

DOI:10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201402018

· 短篇论著 ·

穿刺切割活检术在咽旁间隙肿瘤诊断中的应用

缪爱林¹, 万美珍², 宗 薇¹

(苏州大学附属常州肿瘤医院 1. 耳鼻咽喉头颈外科; 2. 病理科, 江苏 常州 213001)

摘 要: **目的** 探讨穿刺切割活检术在咽旁间隙肿瘤诊断中的应用。**方法** 对 18 例咽旁间隙肿瘤患者采用半自动活检枪进行穿刺切割活检术, 以判断其诊断率。**结果** 17 例患者得到确诊, 诊断准确率 94. 4% (17/18), 其中良性肿瘤 13 例, 恶性肿瘤为 4 例; 另 1 例患者因进针方向有误, 诊断为纤维组织。所有患者均无并发症发生。**结论** 咽旁间隙肿瘤穿刺切割活检术成功率和诊断符合率高, 并发症少, 有临床应用价值。

关 键 词: 咽旁间隙; 头颈部肿瘤; 穿刺; 活组织检查

中图分类号: R739. 65 **文献标识码:** A **文章编号:** 1007-1520(2014)02-0152-03

Application of cut needle biopsy to diagnosis
of parapharyngeal space neoplasms

MIAO Ai-lin, WAN Mei-zhen, ZONG Wei

(Department of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery, Changzhou Tumor Hospital, Suzhou University, Changzhou 213001, China)

Abstract: **Objective** To investigate the clinical application of cut needle biopsy (CNB) to the diagnosis of parapharyngeal space neoplasms. **Methods** CNB was performed with automatic biopsy gun on 18 cases with neoplasms of parapharyngeal space. **Results** Of all 18 patients, 17 patients had the right qualitative diagnosis. The diagnostic accuracy rates of benign and malignant neoplasms were 92. 9% (13/14) and 100% (4/4) respectively, another patients diagnosed with fibrous tissue because of needling direction. No complications were recorded. **Conclusion** With advantages of high success rate, diagnostic accuracy and rare complications, CNB is worth being clinically applied to the diagnosis of neoplasms parapharyngeal space.

Key words: Parapharyngeal space; Head and neck tumors; Puncture; Biopsy

咽旁间隙为一围绕咽部的潜在间隙, 形似倒锥形, 居下颌骨升支与咽侧壁之间, 上至颅底, 下至舌骨水平。咽旁间隙被茎突和附着茎突的肌肉(茎突舌骨肌、茎突舌肌、茎突咽肌)将其分为前后两部分, 前方的茎突前间隙包含腮腺及淋巴结, 后方的茎突后间隙包含颈内动脉、颈内静脉、IX~XII脑神经、颈交感干和颈深淋巴结上群^[1]。咽旁间隙肿瘤较为少见, 因位置深在, 周围结构复杂, 术前定性诊断较难^[2]。部分学者进行细针穿刺吸取细胞学(fine-needle aspiration, FNA)检查, 但结果不甚满意^[3,4]。笔

者对咽旁间隙肿瘤进行穿刺切割活检(cut needle biopsy, CNB), 取得了良好临床诊断效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集 2005 年 1 月~2013 年 1 月我科就诊的咽旁间隙肿瘤患者 18 例, 男 10 例, 女 8 例; 年龄 23~65 岁, 中位年龄 48 岁。其中无痛性颈部肿块 10 例, 咽部异物感或疼痛 5 例, 吞咽不适或哽噎感 3 例, 头痛 1 例。患者从出现临床症状到就诊时间为 1~4 个月, 平均 2.5 个月。所有患者均行 CT 或 MRI 检查, 结果显示

作者简介: 缪爱林, 男, 硕士, 副主任医师。
通信作者: 缪爱林, Email: mal0519@163.com

咽旁间隙软组织密度占位病变,肿物最大直径为2.5~6 cm,平均4.0 cm。

1.2 方法

1.2.1 器械与原理 采用日本 TSK 株式会社长度为 160 mm 的 18 G 半自动切割活检枪(图1)。工作原理:穿刺针进入皮肤、皮下(或黏膜、黏膜下)的组织后,针尖定位于肿物的边缘,首先将带有标本槽的内针向前穿刺,随后其外层套管快速向前套切,从而切取进入标本槽内的组织并留置在槽中,退针,标本被带出。



