DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201505025

· 病案报道 ·

上颌窦黏液瘤 1 例

李军政[1],许教远[1],高　翔[1],郑庆生[1],梁悦浓[1],黄春柳[1],吴盖珍[1],田文栋[2]

(1. 东莞市第五人民医院 耳鼻咽喉头颈外科,广东 东莞　523900; 2. 南方医科大学南方医院 耳鼻咽喉头颈外科,广东 广州　510515)

中图分类号:R765.4　　**文献标识码**:D　　**文章编号**:1007 – 1520(2015)05 – 0429 – 02

1　病例报告

患者,男,20 岁。1 年前发现右面部局部隆起,无疼痛,渐长大,近 1 年来增长迅速,面部隆起明显,伴右侧鼻塞,无头痛、鼻漏、牙痛及复视等症状,于 2012 年 7 月 10 日入院。查体:面部两侧不对称,右眶下面部显著膨隆,表面光滑,质硬,无明显红肿及压痛;右侧上牙列齐,牙齿无缺失及松动,咬合关系良好,无张口受限,硬腭向下隆起,硬腭黏膜完整,光滑,大小约 4 cm × 3 cm;右鼻腔稍窄,黏膜光滑,未见分泌物;双眼对称,眼球活动好。鼻窦 CT 示:右侧上颌窦肿物并窦腔膨胀性扩大,窦壁部分骨质破坏、吸收,包膜不完整,边界清(图 1)。入院后于右侧下鼻道前端上颌窦穿刺针进入右上颌窦腔内,用小活检钳取出质脆灰白色的新生物 3 小块送病检。病理结果示右上颌窦黏液组织伴炎性细胞。入院诊断:右上颌窦肿物(性质待查)。经完善相关准备后,于全麻鼻内镜下经柯陆氏入路行右上颌窦扩大根治术。术中见右上颌窦前壁骨质菲薄,部分缺损,窦腔内新生物包膜完整,分次取除肿物,肿物为鱼肉状,灰白色,质脆,不易出血。新生物来源于右上颌窦底壁与内侧壁交界处,内侧壁骨质菲薄,大部分骨质破坏、吸收,肿物包膜尚完整,连同包膜一起剥离,取组织共约 120 g,术腔填塞碘仿纱条,3 d后取除纱条。术后 HE 染色及免疫组化示右上颌窦黏液瘤(图 2、3)。术后随访 2 年,无鼻塞,眼球活动好,无复视,病变无复发及转移。

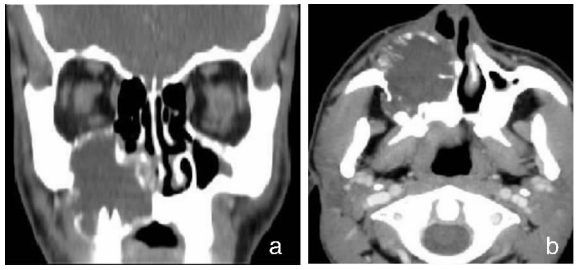

图 1　鼻窦 CT 示右上颌窦骨壁骨质部分破坏、吸收　a:冠状位;b:水平位

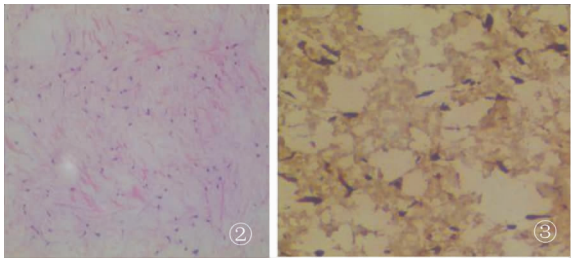

图 2　病理检查示大量黏液组织中散在分布梭形细胞或星芒状细胞,其细胞核小,卵圆形,深染,部分细胞胞浆长尾巴样,未见明显核分裂　(HE ×400)　　**图 3**　免疫组化 Vim(++),SMA(–),GEAP(–),NF(–),S – 100(–),CD34(–),Ki – 67(1% +)　(免疫组化 ×400)

2　讨论

上颌窦黏液瘤是鼻腔鼻窦肿瘤中较为少见的良性肿瘤,肿瘤生长缓慢,有局部浸润性生长的特点,常使窦壁骨质破坏吸收,容易误诊为恶性肿瘤[1]。其病因尚不完全清楚,有学者研究发现单纯疱疹病毒Ⅰ型(HSV – Ⅰ)与牙源性黏液瘤发生发展有一定的关系,常发生于青年,其临床症状多表现为缓慢生长的肿块,但有些报道中肿瘤生长较快[2]。早期无自觉症状,肿瘤逐渐增大,引起上颌骨膨胀,导致面部畸形。因黏液瘤具有侵袭性生长的特点,可破

