

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2019.16.026  
文章编号: 1005-8982 (2019) 16-0127-02

## 前列腺小细胞神经内分泌癌 1 例

方登攀, 朱涛

(江汉大学附属医院 泌尿外科, 湖北 武汉 430015)

**关键词:** 前列腺肿瘤; 癌, 神经内分泌; 诊断; 治疗结果; 预后

**中图分类号:** R737.25

**文献标识码:** D

前列腺小细胞神经内分泌癌临床十分罕见, 恶性程度高, 预后极差, 目前尚无统一的治疗方案。江汉大学附属医院于2018年3月收治1例前列腺小细胞神经内分泌癌患者, 现报道如下。

### 1 临床资料

患者, 男性, 71岁, 因排尿不畅5年余、加重1天入院。入院查体: 下腹部膨隆, 压之有胀痛, 无反跳痛, 耻骨上叩诊呈浊音。直肠指诊: 前列腺增大, 中央沟变浅, 表面光滑, 未触及硬结, 无压痛, 指套无血染。入院查血前列腺特异抗原 (total prostate specific antigen, TPSA) 9.66 ng/ml, 复合前列腺特异抗原 (complexed prostate specific antigen, CPSA) 9.22 ng/ml。尿脱落细胞: 镜下见脱落上皮细胞及以中性粒细胞为主的炎性细胞。泌尿系彩超: 前列腺增生, 上下径5.8 cm, 前后径4.9 cm, 横径6.2 cm, 内部回声均匀。入院后予以急诊导尿, 完善术前准备, 在腰硬联合麻醉下行经尿道前列腺等离子电切术, 术中见膀胱颈抬高, 距精阜距离约6.5 cm, 前列腺两侧叶增生, 膀胱黏膜有广泛小梁及憩室形成。手术顺利, 切除前列腺组织约64 g。术后病理检查: 前列腺增生症 (轻度炎症反应)。术后1周复查血TPSA 2.60 ng/ml、CPSA 2.56 ng/ml, 拔除尿管, 排尿通畅, 予以出院。

前列腺电切术后3个月, 因尿频尿急尿痛2个月再次入院。入院直肠指诊: 前列腺增大, 中央沟变浅, 左侧叶可触及一约0.5 cm结节, 质稍硬, 无触痛, 指套无血染。查血TPSA 1.13 ng/ml、CPSA 0.86 ng/ml。CT尿路造影: 前列腺改变, 不排除肿瘤性病变, 建议

活检, 盆腔淋巴结增多、增大 (见图1)。尿脱落细胞: 镜下见成团核大细胞。抗感染对症治疗后患者症状缓解不明显, 且再次出现排尿困难, 于2018年3月8日再次在腰硬联合麻醉下行经尿道前列腺等离子电切术, 术中见后尿道内结构不清, 见较多易碎、糜烂组织, 前列腺右侧叶、膀胱颈有肿块突入后尿道腔内及膀胱内, 前列腺窝内有陈旧血块。切除前列腺组织约40 g, 术后病理检查: (前列腺) 小细胞神经内分泌癌 (见图2)。术后1周查磁共振平扫增强: 多考虑为前列腺癌并膀胱、直肠周围脂肪间隙、双侧髂骨及盆腔内淋巴结转移 (见图3)。全身骨显像: 全身骨质代谢未见明显异常。最大尿流率: 23 ml/s。患者术后1个月接受全身化疗, 现仍然存活, 但有恶液质表现。



图1 CT检查片

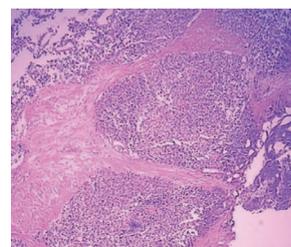


图2 病理切片 (苏木精-伊红染色法 ×180)

