

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202001023

· 病案报道 ·

来源鼻底的鼻腔肌上皮瘤 1 例

李天印, 郜旭辉, 李敬, 戴嵩

(北部战区空军医院耳鼻咽喉科, 辽宁沈阳 110042)

中图分类号: R765.2

肌上皮瘤是由专门特性的肌上皮细胞增殖形成的良性肿瘤, 发生在涎腺、乳腺、呼吸道和皮肤等不同系统和部位^[1]。发生在鼻腔鼻窦的肌上皮瘤较为罕见, 大多来源于鼻中隔^[2]、鼻窦^[3]和鼻甲^[4]多见于个案报道。我科收治 1 例来源于鼻底的鼻腔肌上皮瘤, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 女, 57 岁, 以进行性鼻塞 6 年、加重 4 个月为主诉入院。患者 6 年前无明显诱因出现双侧鼻腔阻塞, 无涕、出血及无头痛, 伴嗅觉逐渐减退, 鼻塞症状逐渐加重, 未予以重视, 自行药物治疗, 疗效欠佳。近 4 个月来, 流黄脓性涕, 嗅觉消失, 伴有流眼泪症状, 无耳鸣和听力下降。曾就诊外院, 检查后诊断为鼻腔肿物, 建议住院治疗。为求进一步诊治, 就诊于我院。查体: 一般情况良好, 浅表淋巴结未扪及肿大, 双侧鼻腔鼻底部隆起、突入鼻腔, 表面光滑, 肿物充满鼻腔后部(图 1)。鼻窦 CT 影像表现: 鼻腔内软组织影充填, 密度不均匀, 呈高等混杂密度, 周围骨壁膨胀性改变, 局部变薄, 后部鼻中隔及硬腭骨质不完整, 鼻咽腔变窄。多组鼻窦腔内高密度影。诊断为鼻腔占位(图 2)。

入院第 2 天, 患者在表面麻醉下行左鼻腔肿物穿刺术, 抽出黏稠黑色血性物约 1 mL(抽吸困难), 内含小米粒状凝固物, 抽出穿刺针后针眼处出血不止, 用油纱条压迫填塞止血。病理诊断: (左鼻腔) 送检物主要为凝血块, 内见少许浆细胞样肿瘤细胞。2018 年 10 月 11 日在全身麻醉下行鼻内镜鼻腔肿物切除术。暴露肿物, 肿物取活检, 肿物周围为实质性, 内部为血性坏死黏液状物。术中冷冻石蜡报告: (鼻底肿物) 送检组织主要为变性坏死组织, 内见呈

巢状排列的短梭形肿瘤细胞。鼻内镜下探查实质肿物, 并沿被膜完整切除肿物, 术腔内明胶海绵及油纱条填塞、压迫止血。手术共出血 1 300 mL, 术中输红细胞 400 mL, 血浆 200 mL。手术顺利, 患者生命体征平稳, 无并发症, 切除物送病理。术后患者一般情况良好, 术后 48 h 拔出鼻腔填塞物, 术后 7 d 出院。术后病理诊断: (鼻底) 鼻腔肌上皮瘤。切片 HE 染色(图 3a、b)镜下见成片的肌上皮细胞。免疫组织化学结果: CK 阳性(图 3c), P63 阳性(图 3d), SMA 阳性(图 3e), NSE、S-100 部分阳性, CgA、Syn 部分阳性, Ki-67 阳性细胞数约占 8%(图 3f)。患者术后 3 个月复查, 未见肿瘤复发。

2 讨论

2.1 流行病学

肌上皮瘤由 Shedon 在 1943 年最早报道并命名, 1991 年 WHO 在再版的《涎腺肿瘤组织病理学新分类》中首次被单独列出^[5]。涎腺肿瘤的分类主要依据形态学, 涎腺肿瘤可以来源于腺泡、导管、肌上皮细胞、淋巴细胞和脂肪细胞, 依据涎腺肿瘤病理学特点和生物学特性进行分类^[6]。肌上皮瘤是良性涎腺肿瘤, 几乎全部由片状、岛状或条索状排列的具有肌上皮分化特点的细胞构成, 这些细胞可以呈梭型、浆细胞样、上皮样或胞质透明样。肌上皮瘤占有涎腺肿瘤的 1.5%, 占大涎腺良性肿瘤的 2.2% 和小涎腺良性肿瘤的 5.7%。无性别分布差异, 多数发生在成人, 患病年龄 9~85 岁(平均 44 岁)。发生部位主要在腮腺, 特别是硬腭和软腭, 其他小涎腺也可发生^[7]。鼻腔鼻窦黏膜有小腺体分布, 为肌上皮瘤的发生提供可能。鼻腔肌上皮瘤 Medline 共检索出 23 篇文献: 10 篇肌上皮瘤和 9 篇肌上皮瘤为个案报道, 2 篇动物实验, 1 篇术式介绍, 1 篇回顾性分析。

