DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.01.014

90例膀胱移行细胞癌的病理观察及其预后探讨

于冬梅 柳凤轩（第三军医大学西南医院 病理科） 630038

提 要 本文报告光镜观察90例膀胱移行细胞癌，其中12例进行了超微结构观察。本组男性71例，女性19例，男女之比为3.5:1。年龄32岁～79岁。对于移行细胞癌的组织形态及超微结构特征，作了较详细的描述。根据随访结果表明，肿瘤体积大，分化程度低，浸润深度越深及血管或淋巴管内癌组织浸润者预后差。对超微结构作了简要的讨论。

关键词 膀胱移行细胞癌；膀胱肿瘤；预后

膀胱移行细胞癌在泌尿系统恶性肿瘤中，发病率最高。迄今，对于此肿瘤的组织学分级、肿瘤浸润与预后，尚不能准确的预测。另外对于该肿瘤的超微结构观察报告比较少[1]，为此，我们收集本院19年来诊治的膀胱移行细胞癌90例，其中12例作了电镜观察，并结合文献着重探讨肿瘤分级、血管或淋巴管浸润以及浸润深度与预后关系。

1 材料与方法

本组病例为我院1971年～1989年切除的膀胱移行细胞癌标本90例，其中12例于切除后，立即取材经3%戊二醛固定，再经10%锇酸后固定，环氧树脂618包埋，而后用LKB8000型超薄切片机切片（400Å～600Å），经醋酸铀-柠檬酸铅双重染色，应用JEM 2000EX型透射电镜观察。其余肿瘤组织全部经10%福尔马林固定，石蜡包埋，常规切片HE染色，部分还作了网状纤维染色。光镜观察肿瘤组织形态与分级，浸润的深度以及血管或淋巴管有无浸润。收集全部临床资料进行了随访。

2 结 果

临床资料 本组男性71例，女性19例，男女之比为3.5:1。年龄32岁～79岁，年龄高峰为51岁～60岁。术前病程最短2d，最长17年，1年以内63例，1年～5年19例，5年～10年1例，10年以上2例，病程记录不明者5例。临床症状主要表现为无痛性血尿。治疗：肿瘤加膀胱全切除32例，肿瘤加膀胱部分切除53例及单纯肿瘤切除15例。随访结果：本组90例中64例获得结果，随访时间为术后6个月至17年。8例在3年内死亡，术后1年内健在12例，1年～2年健在12例，2年～3年健在10例，3年～4年健在4例，5年～10年健在10例，10年以上健在8例。

病理检查：巨检：肿瘤部位位于膀胱颈12例，膀胱壁（前后）24例，三角区5例，底部2例，顶部2例，输尿管旁24例，多部位21例。肿瘤发生于粘膜表面呈菜花状或扁平疣状突起。本组单发69例，多发21例。瘤组织最大直径20cm，最小者0.5cm，肿瘤小于5cm70例，大于5cm20例。*镜检*：根据肿瘤组织细胞分化程度不同分为3级。Ⅰ级13例均浸润粘膜固有层。癌细胞排列呈乳头状结构，乳头略增粗而不规则，癌细胞排列紧密呈多层，一般在5层以上，分化较好，胞浆较丰富，核增大呈椭圆形，核分裂象可见（图1A）。Ⅱ级51例，浸润粘膜固有层者46例，浅肌层者3例，深肌层2例。癌细胞除排列呈粗大的乳头状结构外，有的区域呈实体性癌巢。癌细胞形态大小不等，核大深染，核分裂象多见，胞浆较少（图1B）。Ⅲ级26例，浸润粘膜固有层8例，浅肌层7例，深肌层11例。癌细胞呈弥散或排列呈实体性巢状，癌细胞异型性显著，形态不规则，核大不规则，深染，核分裂象易见，胞浆较少（图2）。另外还观察到10例肿瘤组织伴有血管或淋巴管浸润。

电镜观察 本组12例（组织学Ⅰ级2例、Ⅱ级6例、Ⅲ级4例），其共同特征是瘤细胞的形状、大小很不一致，可见明暗相间两型细胞，以明细胞占多数。癌细胞核与胞质的比例明显增大，核形态多样，呈椭

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

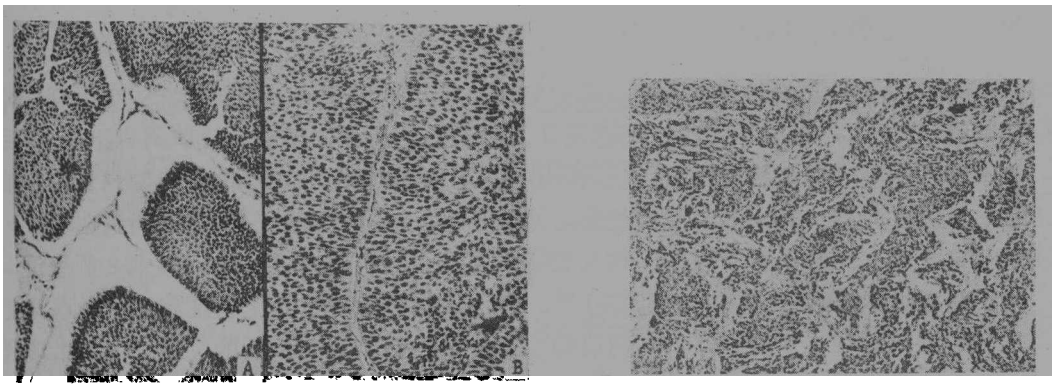


图1 膀胱移行细胞癌，Ⅰ级（A），Ⅱ级（B）。HE×100

Fig.1 Transitional cell carcinoma of the bladder, grade Ⅰ (A), grade Ⅱ (B). HE×100

