

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201805022

· 病案报道 ·

儿童鼻咽部成熟性畸胎瘤 1 例

杨昌秀

(西南医科大学临床医学院, 四川 泸州 646000)

中图分类号: R739.63 文献标识码: D

[中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2018, 24(5): 482-484]

畸胎瘤(teratoma)为胚胎性肿瘤,由全能的胚芽细胞衍生而来,包含3种胚层细胞的一种或更多的成分,常包含不属于发生部位器官的组织。病理上因畸胎瘤细胞组成比例不同,可分为:皮样囊肿、畸胎样肿瘤、真畸胎瘤和错构瘤4种组织学类型;按分化程度分为成熟性畸胎瘤(良性畸胎瘤)和未成熟性畸胎瘤(恶性畸胎瘤)两类,良性畸胎瘤高分化,恶性畸胎瘤低分化。婴幼儿多见,好发于骶尾部、卵巢、睾丸,也可见于纵隔和腹膜后,在头颈部较少见,且发生部位以颈部多见,鼻咽部畸胎瘤(nasopharyngeal teratoma, NPT)罕见^[1],本文报告我科收治的1例NPT患者的临床资料,对NPT的临床特点、病理、诊断及治疗进行总结并进行文献复习。

1 病例资料

患者,女,7岁,以发现咽部新生物2个月于2016年1月26日入院。家属另诉患者既往感冒后偶有咽部疼痛、伴有吞咽梗阻感、夜间睡眠打鼾症状,未予重视及正规检查和治疗。入院前2个月患儿感冒后于当地医院就诊,偶然发现咽部新生物,遂于我院就诊。入院查体:全身一般状况良好,面部、颈部无畸形,口咽部双侧扁桃体慢性充血II°大,经口咽部可窥及软腭后方左侧一扁平块状黄白色带蒂新生物脱出,表面光滑,活动度大,质韧,约5 cm × 4 cm,基底附着于左侧鼻咽侧壁,边缘游离,表面光滑。常规抽血化验及甲状腺功能、甲状腺核素扫描均未见明显异常。鼻内镜检查见腺样体增生,鼻咽部及咽部增强CT(图1a~d)示:口咽部软组织肿胀增厚,以左侧明显,左侧咽旁间隙见类圆形稍低密度影,病灶轻度强化,病灶边界不清,左侧咽旁间隙

变窄,左侧咽隐窝消失,口咽腔变窄,腺样体肥大,双侧颌下淋巴结显示。结合患者临床及影像学表现,诊断:左侧鼻咽侧壁新生物待诊(鞘膜瘤?纤维瘤?),拟行局部活检明确病变性质,但新生物实质韧,无法钳取,故未行活检。于2016年2月1日在全麻下行低温等离子体左侧咽侧壁新生物切除术。术中采用经口径路,用戴维氏开口器撑开口腔,见双侧扁桃体II°大小,经鼻用小号吸痰管拉起软腭,充分显露新生物并固定,发现左侧鼻咽部至口咽部有一块状灰白色新生物,根部来源左侧鼻咽侧壁,基底较宽,质地较硬,边界清楚,表面光滑,大小约有5 cm × 4 cm,用扁桃体剥离子分离根部黏膜,用等离子体EVac70刀头Xtra(EIC5872-01型号)作新生物根部分离切除术,将左侧咽侧壁新生物尽量完整切除,创面用3个0的微桥线缝合黏膜切口修复创面,术中出血约5 ml。手术大体标本(图2)似“耳廓”扁平状组织块。组织HE染色(图3a、b)示:送检组织表面覆盖鳞状上皮,其下可见皮肤附属器,增生的纤维、脂肪组织及较多的软骨组织,倾向成熟性畸胎瘤,部分软骨细胞增生活跃。诊断为:鼻咽部成熟性畸胎瘤。

2 讨论

2.1 临床特点

文献报道NPT可见于各个年龄组,但多见于婴幼儿及儿童。可起源于鼻咽腔任何部位,局部可有明显包块,可向鼻腔及口咽腔侵犯,症状因瘤体大小、部位而异,表现为不同程度上气道梗阻症状,瘤体较大者压迫及阻塞症状重,多数在婴儿期即可确诊,有窒息者须立即作气管切开;瘤体较小者可无症状,易被忽略,直至儿童期甚至成年以后,经检查偶然发现咽部肿物。可有反复上呼吸道感染、发热、鼻窦炎、中耳炎等不典型症状。手术完整切除肿瘤效

