

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201706021

· 病案报道 ·

面神经血管瘤 1 例

金雪玲, 黄小燕, 罗五根

(南昌大学第一附属医院耳鼻咽喉头颈外科, 江西 南昌 330006)

中图分类号: R651

文献标识码: D

[中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2017, 23(6): 584-585]

1 病例报告

患者, 男, 58岁, 因右耳听力下降6年余, 口角歪斜1个月余而入院。患者自诉缘于6余年前无明显诱因下出现右耳渐进性听力下降, 伴耳鸣, 为搏动性, 与脉搏一致, 无耳流脓, 无头晕、头痛等。近1个月出现口角向左歪斜, 右眼不能闭眼。既往无特殊病史。查体: 右外耳道通畅, 鼓膜完整, 松弛部隆起, 鼻咽未见占位。口角向左歪斜, 右眼不能闭眼, 面瘫评级 HB IV级。辅助检查: 纯音听阈检查示右耳极重度听力下降, 听力损失 90 db。中耳乳突 CT 平扫检查示: 右侧面神经水平段、膝状神经节及迷路段结节影, 大小约为 0.9 cm × 0.6 cm, 鼓室盖破坏(图 1、2), 耳部 MRI 平扫示: 右侧面神经水平段、膝状神经节及迷路段异常结节影, 呈稍长 T1 稍长 T2 信号影, 大小约为 1.0 cm × 0.6 cm, 边界清楚, 结合 CT, 考虑为面神经鞘瘤可能性大(图 3、4)。

患者无明显手术禁忌证, 全麻下行右面神经瘤切除术 + 面神经移植术。右耳后切口, 乳突轮廓化, 见听骨链完整, 分离砧镫关节, 取出砧骨、锤骨头, 见面神经水平段, 膝状神经节有暗红色肿物, 逐渐磨薄面神经骨管, 使用钩针小心去除面神经表面菲薄骨质, 暴露面神经锥段、垂直段, 并将神经游离。切断面神经锥段, 磨除外半规管、上外半规管及前庭, 暴露面神经迷路段, 紧靠内听道底切断面神经迷路段, 有脑脊液从内听道涌出, 切断岩浅大神经, 将肿物与脑膜分离, 将肿物完整切除, 见肿物出血剧烈, 周围骨质蜂房状改变。颈部切取耳大神经, 吻合面神经。封闭外耳道及咽鼓管, 切取腹部脂肪填充术腔。缝合切口, 加压包扎, 术毕。术后病理: 肉眼见灰白不整形组织, 大小约 1.0 cm × 1.0 cm × 0.8 cm, 光镜下

见大小不等的血管腔, 内皮细胞轻度增生, 腔内含少许血细胞, 管壁厚薄不均, 周围纤维组织增生(图 5、6)。病理诊断为: (右面神经) 血管瘤。术后 5 d 出院, 随访 1 年面瘫改善, 面瘫评级 HB III级。

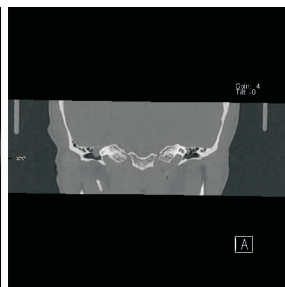
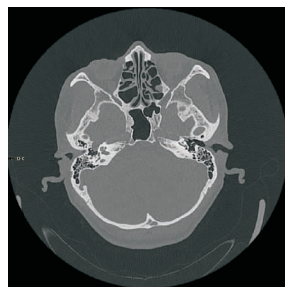


图 1 中耳乳突 CT 平扫骨窗水平位 图 2 中耳乳突 CT 平扫骨窗冠状位

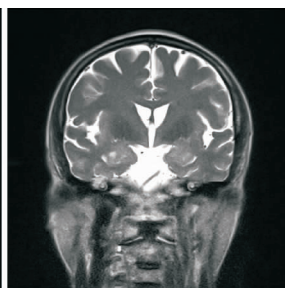
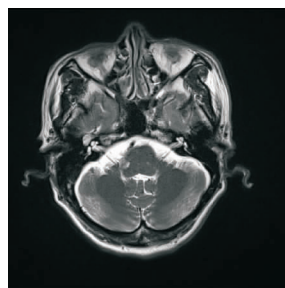


图 3 中耳 MRI T2 相水平位 图 4 中耳 MRI T2 相冠状位

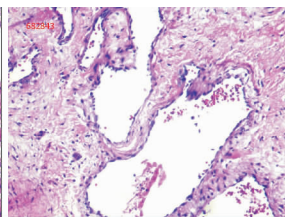
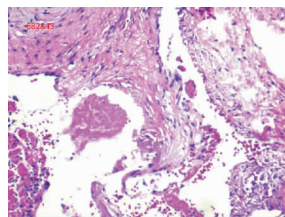


图 5 组织病理学检查 (HE × 100) 图 6 组织病理学检查 (HE × 100)

