻压痛。1例恶性肿瘤患者偶然发现阴囊内肿块，迅速长大，沉重感，肿瘤约10cm×6cm×5cm，无压痛。另1例恶性肿瘤为患侧附睾肿痛，向同侧腰部放射，抗感染及对症治疗无效，肿瘤约3cm×2.5cm×2cm，压痛明显，表面不规则，有粘连，伴有精索增粗。良恶性肿瘤从发现肿块到就诊2周至6年。右侧3例，左侧3例，双侧1例。肿瘤位于附睾头部2例，尾部4例，体尾部1例。B超检查示2例附睾头部实性占位病变，4例附睾尾部占位，1例未作该项检查。

1.2 病理

良性肿瘤中腺瘤样瘤3例，淋巴管瘤1例，平滑肌瘤1例，恶性肿瘤中1例为例腺癌（血HCG＜1miu/ml），另1例为恶性神经鞘膜瘤（免疫组化测定：Desmin-、S-100±、GS丰富）。

1.3 诊断

术前临床全部误诊。5例良性肿瘤中，3例误诊为附睾结核，2例误诊为附睾慢性炎症。恶性神经鞘膜瘤误诊为睾丸肿瘤，腺癌误诊为慢性附睾炎。

1.4 治疗

4例良性肿瘤行单纯肿瘤切除，另1例行附睾加肿瘤切除。2例恶性肿瘤行根治性睾丸切除，腺癌患者在行腹膜后淋巴结清扫术中发现腹膜后淋巴结广泛转移而停止手术，行放射治疗，恶性神经鞘膜瘤患者放弃进一步治疗。

1.5 预后

5例良性肿瘤切除后无复发，恶性神经鞘膜瘤患者于术后1年、腺癌患者于术后半年死于肿瘤复发、转移。

2 讨 论

2.1 发生率与病理

原发性附睾肿瘤约占男性生殖系肿瘤的2.5%[1]。良性肿瘤常见，而恶性肿瘤少见。至2000年，国外文献报告原发性附睾肿瘤1412例，77%为良性肿瘤，恶性肿瘤约23%，包括本组病例在内，国内报告309例，其中良性肿瘤254例，占85.4%，恶性肿瘤45例，占14.6%，恶性肿瘤比例较国外偏低[2]。其病理类型较为复杂，可分为（1）来源于午菲氏管的如平滑肌瘤；（2）来源于米勒氏管残余组织的如腺瘤；（3）发生于胚胎组织的如畸胎瘤；（4）发生于间皮的如间皮瘤；（5）发生于间叶组织的如肉瘤、纤维瘤；（6）发生于附睾固有组织的如癌等。良性肿瘤中最常见为腺瘤样瘤，其次为平滑肌瘤，恶性肿瘤中腺癌最常见，其次为横纹肌肉瘤[1,3]，Jones等报告4例腺癌并复习相关文献，认为附睾腺癌主要表现为管状、管状囊性或管样乳头状腺癌，富含透明细胞，据此特点易与其他睾丸旁恶性肿瘤鉴别，但难与转移癌区别[4]。

2.2 临床特点

（1）发病年龄：原发性附睾肿瘤可发生于任何年龄，最小者16岁，最大者81岁，多见于40～50岁。恶性肿瘤多在45岁以上，且与病理类型有关，如胚胎肉瘤、横纹肌肉瘤等发病年龄较早[4,5]，本组恶性肿瘤年龄均低于45岁，而良性肿瘤平均年龄59岁；（2）发生部位：肿瘤好发于附睾尾部，本组病例中4例位于尾部，左右侧无明显差异，多为单侧，也有双侧或多发的报告。文献报告双侧性多为平滑肌瘤[2,6]，本组1例为腺瘤样瘤；（3）良性肿瘤：发展缓慢，可无任何症状或仅有患侧隐痛，肿块一般小于2cm，表面光滑，边界清楚，质韧无压痛；（4）恶性肿瘤：生长快，肿块一般较大，表面不光滑，边界不清楚，有时伴疼痛，质硬有压痛，少数病人有局部红肿、剧烈疼痛。腺癌早期沿输精管浸润，出现精索增粗，并以输精管增粗为主。转移途径以淋巴道为主，其次为局部浸润，由于睾丸白膜有较厚的纤维包膜，故附睾恶性肿瘤很少累及睾丸[4,7]。但早期难与良性肿瘤区别。

