

illofacial region; analysis of 15 cases [J]. Beijing Journal of Stomatology, 2004, 18(2): 256 – 257.

[5] Jiang Y, Hua Q, Ren J, et al. Eosinophilic hyperplastic lymphogranuloma: Clinical diagnosis and treatment experience of 41 cases [J]. Am J Otolaryngol, 2017, 38(5): 627 – 629.

[6] Chang AR, Kim K, Kim HJ, et al. Outcomes of Kimura’s disease after radiotherapy or nonradiotherapeutic treatment modalities [J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2006, 65(4): 1233 – 1239.

[7] Kimura Y, Pawankar R, Aoki M, et al. Mast cells and T cells in Kimura’s disease express increased levels of interleukin-4, interleukin-5, eotaxin and RANTES [J]. Clin Exp Allergy, 2002, 32(12): 1787 – 1793.

[8] Chim C, Fung A, Shek TW, et al. Analysis of clonality in Kimura’s disease [J]. Am J Surg Pathol, 2002, 27(5): 703 – 704.

[9] 武忠弼, 杨光华. 中华外科病理学(上、中、下卷) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 272.

Wu ZB, Yang GH. Chinese surgical pathology (Part I, II and III) [M]. Beijing: Press of People’s Health, 2002: 272.

[10] 陈宇雄, 慕革非. 颌面区木村病的影像学表现(2例报告并文献复习) [J]. 临床放射学杂志, 2016, 35(10): 1622 – 1624.

Chen YX, Mu GF. Imaging findings of Kimura disease in the maxillofacial region: report of two cases with literature review [J]. Journal of Clinical Radiology, 2016, 35(10): 1622 – 1624.

[11] Obata Y, Furusu A, Nishino T, et al. Membranous nephropathy and Kimura’s disease manifesting a hip mass, A case report with literature review [J]. Intern Med, 2010, 49(14): 1405 – 1409.

[12] 程茂杰, 常建民. 木村病 [J]. 中华皮肤科杂志, 2010, 43(3): 218 – 220.

Cheng MJ, Chang JM. Kimura’s disease [J]. Chinese Journal of Dermatology, 2010, 43(3): 218 – 220.

[13] Barge S, Bouchachi A, Bechara C, et al. Eosinophilia with stroke in a Chinese patient: Kimura’s disease complicated with fibroblast-endothelialitis, first report [J]. Am J Hematol, 2008, 83(5): 432.

[14] 何晓, 徐艳萍, 王言言. 木村病诊疗体会及临床分析 [J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2016, 23(7): 413 – 414.

He X, Xu YP, Wang YY. Experience on diagnosis and treatment and clinical analysis of Kimura’s disease [J]. Chinese Archives of Otolaryngology Head and Neck Surgery, 2016, 23(7): 413 – 414.

(收稿日期: 2018 – 11 – 22)

本文引用格式: 陈佳琦, 陈俊强, 任庆春. 以耳后肿物为表现的木村病1例 [J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2019, 25(5): 551 – 553.  
DOI: 10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201905021

DOI: 10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201905022

• 病案报道 •

# CO<sub>2</sub> 激光喉显微手术治疗喉神经鞘瘤 1 例

王利国<sup>1</sup>, 司马国旗<sup>2</sup>

(1. 南京医科大学附属江宁医院 耳鼻咽喉科, 江苏 南京 211100; 2. 嘉兴市第一医院 耳鼻咽喉科, 浙江 嘉兴 314000)

中图分类号: R766.9

## 1 临床资料

患者, 女, 37岁, 因咽部异物感2年, 加重1个月于2017年2月21日入院, 患者2年前无明显诱因出现咽部不适, 偶尔声音嘶哑, 因症状较轻未重视及治疗, 近1个月来患者咽部不适感加重, 伴声音嘶哑, 劳动后呼吸困难, 无咽痛咽干、发热、恶心呕吐、消瘦乏力及痰中带血, 遂来嘉兴市第一医院就诊, 喉动态镜

