

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201605023

· 病案报道 ·

梨状窝神经鞘瘤 1 例

于爱民,曹清,徐桂容,王艳

(扬州大学临床医学院耳鼻咽喉头颈外科,江苏扬州 225001)

中图分类号:R766.5 文献标识码:D 文章编号:1007-1520(2016)05-0418-02

神经鞘瘤是一种少见的包裹在神经束外周的良性肿瘤,来源于神经外胚层的 Schwann 细胞,颈部的脊髓神经根、交感神经、迷走神经是其好发部位,它一般孤立、无症状地缓慢生长,罕见恶变和复发。由于肿瘤部位深在,毗邻重要血管和器官,容易造成误诊。本文报道 1 例占据右侧梨状窝的神经鞘瘤,同侧杓状软骨被推挤向对侧移位,临床出现声音嘶哑、吞咽不畅症状,门诊初诊为梨状窝恶性肿瘤。现对其临床诊治过程报道如下。

1 病例报告

患者,男,77岁,因声音嘶哑、吞咽困难半年,于2015年3月12日入院。患者病史中无咽痛、气喘、痰中带血等症状。查体:甲状软骨右侧外缘稍许膨隆,喉体活动稍受限并向左侧偏斜,颈部淋巴结未触及。电子喉镜检查示:右侧梨状窝隆起,表面黏膜光滑,基底广,右声带表面光滑,但活动受限。喉部CT平扫示:右侧梨状窝区肿瘤占位,右杓状软骨受推挤,声门裂狭窄(图1)。常规术前生化检查以及心肺功能检查,未见异常。初步诊断:右侧梨状窝肿瘤。于2015年3月13日行全麻,计划支撑喉镜下先行右侧梨状窝肿瘤取活检。术中切开右侧梨状窝黏膜,切口长约10mm,暴露肿瘤顶部,息肉钳触及肿瘤,质地较硬,瘤体固定不动。切取直径约5mm肿瘤组织送冰冻病理,提示:神经鞘瘤。与患者家属沟通,同意经右侧颈侧入路切除肿瘤。重新颈部消毒铺巾,取右颈侧平甲状软骨切迹水平横行切口,电刀分离胸锁乳突肌前缘,并将其向外侧牵拉。切除右上1/4甲状软骨板以及其大角。手指分离右梨状窝黏膜和肿瘤之间间隙。肿瘤基底位于梨状窝黏膜

外平第3颈椎椎体前外侧,质地硬,境界清楚,表面光滑,无分叶,肿瘤和椎体间有纤维组织包绕和粘连,约32mm×24mm大小(图2)。请脊椎外科协助,排除脊髓神经根来源肿瘤后,完整切除肿瘤。缝合梨状窝黏膜切口,在右侧颈椎椎体旁间隙放置硅胶管引流,最后分层缝合皮下组织及皮肤。术后头孢一代抗生素预防感染5d,给予鼻饲营养1周出院。病理诊断:颈部神经鞘瘤(图3)。术后30d患者门诊复诊,主诉发声和吞咽恢复正常,电子喉镜检查:右侧梨状窝黏膜光滑,双侧声带活动正常。随访1年,无复发。

2 讨论

颈部神经鞘瘤良性居多,一般位于咽旁间隙、颈动脉鞘深层,位置隐蔽,缓慢生长,不易早期发现。肿瘤多呈卵圆形,可分叶,有包膜。如肿瘤压迫推挤周围重要血管、神经可以出现相应症状,如来源于迷走神经的神经鞘瘤会出现声音嘶哑,来源于颈交感神经的神经鞘瘤可能有 Horner 综合征,肿瘤来源于臂丛神经,同侧上肢会有电击样放射性疼痛等^[1-2]。颈部神经鞘瘤与原发神经干有密切关系,触诊时肿瘤可以沿神经干方向左右移动,而不能沿神经长轴方向移动,是此类肿瘤临床重要特征之一^[1]。

神经鞘瘤也发生在其他部位,如三叉神经、听神经、颈静脉孔区、翼腭窝、颞下窝等^[3-6]。由于发病率不高,因此临床首诊误诊率较高,国内杨维良等报道一组77例临床资料,误诊率可达33.8%^[1]。不同部位的肿瘤,对周围组织压迫特征不同,所以CT或MRI扫描会有差异。如三叉神经鞘瘤可呈现“哑铃型”,颈内动脉受压移位或海绵窦扩大与肿瘤分界不清^[3]。颈静脉孔区神经鞘瘤为颈静脉孔扩大,边缘整齐,周围密度增高,呈骨质硬化反应^[5]。顾雅佳等^[7]分析了71例颈部神经鞘瘤的CT表现认为