第一作者简介: 李天印, 男, 副主任医师。Email: liskyin@163.com

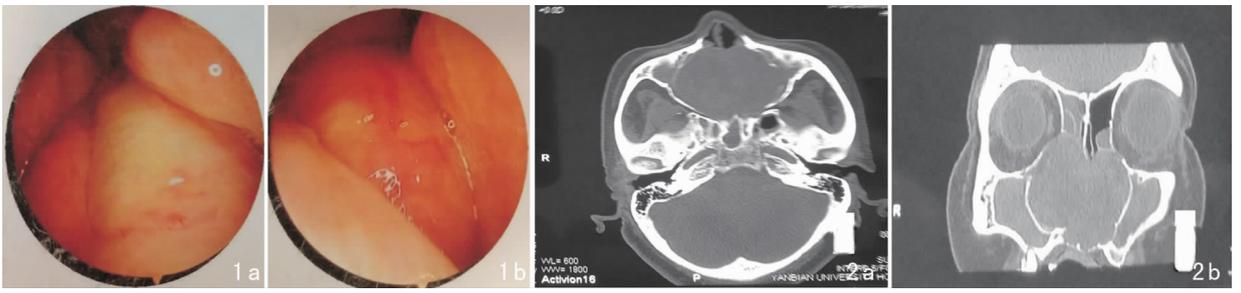


图 1 鼻内镜示双侧肿物自鼻底部向上隆起, 双侧鼻腔鼻底部肿物隆起突入鼻腔, 表面光滑 1a: 左侧; 1b: 右侧

图 2 鼻窦 CT 示鼻腔内软组织影填塞, 密度不均匀, 周围骨壁膨胀性改变, 局部变厚 2a: 水平位; 2b: 冠状位

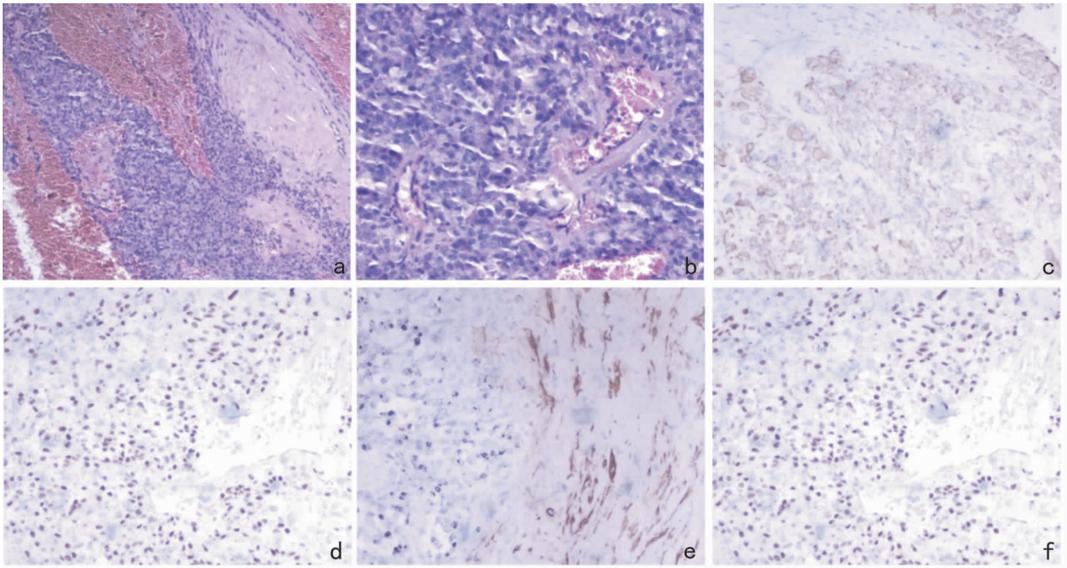


图 3 病理检查 a: 成片的肌上皮细胞 (HE $\times 40$); b: 成片的肌上皮细胞 (HE $\times 100$); c: CK 阳性 (免疫组化 $\times 100$); d: P63 阳性 (免疫组化 $\times 100$); e: SMA 阳性 (免疫组化 $\times 100$); f: Ki-67 阳性 (免疫组化 $\times 100$)