检查: 左侧杓会厌皱襞见一肿物, 约2.0 cm×2.0 cm×1.5 cm大小, 表面光滑, 边界清楚, 喉部其他结构未见异常(图1A), 以喉部肿物收住院。排除手术禁忌证于2017年2月23日全麻显微支撑喉镜下行CO<sub>2</sub>激光喉部肿物切除术, 术中见肿物基底较宽, 自会厌侧壁中段至左侧杓部均有肿物覆盖, 肿物表面光滑, 边界清楚, 与周围组织无黏连。用生理盐水小纱条置于会厌喉面隔离保护气管插管和气囊, 喉息肉钳钳住部分囊壁, CO<sub>2</sub>激光(短脉冲, 2.5W连

作者简介: 王利国, 男, 硕士, 住院医师。  
通信作者: 司马国旗, Email: smgq73@163.com

续波)的光斑紧靠囊壁游离切除新生物,对创面使用CO<sub>2</sub>激光(5mj)面扫止血,术毕,切除肿物为实性,表面光滑,大小约2.0 cm×1.8 cm×1.5 cm。患者术中生命体征稳定,出血微量。术中快速冷冻病理检查示神经鞘瘤。术后予抗感染、地塞米松雾化吸入等对症治疗,术后3 d复查喉镜见创面无明显出血,白膜开始生长、覆盖(图1B)。7 d后复查喉镜见创面白膜生长良好(图1C)。术后3个月复查喉镜见双侧声带活动好,肿物无复发(图1D),随访至今未见复发,效果满意。术后病理(图2):喉神经鞘瘤。免疫组化结果:CK(-),Vimentin(+),SMA(-),S-100(+),GFAP(-),CD34(血管+),Ki67(+,约2%)。

2 讨论

1910年外国学者首次定义发生在神经组织上的肿瘤为神经鞘瘤<sup>[1]</sup>。目前发现神经鞘瘤在各个组织器官都可以发生,主要见于头颈部和上下肢屈侧部。头颈部神经鞘瘤约占全身神经鞘瘤的10%~15%,主要见于交感神经和迷走神经,少见于颅底神经,而喉上神经、喉返神经、鼻睫神经极罕见<sup>[2-3]</sup>。

喉神经鞘瘤是良性肿瘤,仅占喉部良性肿瘤0.1%~1.5%<sup>[4]</sup>。1938年,New和Erich首次发现喉部神经鞘瘤予以定义<sup>[5]</sup>,喉神经鞘瘤由神经鞘细胞(雪旺细胞)发展而来,多生长在喉上神经内分支,少部分来源喉返神经,常见形态有圆球形、椭圆形、梭形,表面光滑、边界清楚、包膜完整,生长缓慢(数年或数十年),常为单发肿物,多发生在杓会厌襞、室带、杓状软骨,也可发生在声带或梨状窝。根

据肿瘤的组织来源以及大小不同,患者临床表现有所差异<sup>[6]</sup>。喉神经鞘瘤早期症状可能不明显,但随着肿瘤生长、体积变大后会呈现一系列临床症状,比如声嘶、咽部不适伴异物感、咽痛、气急、进食障碍、喉喘鸣、急性喉梗阻<sup>[7]</sup>。然而这些临床症状并无特异性,与许多疾病症状相似,主要与喉部囊肿、纤维瘤、平滑肌瘤、喉气囊肿等疾病相鉴别<sup>[8-9]</sup>。

目前神经鞘瘤首选检查为CT及MRI。因为瘤体CT及MRI可见肿块呈膨胀性改变,能见组织包膜,且肿物并不侵袭其他组织及破坏软骨。由于瘤内陈旧性出血及囊变分布的差异,使CT图像主要为低密度影,内部可见团状高密度影,增强后肿瘤核心区域均见不同程度丝状强化影,而MRI增强后瘤体可见密度不均的强化影。故此喉神经鞘瘤在CT和MRI上的特异性表现明显,有助于疾病诊断,有助于了解病变范围及与周围解剖关系,具有很大的诊断意义<sup>[10-11]</sup>。

