DOI:10.16016/j.1000-5404.1993.03.025

经验交流

12 例前列腺偶发癌病理漏诊分析与 PSA 标记的表达

叶明福 谢 青 高广正 王 勇 (第三军医大学新桥医院病理科) 630037

我国高龄男性中前列腺疾病以良性前列腺增生(Benign prostate hyperplasia,BPH)多见,而前列腺癌(Prostate carcinoma,PC)则少见。国内外有关前列腺偶发癌的病理资料报道更少[1~6]。作者在复习我院 1980~1992 年间经外科手术切除的 248 例 BPH 组织切片时发现其中 12 例合并偶发癌。为分析本组病例易被临床及病理漏诊的原因,探讨前列腺偶发癌的病理特点,故作了回顾性分析。

1 材料与方法

本组病例的临床材料见附表。前列腺切除组织均经 10%福尔马林液固定,石蜡包埋。对每例保存的全部石蜡包埋组织块均作了多部位间隔 15μm 的切片,片厚 5μm,HE 染色。对有偶发癌浸润的组织应用免疫组化 ABC 技术作了前列腺特异性抗原(Prostate specific antigen,PSA)标记,根据 PSA 反应强度光镜下划分反应等级。结果与癌周良性腺上皮比较。

2 结果

2.1 临床资料(附表)

附表 12 例前列腺偶发癌的临床资料统计

例数	职业	年龄	主要病史	前列腺指肛检查	前列腺肿大程度	手术方式
1	工人	73	排尿困难伴尿频、尿急 1 年,加重 1 月	两侧叶增大,中央沟变平,质中,结节状	Ⅱ	开放术
2	工人	75	排尿不畅,尿线变细 1 年多	两侧叶增大,中央沟消失,质中	Ⅱ	开放术
3	干部	66	间歇性尿潴留 1 年半,手术 2 次	左侧叶及中叶大,表面不光滑,质硬	Ⅰ~Ⅱ	TUR 术
4	农民	68	排尿不畅 1 年多,加重 2 月	双侧叶明显增大,结节状,中央沟消失	Ⅱ	开放术
5	工人	77	排尿困难 1 年余,尿潴留 1 周	左侧叶结节状,质偏硬	Ⅱ	开放术
6	工人	72	尿频、尿急 5 年余,加重 1 年	双侧叶增大,质较硬	Ⅱ	开放术
7	农民	70	排尿困难 5 年,尿潴留 1 月余	中叶突入膀胱,中央沟浅,质中	Ⅰ	开放术
8	干部	65	排尿不畅 2 周	双侧叶表面结节状,硬,中央沟浅	Ⅰ	开放术
9	农民	75	进行性排尿困难 4 月,急性尿潴留	右侧叶结节状,质中偏硬	Ⅱ	开放术
10	教员	67	尿频、尿急 6 月余,肉眼血尿 1 周	左侧叶及中叶增大,质较硬	Ⅰ	开放术
11	工人	63	排尿不畅 2 年,加重 2 月	中叶突入膀胱,左叶增大,结节状	Ⅱ	开放术
12	农民	66	进行性排尿困难,夜尿增多 3 年	右侧叶增大,结节状,质中	Ⅰ	开放术

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2.2 病理形态观察

12 例前列腺大体标本均为不规则灰白色结节状组织，有完整包膜者 11 例，1 例部分包膜被癌浸润累及(例 12)。组织重量为 10.5～43g 不等，体积大小一般在 7.5cm×5cm×3.5cm～1.5cm×1.1cm×0.7cm，质中偏硬，切面呈灰白色，散见浅黄白色条纹或黄白色细颗粒区，少数为不规则增生的瘤样结节。光镜观察：本组病例均在 BPH 背景中见有多病灶性偶发癌灶散在浸润，其中大泡性高分化腺癌 5 例，其癌性腺泡多为孤立性分布，少者 10 多个腺泡，多者数 10 个或更多，部分可相互融合。不规则异形腺体背靠背，有共壁，基细胞缺失，癌细胞单层或多层排列，有异形(图 1)。低分化腺癌 4 例，癌灶呈孤立片状，腺泡小而不规则，癌细胞异形较明显(图 2)。本组 1 例基细胞偶发癌之前列腺腺体基细胞异常增生，数处腺体基膜破坏，异形的癌细胞向管周浸润(图 3)。1 例筛状腺癌其腺瘤样增生的结节状组织内见密集排列的筛状腺泡，部分区域夹杂大小不等的癌性腺泡。1 例透明细胞腺癌的癌细胞散在浸润致使前列腺的组织结构破坏，癌细胞呈不规则腺样排列或弥散浸润，癌细胞浆浅淡透明呈空泡状或印戒状(图 4)，故被误诊为“良性血管源性肿瘤”。

