

· 病案报道 ·

鼻咽血管纤维瘤广泛扩展 1 例

杨泽垠, 杨晓红, 吴 平

(昆明医科大学第二附属医院 耳鼻喉科, 云南 昆明 650101)

中图分类号: R739.62

文献标识码: D

文章编号: 1007-1520(2012)05-0406-02

鼻咽血管纤维瘤 (angiofibroma of nasopharynx) 的本质是血管错构瘤, 虽是良性肿瘤, 但因破坏颅底骨质并累及周围软组织结构可导致严重并发症。昆明医科大学第二附属医院耳鼻喉科收治 1 例, 报道如下。

1 临床资料

患者男, 12 岁, 因左鼻塞、流清涕 1 个月入院。患者 1 个月前无明显诱因出现左鼻塞伴流涕, 无血丝、无臭味, 感冒时加重; 曾于 10 d 前在当地医院诊断为左上颌窦病变, 予上颌窦穿刺未抽出脓液, 症状不缓解而前来就诊。专科检查: 双侧鼻黏膜充血, 双侧中鼻甲充血水肿, 左侧鼻腔中鼻道见暗红色肿物坠入鼻底, 阻塞后鼻孔。鼻部 CT 示左上颌窦、筛窦、蝶窦肿块影, 病变累及左眶下缘、左翼腭窝及中颅底。鼻咽后壁增厚。考虑血管纤维瘤 (图 1)。术前 2 d 行脑血管造影 + 左侧鼻咽血管纤维瘤超选择性术前栓塞术。栓前造影示左颌内动脉明显增粗迂曲, 左侧鼻咽部可见明显团块状

肿瘤染色, 左侧颈内动脉海绵窦段部分分支参与少量肿瘤供血。栓后造影示左颌内动脉肿瘤供血血管闭塞, 肿瘤血管及肿瘤染色大部分消失。患者在全麻下于左鼻侧切开, 切除上颌骨额突部分泪骨, 暴露鼻腔外侧壁骨质并予以切除。去除上颌窦前壁骨内壁部分骨质, 见上颌窦腔充满暗红色肿物。肿物破坏上颌窦后外侧壁, 侵入翼腭窝、颞下窝。眶底壁内侧骨质局部缺损, 眶筋膜光滑完整, 上颌窦内侧壁局部缺损; 窦内病变穿越此缺损经鼻腔后鼻孔垂入鼻咽腔, 肿物不规则, 呈分叶团块状, 有包膜, 质韧, 追踪肿物基底位于蝶窦前壁。病变清除干净后以生理盐水冲洗术腔, 上颌窦腔填碘仿纱条 3 根, 左蝶窦腔填明胶海绵 3 块, 左鼻腔填膨胀海绵 1 块、红霉素凡士林纱条 1 根, 逐层缝合切口, 外敷料加压包扎。手术顺利, 出血约 2 300 ml, 输血 1 200 ml。病理诊断示: (鼻咽、上颌窦) 血管纤维瘤, 其内瘤细胞增生活跃。患者术后 8 d 拆线, 伤口愈合良好, 12 d 痊愈出院。随访半年余, 无肿瘤复发。

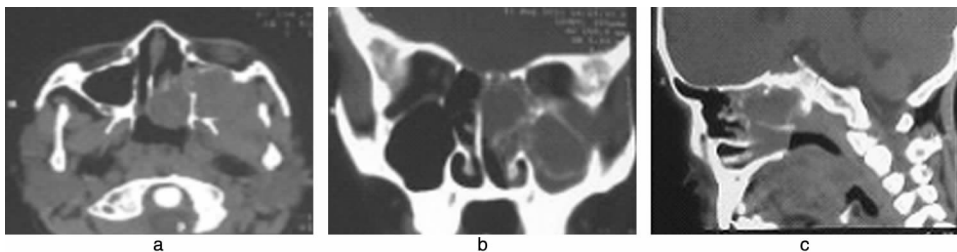


图 1 鼻窦 CT 扫描左上颌窦、筛窦、蝶窦见不规则软组织影, 病变侵入鼻腔; 左上颌窦内后侧壁, 左眶下缘骨质破坏, 侵犯翼腭窝及中颅窝底, 鼻咽后壁增厚 a: 水平位; b: 冠状位; c: 矢状位

作者简介: 杨泽垠, 男, 硕士研究生。
通讯作者: 吴 平, Email: wuping0701@126.com.