2.3 诊断与鉴别诊断

附睾肿瘤的诊断主要依靠病史和体检发现，B超检查有

作者介绍：王德林（1968- ），男，讲师，博士生。

主要研究方向：泌尿男生殖系肿瘤、尿动力学及男科学。

维普资讯 http://www.cqvip.com

一定帮助，Guthrie等报告610例临床确诊为附睾病变者，用B超检查发现8例为睾丸恶性肿瘤，在判断睾丸恶性肿瘤的敏感性和特异性分别为98%和99.8%认为B超检查对附睾病变与睾丸恶性肿瘤有重要鉴别作用[8]，本组B超检查均提示附睾实性占位病变，但不能明确性质，确诊靠病理检查。根据附睾良性肿瘤和恶性肿瘤的临床特点，过去无附睾炎及结核病史，发现附睾肿块，应考虑附睾肿瘤可能，及早行手术切除送病理检查，以便及时治疗。对于经长期抗感染治疗，症状无改善的附睾肿块，应想到附睾恶性肿瘤的可能。由于附睾恶性肿瘤罕见，其症状轻微或缺如，常无特殊体征，术前误诊率很高[7]。本组病例术前全部误诊，恶性神经鞘膜瘤误诊为睾丸肿瘤，在行根治性睾丸切除时证实为附睾肿瘤，腺癌患者在数家大型医院误诊为慢性附睾炎急性发作，经2月余抗炎治疗无效行附睾切除时证实为附睾腺癌。附睾肿瘤应与附睾结核、慢性附睾炎、附睾肉芽肿、精子囊肿等鉴别。附睾结核一般发展缓慢，肿块呈结节状，与周围组织粘连，伴输精管串珠样改变，有的阴囊有慢性窦道。慢性附睾炎一般有急性炎症史，有疼痛及压痛，质地不很硬。附睾肉芽肿、精子囊肿病程长，病变局限，发生于附睾头部，边界清楚。

2.4 治疗

以手术为主。附睾肿瘤的误诊率很高，尤其是附睾恶性肿瘤，难以早期诊断，确诊时都是中晚期，绝大多数预后不佳。故一旦诊断附睾肿瘤，应及时手术切除，病理确定其性质，避免恶性附睾肿瘤的误诊或误治。良性肿瘤作单纯肿块切除或附睾切除，恶性肿瘤应与睾丸精索恶性肿瘤对待，作根治性睾丸切除，根据不同病理类型采用化学治疗或放射治疗，腺癌以淋巴道转移为主，还应作腹膜后淋巴结清扫术[2,9]，本组1例在行腹膜后淋巴结清扫发现已有腹膜后淋巴结广泛转移。附睾良性肿瘤预后较好，本组5例术后随访2～10年无复发；恶性肿瘤预后极差，本组两例恶性肿瘤于术后半年和1年死亡，远不如睾丸肿瘤[2,9]。

参 考 文 献

[1] 顾方六，吴阶平. 泌尿生殖系肿瘤发病和构成情况变迁[J]. 中华外科杂志，1980;18:488-489.

[2] 侯小飞，陈忠心，高鳞韬. 原发性附睾肿瘤22例[J]. 临床泌尿外科杂志，2001;16(3):111-112.

[3] Beccia D J, Kranc R J, Olsson C A. Clinical management of non-testicular intrascrotal tumors[J]. J Urol, 1976;116:476-477.

[4] Jones M A, Young R H, Scully R E, et al. Adenocarcinoma of the epididymis.Areport of four cases and review of literature [J]. Am J Surg Pathol, 1997;21(12):1474-1480.

[5] 徐卓群，徐汇义，仇学文. 附睾胚胎性横纹肌肉瘤2例[J]. 中华泌尿外科杂志，1990;11:356.

[6] 南勋义，万恒鳞. 附睾平滑肌瘤6例报道[J]. 中华泌尿外科杂志，1982;3:187.

[7] 张祖豹，陈志让，程一雄，等. 附睾肿瘤附10例报告[J]. 中华泌尿外科杂志，1984;5:106.

[8] Guthrie J A, Fowler R C. Ultrasound diagnosis of testicular tumors presenting as epididymal disease[J]. Clin Radiol, 1992;46(6):397-340.

[9] Chen C, Cen H, Huang L. primary epididymal tumors:report of 24 cases[J]. Chung Hua Wai Ko Tsa Chih, 1996;34:655-656.

文章编号：0253-3626(2002)03-0351-02

桥本甲状腺炎伴肾病综合征12例临床分析

孙 辽[1]，邓华聪[1]，刘文媛[2]，孙桂枝[2]，武明虎[2]

（1. 重庆医科大学临床学院内分泌科 重庆 400016；2. 山西医科大学第一医院肾内科 太原 030001）

【中国图书分类法分类号】R581.4 【文献标识码】B 【收稿日期】2001-09-13

桥本甲状腺炎与Graves病和原发性甲状腺功能低下统称为自身免疫性甲状腺疾病。这类疾病易伴发其它自身免疫性疾病，部分可累及肾脏，表现为轻度蛋白尿，只有极少数伴发肾病综合征。自1997年以来我院共收治了12例桥本甲状腺炎伴肾病综合征患者，现就其临床资料分析报道如下。

1 临床资料

1.1 研究对象

12例患者均为住院治疗病人，其中男性3例，女性9例，年龄22～65（35±12.8）岁。病程最短2周，最长3年，平均3.5±1.3月。所有患者同时符合桥本甲状腺炎和肾病综合征的诊断条件。桥本甲状腺炎诊断条件为：抗甲状腺球蛋白抗体（TGA）和/或抗甲状腺过氧化物酶抗体（TPO）滴度升高2倍，sTSH明显升高，并伴有FT_3和/或FT_4下降，甲状腺B超示桥甲炎性改变。肾病综合征根据大量蛋白尿（＞3.5g/24h）和明显低白蛋白血症(＜30g/L)，伴或不伴高脂血症及明显水肿作出诊断。就诊时的主述为水肿和/或蛋白尿，详细询问病史有8例伴有怕冷、疲乏、精神萎靡及脉博缓慢等甲减症状，3例有肌酐轻度升高（SCr 180～240 μmol/L），除