

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201306011

· 论著 ·

## 鼻腔混合瘤的临床分析

范西惠<sup>1</sup>, 谷佳<sup>2</sup>, 阎艾慧<sup>2</sup>

(1. 扬州市第一人民医院耳鼻咽喉科, 江苏扬州 225001; 2. 中国医科大学附属第一医院耳鼻咽喉科, 辽宁沈阳 110001)

**摘要:** **目的** 探讨鼻腔混合瘤的临床表现、病理特点及治疗方法, 以提高对此病的诊疗水平。**方法** 回顾性分析6例鼻腔混合瘤患者的临床资料, 根据术前鼻内镜和鼻窦CT等术前评估选择手术径路; 其中2例行鼻侧切开术, 4例行鼻内镜下肿瘤切除术。**结果** 鼻腔混合瘤原发于鼻中隔者5例、鼻咽顶后壁1例; 术后随访3年, 5例痊愈, 1例复发。**结论** 鼻腔混合瘤虽属良性肿瘤, 但术后易复发, 首次彻底切除是预防复发的关键, 术后需定期随访。

**关键词:** 混合瘤; 鼻中隔, 鼻腔; 疗效

中图分类号: R765.2 文献标识码: A 文章编号: 1007-1520(2013)06-0521-04

## Clinical analysis of pleomorphic adenoma of nasal cavity

FAN Xi-hui, GU Jia, YAN Ai-hui

(Department of Otolaryngology, the First People's Hospital of Yangzhou City, Yangzhou 225001, China)

**Abstract:** **Objective** To discuss the clinical manifestations, pathologic characteristics and treatment of pleomorphic adenoma of the nasal cavity (NPA). **Methods** Clinical data of 6 NPA patients receiving surgical treatment in our department was analyzed retrospectively. All patients underwent preoperative nasal endoscopic examination and CT scan evaluation, according to these examinations to choose the surgical approaches. Of them, lateral rhinotomy and endoscopic resection were applied to 2 and 4 cases respectively. **Results** The diagnosis of pleomorphic adenoma was confirmed by postoperative pathological examination in all cases. As for the primary site of NPA, 5 were located at the nasal septum and one at the roof of nasopharynx. The 3-year follow-up demonstrated recurrence in one case and cure in 5. **Conclusion** NPA is a benign tumor with high recurrence rate. To provide a complete tumor resection in the initial surgery is essential to preventing the postoperative recurrence. Attention must be paid to the regular postoperative follow-up.

**Key words:** Pleomorphic adenoma; Nasal septum, nasal cavity; Therapeutic effect

混合瘤又称多形性腺瘤(pleomorphic adenoma), 早在1874年Minsson认为此瘤具有两种胚叶成份来源, 因而命名为混合瘤。它是涎腺最常见的良性肿瘤, 最多见于腮腺<sup>[1-2]</sup>, 其次是颌下腺, 发生于鼻腔鼻窦中很少见。我们收集6例鼻腔混合瘤病例, 结合文献资料, 对该病的临床表现、病理特点及手术方法等相关问题进行研究, 以提高对此病的诊治水平。

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

收集2007年8月~2010年6月中国医科大学附属第一医院耳鼻咽喉科6例鼻腔混合瘤患者的临床资料, 其中男2例, 女4例; 年龄29~53岁, 平均42岁; 病程3个月至5年。主诉渐进性鼻塞1例, 鼻塞伴鼻出血2例, 鼻塞伴头痛1例, 鼻背隆起1例, 单纯鼻出血1例。全部病例术前均行鼻内镜和鼻窦CT检查, 术后经病理证实。6例患者的临床资料见表1。

作者简介: 范西惠, 女, 硕士, 主治医师。  
通讯作者: 阎艾慧, Email: fxh\_97@sina.com

## 1.2 手术方式

根据鼻内镜检查和鼻窦CT,制定手术方案。病例1和病例5鼻窦CT显示瘤体局限于鼻中隔,鼻内镜下完整切除瘤体及瘤体附着部位的鼻中隔黏膜、中隔软骨、筛骨垂直板,保留鼻小柱。术中见红色瘤体,表面光滑,根部位于鼻中隔,瘤体包膜完整。病例2左侧鼻腔瘤体伴有左侧上颌窦低密度影,全麻下鼻内镜切除左侧鼻腔瘤体,见基底位于鼻中隔软骨,一并切除,开放上颌窦,吸出脓性分泌物,窦内黏膜水肿。病例4和病例6见瘤体充满单侧鼻