2 讨论

鼻咽血管纤维瘤好发于 16 ~ 25 岁男性青年,瘤体常来自鼻咽部特殊的血管纤维间质。在病理切片提示肿瘤主要是由丰富的胶原纤维和多核成纤维细胞形成的网状组织,其中散发大量无收缩能力的血管,如瘤体受损易出血。但该患者并无反复出血史。大多患者瘤体上覆以正常黏膜,一般质硬,可有分支,侵入翼腭窝、鼻窦及口咽等。亦可经颞下窝和鼻腔顶侵入颅内,但少见。本例瘤体有包膜呈分叶状向周围组织生长,向上侵犯左眶下缘、左翼

腭窝及中颅底,范围较广。术前 CT 和数字减影血管造影(DSA)可以明确病变的血供,了解肿瘤部位、大小、范围,不仅对进一步栓塞具有直接的指导意义,同时也为选择手术径路提供重要依据。栓塞应在术前 48 h 内进行效果较好。在 DSA 加瘤体供血动脉栓塞术的前提下手术能减少术中出血,降低手术风险。本例采用左鼻侧切开联合鼻内镜行肿瘤切除,其优点在于鼻侧切开可以充分暴露术野,便于操作,便于清除窦腔内残留细微病变组织。缝皮时采用皮内缝合,其优点是对合好、拆线早、瘢痕小。

(修回日期:2012-06-20)

· 病案报道 ·

声门下恶性纤维组织细胞瘤 1 例

张俊军¹,陈有新¹,王永强²,钱建同¹

(1. 日照市莒县中医院 耳鼻咽喉科,山东 日照 276500;2. 临沂市人民医院 耳鼻咽喉科,山东 临沂 276003)

中图分类号:R739.65

文献标识码:D

文章编号:1007-1520(2012)05-0407-02

声门下多形性未分化肉瘤即恶性纤维组织细胞瘤(malignant fibrous histiocytoma, MFH),是发生在头颈部罕见的恶性肿瘤,日照市莒县中医院收治 1 例,现报道如下。

1 病例资料

患者男,82 岁。因声嘶伴卧位时呼吸困难 1 周,于 2011 年 10 月 9 日入院。患者于 1 周前无明显诱因的情况下出现咳嗽声嘶,卧位时有Ⅱ°呼吸困难,无咽痛,无发热,不咳血,无吞咽困难,在家应用消炎药效果不佳,否认其他病史。门诊电子喉镜示声门下有一淡红色结

节状肿物,以声门下肿物收住院,入院后喉部 CT 示声门下有一细蒂样肿物连于右侧声门下(图 1)。完善术前检查,于 2011 年 10 月 12 日局麻下气管切开,插入麻醉套管全麻,于气管切开口处即能看见肿物表面下缘,由于气管切口较小加之气管插管,致息肉钳无法触及肿物,遂改变手术方案,经与麻醉师沟通后,迅速拔出麻醉套管,自气管切开口处用息肉钳夹取肿物,该肿物大小 2 cm × 2 cm,有一细蒂(图 2)。患者清醒后,更换 10 号金属套管,5 d 后拔管,术后经病理组织学与免疫组化检查证实:(声门下)多形性未分化肉瘤即 MFH(图 3)。术后随访 3 个月,未见复发。

作者简介:张俊军,男,经治医师。

通讯作者:张俊军,Email:junjun0005@163.com.