图2 膀胱移行细胞癌，Ⅲ级。HE×100

Fig.2 Transitional cell carcinoma of the bladder, grade Ⅲ. HE×100

圆形或分叶状或很不规则，核模多有凹陷，核仁增大，数目增多，不规则，核基质较致密。癌细胞胞质内线粒体大小不一，多数较小，嵴发育不完全，基质空化，偶见巨大线粒体。粗面内质网较丰富，轻度扩张，高尔基复合体发达，多位于核旁（图3）。部分癌细胞胞质内见到糖原颗粒，微丝及少数胞质有张力原纤维（图4）。细胞之间相互接触或具有宽窄不等间隙。有的表面有粗细不等、长短不一的指状或绒毛状突起。胞质膜间可见有多少不等的桥粒。这些改变表现在癌细胞分化低者，核浆比例显著增大，核大，核仁显著突出，胞质微丝增多，癌细胞间桥粒连接减少。

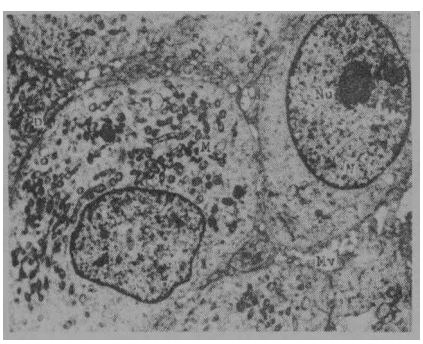


图3 癌细胞细胞核大（N），核仁突出（Nu），胞质线粒体（M）丰富，大小不一，细胞间隙宽窄不等，表面有许多绒毛状突起（Mv），细胞间桥粒连接（D）。×4 000

Fig.3 Carcinoma cell shows large nucleus (N), priminent nucleoli, abandant mitochondrion (M) variable in size. Intercellular spaces are different, intercelluler villious processes and desmosomes. ×4 000

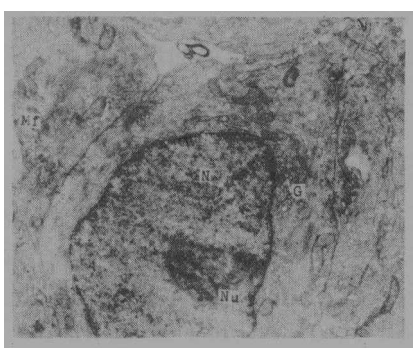


图4 癌细胞核大（N），核仁突出(Nu)，高尔基体分布于核周（Go），胞质内有丰富微丝（Mf）。×6 000

Fig.4 Carcinoma cell shows large nucleus, prominent nucleoli. Golgi complexes are around nucleus, presence of abandant cytofilaments (Mf). ×6 000

3 讨 论

膀胱移行细胞癌形态与预后 判断恶性肿瘤预后的因素甚多，现就此肿瘤形态改变与预后关系作以简要分析。（1）膀胱移行细胞癌异型性与浸润深度对预后的影响：关于膀胱癌的组织异型性的分级是由Broders首先提出分为4级。此后，经UICC (International

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

Union Against Cancer）将其修改为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ级，现已普遍采用。国内刘氏[1]在报道的膀胱移行细胞癌150例中，指出膀胱移行细胞癌Ⅲ级浸润程度最深，多浸及浅肌层以下，预后较差。日本佐佐木等[2]在分析181例膀胱癌指出，膀胱癌的5年生存率，Ⅰ级为82.4%，Ⅱ级为81.2%，Ⅲ级则为33.9%。本组观察结果，26例Ⅲ级中，浸润到肌层以下者18例占69%，Ⅱ级51例中有5例占10%，而Ⅰ级13例均未浸润肌层。在64例获得随访中，其中8例死于3年内，有6例Ⅲ级移行细胞癌浸润达肌层以下。此结果也提示肿瘤分化程度越低、浸润深度越深，其预后越差。（2）膀胱移行细胞癌的血管或淋巴管浸润与预后的关系：本组中10例膀胱癌伴有血管淋巴管浸润，其中7例获得随访结果，有6例在3年内死亡。提示膀胱癌伴血管或淋巴管浸润时预后明显较差。

