

少,术后并发症少。手术中如果发现甲状软骨、环状软骨骨折,应将骨折复位,保持软骨固有形态和功能。气管端端吻合时用可吸收线于黏膜下缝合,可减少吻合口肉芽组织及瘢痕形成。合并食管穿孔时,食管穿孔处应分层缝合,必要时转移组织覆盖,有利于食管穿孔愈

合,并且鼻饲至少 2 周以上。对于喉返神经损伤者,如一侧活动较好,不影响呼吸者,可于呼吸困难消除时拔除气管导管,如两侧喉返神经损伤者,可延长带管时间,并定期复查声带状况,做进一步处理。

(修回日期:2013-05-20)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201306025

· 病案报道 ·

筛窦巨细胞修复性肉芽肿 1 例

谢 丹,梁建伟,杨 径,李艳清

(长沙市八医院耳鼻咽喉科,湖南 长沙 410100)

中图分类号:R765.4 文献标识码:D 文章编号:1007-1520(2013)06-0559-03

1 病例报告

患者,男,44 岁,2009 年 5 月 5 日因鼻塞、流涕、头部胀痛、嗅觉减退 5 年,以慢性鼻-鼻窦炎、鼻息肉(双),鼻中隔偏曲而收住院。于 2009 年 5 月 8 日局麻下行鼻内镜下鼻息肉摘除及鼻窦开放术,术后病检报告为鼻息肉,于 5 月 13 日出院。出院半年内定期门诊复诊及鼻内镜术后清理。患者术腔恢复可,未见息肉复发,症状明显改善。患者于 2012 年 10 月因左侧鼻出血 1 个月来门诊就诊,鼻内镜下见左侧鼻腔为灰白色新生物及少许脓性物,又以鼻息肉及慢性鼻窦炎收治入院,鼻窦 CT 示左侧筛窦腔密度增高,窦腔间隔消失,为软组织块填满,左侧眶纸板、筛顶骨质部分吸收(图 1)。于 2012 年 10 月 19 日在全麻下行鼻内镜手术,术中发现左侧鼻腔筛窦内新生物灰白色、质很韧,不易出血,左侧眶纸板部分吸收,肿块向上侵及左侧筛顶,手术将肿块基本切除,术后病检为巨细胞修复性肉芽肿。并请上级医院病理科会诊:左鼻腔新生物镜下为增生肉芽

与增生纤维组织、累及骨组织,较多淋巴细胞、浆细胞混有嗜酸性粒细胞、组织细胞浸润,散在多核巨细胞,PAS 染色、银染色查霉菌(-)意见,倾向巨细胞修复性肉芽肿、右鼻腔炎性息肉(图 2)。术后 3 个月门诊复查鼻内镜下见左侧筛窦淡红色的新生物,考虑为巨细胞修复性肉芽肿复发,建议住院治疗,患者未予执行。

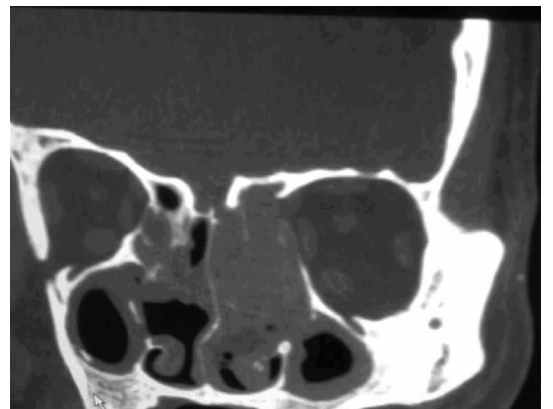


图 1 患者第 2 次术前冠状位 CT 示左筛窦腔密度增高影,窦腔间隔消失,左侧眶纸板及筛顶部分吸收

作者简介:谢 丹,女,硕士,副主任医师。
通讯作者:谢 丹,E-mail:13739076504@163.com

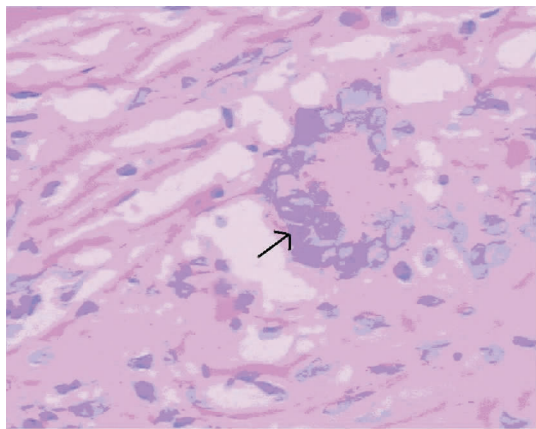


图2 病检可见较多淋巴细胞、浆细胞混有嗜酸性粒细胞、组织细胞浸润,散在多核巨细胞(HE ×400)