2.2 表现特征

临床表现为生长缓慢的无痛性肿块, 与周围组织无粘连。肿瘤为圆形或结节状, 直径 1.5~5 cm, 一般 <3 cm。包膜完整或不完整, 剖面实性, 灰白色或黄褐色, 有时含半透明胶冻状物, 偶见出血灶^[8]。鼻腔肌上皮瘤主要症状为鼻塞和鼻出血, 不伴有疼痛和其他特别症状^[4]。肌上皮瘤根据起源可以向鼻腔不同方向发展, 上颌窦肌上皮瘤可以穿透前壁在面部形成巨大肿瘤^[9]。本例鼻腔肌上皮瘤压迫鼻泪管出现溢泪症状, 并随瘤体增大逐渐加重。

肌上皮瘤的影像学检查在鼻腔鼻窦方面无特异性。CT 显示为鼻腔内软组织密度肿块影, 骨质有无破坏, 在一定程度上能与鼻腔内恶性肿瘤加以区别。MRI 软组织分辨率高, 并可多方位多参数成像, 有利于对肿瘤累及的范围进行更明确的诊断^[10]。

肌上皮瘤主要由肌上皮细胞和腺上皮细胞等组成。光镜检查发现细胞排列呈管状, 腺体较规则, 肌

上皮细胞增生明显。但是, 单凭病理学形态很难做出正确诊断, 需行免疫组织化学检查。免疫组化具有一定的特异性, 细胞角蛋白 (CK)、平滑肌肌动蛋白 (SMA)、肌球蛋白、波形蛋白、钙调蛋白和 S-100 蛋白阳性^[11-12]。S-100 蛋白免疫反应阳性被认为是诊断肌上皮瘤的一个重要指标^[13]。Ki-67 是增殖性细胞核的标记物, 代表细胞增殖水平。使用 Ki-67 鉴定细胞的增殖活性对于良恶性肌上皮瘤的鉴别诊断有一定的帮助, Ki-67 标记指数 >10% 时可诊断为上皮-肌上皮癌^[10]。

本例鼻腔肌上皮瘤患者, 鼻塞呈渐进性加重多年, 伴嗅觉减退和溢泪。内镜下见鼻底隆起, 向上向后堵塞鼻腔。本病例 CT 表现为双侧鼻腔及后鼻孔可见软组织肿物, 信号欠均匀, 边界清晰。穿刺时出血剧烈。术中出血量多, 给予输血补充。

2.3 鉴别诊断和治疗

由于鼻腔鼻窦肌上皮瘤临床表现不具备特异

性,影像学表现亦无特异性,确诊只能依靠病理检查。需要与下列疾病鉴别诊断:①多形性腺瘤(又称混合瘤)。鼻腔肌上皮瘤与多形性腺瘤的临床表现极为相似,影像学CT检查都无特异性^[14],组织学上都含有肌上皮细胞。两者的根本病理差别在于导管样结构,多形性腺瘤是以导管上皮和肌上皮细胞共同构成的导管成分超过5%的多形性肿瘤^[15];②梭形细胞肌上皮瘤必须与平滑肌瘤、平滑肌肉瘤、神经鞘瘤和滑膜肉瘤区分开来。肌上皮瘤细胞角蛋白(CK)染色阳性,后者几个肿瘤CK阴性。CK免疫组织化学染色有助于排除其他间质肿瘤^[16]。S-100蛋白染色在某些情况下也有鉴别作用^[4]。

该病治疗原则为彻底切除病灶,鼻腔鼻窦肌上皮瘤手术一般在鼻内镜下完成^[3-4],大的鼻腔鼻窦肌上皮瘤可根据来源和侵犯部位不同选择合理的切除术式。采用Caldwell-Luc术式治疗腺型黏液性上颌窦肌上皮瘤见于报道^[17]。