收稿日期: 2019-02-14

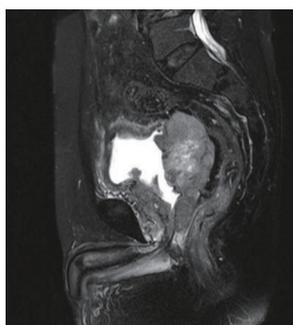


图 3 MRI 检查结果

## 2 讨论

前列腺小细胞神经内分泌癌是前列腺神经内分泌癌的一种，发病率很低，约占前列腺恶性肿瘤 0.5%<sup>[1]</sup>。本病例临床症状不典型，多表现为排尿不畅、尿频及夜尿等下尿路症状。体格检查可表现为前列腺增大、质硬及结节等典型前列腺癌征象，也可仅有类似前列腺增生的表现。由于神经内分泌细胞不表达雄激素受体，血前列腺特异性抗原（prostate specific antigen, PSA）多显示正常，常误诊为前列腺增生或前列腺炎。早期型前列腺 CT 或 MRI 可发现前列腺肿瘤样改变，但明确诊断仍依赖于有经验的病理科医生对手术或穿刺标本的细致观察。由于病例少见且缺乏肿瘤生物标志物，对于病理科医师来说，神经内分泌细胞癌也是一个挑战性的诊断。

前列腺小细胞神经内分泌癌临床罕见，目前的治疗方案多为少数个案报道，尚没有形成明确、可靠的治疗方案。文献报道的治疗方法虽有多种，但效果均不理想。虽有文献认为，早期根治性切除仍是最有效的方法<sup>[2]</sup>，但绝大多数小细胞癌确诊时已属晚期，失去了外科手术根治的机会。本例患者行第 1 次前列腺电切术时切除标本前列腺组织约 60 g，术后 3 个月查前列腺彩超已达到术前大小。第 2 次电切术前 2 天查 CT 增强尚未见前列腺癌侵及周围组织的影像学表现；而第 2 次电切术后 1 周查前列腺 MRI 显示前列腺癌

侵及膀胱、直肠周围脂肪间隙，说明前列腺小细胞神经内分泌癌的发展非常迅猛，外科手术根治的机会很小。前列腺小细胞神经内分泌癌的其生长并不依赖雄激素，因此经典的内分泌治疗对前列腺神经内分泌癌无效，但对合并腺癌的神内内分泌癌使用内分泌治疗仍可降低 PSA 并可能取得较长期的生存<sup>[3]</sup>。根据目前的文献资料，神经内分泌癌对放疗不敏感，化疗有助于延长患者生存时间，是主要的治疗方式<sup>[4]</sup>，包括术后辅助化疗及单独化疗。

前列腺小细胞神经内分泌癌的总体预后极差。DEORAH 等报道<sup>[5]</sup>，局部/区域性前列腺小细胞神经内分泌癌（原发肿瘤和局部淋巴结转移）和转移性肿瘤患者的中位生存期分别为 15 和 7 个月。即使是化疗，部分有近期效果，但 5 年生存期 <1%<sup>[6]</sup>。

总之，前列腺小细胞神经内分泌癌发病率低、恶性程度高及发展快，治疗手段有限，预后极差，急需通过科学研究进一步认识该病种。

### 参考文献:

- [1] NADAL R, SCHWEIZER M, KRYVENKO O N, et al. Small cell carcinoma of the prostate[J]. *Nat Rev Urol*, 2014, 11(4): 213-219.
- [2] PALMGREN J S, KARAVADIA S S, WAKEFIELD M R. Unusual and underappreciated: small cell carcinoma of the prostate[J]. *Semin Oncol*, 2007, 34(1): 22-29.
- [3] UEMURA K I, NAKAGAWA G, CHIKUI K, et al. A useful treatment for patients with advanced mixed-type small cell neuroendocrine carcinoma of the prostate: a case report[J]. *Oncol Lett*, 2013, 5(3): 793-796.
- [4] ALBISINNI S, DE NUNZIO C, TUBARO A. Pure small cell carcinoma of the prostate: a rare tumor[J]. *Indian J Urol*, 2012, 28(1): 89-91.
- [5] DEORAH S, RAO M B, RAMAN R, et al. Survival of patients with small cell carcinoma of the prostate during 1973-2003: a population-based study[J]. *BJU Int*, 2012, 109(6): 824-830.
- [6] RUBENSTEIN J H, KATIN M J, MANGANO M M, et al. Small cell anaplastic carcinoma of the prostate: seven new cases, review of the literature, and discussion of a therapeutic strategy[J]. *Am J Clin Oncol*, 1997, 20(4): 376-380.

(唐勇 编辑)