2 讨论

1953年Jaffe^[1]首次报道巨细胞修复性肉芽肿(giantcell reparative gramuloma, GCRG),认为GCRG是外伤性骨内出血而引起的增生性修复性反应,是一种罕见的非肿瘤性病变,具有局部侵袭性。该病好发于颌骨,亦有发生于颌面外的报道^[2],例如鼻骨、颅骨及四肢的短、长骨等,该病的发生率低,约占骨良性病变的7%^[3]。其发病原因和机制尚不清楚,有人认为外伤^[4]是一个很重要的因素,但也有作者认为与外伤无关。文献上的许多病例都无外伤史可查^[5]。炎症反应可能是GCRG发病机制中的一个可能因素^[6],慢性炎症反应可引起局部血液动力学变化,发生反应性增生过程,从而在一些患者中,导致肉芽肿的形成。巨细胞修复性肉芽肿中巨细胞是作为异物巨细胞起作用。本例是否是前次手术创伤所致,还是炎症反应,抑或别的因素尚不清楚。组织病理学特点:通常病变纤维化明显,成纤维细胞或肌成纤维细胞散在分布,多核巨细胞大小不一,分布不规则;有出血和含铁血黄素沉着;有类骨质或新骨形成,有较多炎症单核细胞^[7]。GCRG临床上无转移及恶性变的报道,一般对病变部位手术切除,还可口服降钙素或双磷酸盐类等辅助治疗,80%的患者可获得治愈。GCRG的复发率为10%~15%。总之,彻底切除病变仍是最有效的治疗手段,术后需要密切观察和随访。本病的临床、影像表现与骨巨细胞瘤相似,但二者的生物学行为不同,应与之

鉴别^[8]。GCRG病理检查病变基质内有纤维组织(胶原纤维)为主要成分,多核巨细胞数目相对少,基质中成纤维细胞呈椭圆形或梭形,多核巨细胞大小不一,分布不规则,聚集在出血灶周围及之中,细胞内有5~15个核,没有核异型性;巨细胞瘤(giant cell tumour, GCT)的病理特点:GCT巨细胞核较多,且巨细胞大小一致,分布较均匀,GCT为肿瘤,炎症成分少或没有,可有坏死病灶存在,巨细胞瘤的多核巨细胞内有常有20个以上的核,核分裂相常见。GCRG多在20~40岁,骨巨细胞瘤多发生在60~80岁,GCRG多发生在上、下颌骨,GCT好发于长骨;GCRG术后复发率低,无恶变转移,GCT易复发,并有恶变、转移的报道。因此该病与骨巨细胞瘤可通过发病年龄、部位、临床表现及组织病理学加以鉴别。GCRG虽然是一种非肿瘤性良性病变,但是因其具有局部侵袭性,术前在影像学上易与肿瘤混淆,因此术前最好活检或术中应送快速切片,以便选择合适的手术方式。如在鼻腔、鼻窦还应与鼻腔及鼻窦常见的良恶性肿瘤鉴别,如乳头状瘤,乳头状瘤是鼻腔鼻窦常见的良性肿瘤之一,内翻性(inverted papilloma)占乳头状瘤的70%,内翻性乳头状瘤的发生为多因素、多阶段作用的结果,研究显示环境因素、病毒感染、炎症刺激、变态反应的作用可以导致内翻性乳头状瘤的发生,吸烟、环境暴露对其作用也有报道^[9]。鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤组织学上属于良性肿瘤,占鼻部肿瘤的0.5%~4.7%,具有易复发、破坏周围解剖结构和易恶变的特点,恶变率一般为6%~13%,最常见的部位是鼻腔侧壁、上颌窦内壁,中鼻道及鼻腔中部,偶见于下鼻甲、下鼻道或鼻前庭、鼻中隔。组织病理学方面,内翻性乳头状瘤为外胚层源性肿瘤,组织学特点是上皮成分向基质内呈内翻性增生,基底膜完整,瘤组织上皮可为呼吸性上皮、鳞状上皮或移行上皮,以后者多见。显微镜下见上皮赘生物内翻入其基质界面处,广基,缺乏嗜红细胞,基质黏液样水肿。组织学上属良性肿瘤,但生物学行为有恶性倾向,故常被看作低度恶性肿瘤。研究认为内翻性乳头状瘤复发与否与肿瘤大小、发病部位和鳞状上皮增生、核分裂指数等组织病理参数相关^[10~12]。内翻性乳头状与巨细胞修复性肉芽肿均易单侧