作者简介:于爱民,男,硕士,主任医师。
通信作者:王艳,Email:yzyan1972@126.com



图1 患者术前CT检查,箭头指示为神经鞘瘤,边缘有强化高信号影,中央区散在较均匀点状高密度影,右杓状软骨受挤

图2 神经鞘瘤切除标本,大小32 mm×24 mm,表面包膜完整 (HE×100)

图3 神经鞘瘤病理切片显示涡旋状和束状排列的细胞

增强CT扫描可以反映肿瘤病理特征。细胞富区(Antoni A区)呈增强高密度影,而疏细胞区(Antoni B区)呈低密度影,两者可以混杂,呈现低密度区伴高密度点状改变,点状大小可以不等,是神经鞘瘤CT表现特征之一,可以与颈部淋巴结炎、转移癌等鉴别。本例神经鞘瘤紧贴颈椎椎体,可能来源于颈祥神经内侧根细小分支,较为罕见。由于瘤体大,CT扫描表现肿瘤推挤同侧梨状窝黏膜和杓状软骨,因此首诊误诊为梨状窝癌而收入院。本例报道梨状窝神经鞘瘤CT扫描,也观察到同样的特征性表现,有助于术前诊断。

B超引导下肿物穿刺活检是行之有效的诊断方法。神经鞘瘤病理学细胞特征是涡旋状或束状排列细胞,相邻细胞聚集类似合胞体,背景为纤维胶原和黏液样基质;大多数细胞核呈栅栏状排列,形成Verocay小体,核染色质均匀较深染,核分裂像极少见^[8]。颈部神经鞘瘤可将颈总动脉向前外方推挤,瘤体位置较深,并且质地较硬韧,很难吸收到充足的细胞成分供病理检查。穿刺活检有一定困难。本例采用从梨状窝黏膜切开活检,可以直达肿瘤,取得病理更可靠。

在明确病理诊断之后,选择合适手术径路,可以完整切除肿瘤。周兵等^[6]报道经鼻泪前隐窝入路切除翼腭窝颞下窝神经鞘瘤,手术可以保留鼻腔外侧壁,损伤小,是微创入路。手术中还需要注意沿神经纵轴方向切开外膜达瘤体,剥离肿瘤时要紧贴瘤

体,电凝供瘤血管,以避免损伤神经,减少并发症的发生^[4,9],本例采用了经颈侧切开路径,术中探查瘤体,注意保护迷走神经,排除脊髓神经根来源,最后才完整切除肿瘤。术后临床症状全部消失,随访1年没有复发。

参考文献:

- [1] 杨维良,胡天明,闰朝歧,等. 颈部神经鞘瘤77例的诊断与治疗[J]. 中华普通外科杂志,2006,21(12):874-878.
- [2] Kang GC, Soo KC, Lim DT. Extracranial non-vestibular head and neck schwannomas: ten year experience[J]. Ann Acad Med Singapore, 2007, 36(4): 233-238.
- [3] 孟莉. 颅内三叉神经鞘瘤的CT及MRI诊断[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2007, 13(3): 203-206.
- [4] 章翔,费舟,付洛安,等. 听神经鞘瘤的显微外科治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2001, 7(4): 204-208.
- [5] 毛颖,周良辅,张荣,等. 颈静脉孔区神经鞘瘤17例临床分析[J]. 中华外科杂志, 2004, 42(13): 773-777.
- [6] 周兵,黄谦,崔顺九,等. 内镜下经泪前隐窝入路切除翼腭窝及颞下窝神经鞘瘤[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 48(10): 802-807.
- [7] 顾雅佳,王玖华,陈彤箴. 颈部神经鞘瘤的CT表现及其病理基础[J]. 中华放射学杂志, 2000, 34(8): 551-553.
- [8] 张文杰,高伟,闰春艳,等. 颈部神经鞘瘤针吸细胞学观察[J]. 中国实验诊断学, 2011, 15(9): 1592.
- [9] 万保罗,王琳,朱伏立,等. 头颈部神经鞘瘤33例临床分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2007, 21(17): 794-795.

(收稿日期:2016-03-10)