腔,鼻内结构无法分辨,采取全麻下鼻侧切开,自梨状孔缘切开鼻腔黏膜入鼻腔,见瘤体表面光滑,有完整包膜包绕,呈前后哑铃状,与周围组织无粘连。中间有蒂连于鼻中隔左侧面,黏骨膜下分离断蒂取出瘤体,包膜触之易出血。病例3鼻中隔后端与鼻咽部交界处,近顶部中央有一淡红色瘤体,表面呈细小结节样。全麻下Davis开口器暴露口咽部,经口70°鼻内镜显示后鼻孔及鼻咽部结构,明视下完整切除,蒂部用电凝烧灼止血。

表1 6例鼻腔混合瘤患者临床资料

病例	性别	年龄	主诉	肉眼所见	手术名称	麻醉方式
1	男	29	左鼻背隆起3月	左鼻腔粉红色肿物呈细蒂连于鼻中隔,包膜完整,表面光滑	鼻内镜下左鼻腔肿物切除术	局麻
2	女	49	鼻塞伴头痛1年	左鼻腔淡红色肿物,质中等硬,表面有血管纹	鼻内镜下左鼻腔肿物切除、左上颌窦开放术	全麻
3	女	42	反复鼻出血1月	鼻中隔后端与鼻咽部交界处淡红色带蒂肿物,表面呈细小结节	经口鼻内镜下鼻咽部肿物切除术	全麻
4	男	45	左鼻塞5年间断出血2年	左鼻腔淡红色肿物充填,质韧,触之易出血,鼻中隔被推向右侧	左鼻侧切开术	全麻
5	女	53	鼻塞伴鼻出血3年	淡红色肿物充满双侧鼻腔前段,右侧向前至鼻前庭,触之易出血	鼻内镜下鼻腔肿物切除术	全麻
6	女	34	渐进性左鼻塞3年	左鼻腔肿物表面光滑质硬,表面见扩张血管,中隔右偏	左鼻侧切开术	全麻

## 2 结果

### 2.1 病理结果

5例组织形态学可见腺管样结构,肌上皮细胞明显增生,伴有角化的鳞状细胞灶,无核

分裂像。肿瘤细胞间的间质可见小灶黏液、黏液湖、玻璃样变组织(图1),腺上皮细胞构成腺管样结构的内层,肌上皮细胞构成腺管样结构的外层,腺腔内充满上皮性黏液(图2)。1例无腺管样结构,可见肌上皮细胞间质化生,形成软骨样组织(图3)。

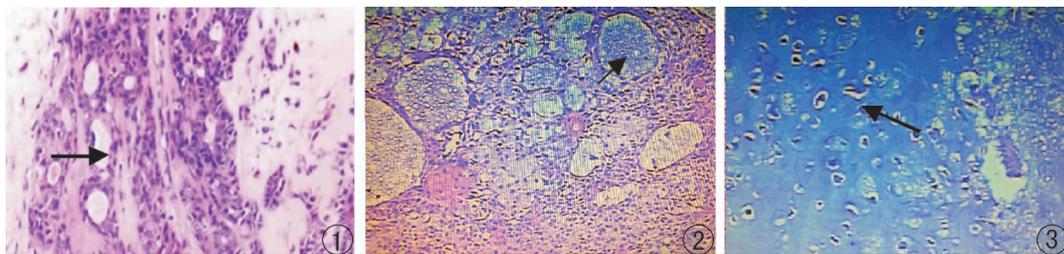


图1 上皮细胞呈腺管样排列,间质可见黏液样组织(HE × 200) 图2 管腔内上皮性黏液(HE × 400)  
图3 淡蓝透明状软骨样结构,软骨细胞大小不一,胞浆呈空泡状(HE × 400)

### 2.2 随访结果

所有病例术后均未出现脑脊液鼻漏及颅内、眶内并发症。经随访18个月至3年,5例未见复发;1例未定期复诊,于术后11个月鼻塞伴鼻出血再次就诊,查体见鼻梁塌陷,中隔

缺失,双侧鼻腔内均可见淡红色肿物堵塞,包膜完整表面破溃,考虑复发。第2次行全麻鼻内镜下鼻腔混合瘤切除术,见肿物位于右鼻腔外侧壁近下鼻甲上缘、钩突前缘约0.5 cm,原手术部位鼻中隔筛骨垂直板缺如(图4~6)。