如果肌上皮瘤病程长,或者是复发的肌上皮瘤,可能转变成恶性肌上皮瘤^[18]。如果变为恶性,有向周围浸润生长可能,应扩大彻底切除,并应留有安全切缘^[2]。

鼻腔鼻窦肌上皮瘤是一种罕见的鼻腔良性肿瘤,是一种缓慢生长的无痛性肿块,但具有潜在恶性生物学行为,有一定的复发倾向,手术完全切除是相对安全的治疗方法。肌上皮瘤复发倾向与Ki-67值相关,低的Ki-67值有低的复发率^[19]。本例患者病程长,手术时肿瘤直径达7cm,病理切片免疫组织化学检查Ki-67约8%,增生活跃,应定期复查,观察其有无复发。

参考文献:

- [1] Frost MW, Steiniche T, Damsgaard TE, et al. Primary cutaneous myoepithelial carcinoma: a case report and review of the literature [J]. *APMIS*, 2014, 122(5): 369-379.
- [2] Kim SB, Kwon JH. Myoepithelioma of the nasal septum [J]. *J Craniofac Surg*, 2017, 28(7): e653-e654.
- [3] Jafarian AH, Omidi AA, Roshan NM, et al. Recurrent extensive plasmacytoid myoepithelioma of the sinonasal cavity [J]. *J Res Med Sci*, 2012, 17(10): 979-982.
- [4] Fujikura T, Okubo K. Nasal myoepithelioma removed through endonasal endoscopic surgery: a case report [J]. *J Nippon Med Sch*, 2010, 77(5): 273-276.
- [5] 张志愿. 口腔颌面肿瘤学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2004: 388-390.
- [6] 汤钊猷. 现代肿瘤学[M]. 第3版. 上海: 复旦大学出版社, 2011: 1278-1282.
- [7] Leon Barnes, John W. Eveson, Peter Reichart, et al. 头颈部肿瘤病理学和遗传学[M]. 刘红刚, 高岩, 译. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 301-303.
- [8] 李青, 周晓军, 苏敏. 临床病理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 238.
- [9] 张丹, 骆敏, 奉颖. 1例鼻腔鼻窦颌面巨大肌上皮癌患者的护理体会[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2015, 29(18): 1657-1658.
- [10] 张武, 睢进生, 方芳, 等. 鼻腔肌上皮瘤1例并文献复习体会[J]. *中国CT和MRI杂志*, 2014, 12(3): 117-118.
- [11] Sayed SI, Kazi RA, Jagade MV, et al. A rare myoepithelioma of the sinonasal cavity: case report [J]. *Cases J*, 2008, 1(1): 29-31.
- [12] da Cunha GB, Camurugy TC, Ribeiro TC, et al. Myoepithelioma of the nasal septum: a rare case of extrasalivary gland involvement [J]. *Case Rep Otolaryngol*, 2017: 7057989.
- [13] Jafarian AH, Omidi AA, Roshan NM, et al. Recurrent extensive plasmacytoid myoepithelioma of the sinonasal cavity [J]. *J Res Med Sci*, 2012, 17(10): 979-982.
- [14] 刘金兰, 李杰恩, 陈颢友. 鼻部多形性腺瘤的CT表现[J]. *中国耳鼻咽喉颅底外科杂志*, 2018, 24(6): 552-556.
- [15] 赵锐, 刘海. 鼻腔鼻窦肌上皮瘤临床分析[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2015, 29(8): 761-762.
- [16] Begin LR, Rochon L, Frenkiel S. Spindle cell Myoepithelioma of the nasal cavity [J]. *Am J Surg Pathol*, 1991, 15(2): 184-190.
- [17] Bégin LR, Black MJ. Salivary-type myxoid myoepithelioma of the sinonasal tract: a potential diagnostic pitfall [J]. *Histopathology*, 1993, 23(3): 283-285.
- [18] Nayak JV, Molina JT, Smith JC, et al. Myoepithelial neoplasia of the submandibular gland: case report and therapeutic considerations [J]. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2003, 129(3): 359-362.
- [19] Patel S, Bhanu S, Mehta N, et al. Invasive colloid carcinoma and the role of Ki-67 and HER2-two case reports [J]. *Radiol Case Rep*, 2018, 14(3): 337-342.

(收稿日期: 2019-02-25)

本文引用格式: 李天印, 邵旭辉, 李敬, 等. 来源鼻底的鼻腔肌上皮瘤1例[J]. *中国耳鼻咽喉颅底外科杂志*, 2020, 26(1): 95-97. DOI: 10.11798/j.issn.1007-1520.202001023