

· 病案报道 ·

鼻腔恶性黑色素瘤 2 例

饶青锋, 吴晓峰, 曾鼎勋

(麻城市人民医院 耳鼻咽喉科, 湖北 麻城 438300)

中图分类号: R739.62

文献标识码: D

文章编号: 1007-1520(2011)05-0396-02

鼻腔恶性黑色素瘤恶性程度高, 早期诊断困难, 治疗后复发率高, 预后差, 为临床难治疾病之一。笔者曾收治 2 例鼻腔恶性黑色素瘤患者, 现报道如下。

病例 1: 患者, 男, 43 岁。2008 年 9 月 12 日因进行性鼻塞、涕中带血 1 年伴头痛数月余入院。1 年前无明显诱因出现右侧渐进性鼻塞, 伴涕中带血, 1 个月前出现右侧头痛, 无复视, 无眼球活动受限, 无耳闭、听力下降及嗅觉丧失等。入院后检查见双下鼻甲、鼻中隔、中鼻甲黏膜色黑, 右鼻腔、中鼻道可见呈煤炭样黑色病变。右侧中鼻甲暗红色, 部分糜烂, 中鼻道见黑褐色样新生物, 质脆、易出血。鼻窦 CT 扫描示右上颌窦占位性病变, 蝶窦、筛窦炎, 眶内侧壁骨质吸收破坏, 眼球向前、向右侧突出, 内收、外展稍受限。腹部 B 超肝脏无转移。9 月 15 日行鼻腔新生物活检示恶性黑色素瘤, 9 月 19 日全麻下行鼻侧切开肿瘤切除术, 手术顺利, 术后行抗感染、止血等对症支持处理, 患者眼球回复至正常位, 伤口痊愈。出院后坚持行鼻腔冲洗 2 次/d, 术后鼻腔黏膜颜色恢复正常。2009 年 12 月复查见肿瘤局部复发并远处转移, 于 2010 年 1 月死亡。

病例 2: 患者, 男, 61 岁。因左鼻塞伴鼻出血半年于 2009 年 5 月 3 日入院。检查见双鼻黏膜慢性充血, 左下鼻甲、鼻腔外侧壁暗红色新生物, 触之易出血, 左下鼻甲、鼻中隔、鼻腔外侧壁黏膜色黑。鼻窦 CT 扫描示左鼻腔占位性病变。入院后完善相关术前准备, 于 5 月 6 日局麻下行鼻内镜下鼻腔新生物摘除并全鼻窦开放术, 术中见肿块位

于下鼻甲中段并侵及鼻腔外侧壁, 摘除肿块后开放全组鼻窦, 行单极射频治疗仪处理下鼻甲及鼻腔外侧壁可能残留病变, 术后病检示恶性黑色素瘤。术后行抗感染、止血等对症支持处理, 伤口痊愈出院。出院 1 个月后入住肿瘤科开始行化疗及放疗。随访至今未见肿瘤复发。

讨论: 鼻腔恶性黑色素瘤发病率低, Harbeo 等^[1]报道 277 例鼻腔及副鼻窦恶性肿瘤中, 恶性黑色素瘤仅占 9%, 而 Dreher 等^[2]报道为 2.4%~4%, 因此在临床诊断中常不易引起重视而被误诊。掌握其临床病理特点至关重要, 该病发病年龄较大, 性别无明显差异, 往往以非特异性的鼻塞或鼻出血、部分伴头痛就诊, 发生部位多以鼻中隔、中鼻甲、下鼻甲为主, 鼻窦及上鼻甲较少见。

恶性黑色素瘤一般不主张术前活检, 因活检有促进肿瘤转移的可能, 故当遇到鼻腔新生物, 其色泽较深, 呈黑色、紫褐色或淡红色, 外观形态呈结节状、菜花状或息肉状, 触之易出血, 应怀疑鼻腔恶性黑色素瘤。若术前快速切片经病理证实, 应将病变广泛切除。

鼻腔恶性黑色素瘤的预后不良, 治疗以手术广泛切除为主, 伴有颈淋巴结转移者, 加根治性颈廓清术, 术后配合放射治疗。近年来出现的特异性免疫治疗, 用恶性黑色素瘤疫苗注射, 转移因子或白细胞介素-2 作皮下注射^[3]有望提高生存率。

参考文献:

- [1] Harbo G, Grau G, Bundgaard T, et al. Cancer of the nasal cavity and paranasal sinuses. A clinicopathological study of 277 patients [J]. Acta Oncol, 1997, 36(1): 45 -

50.