图1 型号 18 G 半自动切割活检枪

1.2.2 操作方法 术前完善凝血功能检查,并签署知情同意书,并仔细阅读 CT 或 MRI 影像,选择最佳进针路径。①经口咽径路:采用 1% 丁卡因 1~2 ml 喷咽进行局部表面麻醉后,常规消毒,从被推向内侧的扁桃体上极近舌腭弓处进针,针尖向外侧;②经皮肤径路:常规消毒铺无菌小孔巾,用 1% 利多卡因 1~2 ml 局部麻醉后,按预定进针点、进针方向及深度穿刺进针切取标本。从同一进针点进针并移动针尖穿向肿块不同的部位,重复进行 2~3 次切取标本。所取标本采用 10% 甲醛固定,送病理科石蜡包埋切片。穿刺点按压止血 5~10 min。所有患者术中均无明显异常反应,未出现大出血和神经损伤等并发症。

2 结果

18 例患者中经口咽径路 10 例;经皮肤径路 8 例,其中为经乳突前径路 5 例,经颌下径路 3 例。所有患者穿刺均获得足够的组织用于病理诊断。16 例患者穿刺结果与术后病理符合,其中多形性腺瘤 8 例,神经鞘瘤 5 例,黏液表皮样癌 2 例,腺样囊性癌 1 例,诊断准确率为 94.4% (17/18)。1 例患者穿刺结果为纤维

组织,术后病检示神经鞘瘤,考虑由于进针方向不对;1 例穿刺结果为鳞状细胞癌,患者有鼻咽癌病史,考虑为鼻咽癌放疗后咽旁间隙复发,给予再次放疗。其中良性肿瘤诊断率为 92.9% (13/14),恶性肿瘤诊断率为 100% (4/4)。术中无大出血、神经损伤等并发症。

3 讨论

咽旁间隙肿瘤发生率低,文献报道约占头颈肿瘤的 1%^[5]。咽旁间隙肿瘤病理类型繁多,Hughes 等^[6]报道,咽旁间隙肿瘤中,良性者占 80%,恶性者占 20%,其中涎腺混合瘤占多数。本组资料良性者 77.8% (14/18),恶性者 22.2% (4/18),多形性腺瘤最多见,与其报道相似。由于咽旁间隙的位置比较隐蔽,此处肿瘤不易早期发现,患者就诊一般较晚,等到症状出现时肿瘤已经较大(通常大于 2 cm),笔者接触的患者肿瘤直径为 2.5~6 cm。随着肿瘤的增大常表现为口咽侧壁膨隆,其次为上颈部肿块,再次为腮腺区肿块,患者早期常无症状。诊断主要依靠 CT、MRI 检查,可提供肿瘤的大小、位置、肿瘤边缘是否光滑以及与周围重要结构的关系,同时可从病变的密度、影像形态学特征、增强效应、有无临近骨质破坏等了解肿瘤的性质^[7-9]。

咽旁间隙肿瘤术前定性诊断部分学者采用 FNA,但存在争议。Farrag 等^[3]报道 CT 引导下的细针穿刺活检对良性肿瘤诊断的阳性正确预测值为 90%,而对于恶性肿瘤诊断的正确预测值下降为 75%。孙大为等^[4]报道 FNA 对咽旁间隙肿瘤的诊断准确率为 74.60%,其中良性肿瘤为 76.47%,恶性肿瘤为 60.00%。我们认为 FNA 一个最大的局限就是未能获得足够的瘤体标本用于病理医师作出明确诊断,而 CNB 可切取小块组织用于组织学分析,极大地提高了诊断准确率及敏感性。俞炎平等^[10]报道 32 例鼻咽癌咽旁区侵犯或咽旁区复发患者 CT 引导下经皮穿刺切割活检术,诊断准确率为 100%。本组病例诊断准确率为 94.4% (17/18),其中良性肿瘤为 92.9% (13/14),恶性肿瘤为 100% (4/4)。