基金项目:东莞市卫生科技基金项目(201210515025055)。
作者简介:李军政,男,博士,主任医师。
通信作者:田文栋,Email:jzLi2002@163.com

坏骨组织向周围软组织生长。上颌窦黏液瘤向内可累及鼻腔,出现鼻阻塞;向外可侵及翼腭窝,出现张口困难;向下可侵及牙槽,可使牙齿松动、移位或脱落,咬合异常,可引起下唇麻木等感觉障碍;向上累及眼眶,眼球移位、突出及活动异常,视力下降等,若侵犯颅底,可引起头痛等症状[3]。无典型的影像学特征,很难与上颌骨造釉细胞瘤、中心性上颌骨骨巨细胞瘤、上颌骨囊肿等相鉴别,临床上易造成误诊。X线照片上显示有大小不等的蜂窝状或囊状阴影,相互之间有薄的骨隔。关于上颌窦黏液瘤的组织来源尚有争议,目前多数学者支持属于牙源性肿瘤的说法,认为可能来自牙胚的牙乳头、牙囊或牙周膜[4]。上颌窦黏液瘤需病理检查确诊。肉眼观察肿瘤边界不清,剖面为灰白色,半透明,质脆,富有黏液,常无包膜,此瘤生长缓慢,但可浸润骨组织,甚至穿破骨皮质进入邻近软组织。镜下可见大量蓝色黏液样组织,内有排列疏松的瘤细胞,瘤细胞呈星形或梭形,以长的胞浆突起相连,核卵圆形,染色深,偶见不典型核,大小形态不一,但核分裂罕见。肿瘤内有时见有少量散在牙源性上皮,胶原纤维含量多少不等,根据黏液和纤维的多少,牙源性黏液瘤可分为纤维黏液瘤型和黏液纤维瘤型,有时可见少量散在的上皮条索[5]。

上颌窦黏液瘤对放疗和化疗均不敏感,手术治疗是目前最为有效的方法[6]。治疗成功的关键在于手术方法的正确选择,根据病变的程度及侵犯范围决定手术的术式。黏液瘤是良性肿瘤且具有局部浸润特性,多因膨胀性生长致周围骨质吸收、破坏,淋巴结转移罕见,勿须淋巴清扫术,因此对上颌窦黏液瘤的治疗应以局部切除为主。单一局部手术切除,常有复发现象,目前大多学者认为上颌窦黏液瘤应在距肿瘤边缘0.5~1 cm的正常组织处施行切除术,并尽可能保留上颌骨的连续性。病变较广泛者或无法保持上颌骨连续性者,可施行上颌骨部分切除术和全切除术。因手术造成较大范围颌骨缺损者,会造成面部畸形和功能障碍,因此在彻底切除肿瘤的同时,应注意形态和功能的恢复。内镜下局部扩大根治术可保证手术安全范围的基础上尽量保留健康组织,减少术后缺损和畸形的发生,手术损伤小,恢复快。本例患者鼻内镜下行柯陆氏径路上颌窦扩大根治术,对肿瘤扩大切除,随访2年,术后恢复理想,无复发及转移。

参考文献:

[1] Deron PB, Nikolovski N, den Hollander JC, et al. Myxoma of the maxilla: a case with extremely aggressive biologic behavior[J]. Head Neck, 1996,18(5):459-464.

[2] Kansy K, Juergens P, Krol Z, et al. Odontogenic myxoma: diagnostic and therapeutic challenges in paediatric and adult patients - a case series and review of the literature[J]. J Craniomaxillofac Surg, 2012,40(3):271-276.

[3] Chrcanovic BR, Amaral MB, Marigo Hde A, et al. An expanded odontogenic myxoma in maxilla[J]. Stomatologija, 2010,12(4):122-128.

[4] Jaswal A, Jana AK, Biswas M, et al. Recurrent odontogenic myxoma of maxilla: a diagnostic and operative dilemma[J]. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, 2008,60(1):41-44.

[5] Shah A, Lone P, Latoo S, et al. Odontogenic myxoma of the maxilla: A report of a rare case and review on histogenetic and diagnostic concepts[J]. Natl J Maxillofac Surg, 2011,2(2):189-195.

[6] Gupta S, Grover N, Kadam A, et al. Odontogenic myxoma[J]. Natl J Maxillofac Surg, 2013,4(1):81-83.

(修回日期:2015-02-27)