[2] Dreher A, Grever G. Malignant melanomas of the nasal cavity and paranasal sinuses [J]. 1995, 74(2): 95-97.

[3] 李添应. 耳鼻咽喉肿瘤[M]. 广州: 广东科技出版社, 2000: 21-218.

(修回日期: 2011-07-01)

· 病案报道 ·

外耳道腺样囊性癌 1 例

韩维光

(营口市中医医院 耳鼻咽喉科, 辽宁 营口 115000)

中图分类号: R739.61

文献标识码: D

文章编号: 1007-1520(2011)05-0397-01

腺样囊性癌又称圆柱瘤、圆柱瘤型腺癌、筛状癌, 多发于口腔大、小涎腺及呼吸道黏膜腺体, 原发于外耳道者罕见。营口市中医医院耳鼻咽喉科收治 1 例外耳道腺样囊性癌患者, 现报道如下。

患者, 女, 49 岁。6 年前右耳偶阵发性钝痛, 未做系统治疗。2 个月前疼痛加剧且发作频繁, 于 2007 年 3 月 16 日就诊。查体: 右外耳道前上壁软骨部可见一 4 mm × 3 mm 的隆起, 边界不清, 色红, 表面略粗糙不平, 质稍硬, 触痛明显; 颈部淋巴结无肿大。右耳乳突 CT 示: 右外耳道占位性病变, 中耳乳突未见骨质破坏。取组织病检示: 腺样囊性癌。3 月 25 日行扩大乳突根治术, 即切除整个耳道软组织、软骨、骨、乳突、中耳及对耳屏。术后患者行放射治疗, 随诊至今未见复发及转移。

讨论: 外耳道腺样囊性癌是原发于外耳道软骨部, 来源于耵聍腺导管上皮或肌上皮的一种低度恶性肿瘤, 也有人认为是由腮腺的异位残留组织恶变而来。肌上皮细胞多呈卵圆形或短梭形, 边界不清楚, 胞浆较少, 核圆形或卵圆形, 染色质均匀, 核分裂象一般不太多见。腺上皮细胞常为柱状或立方状, 核圆形。恶性程度与组织分型有关, 以实心型恶性程度最高, 筛状型中等, 管状型最低。女性多见, 男女之比接近 1: 2, 多发于 40 ~ 70 岁。肿瘤进展缓慢,

病史可达 1 ~ 30 年, 不易早期确诊。除临床症状及体征外, 本病诊断主要依据病理检查。

由于腺样囊性癌边界不清, 有周围组织血管及神经浸润的倾向, 彻底切除有一定困难, 复发率高。而且对放疗、化疗均不敏感, 早期确诊对治疗效果至关重要。头颈部腺样囊性癌采取以手术治疗为主, 术后采取放疗和(或)化疗的综合治疗, 强调首诊的规范性手术^[1]。王正敏等^[2]认为在肿瘤早期, 只有采用扩大颞骨部分或次全切除术才能达到根治的目的。若错过首次根治的机会, 复发的肿瘤会累及更大的范围, 将不得不施行创伤性更大的颞骨全切除及腮腺部分切除或全切除。近期文献^[3]认为, 放疗对本病虽不能起治愈作用, 但可减缓肿瘤发展、减轻患者临床症状特别是疼痛症状, 仍可做为术后辅助治疗, 提高生存率^[3]。

参考文献:

- [1] 何发尧, 王跃进, 陈伟雄. 头颈部腺样囊性癌的治疗[J]. 实用医学杂志, 2005, 21(12): 1317-1318.
- [2] 杜强, 王正敏. 外耳道腺样囊性癌 6 例[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2006, 20(4): 158-159.
- [3] 张庆诗, 杨连甲, 董绍忠. 影响头颈部腺样囊性癌预后的分析[J]. 口腔颌面外科杂志, 2002, 12(1): 38-39.

(修回日期: 2011-08-10)