作者简介: 金雪玲, 女, 硕士, 医师。
通信作者: 罗五根, Email: luowugen@126.com

2 讨论

面神经血管瘤是一种少见的面神经良性肿瘤,在颞骨肿瘤中占0.7%^[1]。其高发部位为内听道及膝状神经节,发病机制仍未清楚。有报道称其多发于30~60岁人群,女性发病稍多于男性^[2]。临床多表现为渐进性感音神经性听力下降、面神经功能障碍、眩晕、耳鸣等^[3]。因其临床表现无明显特异性,故临床工作中易误诊、漏诊,需借助高分辨率CT、MRI等影像学检查辅助诊断,并与面神经鞘瘤、颞骨先天性胆脂瘤、脑膜瘤等相鉴别。面神经血管瘤在中耳乳突高分辨率CT中可表现出针状钙化影、蜂窝样改变^[4],而面神经鞘瘤通常表现为局部面神经管的扩大。磁共振难以用于区分面神经血管瘤及面神经鞘瘤,它们在T1加权相均表现为低信号或等信号,T2加权相表现为高信号。值得注意的是面神经血管瘤好发于内听道及膝状神经节,而面神经鞘瘤倾向于累及面神经的多个区域。胆脂瘤需与骨化的血管瘤相鉴别。胆脂瘤在CT上表现为更加清晰和光滑的骨质破坏,且增强扫描无明显强化。脑膜瘤与血管瘤在CT上难以区分,但在MRI T2相中,脑膜瘤表现为等信号,而面神经血管瘤为高信号。

目前普遍认为手术是治疗面神经血管瘤的主要方法。手术目的是在切除肿瘤的基础上尽可能保留面神经的完整并恢复听力^[5]。Lahlou等^[6]认为膝状神经节血管瘤患者面瘫评级为HB III级及以上时,建议手术,一些学者建议当患者术前听力正常时,可选择颅中窝径路手术,但这种手术径路需要颅骨切开,颞叶回缩,具有一定的风险及并发症;当患者术前听力极重度下降时可考虑经迷路径路,开放乳突,中后硬脑膜窝轮廓化,迷路切除直到将面神经迷路段到鼓室段完全暴露^[7]。手术方式由病变的大小,面神经受累程度以及硬脑膜浸润情况等决

定^[8]。李健东等^[9]认为当肿瘤<7 mm、面瘫评级为HB V~VI级时,考虑面神经肿瘤切除+面神经减压术,此类患者预后较好;当肿瘤大小 ≥ 7 mm,面瘫评级为HB VI级时,肿瘤切除后面神经常有缺损,考虑行面神经肿瘤切除+耳大神经移植术。Ma等^[10]将12例面神经血管瘤的患者根据磁共振上肿瘤最大直径分为两组,一组最大直径<10 mm,一组 ≥ 10 mm,较小组的预后明显较好。本例患者术后随访1年未见复发,面瘫评级HB III级。

参考文献:

- [1] Mangham CA, Carberry JN, Brackmann DE. Management of intra-temporal vascular tumors[J]. *Laryngoscope*, 1981, 91(6): 867-876.
- [2] Semaan MT, Slattery WH, Brackmann DE. Geniculate ganglion hemangiomas: clinical results and long-term follow-up[J]. *Otol Neurotol*, 2010, 31(4): 665-670.
- [3] Liu G, Li Y. Surgical outcomes of facial nerve hemangiomas in temporal bones[J]. *Am J Otolaryngol*, 2015, 36(3): 408-410.
- [4] 岳云龙, 金延方, 袁辉, 等. 面神经血管瘤的影像学表现[J]. *临床放射学杂志*, 2013, 32(2): 180-183.
- [5] Marchioni D, Soloperto D, Genovese E, et al. Facial nerve hemangioma of the geniculate ganglion: an endoscopic surgical approach[J]. *Auris Nasus Larynx*, 2014, 41(6): 576-581.
- [6] Lahlou G, Nguyen Y, Russo FY, et al. Geniculate ganglion tumors: clinical presentation and surgical results[J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2016, 155(5): 850-855.
- [7] 尹靓, 朱伟栋, 黄琦, 等. 内听道海绵状血管瘤的临床资料分析[J]. *中国耳鼻咽喉颅底外科杂志*, 2016, 22(3): 187-192.
- [8] 郭良蓉, 李健东. 面神经血管瘤诊断及治疗[J]. *中国耳鼻咽喉头颈外科*, 2015, 22(9): 455-458.
- [9] 李健东, 宋之瑶, 郭良蓉. 面神经血管瘤[J]. *中国医学文摘耳鼻咽喉科学*, 2012, 27(5): 262-264.
- [10] Ma X, Chen D, Cai L, et al. Facial nerve preservation in geniculate ganglion hemangiomas[J]. *Acta Otolaryngol*, 2014, 134(9): 974-976.

(收稿日期:2017-01-16)