作者简介:杨昌秀,女,在读硕士研究生。
通信作者:杨昌秀,Email:15228282463@126.com

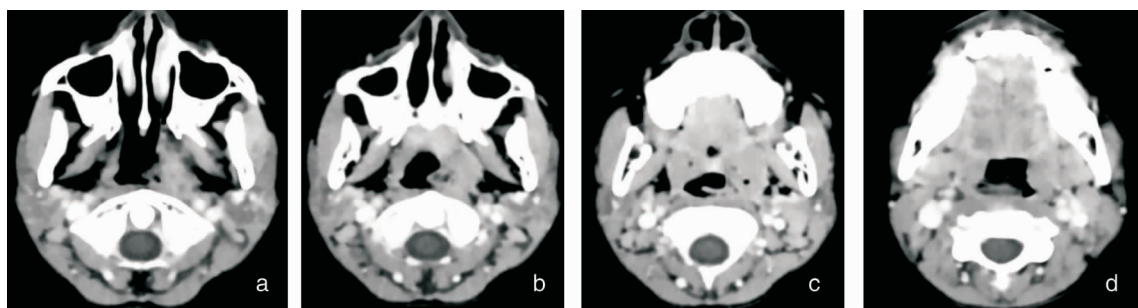


图 1 咽腭部增强 CT 扫描提示瘤体为混杂密度,上至鼻咽左侧壁,向下至口咽腔左后壁 a、b: 鼻咽层面; c、d: 口咽层面

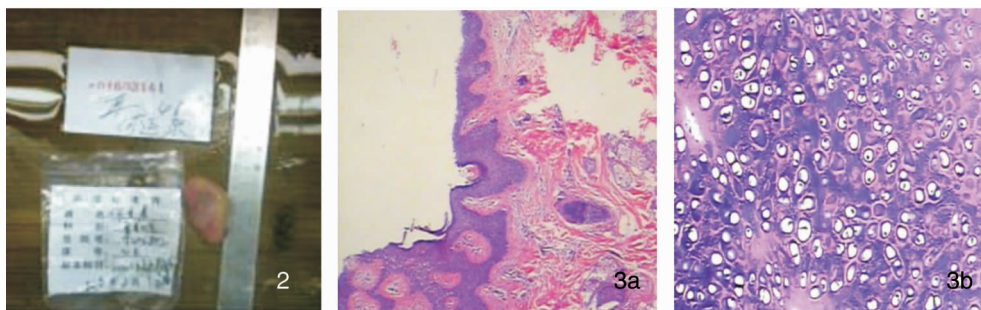


图 2 术后大体标本,见瘤体为扁平组织块似“耳廓”
组织 (HE ×40); 3b: 见软骨组织 (HE ×400)

图 3 术后病理学检查 3a: 见鳞状上皮、皮肤附属器及增生的纤维组织 (HE ×40); 3b: 见软骨组织 (HE ×400)

果确切,病理检查多数为良性,镜下可见皮肤及其附属器、毛发、骨及软骨、牙齿、脂肪组织、肌肉组织、神经节等不同胚层来源的组织^[2-6]。

2.2 发病机制

NPT 为包含多胚层来源组织的先天性肿瘤,多数无恶性倾向。发病机制尚不明确,推测其起源于胚胎全能细胞,可能与胚胎期生殖细胞异常移行、胚胎组织残留并异常分化等因素有关^[7],可合并腭裂、腹股沟疝等其他先天畸形^[8-9]。

2.3 诊断及治疗

NPT 诊断主要依靠临床表现、影像学检查及病理检查,病理检查仍为确诊 NPT 的金标准。NPT 以上气道压迫阻塞症状最常见,对症状不典型者应常规行鼻内镜检查,避免遗漏。通过影像学检查可判断 NPT 病变位置、范围、邻近重要结构有无侵犯以及用于鉴别诊断,CT 检查特征为含有脂肪及骨密度影的混杂密度肿物^[10],应与颅底脑膜脑膨出、颅咽管瘤、纤维瘤、脊索瘤等相鉴别^[11],在 10 岁以下的儿童还应区别于鼻咽部肥大的腺样体。治疗上,多在内镜辅助下经鼻腔、口咽腔切除瘤体,部分瘤体暴露欠佳者可行软腭切开,应完整切除瘤体,避免复发。

人,临床症状可表现为不同程度的气道阻塞,CT 常表现为混杂密度肿块对诊断有重要意义,对症状不典型者应常规行鼻内镜检查,排除鼻咽部病变,早期手术切除效果好。

参考文献:

- [1] Shah A, Latoo S, Ahmed I, et al. Head and neck teratomas[J]. J Maxillofac Oral Surg, 2009,8(1):60-63.
- [2] Jund R, Leunig A, Rohrbach H, et al. Nasopharyngeal epignathus causing nasal airway blocking in a 4-year old child[J]. Rhinology, 2001, 39(2):112.
- [3] Cukurova I, Gumussoy M, Yaz A, et al. A benign teratoma presenting as an obstruction of the nasal cavity: a case report[J]. J Med Case Rep, 2012,6:147.
- [4] Das M, Mukherjee D, Gupta SD, et al. Congenital nasopharyngeal teratoma causing airway obstruction in the newborn[J]. J Cancer Res Ther, 2015, 11(4):1040.
- [5] Parajuli R, Thapa S, Maharjan S. Mature nasopharyngeal teratoma in a child[J]. Case Rep Otolaryngol, 2015, 2015:515474.
- [6] 夏菲,王智楠,徐忠强. 新生儿及婴幼儿鼻咽部畸胎瘤的临床特点及诊治探讨[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015, 29(12):1115-1117.
- Xia F, Wang ZN, Xu ZQ. The clinical characters and surgical treatment of nasopharyngeal teratoma in infants[J]. Journal of Clinical Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 2015, 29

