

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202524114

· 病案报道 ·

舌下神经降支来源的神经鞘瘤 1 例

李栩¹, 卢怡祥², 严国鑫³, 朱国臣^{1,2}

(1. 南通大学无锡临床学院 耳鼻咽喉头颈外科, 江苏 无锡 214002; 2. 江南大学附属中心医院 耳鼻咽喉头颈外科, 江苏 无锡 214122; 3. 江南大学附属中心医院 口腔科, 江苏 无锡 214122)

中图分类号: R739.91

舌下神经降支(descending loop of the hypoglossal nerve, DLHN)来源的神经鞘瘤极为罕见,中、英文文献中仅检索到2例^[1-2]。本文报道1例DLHN来源的神经鞘瘤,回顾性分析其病史、临床表现、影像学检查、术中所见、组织病理学检查和治疗方案选择等,以供临床医生借鉴。

1 临床资料

患者,男,25岁,因左侧颈部肿块5年、进行性增大1年入院。病程中无疼痛、无吞咽困难、无发音困难。查体:左侧颈部可触及一个质地较硬、活动轻度的肿块,直径约40 mm,无搏动,伸舌无偏斜、舌肌未萎缩,颈部未触及肿大淋巴结。电子喉镜下鼻咽部、舌根部、喉部、下咽未见明显异常。平扫CT显示颈动脉三角区一个边界清晰、密度均匀的肿块,大小约45 mm×35 mm×25 mm;增强CT显示动脉期扫描少许强化,静脉期扫描呈进行性、非均匀强化(图1);肿块位于颈动脉鞘的前内侧,颈总动脉与颈内静脉之间、颈内动脉与颈外动脉之间的距离均未增大。B型超声显示肿块血流不丰富。术前诊断:颈部神经源性肿瘤待查。术前检查基本正常,在全麻下行颈部肿物切除术,术中将胸锁乳突肌、颈总动脉和颈内静脉向外侧牵拉后暴露肿瘤,见肿瘤包膜完整、边界清,易与血管分离,但与舌下神经干附着紧密。在确认肿瘤起源于DLHN、且DLHN无法与肿瘤分离后,将肿瘤和累及的DLHN整块切除。

苏木精-伊红染色显示肿块主要由乏细胞区和少量梭形细胞组成,排列成松散的网格状(图2a)。免疫组化染色显示,肿瘤细胞分别呈S100和Vim-

entin阳性表达(图2b)。结合临床,最终诊断为DLHN来源的神经鞘瘤。

术后患者恢复顺利,无神经功能缺损的表现。随访1年,体格检查及超声检查均未发现神经鞘瘤复发征象。

2 讨论

DLHN系由来自第1、2颈脊神经腹支的部分神经纤维组成。一般情况下,来自第1、2颈脊神经腹支的部分神经纤维随颅外舌下神经干走行,沿后者下降3~4 cm;发出分支支配甲状舌骨肌和颏舌骨肌后,剩余的神经纤维离开舌下神经干,垂直向下到达颈动脉鞘前内侧,称为DLHN或颈袢上根^[1-2]。

颈动脉体瘤和神经鞘瘤是颈动脉三角区最常见的两种原发性神经源性肿瘤^[1-5]。术前影像学检查如B超、DSA、CT、MRI可初步鉴别。颈动脉体瘤的影像学特征包括颈总动脉分叉处lyre阳性征、高速血流流空效应、增强扫描后强化明显^[3]。此外,在DSA上可以检测到颈动脉分叉周围丰富的血管丛和肿瘤供养动脉。在累及颈动脉三角的神经鞘瘤中,起源于迷走神经和颈交感干者多见。神经鞘瘤在增强CT或MRI上显示轻至中度不均匀强化,DSA上无肿瘤供养动脉。在迷走神经来源的神经鞘瘤中,颈内静脉移向后外侧,颈总动脉、颈内动脉移向前内侧;而在颈交感干来源的神经鞘瘤中,颈总动脉、颈内动脉和颈内静脉整体移向前外侧^[5]。

2016年刘滢等^[6]发现报道1例左侧颈动脉鞘外侧胸锁乳突肌下的巨大肿块,肿块与周围组织边界清楚,术后病理确诊为神经鞘瘤。2017年Illuminati^[1]

