

## 膀胱原发多形性脂肪肉瘤 1 例报告

福建中医药大学附属福鼎市医院泌尿外科（福鼎 355200） 施继鼎 王占兴 陈振声 林彦隆

多形性脂肪肉瘤是脂肪肉瘤中少见的亚型，好发于四肢、躯干。原发于膀胱的多形性脂肪肉瘤极为罕见，它具有高度的侵袭性、转移率高，死亡率高。笔者在临床诊疗中发现 1 例原发于膀胱的多形性脂肪肉瘤。现报告如下。

### 1 病历资料

患者男，85 岁，以“反复尿频、尿急、尿痛”为主诉于 2020 年 5 月入住我院肾内科。住院期间抗感染治疗效果欠佳，完善泌尿系 CT 平扫可见膀胱右侧壁累及后壁广泛明显增厚（图 1），进一步完善 MR 膀胱 MRI 平扫加增强检查结果：右侧壁及下壁明显增厚呈等 T1 稍长 T2 信号影，弥散加权成像（DWI）呈高信号，表观弥散系数（ADC）呈低信号，表面凹凸不平，最厚处约 20 mm，增强后可见明显强化（图 2）。考虑：膀胱癌可能性大。转入我科进一步诊疗，完善相关检查遂于我科行膀胱镜检查，膀胱右侧壁、右侧前壁、右侧膀胱颈部、右侧输尿管口、膀胱后壁等处均可见膀胱肿瘤，家属考虑患者高龄，拒绝行根治性全膀胱切除术，与患者及家属沟通后，行经尿道膀胱肿瘤电切术，膀胱肿瘤呈广泛浸润性生长，完整切除肉眼可见的多处肿瘤，切除范围深达肌层。取膀胱肿瘤组织送病理检查，术后病理报告：膀胱多形性脂肪肉瘤改变（图 3）。膀胱右侧颈部肿瘤基底部未见肿瘤侵犯。免疫组化检查结果：Vimentin（+）、S-100（+）、Ki67 60%（+）、CK-pan（-）、CK20（-）、CK7（-）、P63（-）、P504S（-）。术后 2 个月患者出现再次出现尿频、尿急、尿痛，伴有肉眼血尿及血凝块，排尿困难等症状再次就诊我科，完善 MR 腹部 MRI 平扫加增强检查结果：右侧肾盂及输尿管可见轻度扩张积液，左肾盂及输尿管未见扩张积液，膀胱癌术后，膀胱右侧壁及膀胱三角区膀胱壁增厚，最厚处约 26 mm，局部可见不规则软组织肿块影，呈等 T1 稍长 T2 信号影，DWI 高信号，ADC 低信号，表面凹凸不平，增强后可见明显不均匀强化。考虑：膀胱癌术后复发，累及前列腺及右侧输尿管开口可能，右输尿管及肾盂积水。

本例患者住院期间完善相关检查，考虑膀胱为该肿瘤原发器官，其他脏器系统未见肿瘤，该患者因术前合并排尿困难，诊断为前列腺增生，术中发现肿瘤累及膀胱颈部，遂切除部分肿瘤及通道相关前列腺，分别送病理检查排除前列腺来源。本病考虑膀胱原发性多形性脂肪肉瘤。通常脂肪肉瘤好发于四肢、躯干等处的软组织处，尤其是深部软组织<sup>[1]</sup>。膀胱脂肪肉瘤包括低分化脂肪肉瘤、多形性脂肪肉瘤、圆形细胞脂肪肉瘤、黏液脂肪肉瘤、高分化脂肪肉瘤，其中前三者属于高级别脂肪肉瘤，后两者属于低级别脂肪肉瘤。Kim 等<sup>[2]</sup>回顾性分析了 105 例脂肪肉瘤，认为不同病理类型对预