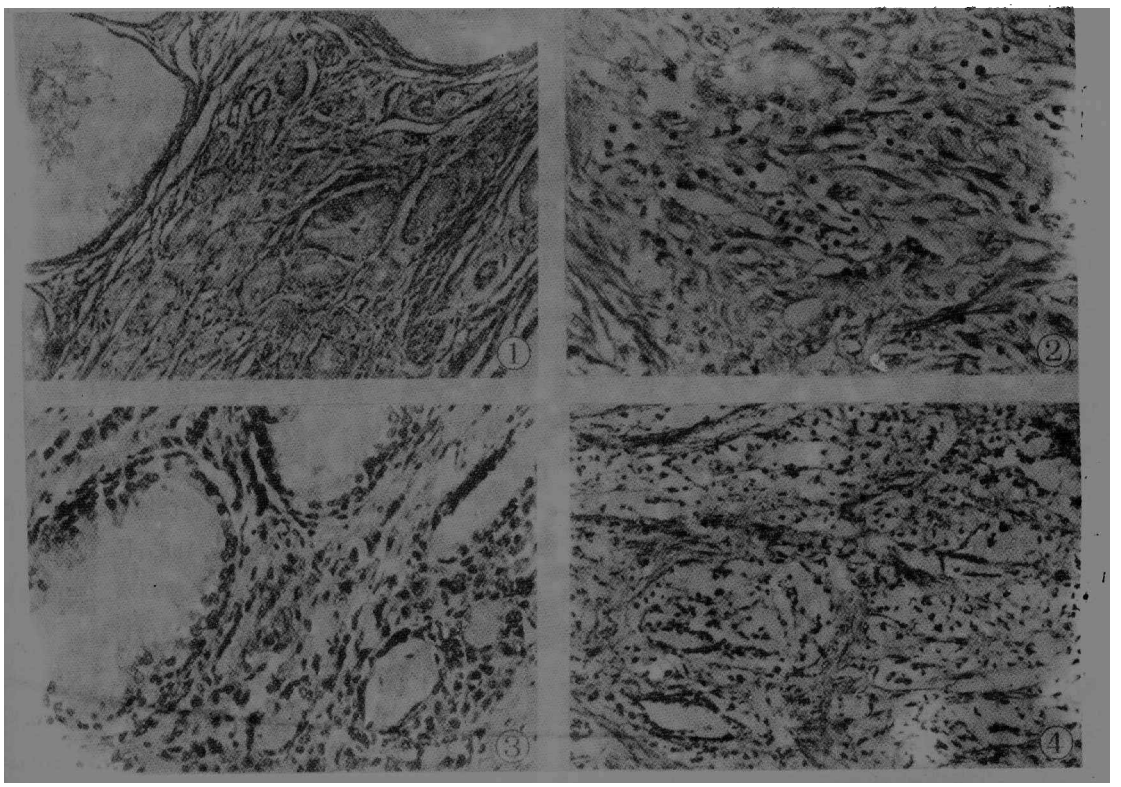


图 1 BPH 组织中局灶性腺泡浸润，腺体背靠背，有共壁，癌细胞异形，单层或多层排列。 HE×210

图 2 前列腺低分化腺癌，小而不规则腺泡浸润在纤维肌性结节内，前列腺结构破坏。 HE×420

图 3 前列腺基细胞癌，显示两个 BPH 腺体的基细胞异常增生，基膜破坏，癌细胞向腺体周围组织浸润。HE×420

图 4 前列腺透明细胞腺癌。癌细胞浆浅淡透明，呈空泡状或印戒状，前列腺结构破坏。 HE×420

PSA 标记发现全部病例的 BPH 腺上皮均显极强阳性反应(卌)，而偶发癌组织 PSA 反应减弱。5 例高分化腺癌显阳性及强阳性反应(卄～卌)。4 例低分化腺癌显弱阳性反应(＋)，另外 3 例中的基细胞癌、筛状腺癌和透明细胞腺癌的 PSA 反应大致相同，显阳性反应(卄)。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