对咽旁间隙肿瘤行 CNB,术前应作 CT、MRI 检查及电子鼻咽镜等检查,有条件可作 PET-

CT检查。肿物直径>2.5 cm的实体瘤是其适应证。疑为血管源性病变或囊性病变不进行穿刺活检。对于出血性体质和常规使用抗凝药的患者应视为CNB的相对禁忌证,对不能配合、过分敏感及顾虑较多的患者应尽量避免作CNB。穿刺切割活检的主要并发症为大出血及神经损伤,发生的概率并不高,本组病例无1例发生。熟悉头颈部的断层解剖,大血管的位置、走行和仔细地研究进针路径是减少并发症的关键。

咽旁间隙肿瘤行CNB前应认真阅读CT或MRI片,设计合适的进针路径和深度。据文献报道,笔者临床中归纳了5条穿刺径路^[10-12]。

①上颌窦外后侧脂肪间隙路径:此路径行经上颌窦外后侧脂肪间隙至鼻咽侧壁、咽旁间隙,穿刺点位于面部;②下颌切迹路径:此路径上为颧骨弓,下为下颌切迹,内后为腮腺,经过咬肌、颞肌、翼外肌和翼内肌,穿刺点位于颞部;③乳突前径路:此路径位于下颌骨升支后方,乳突前下方,穿刺点位于外耳前下方;④颌下径路:此路径在下颌骨下方可扪及肿块的地方进针,穿刺点在颌下;⑤经口径路:从被推向内侧的扁桃体上极近舌腭弓处进针,经过咽缩肌,达咽旁间隙肿物。适用于咽侧壁和扁桃体明显被肿物推向内侧的咽旁间隙肿瘤。穿刺点位于扁桃体上极外上方。本组病例选择后3种路径,主要考虑可在触及肿物或明视下操作,增加穿刺的成功率及减少并发症的发生,仅1例因进针方向不对,未获得正确结果。对于前两种路径,建议在CT引导下进行操作。综上所述,细针穿刺切割活检术是一种微创的诊断技术,安全,有效,在咽旁间隙肿瘤定性诊断中具有临床应用价值。

参考文献:

[1] 王斌全.耳鼻咽喉-头颈应用解剖学[M].北京:人

民卫生出版社,2003:60-61.

- [2] 叶青.颈侧径路切除咽旁间隙肿瘤28例报告[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2005,11(4):271-272.
- [3] Farrag TY, Lin FR, Koch WM, et al. The role of preoperative CT-guided FNAB for parapharyngeal space tumors[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2007, 36(3):411-414.
- [4] 孙大为, 刘邦华, 孔维佳, 等. 细针穿吸细胞学检查在咽旁间隙肿物诊断中的应用[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2007, 21(3):134-135.
- [5] Pang KP, Goh CH, Tan HM. Parapharyngeal space tumours: an 18 year review[J]. J Laryngol Otol, 2002, 116(3):170-175.
- [6] Hughes KV, Olsen KD, Mccaffrey TY. Parapharyngeal space neoplasms[J]. Head Neck, 1995, 17(2):124-130.
- [7] 罗道天. (临床影像学图鉴系列) 眼耳鼻咽喉疾病影像学图鉴[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2002: 550-550.
- [8] 李晓明, 张慰天, 郭晓峰. 咽旁隙肿瘤50例临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2003, 9(3):174-176.
- [9] 范静平, 孙爱华, 林顺涨, 等. 咽旁间隙肿瘤的诊断及治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2004, 10(1):21-24.
- [10] 俞炎平, 邵国良, 郑家平, 等. CT引导下咽旁区经皮穿刺切割活检术探讨[J]. 中华肿瘤杂志, 2005, 27(11):688-690.
- [11] 蔡谦, 苏振忠, 叶辉, 等. 细针穿刺切除活检技术在咽旁间隙肿瘤诊断中的应用[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2006, 20(3):136-137.
- [12] Tu AS, Geyer CA, Mancall AC, et al. The buccal space: a doorway for percutaneous CT-guided biopsy of the parapharyngeal region[J]. AJNR Am J Neuroradiol, 1998, 19(4):728-731.

(修回日期:2013-06-24)