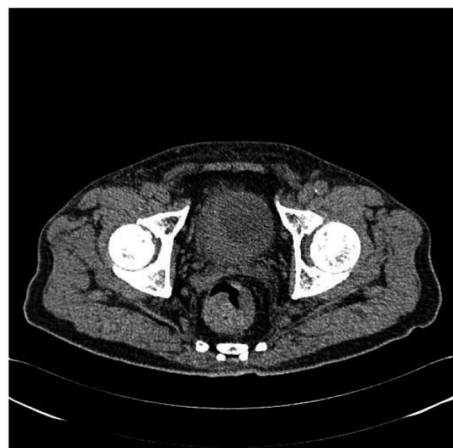


图 1 泌尿系 CT 平扫可见膀胱右侧壁明显增厚

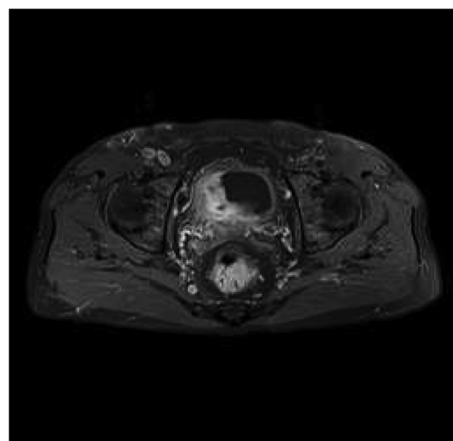


图 2 膀胱 MRI 增强扫描膀胱右侧壁肿瘤可见明显强化图

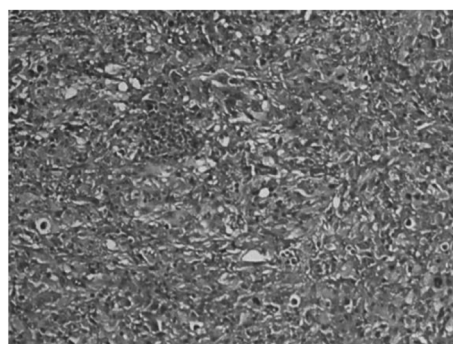


图 3 膀胱肿瘤病理镜检图（HE ×200）

后有影响，高级别脂肪肉瘤死亡率是低级别脂肪肉瘤患者的 5 倍。本病患者为多形性脂肪肉瘤属于高级别脂肪肉瘤范畴。脂肪肉瘤的免疫组化 S-100 多为阴性，Vimentin 阳性，增殖活跃时 Ki67 阳性表达<sup>[3]</sup>。本病患者 S-100、Vimentin、Ki67 三者均为阳性，S-100 阳性考虑肿瘤来源神经内分泌细胞可能，多形性脂肪肉瘤亦可能阳性。Vimentin、Ki67 阳

性考虑该肿瘤增殖活跃,恶性程度较高。CK-pan 阴性更是考虑肉瘤可能 CK7 和 20 阳性考虑肿瘤部位的瘤标,泌尿生殖系统肿瘤亦可以阳性瘤标。膀胱脂肪肉瘤临床表现无特异性,包括肉眼血尿,少数患者表现为尿频、尿痛、排尿困难或下腹部包块就诊。肿瘤无好发部位,膀胱内任何部分均可发生,但是以顶部或两侧壁多见,肿瘤多较大,无包膜,多数侵及膀胱深层或全层,质硬,伴黏液、出血,局部坏死或溃疡。本例患者尿频、尿急、尿痛症状明显,血尿不明显,发生于膀胱侧壁及后壁,肿瘤较大,宽基底,增强有明显强化,因其肿瘤较大,中间亦可有坏死区,出现不均匀强化,恶性程度高,侵袭性高,死亡率高,临床医生应该高度重视<sup>[4]</sup>。该病术前诊断及鉴别诊断较困难,临床上主要依靠病理诊断。

膀胱脂肪肉瘤治疗主要是根据患者的具体情况评估,尽可能行根治性全膀胱切除术,如有可能,尽可能切除病灶,本例术前与患者家属充分沟通,家属考虑患者高龄、手术风险大等因素明确拒绝行根治性手术,要求行经尿道肿瘤切除术,术后 2 个月发现复发,复发较快。由于相关文献报道少,故 2 个月复发是否与手术方式选择有关,目前还无法考证,并且术前术后是否需要放化疗尚无定论。本例为膀胱原发多形性脂肪肉瘤,临床罕见报道。笔者报告本病例并查阅收集相关文献,分析本病特点,以期为本病的诊断及与膀胱尿路上皮肿瘤的鉴别诊断提供参考。

#### 参考文献

- [1] 杨旭凯,王养民.膀胱脂肪肉瘤 1 例 14 年随访报告并文献复习[J]. 临床泌尿外科杂志, 2015, 30 (11): 1029-1031.
- [2] Kim H S, Lee S Y, Lee J, et al. Liposarcoma: exploration of clinical prognostic factors for risk based stratification of therapy [J]. BMC Cancer, 2009, 9: 205.
- [3] Craig W D, Fanburg-smith J C, Henry L R, et al. From the archives of the AFIP: fat-containing lesions of the retroperitoneum: radiologic-pathologic correlation [J]. Radiographics, 2009, 29 (1): 261-290.
- [4] Lee G, Lee S Y, Seo S, et al. Prognostic factors and clinical outcomes of urological soft tissue sarcomas [J]. Korean J Urol, 2011, 52 (10): 669-673.