超微结构观察　国内对于膀胱癌的超微结构报告较少[3]，本组对其中12例进行了超微结构观察，其结果显示，随癌细胞分化程度的不同，分化低者胞核增大突出，而不规则，核仁大，数目增多，胞质少，癌细胞间桥粒连接减少或缺如，致使癌组织瘤细胞粘附力降低。Alroy等[4]曾采用定量方法比较膀胱移行细胞癌和正常移行细胞的桥粒数目，发现在浸润性移行细胞癌桥粒减少，而非浸润性移行细胞癌，桥粒增加。Weistein等[5]在报告中指出膀胱癌细胞桥粒的数目与浸润程度成反比。由此可见，低分化癌细胞桥粒减少，致使癌细胞间粘附力降低容易脱落，有利于向周围组织浸袭和转移，可能是预后较差的因素之一。关于胞质中微丝的出现有何意义，尚不够清楚。McNutt[6]在研究皮肤肿瘤时发现，凡基底细胞有微丝增殖者，真皮均受浸润，认为微丝的增殖有利于瘤细胞移动。我们观察膀胱移行细胞癌分化低者，向肌层浸润的癌组织中，癌细胞胞质微丝出现的多，故微丝的增殖可能对瘤细胞的移动有关，但尚待积累材料，进一步研究。

参 考 文 献

1. 刘子君　丘钜世　文剑明，等。膀胱癌的病理组织学分析。肿瘤防治研究　1985；12:192
2. 佐佐木秀平ほか。原发性膀胱癌181例の临床病理学检讨。日泌尿会志　1984；75:391
3. 刘　健　周扣珍。10例人体膀胱移行细胞癌的超微结构观察。中华病理学杂志　1986；15:200
4. Alroy J, Pauli BU, Weinstein RS. Correlation between numbers of desmosomes and the aggressiveness of transitional cell carcinoma in human urinary bladder. Cancer 1981; 47: 104
5. Weinstern RS, Merk FB, Alroy J. The structure and function of intercellular junctions in cancer. Ad Cancer Res 1976;23:23
6. McNutt NS. Ultrastructural comparison of the interface between epithelium and stroma in basal cell carcinoma and control human skin. Lab Invest 1976;35:132

（收稿：1990.04.23；修回：1990.12.21）

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

Pathological Observation on 90 Cases of Bladder Transitional Cell Carcinoma and Its Prognosis

Yu Dongmei and Liu Fengxian (Department of Clinical Pathology, Southwest Hospital, Third Military Medical College, Chongqing 630038)

Abstract Ninety specimens of pathologically confirmed transitional cell carcinoma of the urinary bladder were studied. The patients consisted of 71 male and 19 female with a male/femai ratio of 3.5:1. Their age was ranged from 32 to 79. 12 specimens were studied with electron microscope. The histopathological and ultrastructural features of transitional cell carcinoma were described. Our followup data of the cases revealed that the larger a tumor, the lower its differentiation, the deeper its invasion, and the more extensive the involvement of lymphatic and blood vessels, the poorer the prognosis of the tumor. In addition the ultrastructural characteristics of transitional oell carcinoma were briefly discussed.

Key words transitional cell carcinoma; urinary bladder tumor; prognosis

特殊情况下拖出式直肠切除术的应用

唐开业 单治堂 晏才杰（新桥医院 普外科）

近年来，由于直肠癌保留肛门括约肌功能手术的广泛开展，使患者生存质量得到明显改善。然而手术时某些特殊情况常妨碍保肛手术的进行，使一些本应保留肛门的手术无法顺利实施。1985年至1988年我科在直肠癌手术中某些特殊情况存在时采用拖出式直肠切除术（以下简称拖出术）11例，手术效果好，保留肛门节制功能满意，现报道如下。

1 资 料

本组11例均属距肛缘6 cm至8 cm的中段直肠癌，男8例，女3例，年龄26岁至60岁，因术中骶前静脉丛出血采用拖出术2例，吻合器应用失败2例，肠道准备不好存留粪便较多4例，肿瘤分破盆腔污染3例。术后并发症：骶前感染1例，肠段拖出不够轻度回缩引起感染肠狭窄1例。11例术后大便节制功能良好。

2 讨 论

2.1 拖出术的手术步骤及注意事项 手术时腹部组与其它直肠癌术式相同，游离乙状结肠直肠达盆底提肛肌平面时，于该平面将直肠切断，切除病变肠段，近端结肠荷包关闭，彻底冲洗盆腔。会阴组于坐骨直肠间隙戳孔放置引流物后，将近端结肠经充分扩肛的肛管拖出距肛缘5 cm以上，间断行肛缘皮肤与拖出结肠浆肌层缝合固定5针至6针，拖出肠管内放一排气管。关闭盆腹膜及腹部切口，手术结束。术后2周至3周，行2次手术修整切除拖出的结肠。术中应注意：①拖出肠管的血循供应，要保留好结肠边缘血管弓，避免因血循障碍所致肠坏死。②不宜外翻或过多向下解剖肛管，应在提肛肌平面切断直肠。可简化手术操作且不影响肛门节制功能。③结肠拖出长度距肛缘应不少于5 cm，不得有张力，如乙状结肠

（下转58页）

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