图 1



图 2

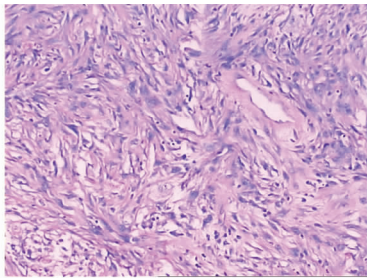


图 3

图 1 CT 示声门下有一带蒂肿物 图 2 肿瘤切除物,大小 2 cm × 2 cm 图 3 术后病检示 MFH (HE × 100),纤维母细胞瘤呈梭形,形成胶原纤维束作轮状排列

2 讨论

MFH 是由 O'Brien^[1] 在 1964 年首次报道,主要好发于四肢及后腹腔^[2],头颈部的发生率很低,只占 1% ~ 3%。而发生于声门下更罕见。回顾性分析近 20 年国外 20 多例喉 MFH 个案报道,喉 MFH 只占同期喉部恶性肿瘤的 0.78%^[3],2002 年 WHO 的肿瘤分类将 MFH 分为 3 种类型^[4]:多形性型、巨细胞型和炎症型。有文献报道不同的亚型,又决定着肿瘤不同的生物学行为特征^[5],确诊需行病理学检查,MFH 病理学特征为多种细胞组成,以纤维母细胞和组织细胞为主^[6]。MFH 的治疗以手术为主,文献报道 MFH 手术切除的边界应大于 3 cm,其复发率明显更低^[7],有学者报道头颈部 MFH 复发率高达 45% ~ 62.5%^[2,8-9]。考虑本例患者年龄较大,以解决咳嗽、声嘶及憋气症状为主要目的,肿物蒂部较细,暂不考虑切缘问题,目前普遍认为,术后补充放疗可减少 MFH 复发^[10-11],该患者家属考虑年龄问题,放弃术后放疗。

参考文献:

[1] O'Brien JE, Stout AP. Malignant fibrous xanthomas [J]. Cancer, 1964, 17: 1445 - 1455.

[2] Sabesan T, Xuexi W, Yongfa Q, et al. Malignant fibrous histiocytoma: outcome of tumours in the head and neck compared with those in the trunk and extremities [J]. Br J Oral Maxillofac Surg, 2006, 44 (3): 209 - 212.

[3] Caversaccio MD, Z baren P, Lang H. Rare malignant laryngeal tumors [J]. HNO, 1995, 43 (6): 383 - 388.

[4] Al-Agha OM, Igbokwe AA. Malignant fibrous histiocytoma: between the past and the present [J]. Arch Pathol Lab Med, 2008, 132 (6): 1030 - 1035.

[5] Le Doussal V, Coindre JM, Leroux A, et al. Prognostic factors for patients with localized primary malignant fibrous histiocytoma: a multicenter study of 216 patients with multivariate analysis [J]. Cancer, 1996, 77 (9): 1823 - 1830.

[6] 张国坤,常英展,罗伟,等. 上颌骨恶性纤维组织细胞瘤 1 例 [J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2008, 14 (1): 73.

[7] 唐学洵. 胸腹壁恶性纤维组织细胞瘤的诊治 [J]. 中国肿瘤临床与康复,2002, 9 (1): 73 - 74.

[8] 武乃旺,高太虎. 上颌窦恶性纤维组织细胞瘤 [J]. 肿瘤研究与临床,2000, 12 (1): 30 - 31.

[9] 陈艳峰,陈福进,曾宗渊,等. 头颈部恶性纤维组织细胞瘤临床和预后分析 [J]. 实用癌症杂志,2004, 19 (2): 155 - 158.

[10] Clark DW, Moore BA, Patel SR, et al. Malignant fibrous histiocytoma of the head and neck region [J]. Head Neck, 2011, 33 (3): 303 - 308.

[11] Fayda M, Aksu G, Yaman Agaoglu F, et al. The role of surgery and radiotherapy in treatment of soft tissue sarcomas of the head and neck region: et review of 30 cases [J]. J Craniomaxillofac Surg, 2009, 37 (1): 42 - 48.

(修回日期:2012-05-09)