## 重症黄蜂螫伤致多脏器功能衰竭与溶血 2 例的成功救治

福建医科大学附属漳州市医院儿科 PICU (漳州 363000) 郑丽玲 郑伟达 戴小娟 王世彪<sup>1</sup>

蜂螫伤是我国夏秋季比较多见的一种急危重症,是指蜜蜂、胡蜂(俗称马蜂、黄蜂)等螫伤人体皮肤,导致疼痛、皮疹、局部水肿等不适。严重蜂螫伤可致人死亡,病死率达 15.6%,致急性肾功能衰竭患者约 25%<sup>[1]</sup>,主要是大量蜂毒素进入血液循环,导致溶血、横纹肌溶解、肾功能衰竭或

多脏器功能衰竭而死亡。本文对成功抢救的 2 例重症黄蜂螫伤后溶血、多脏器功能衰竭患者进行分析。现报告如下。

#### 1 病历摘要

例 1 患者女,6 岁,因“黄蜂螫伤后嗜睡伴面色苍白 10 h”入院。患儿被大量黄蜂攻击后,颜面、头皮、躯干、四肢可见密密麻麻螫伤伤口,被救出后开始出现面色苍白,伴嗜睡,精神状态差,伴头晕、呕吐数次,全身被螫伤处疼痛肿胀,收住小儿外科。入院后予抗过敏治疗,病情持续进展,凝血功能的活化部分凝血活酶时间(activated partial thromboplastin time, APTT)持续大于 180 s,精神状态持续恶化,面色苍白,全身肿胀,伴酱油色尿,随即转入重症监护室(intensive care unit, ICU)。入院查体:烦躁不安,面色苍灰,呼吸急促,血氧饱和度 70%,心率 161 次/min,血压 80/42 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa),瞳孔反射灵敏,四肢冰凉,肢端苍白,毛细血管充盈征 6 s。全身皮肤密集分布螫伤伤口,未见明显蜂刺,局部肿胀、发红。入 ICU 后开始出现尿量减少、肝功能衰竭、肾功能衰竭、血小板下降。入院诊断:蜂螫伤,过敏性休克、横纹肌溶解、溶血、多脏器功能衰竭。入院后血常规白细胞数(WBC)最高达到 42.67 g/L,血红蛋白(Hb)最低下降到 63 g/L,血小板(PLT)下降至 30 g/L,降钙素原(PCT)最高达到 127.86 ng/mL,丙氨酸氨基转移酶(ALT)最高达到 3 902 U/L,天冬氨酸氨基转移酶(AST)最高达到 11 670 U/L,乳酸脱氢酶(LDH)最高达 19 576 U/L,直接胆红素(DBiL)高达 1 21.6  $\mu$ mol/L,肌红蛋白持续大于 1 000 ng/mL,肌酸激酶(CK)达到 13 126 U/L,肌酸激酶同工酶(CK-MB)1 388 U/L,APTT 持续大于 180 s,血肌酐(Cr)达到 176.4  $\mu$ mol/L,尿素氮(BUN)17.9 mmol/L。彩超提示胸腔、腹腔积液,胸部 CT 可见肺广泛渗出,肺泡出血肺水肿。入院后治疗:立即气管插管,呼吸机辅助呼吸,征得家属同意后立即行血浆置换,同时血浆置换后开始持续肾脏替代治疗(certified respiratory therapy technician, CRTT)治疗,并积极预防消化道溃疡出血、补充凝血因子、利尿、碱化尿液、保肝、激素(甲强龙)、抗感染(先后予美平、利奈唑胺、舒普深、伏立康唑、卡波芬净)治疗、局部涂抹季德胜蛇药等。血浆置换隔天行 1 次,共行 5 次,血浆置换后持续 CRRT 治疗,患儿至发病 16 d 持续处于无尿状态,每天尿量 4~31 mL 左右,自发病 17 d 开始尿量逐步增多,CRRT 脱水逐步减少,从 51 mL 每天增加,至发病 24 d 达到 1 214 mL,停 CRRT,后尿量波动于 1 012~1 257 mL,动态监测肾功能基本正常。治疗期间出现呼吸机相关肺炎、继发真菌感染,经加强抗感染、支持等治疗后,体温控制良好,肺部感染好转后顺利撤机,行头颅 MR 检查未见异常,病情好转后转出 PICU,后期随诊逐步康复。

例 2 患者女,48 岁,以“蜂螫伤后昏迷 7 h,伴全身疼痛、麻木”入院。入院 7 h 前农作时不慎被黄蜂螫伤头部、腰背部、四肢,伤后出现全身疼痛、麻木、头晕、乏力,随之昏迷不醒,当地医院使用地塞米松抗感染等处理后,转入我院。入院查体:神志清楚,头顶部、腰背部、四肢见多发红色斑疹、斑丘疹,皮疹中心处可见范围约 0.5~

1 通信作者,福建省妇幼保健院 PICU