图4 第1次术前冠状位CT示鼻中隔被结节状肿物占据 图5 第1次术前矢状位CT示瘤体近鼻顶有斑片状钙化 图6 第2次术前水平位CT示肿物复发,主体位于右鼻腔

### 3 讨论

目前大多数研究认为鼻腔混合瘤来源于发育成熟的黏液腺组织,属于上皮源性肿瘤。其生长缓慢,外有包膜,表面光滑或呈结节状<sup>[3]</sup>。从病理形态学观察,组成肿瘤的肌上皮细胞和腺上皮细胞构成腺管样结构,或呈条状、片状结构,有的可围绕小血管形成假腺管样结构。肌上皮细胞可鳞状化生,甚至癌变;介于肌上皮细胞间的间质呈小灶黏液或黏液湖样改变。黏液样基质可化生为软骨样结构,呈淡蓝透明状,软骨细胞大小不一,胞浆呈空泡状。这与非上皮源性肿瘤软骨肉瘤容易鉴别,后者的细胞核异型性明显<sup>[4]</sup>。因鼻腔混合瘤组织结构复杂具有多形性或混合性特征,即肌上皮细胞构成的腺管样结构、黏液样基质、软骨样组织,故不典型的鼻腔混合瘤易误诊。本组病例组织结构复杂多变,但未出现误诊,主要是掌握了此瘤实质由肌上皮细胞组成,呈现组织结构的多样性而非细胞的多样性<sup>[5]</sup>。

鼻腔混合瘤呈无痛缓慢生长,充满鼻腔,占据中隔,并将中隔推向对侧。临床表现为进行性鼻塞、鼻出血、嗅觉减退。病例1瘤体向鼻顶方向发展,表现为鼻背隆起,有文献报道<sup>[6]</sup>瘤体复发后可穿过鼻背软骨突出外鼻,出现外鼻经久不愈溃疡。鼻腔混合瘤临床表现无特异性,诊断有赖于病理检查。鼻腔混合瘤多发生于鼻中隔,少见于鼻腔外侧壁,与鼻腔恶性肿瘤不同,这可能与胚胎期有异位的外胚层上皮细胞经嗅窝达鼻中隔区域残留有关。本组病例1例发生于鼻中隔后端近鼻咽顶后壁,其余5例均原发于鼻中隔。病例5术后11个月

复发于同侧鼻腔外侧壁,因其第1次术前肿物根蒂位于中隔,双侧鼻腔外侧壁及下鼻甲等部位黏膜均光滑,无肿瘤浸润表现,术后异位复发,考虑是第1次手术破膜种植可能。20世纪初,多数学者认为鼻腔混合瘤是交界性肿瘤,具有多中心生长和易复发的生物学特点<sup>[7]</sup>。后来发现混合瘤虽有纤维性包膜,但厚薄不均,术中剥离肿瘤时破膜很容易造成瘤细胞的种植或剥离不彻底复发,而并非瘤生物学特性所致。故在临床遇到鼻腔肿物怀疑混合瘤时,多不主张活检,以免破坏肿瘤的完整性产生种植。

外科手术是治疗此病唯一有效的手段,首次手术方式是否正确和彻底是治愈的关键<sup>[8]</sup>。手术路径视肿瘤部位、大小而定。鼻内镜检查结合鼻窦CT对肿瘤大小及毗邻结构行术前评估,对术式的选择很重要。病例1,2,3,5肿瘤小界限清楚,采取鼻内镜下明视手术切除;病例2和病例6瘤体较大边界不清,采取全麻下行鼻侧切开,保证了一定的安全缘,避免经鼻内镜下术野受限、瘤组织切除不彻底。手术切除不彻底造成病灶的残留或瘤细胞种植是肿瘤复发的主要原因,所以一旦拟诊本病,应尽早手术,并力求彻底;术中剥离肿瘤时动作轻柔,严防破膜而造成肿瘤摘除的不完整,并减少对异处鼻黏膜的损伤,防止种植,术后定期随访,从而达到预防肿瘤的复发。

### 参考文献:

- [1] 刘及,苏少武,谢飞虎,等.腮腺良性肿瘤切除附143例报告[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2011,17(3):185-188.

(下转第526页)