发病,局部常有骨质压迫吸收,术后有复发倾向,均属于良性肿瘤,且手术彻底切除为最佳治疗方法。内翻性乳头状瘤术后易复发且有恶变可能,马文新等^[13]报道鼻内镜手术手术切除是治疗鼻内翻性乳头状瘤的最佳选择,彻底切除肿瘤是手术成功的关键。古庆家等^[14-15]报道鼻内镜手术主要适用于内翻性乳头状瘤 Krouse 分类 I 级与 II 级的患者。鼻内镜下鼻内外联合入路手术适用于 Krouse 分类 III 级及选择性 IV 级患者。鉴别主要依靠组织病理检查。

参考文献:

- [1] Jaffe HL. Giant-cell reparative granuloma, traumatic bone cyst and fibrous dysplasia of the jaw bones [J]. Oral Surg, 1953, 6(1): 159 - 175.
- [2] Ted A, Glass MD, Stacey E, et al. Giant cell reparative granuloma of the hands and feet [J]. Radiology, 1983, 149(1): 65 - 68.
- [3] 宋亚玲,汪昌宁. 家族性巨颌症和巨细胞肉芽肿临床病理学分析与比较研究 [J]. 武汉大学学报(医学版), 2006, 27(10): 616 - 619.
- [4] Waldron CA, Shofor WG. Central giant-cell reparative granuloma of the jaws: An analysis of 38 cases [J]. Am J Clin Pathol, 1966, 45(4): 437 - 447.
- [5] 谢群,胡强,王琦,等. 颌面部(骨)巨细胞修复性肉芽肿 1 例 [J]. 中国美容医学, 2010, 19(12): 1876 - 1877.
- [6] Murphey MD, Nomikos GC, Flemming DJ, et al. From the archives of AFIP. Imaging of giant cell tumor and giant cell reparative granuloma of bone: radiologic-pathologic correlation [J]. Radiographics, 2001, 21(5): 1283 - 1309.
- [7] Liu B, Yu SF, Li TJ. Multinucleated giant cells in various forms of giant cell containing lesions of the jaws express features of osteoclasts [J]. J Oral Pathol Med, 2003, 32: 367 - 375.
- [8] 文清汉,李祖兵. 颌骨巨细胞修复性肉芽肿(附 13 例探讨) [J]. 临床口腔医学杂志, 1999, 15(2): 81 - 82.
- [9] 邵隽,张罗,韩德民. 鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤病因学研究 [J]. 国际耳鼻咽喉头颈外科, 2009, 33(1): 27 - 30.
- [10] Lawson W, Ho BT, Shaari CM, et al. Inverted papilloma: a report of 112 cases [J]. Laryngoscope, 1995, 105(1): 282 - 288.
- [11] 王岸柳,刘红刚. 组织病理学参数与鼻腔及鼻窦内翻性乳头状瘤复发的相关性 [J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2007, 14(5): 299 - 301.
- [12] Katori H, Nozawa A, Tsukuda M. Histopathological parameters of recurrence and malignant transformation in sinonasal inverted papilloma [J]. Acta Otolaryngol, 2006, 126(2): 214 - 218.
- [13] 马文新,张春业,黄晓阳. 鼻内镜下鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤手术 32 例 [J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2008, 14(5): 387 - 388.
- [14] 古庆家,何丕,邹胜琴,等. 鼻内翻性乳头状瘤手术术式的选择与疗效 [J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2010, 16(6): 429 - 433.
- [15] 杨培新,刘及. 鼻内镜下切除鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤 51 例临床观察 [J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2010, 16(4): 293 - 295.

(修回日期:2013-05-14)

· 消息 ·

《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》2014 年征订启事

《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》是中华人民共和国教育部主管、中南大学主办、中南大学湘雅医院承办、国内外公开发行的医学学术性期刊,已被列入中国科技论文统计源期刊。本刊以耳鼻咽喉颅底外科工作者为主要读者对象,重点报道耳鼻咽喉颅底外科领域内领先的科研成果、基础理论研究及先进的临床诊疗经验。本刊设有论著、短篇论著、临床报道、经验交流、技术与方法、病案报道、综述等栏目。本刊为双月刊,定价 12.00 元,全年 72.00 元,全国各地邮局均可订阅,邮发代号 42-171。本刊编辑部可免费为读者代办邮购。通讯地址:湖南省长沙市湘雅路 87 号中南大学湘雅医院《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》编辑部(湘雅医院内),邮编:410008,投稿网址: <http://www.xyosbs.com>, Email: xyent@126.com, 电话(传真): 0731-84327469; 0731-84327210。欢迎踊跃投稿、积极订阅。