病理学上按照瘤细胞的排列把神经鞘瘤分为2种类型:第一种是致密型(Antoni A型):可见梭形细胞呈栅栏状平行排列,或者呈旋涡状排列;第二种是疏松型(Antoni B型):细胞呈现稀疏网状排列,胞内及胞间见较多水样液体。病理诊断是确诊神经鞘瘤的唯一标准。

神经鞘瘤发生在神经组织上,具有包膜完整、对放疗不敏感的特性。所以手术是治疗喉神经鞘瘤首选方式<sup>[12]</sup>,目前手术方式包括2种方式:一是颈侧切或者喉裂肿瘤切除术,用于瘤体较大、位于咽侧壁、喉显微暴露不全的患者,其缺点是手术时间长,对患者创伤较大,病程恢复较慢,尤其是喉裂开肿瘤

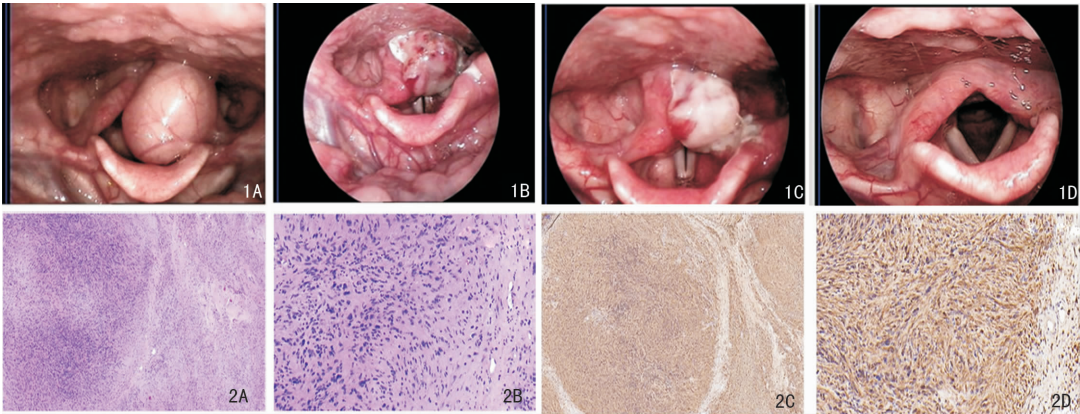


图1 患者手术前后显微支撑喉镜下所见 1A:术前肿物表面光滑,边界清楚,位于左侧杓会厌襞皱襞;1B:术后3 d的创面;1C:术后7 d的创面;1D:术后3个月,双侧声带活动好,无复发 图2 术后病理图 2A、B:细胞见呈现长梭形、椭圆形,以栅栏状或旋涡状排列 (A:HE×100; B:HE×400);2C、D:S100蛋白阳性反应,肿瘤细胞胞质内见棕黄色颗粒,肿瘤间质细胞阴性 (C:S100×100; D:S100×400)

切除术,此种方式要求气管切开,对喉部解剖破坏较大,影响喉部功能,有时需行喉部功能重建<sup>[13]</sup>。二是喉显微微创法,此种方法用于瘤体较小,支撑喉镜容易暴露的患者。谷彬等<sup>[14]</sup>运用 CO<sub>2</sub> 激光治疗声门下神经鞘瘤,而且疗效很好,患者病情恢复快。使用显微支撑喉镜 CO<sub>2</sub> 激光切除神经鞘瘤,总结优点如下:①通过显微镜可看清瘤体的边界,可以完整的切除包膜,避免复发;②术中 CO<sub>2</sub> 激光能迅速封闭直径 0.5 mm 以下的小血管,使得手术过程中创面出血少,手术时间大大缩短;③术中 CO<sub>2</sub> 激光对组织损伤较轻,每次切割只对切缘组织产生 5 ~ 100 μm 以内的破坏,使术后病情恢复较快,缩短住院时间,减少住院费用。