第一作者简介:李栩,男,在读硕士研究生,住院医师。
通信作者简介:朱国臣,男,博士,主任医师。

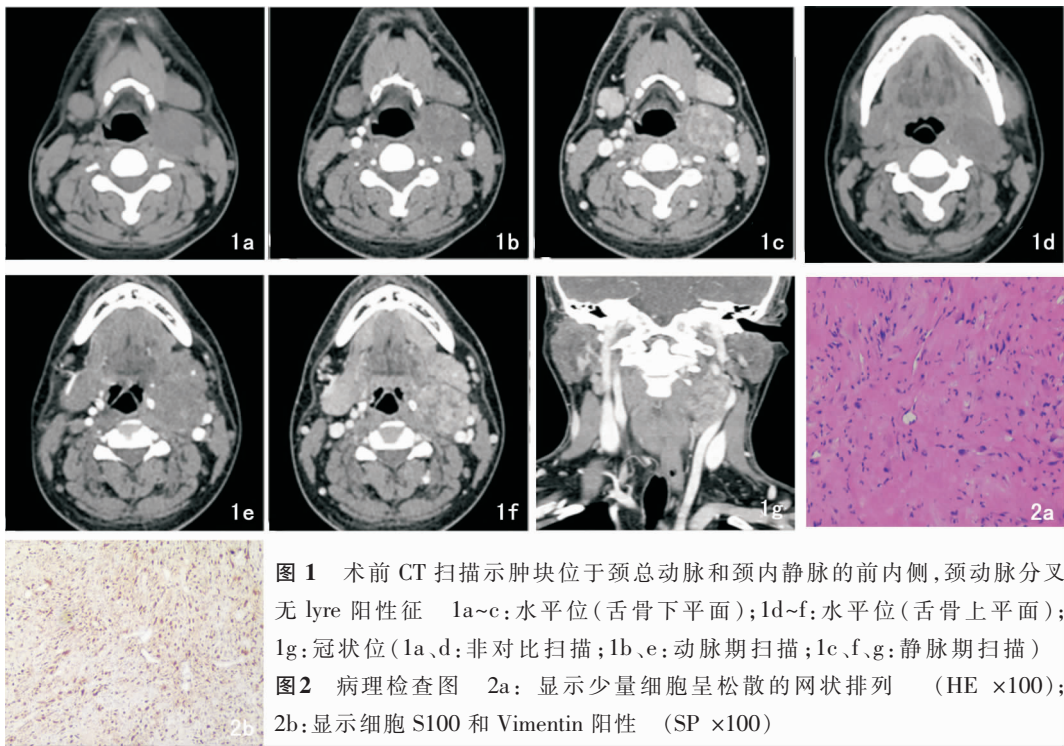


图 1 术前 CT 扫描示肿块位于颈总动脉和颈内静脉的前内侧,颈动脉分叉无 lyre 阳性征 1a~c:水平位(舌骨下平面);1d~f:水平位(舌骨上平面);1g:冠状位(1a、d:非对比扫描;1b、e:动脉期扫描;1c、f、g:静脉期扫描)
图 2 病理检查图 2a:显示少量细胞呈松散的网状排列 (HE ×100);2b:显示细胞 S100 和 Vimentin 阳性 (SP ×100)

等发现 1 例位于颈动脉分叉上方的小肿块伴 lyre 阳性征,术前误诊为颈动脉体瘤。术中发现肿瘤未与颈外动脉或颈内动脉粘连,证实为 DLHN 来源的神经鞘瘤。2020 年 Jahad 等^[2]报道 1 例累及颈动脉分叉的纵形肿块,虽然术前疑为神经源性肿瘤,但直至术中才证实为 DLHN 来源的神经鞘瘤。本例 DLHN 来源的神经鞘瘤沿颈动脉鞘前内侧生长,与 DLHN 走行方向一致,不伴 lyre 阳性征,与既往报道不同,值得注意。

考虑到 DLHN 本身直径较细小、且没有重要的功能,加之神经鞘瘤与 DLHN 难以分离,因此将肿块和 DLHN 整块切除可能是较好的选择,在以前的报道和本病例中都选择了这种方法^[1-2]。DLHN 来源的神经鞘瘤能否行肿瘤包膜囊内切除以保留神经的连续性,有待进一步研究。

总之,颈动脉三角区肿瘤的鉴别诊断应考虑 DLHN 来源神经鞘瘤的可能性,术前影像学检查可初步评估肿块的范围、性质,确诊依赖于组织病理学检查。

参考文献:

[1] Illuminati G, Pizzardi G, Pasqua R, et al. Schwannoma of the de-

scending loop of the hypoglossal nerve; Case report[J]. Int J Surg Case Rep,2017,34:20 – 22.

[2] Jahad N, Ridal M, Chafai H, et al. Schwannoma of the descending loop of the hypoglossal nerve; case report[J]. Pan Afr Med J,2020,36:73.

[3] Lyle DA, Lopez A, Osofsky R, et al. Outcomes of carotid body tumor management with active surveillance[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol,2023,132(5):551 – 557.

[4] Marrone S, Sanz JAA, Cacciotti G, et al. Utility of sodium fluorescein in recurrent cervical vagus schwannoma surgery[J]. Surg Neurol Int,2023,14:376.

[5] Wong CE, Huang CC, Chuang MT, et al. Quantification of vessel separation using the carotid-jugular angle to predict the nerve origin of neck peripheral nerve sheath tumours; a pooled analysis of cases from the literature and a single-center cohort[J]. Int J Surg, 2023,109(9):2704 – 2713.

[6] 刘滢,张志明. 颈部神经鞘瘤 1 例 [J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2016, 22 (1): 78.

(收稿日期:2024 – 03 – 23)

本文引用格式:李栩,卢怡祥,严国鑫,等. 舌下神经降支来源的神经鞘瘤 1 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2025,31(3):85 – 86. DOI:10. 11798/j. issn. 1007 – 1520. 202524114