3 讨论

前列腺偶发癌系指术前诊断为 BPH，在前列腺开放术或 TUR 术后经病理检查时发现癌存在[1~3]。此癌常为多发性病灶，或与前列腺增生的瘤样结节很相似。本组 12 例偶发癌术前均被临床诊断为 BPH，术后的病理检查也被漏诊。其中例 12 被误诊为"前列腺良性血管源性肿瘤"。患者平均年龄 69.8 岁，病程多为 1 年，最短病程仅 2 周。排尿困难和急性尿潴留为主要症状。指肛检查发现 8 例前列腺Ⅲ度肿大，4 例Ⅰ度肿大。病变部位多见于侧叶(9 例)，部分见于中叶(3 例)。根据前列腺组织巨检发现及偶发癌的光镜下结构，其病理形态学特点为：(1)癌灶大体多为结节状，或切面为黄白色条纹；镜下观察癌灶为散在多灶性，部分可融合呈片。(2)癌灶部位可见于双侧叶、单侧叶及/或中叶等区域，少数癌灶可侵犯包膜，多数包膜完整。(3)浸润性癌灶与癌旁非典型增生之腺体上皮有移行，但癌组织的局部浸润尤为突出，移行区之腺体结构破坏，基细胞及基膜破坏或消失。(4)组织学类型以高分化及/或低分化腺癌多见，少数可为筛状腺癌、基细胞癌、透明细胞腺癌等。(5)不同类型偶发癌的 PSA 标记反应强度有差异，但均低于BPH腺上皮的反应强度。

PC 的病理诊断主要根据：癌细胞的核间变、肿瘤组织的浸润及组织结构的紊乱等标准综合判断[6]，但在部分偶发癌中癌细胞的核间变不明显，故给病理诊断造成困难。加上我国 PC 的发病率远较欧美等国低，在临床病理检验中遇到较少，因此，病理医师对 PC，尤其对偶发癌较陌生，是造成本组病例病理初检漏诊的主要原因。归纳分析本组偶发癌被病理医师漏诊的原因有：(1)癌细胞多以局部及片团状浸润灶出现，部分癌灶之癌细胞核间变不明显，癌细胞与非癌组织有移行，结构对比不鲜明，给诊断造成困难；(2)病理医师对 PC 的多形态结构和不同的病理类型了解不够，尤其对罕见类型的 PC 认识不足，如将透明细胞腺癌中的部分透明呈印戒状胞浆被认为血管结构；(3)阅片不细致使部分能被识别的偶发癌灶漏诊。

前列腺偶发癌的发生率国内外文献报道中有差异[1~6]。国内的 3 组报道中偶发癌分别占 BPH 的 5.4%[1]、4.9%[2]和 1.69%。欧美统计偶发癌占 BPH 的 8%～12%[4]。本组 248 例 BPH 中发现 12 例偶发癌，占 4.8%，这个数字与我国多数作者的统计数接近，说明我国 BPH 患者中偶发癌的发生率较欧美等国低。

关键词 前列腺肿瘤；误诊；PSA 标记

参考文献

1. 周志耀 顾晓箭 郑世广，等。良性前列腺增生和癌的关系。中华泌尿外科杂志，1989；10(1)：41
2. 马文香 顾方六 梁永成，等。前列腺增生的偶发癌。中华泌尿外科杂志，1991；12(6)：449
3. 孙丙豹 董穗生 李开才，等。前列腺肥大并恶变(附 3 例报告)。临床泌尿外科杂志，1987；2(2)：84
4. Epstein JI Cho KR，Quinn BD. Relationship of severe dysplasia to stage A (incidental) andenocarcinoma of the prostate. Cancer，1990；65：2321
5. Brawer MK. Prostatic intraepithelial neoplasia: a premalignant lesion. Hum Pathol，1992；23：242
6. Mostofi FK，Sesterhenn IA，Davis CCJ，et al. Prostatic carcinoma：problem in the interpretation of prostatic biopsies. Hum Pathol，1992；23：223

(收稿：1993-02-02；修回：1993-03-24)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net