综上所述,NPT 多见于婴幼儿及儿童,可见于成

(12):1115-1117.

[7] 李凯,高解春. 畸胎瘤的病因和发病机理研究进展[J]. 中华小儿外科杂志, 2001, 22(5):311-312.

Li K, Gao JC. Progress in the etiology and pathogenesis of teratoma [J]. Chinese Journal of Pediatric Surgery, 2001, 22(5):311-312.

[8] Pasupathy M, Narayanan PV, Mani V, et al. A case report of nasopharyngeal teratoma with a cleft palate and an inguinal hernia [J]. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2011, 64(11):1525-1527.

[9] 吴宇翎, 赵小朋, 唐东晓, 等. 婴幼儿咽旁间隙畸胎瘤1例报告及文献复习[J]. 中国口腔颌面外科杂志, 2016, 14(1):93-96.

Wu YL, Zhao XP, Tang DX, et al. Teratoma in the parapharyngeal space of infant; a case report and literature review [J]. China Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2016, 14(1):93-96.

[10] 崔佳文, 赵长青. 头颈部畸胎瘤2例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2007, 13(3):221-223.

Cui JW, Zhao CQ. Two cases of head and neck teratoma [J]. Chinese Journal of Otorhinolaryngology-Skull Base Surgery, 2007, 13(3):221-223.

[11] Abele TA, Salzman KL, Harnsberger HR, et al. Craniopharyngeal canal and its spectrum of pathology [J]. Am J Neuroradiol, 2014, 35(4):772-777.

(收稿日期:2018-03-05)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201805023

· 病案报道 ·

颈外侧区良性间叶瘤1例

王伊梦, 姜 宪

(延边大学附属医院耳鼻咽喉头颈外科, 吉林 延吉 133000)

中图分类号:R739.91 文献标识码:D

[中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2018, 24(5):484-485]

1 病例报告

患者,男,46岁。因发现右侧颈部肿物2年伴颈部胀痛2个月于2016年2月26日入院。该患者2年前在右颈外侧区发现拇指头大小的无痛性肿物,因无明显不适未行系统诊治。于2个月前无明显诱因右侧颈部胀痛,触之肿物较前增大,故到我院就诊,行穿刺细胞学检查示:脉管瘤可能性大(血管瘤或淋巴瘤,倾向后者),门诊以颈部肿块手术收入院。查体:患者一般状况良好,右颈外侧区可触及一大小为3.5 cm × 3.5 cm × 1.5 cm实性肿物、质地软,活动度好,界限不清,其上胸锁乳突肌后缘又能触及1.5 cm × 1.5 cm实性肿物、质地硬,活动度欠佳。颈部强化CT(图1):右侧锁骨上窝、双侧颈动脉鞘周围、颌下及颌下多发淋巴结增大,其中右侧锁骨上窝改变,不排除恶性病变,请结合临床。颈部

MRI(图2):右侧冈上肌内下方及颈根部交界处可见多发类圆形不规则异常信号,信号不均匀,病灶最大径约2.0 cm,增强扫描后不均匀强化。右侧颌下及双侧颈部见多个淋巴结影。于2016年3月1日在全麻下行右侧颈部探查及肿物切除术,术中见肿物融合,大小约8.0 cm × 5.0 cm,成分多样,质地软硬不均,与周围的疏松结缔组织界限不清,上缘位于锁骨上窝,下缘达锁骨下约4.0 cm,后界到颈深肌群前椎前筋膜,包绕副神经下缘,锁骨上神经分支被肿物包绕。术中分离副神经后,尽可能梳理锁骨上神经分支,按颈5区清扫,完整切除肿物及周围疏松结缔组织。术后放置负压引流。术后病理回报(图3):组织见海绵状血管瘤成分及纤维组织、脂肪组织、厚壁血管及神经节成分,符合良性间叶瘤成分,未见恶性。术后患者无发热,术区局部皮肤有麻木感,于8d后拔除引流管拆线出院。2017年10月19日复查时颈部麻木面积较前明显缩小,复查强化CT示:未见肿物复发(图4)。

作者简介:王伊梦,女,在读硕士研究生。
通信作者:姜 宪,Email:jiangxian@ybu.edu.cn