

◆ 个案报道

Ultrasonic misdiagnosis of glandular
cystitis: Case report

超声误诊腺性膀胱炎 1 例

陈梦盈¹, 柏 刚², 勾常龙², 张文君^{2*}

(1. 锦州医科大学十堰市太和医院研究生培养基地, 湖北 十堰 442000;

2. 十堰市太和医院超声医学科, 湖北 十堰 442000)

[Keywords] cystitis; ultrasonography; diagnosis, differential

[关键词] 膀胱炎; 超声检查; 诊断, 鉴别

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2020.09.042

[中图分类号] R694.3; R445.1 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2020)09-1422-01



图 1 腺性膀胱炎 A. 二维超声声像图; B. CDFI; C. 病理图(HE, ×200)

患者男, 25 岁, 因“排尿困难伴肉眼血尿 6 年余、加重 3 个月”就诊。查体未见异常。实验室检查: 尿隐血(++++), 尿蛋白(++)。超声: 双肾增大, 肾实质回声变薄, 左肾厚径 7.20~11.07 mm、右肾 3.11~4.32 mm; 肾盂、肾盏明显分离, 左肾较宽处前后径 41.10 mm、右肾 69.30 mm; 双侧输尿管全程扩张, 左肾上段内径 8.20 mm、右肾 8.61 mm, 下段未见强回声团; 膀胱壁增厚、毛糙, 较厚处厚径约 5.41 mm, 膀胱三角区见 43.12 mm×29.01 mm×19.09 mm 低回声团, 基底较宽, 局部膀胱壁黏膜层连续性中断, 形态不规则, 表面凹凸不平, 呈“菜花样”改变(图 1A), 内部回声不均匀, 见斑点状强回声, 改变体位后无明显移动; CDFI 于肿块内探及丰富动、静脉血流信号(图 1B)。超声提示: 双侧输尿管全程扩张并双肾积水(左肾中度、右肾重度), 膀胱癌? 行经尿道膀胱肿瘤电切术, 术中见膀胱三角区、膀胱颈大量片状新生物。术后病理: 光镜下见固有层内上皮细胞巢, 伴淋巴

细胞、浆细胞浸润(图 1C); 病理诊断: 腺性膀胱炎(glandular cystitis, GC)。术后随访半年, 患者恢复良好。

讨论 GC 是较少见的膀胱黏膜增生与化生并存的良性病变, 目前病因不明, 可能与膀胱慢性炎症、结石、梗阻等有关。GC 好发于膀胱三角区、输尿管口周围及膀胱颈部等部位, 可引起膀胱刺激征、血尿、下腹部不适等症状; 超声表现分为片状增厚型、结节型、弥漫增厚型、团块型及囊肿型。本例 GC 超声示肾实质回声变薄, 膀胱三角区可见低回声团, 形态不规则, 呈“菜花样”改变, 误诊为膀胱癌。GC 应与以下疾病相鉴别: ①膀胱癌, 血流较丰富, 可见由基底部深入病灶的粗支血流, 而 GC 多为细点状或短条状血流; ②膀胱小梁形成, 由慢性炎症刺激引起, 经抗感染治疗可好转; ③输尿管间嵴肥大, 多由尿路梗阻导致的肌肉增生。对膀胱肿物应多角度多切面扫查, 亦明确诊断。本病最终确诊依靠病理学检查。

[基金项目] 湖北省卫健委重点项目(WJ2019F061)。

[第一作者] 陈梦盈(1993—), 女, 湖北钟祥人, 在读硕士, 医师。E-mail: 897751658@qq.com

[通信作者] 张文君, 十堰市太和医院超声医学科, 442000。E-mail: pulushi68@126.com

[收稿日期] 2020-03-27 [修回日期] 2020-06-29