

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.2018040020

· 病案报道 ·

鼻腔血管外皮细胞瘤 1 例

李晓晓, 李明红, 方红雁, 汤英姿, 杨贵军

(重庆市人民医院耳鼻咽喉头颈外科, 重庆 400014)

中图分类号: R739.62

文献标识码: D

[中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2018, 24(2): 389-390]

1 病例报告

患者, 女, 29岁, 因右侧鼻腔新生物2年余, 于2017年10月10日入院。患者2年余前体检发现右侧鼻腔新生物, 伴右侧鼻腔阻塞, 偶头昏、头胀, 但无涕中带血、鼻痛, 无溢泪、复视、牙痛及面部蚁行感等。外院考虑为鼻息肉。予以鼻用或口服激素后新生物稍缩小, 未做其他处理, 此后新生物渐进性增大。入院前7d外院行鼻窦CT扫描提示: 右侧筛窦、额窦慢性炎性变, 右侧鼻道软组织密度影, 鼻息肉待查。为进一步诊治来我院就诊入院, 患者一般情况良好, 既往史无特殊。

查体: 右侧总鼻道见暗红色新生物, 质软, 表面光滑, 触之易出血, 堵塞大部份右侧鼻道, 仅可见部分鼻底、下鼻甲、下鼻道。

辅助检查: 鼻窦CT平扫+增强检查示右侧鼻腔内见团片状密度增高影部分充填, 密度欠均匀, 约3.0 cm × 1.3 cm × 3.7 cm大小, 与邻近鼻甲、鼻中

隔紧贴, 骨质未见明显破坏征象, 增强后实质部分明显强化, 内见低密度无强化/轻度强化区, 诊断: 右侧鼻腔肿物(出血坏死性息肉? 血管瘤? 其他)。考虑血管瘤可能性大(图1)。完善术前检查, 于全麻下行右侧鼻腔新生物切除术, 0.1%肾上腺素的生理盐水棉片充分收缩右侧鼻腔。剥离子探及肿物根蒂位于右中鼻甲内侧面后上方, 上鼻甲前下方及鼻顶前中份, 针状电刀沿肿物基底部周围约3 mm处切割, 并分离至骨膜, 分次完全取出肿物送病检。双极电刀止血后右鼻腔予以纳吸棉1根填塞, 术后予以抗炎、止血等对症治疗。

病检报告示: 右鼻腔低度恶性梭形细胞肿瘤; 免疫组化: S-100(-) CD34(脉管+) Vimentin(+) Desmin(-) NSE(-) EMA(-) Ki-67(6%+) CD99(+) CD117(-) S-100(-) Myogenin(-) B-catenin(+) HMB45(-) Actin(灶+) CKL(-) CKH(-) VIII因子(脉管+) CyclinD。符合鼻腔鼻窦型血管外皮细胞瘤(图2)。

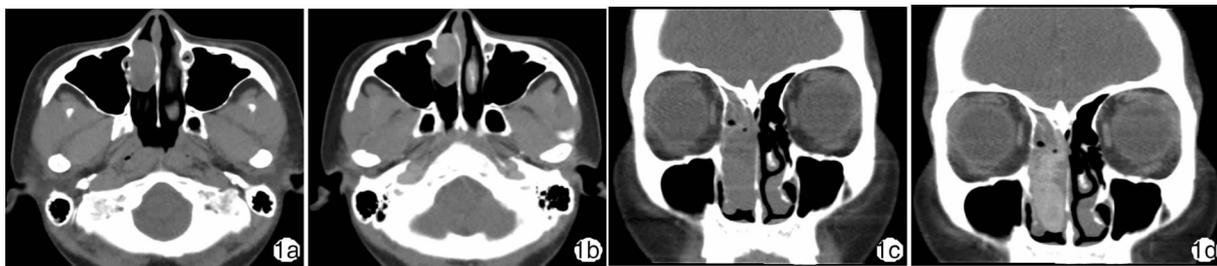


图1 鼻腔鼻窦CT扫描示肿块位置 a: 水平位平扫; b: 水平位增强; c: 冠状位平扫; d: 冠状位增强

作者简介: 李晓晓, 女, 主治医师。

通信作者: 杨贵军, Email: 402681589@qq.com

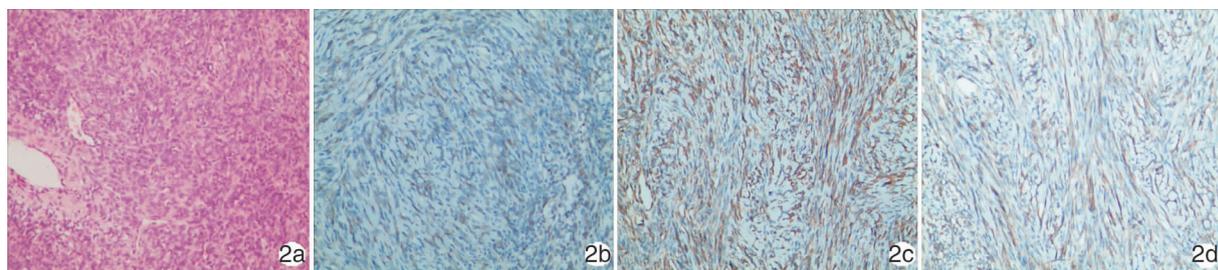


图2 术后病理检查 a:苏木精-伊红染色($\times 100$)下见异形梭形细胞;b:免疫组化 B-catenin(+);c:免疫组化 Vimentin(+);d:免疫组化 CD99(+)