#### 参考文献:

- [1] Verma A, Banerjee K, Verma A, et al. Maxillary neurilemmoma-Rarest of the rare tumour; Report of 2 cases[J]. Int J Surg Case Rep, 2013,4(11):1044-1047.
- [2] 古庆家,李祥奎,何刚. 头颈部神经鞘瘤的诊断和治疗(附 34 例报告)[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010,24(18):856-858.  
Gu QJ, Li XK, He G. Diagnosis and treatment of head and neck schwannomas (report of 34 cases)[J]. Journal of Clinical Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 2010,24(18):856-858.
- [3] 李文,张虹婷,张红英. 杓状会厌皱襞多发性神经鞘瘤一例[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2012,47(3):250-251.  
Li W, Zhang HT, Zhang HY. Multiple schwannoma of the arytenoid epiglottis: a Case Report[J]. Chinese Journal of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 2012,47(3):250-251.
- [4] Chiu CC, Chou SH, Wu CC, et al. Obstructive laryngeal schwannoma in a young female[J]. World J Surg Oncol, 2015,13:24.
- [5] 沈毅,成立新,唐鸣,等. 显微支持喉镜下摘除喉杓区神经鞘瘤 2 例[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015,29(23):2091-2092.  
Shen Y, Cheng LX, Tang M, et al. Laryngeal interarytenoid neurilemmoma excised via microlaryngeal endoscopy: two case reports[J]. Journal of Clinical Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 2015,29(23):2091-2092.
- [6] 简志宏,刘佳,廖华,等. 经迷路下-颈静脉突入路切除颈静脉孔区神经鞘瘤[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2017,23(4):305-309.  
Jian ZH, Liu J, Liao H, et al. Application of sublabrynth and transjugular process approach for removal of jugular foramen schwannomas[J]. Chin J Otorhinolaryngol Skull Base Surg, 2017,23(4):305-309.
- [7] Tse A, Anwar B. Laryngeal schwannoma: excision via a laryngofissure approach[J]. J Surg Case Rep, 2015,2015(6):1-3.
- [8] Nardi CE, Burzichelli AW, Pfuetzenreiter EG, et al. Schwannoma of the arythenoid[J]. Einstein (Sao Paulo), 2013,11(2):224-226.
- [9] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:487.  
Huang XZ, Wang JB, Kong WJ. Practice Of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery[M]. Beijing: Press of People's Health, 2008:487.
- [10] 王一,李姗姗,尹相媛,等. 周围神经鞘瘤的 CT 和 MRI 分析[J]. 医学影像学杂志, 2012,22(1):71-74.  
Wang Y, Li SS, Yin XY, et al. CT and MRI diagnosis of peripheral neurilemoma[J]. Journal of Medical Imaging, 2012,22(1):71-74.
- [11] Stefanovic X, Gallet de Santerre O, Cartier C, et al. A rare benign laryngeal tumor[J]. Diagn Interv Imaging, 2014,95(6):617-619.
- [12] 陈静静,华辉,孙彦,等. 喉神经鞘瘤的诊断及手术方式选择[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011,25(12):568-570.  
Chen JJ, Hua H, Sun Y, et al. Diagnosis and surgical management of laryngeal schwannomas[J]. Journal of Clinical Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 2011,25(12):568-570.
- [13] Ebmeier J, Reineke U, Gehl HB, et al. Schwannoma of the larynx[J]. Head Neck Oncol, 2009,8(1):23.
- [14] 谷彬,王东海. CO<sub>2</sub> 激光治疗声门下神经鞘瘤 1 例[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016,30(6):502-503.  
Gu B, Wang DH. One case report of subglottic schwannoma resected with CO<sub>2</sub> laser[J]. Journal of Clinical Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 2016,30(6):502-503.

(收稿日期:2018-11-29)

本文引用格式:王利国,司马国旗. CO<sub>2</sub> 激光喉显微手术治疗喉神经鞘瘤 1 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2019,25(5):553-555. DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201905022