2 讨论

血管外皮细胞瘤是血管外皮细胞来源的软组织肿瘤。也有学者认为,其只是一种生长方式,而不是一种肿瘤实体^[1]。后腹膜及下肢多见,发生于鼻腔鼻窦的血管外皮细胞瘤国内外均少见报道。国外报道其发病年龄为5~86岁^[2],国内报道为11~74岁^[3],以中年人多见,无明显性别差异。

患者主要症状为鼻出血、鼻阻塞,部分患者可伴有突眼、斜视、复视、面部肿胀、头痛等局部受压后的相关症状,局部症状受年龄等多种因素影响^[4]。鼻内镜检查见瘤体呈息肉状,暗红色,弹性好,质脆,表面光滑,触之易出血。增强CT、MR以及DSA对鉴别诊断具有重要意义,其诊断主要依靠组织病理及免疫组化检查。其组织学特征也与其他部位的血管外皮瘤存在一定差异,主要表现为伴肌样分化的梭形瘤细胞围绕薄壁血管排列^[5]。

手术是鼻腔鼻窦型血管外皮细胞瘤的主要治疗手段,切除时保持一定安全边缘可能对控制复发有一定意义^[6]。本例患者距肿瘤边缘3 mm切除,深度至骨膜,随访截止目前无复发。术前行介入治疗对减轻术中术后出血具有重要意义^[7]。本例患者术前CT检查提示肿瘤主要位于鼻腔中前份,血管瘤可能。但患者为女性,以鼻腔阻塞为主诉,肾上腺素软片充分收缩肿物后鼻内镜检查见其有明显根蒂。已排除颅内先天性病变的可能,即便肿物为血管瘤因其位置靠前,且有明显根蒂,止血相对较易,选择直接手术切除,术中出血量约50 ml,低于 Tessema 等^[8]报道的100~1 500 ml。这可能与肿瘤的部位及大小等有关。术前对肿瘤的评估对指导手术具有重要意义。目前认为绝大多数血管外皮细胞瘤属于中间型或低度恶性肿瘤,尚无可靠的区分良恶性的组织学指标。据报道复发率7%~40%^[9]。本例患者术后1个月见鼻腔上皮化良好,无复发迹象,

但仍需长时间随访观察。

参考文献:

- [1] Gengler C, Guillo L. Solitary fibrous tumour and haemangiopericytoma: evolution of a concept [J]. *Histopathology*, 2006, 48(1): 63-74.
- [2] Thompson LD, Miettinen M, Wenig BM. Sinonasal-type hemangiopericytoma: a clinicopathologic and immunophenotypic analysis of 104 cases showing perivascular myoid differentiation [J]. *Am J Surg Pathol*, 2003, 27(6): 737-749.
- [3] 沈雁. 鼻腔鼻窦血管外皮瘤 [J]. *中国耳鼻咽喉头颈外科*, 2005, 12(9): 533-535.
Shen Y. Sinonasal hemangiopericytoma [J]. *Chinese Archives of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 2005, 12(9): 533-535.
- [4] 陈凯, 孙艳, 钟胜长. 不同年龄慢性鼻窦炎经鼻内镜手术的主客观评估的结果 [J]. *中国耳鼻咽喉颅底外科杂志*, 2017, 23(4): 363-366.
Chen K, Sun Y, Zhong SC. Analyses of subjective and objective evaluations after nasal endoscopic surgery in chronic rhinosinusitis patients of different age groups [J]. *Chinese Journal of Otorhinolaryngology-Skull Base Surgery*, 2017, 23(4): 363-366.
- [5] 刘大伟, 韩安家, 梁英杰. 鼻腔鼻窦型血管外皮瘤样肿瘤2例及文献复习 [J]. *临床与实验病理学杂志*, 2010, 26(4): 487-488.
Liu DW, Han AJ, Lian YJ. Sinonasal hemangiopericytoma-like tumor—a report of two cases with literature review [J]. *Chinese Journal of Clinical and Experimental Pathology*, 2010, 26(4): 487-488.
- [6] Billings KR, Fu YS, Calcatera TC, et al. Hemangiopericytoma of the head and neck [J]. *Am J Otolaryngol*, 2000, 21(4): 238-243.
- [7] Ledderose GJ, Gellrich D, Holtmannspötter M, et al. Endoscopic resection of sinonasal hemangiopericytoma following preoperative embolisation: a case report and literature review [J]. *Case Rep Otolaryngol*, 2013, 2013: 796713.
- [8] Tessema B, Eloy JA, Folbe AJ, et al. Endoscopic management of sinonasal hemangiopericytoma [J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2012, 146(3): 483-486.
- [9] Tse LL, Chan JK. Sinonasal haemangiopericytoma-like tumor: a sinonasal glomus tumor or a haemangiopericytoma [J]? *Histopathology*, 2002, 40(6): 510-517.

(收稿日期: 2018-01-15)