

面神经瘤的临床诊治分析

陈乌娜,林勤,关丽梅,苏文玲

(厦门大学附属第一医院 耳鼻咽喉头颈外科 福建医科大学第三临床医学院 厦门市耳鼻咽喉头颈外科重点实验室,福建 厦门 361003)

摘 要: **目的** 分析与探讨面神经瘤的临床诊治方案,加强对本病的认识,以避免误诊误治。**方法** 收集 2012 年 9 月—2022 年 12 月诊治的 8 例面神经瘤患者的临床资料,面神经功能评估使用 House-Brackmann(H-B)分级系统,对其临床诊治过程进行回顾性分析。**结果** 8 例面神经瘤患者中,3 例伴有周围性面瘫病史,7 例伴有腮腺区肿物病史。3 例患者术前诊断为面神经瘤;5 例患者术前无面瘫症状,其中 1 例误诊为中耳胆脂瘤,4 例误诊为腮腺肿物。3 例术前 V~Ⅵ级面瘫患者行肿瘤全切除术,其中 1 例 V 级面瘫时间 <1 周者术中同期行面神经-舌下神经吻合术,术后面神经功能恢复至Ⅲ级。4 例腮腺区肿物行肿瘤剥离术,术后面神经功能 1 例 I 级,3 例 V 级。1 例颞骨内鼓室段肿物行肿瘤部分切除术,术后面神经功能 I 级。肿瘤位于颞骨外段腮腺区 5 例,颞骨内段 1 例,跨颞骨内外 2 例。术后病理检查显示 6 例为面神经鞘瘤,2 例为面神经纤维瘤。**结论** 面神经瘤临床表现隐匿,无面瘫症状者极易误诊。腮腺深叶区肿物需警惕面神经瘤可能,术前高分辨率影像学检查对定位及定性诊断至关重要。术前面神经功能评估(H-B 分级)是制定手术方案的核心依据,术中需权衡肿瘤切除与神经功能保留的利弊,术后密切随访可降低复发风险。

关 键 词:面神经瘤;周围性面瘫;腮腺肿物;影像学检查

中图分类号:R764.9

Analysis on clinical diagnosis and treatment of facial neuroma

CHEN Wuna, LIN Qin, GUAN Limei, SU Wenling

(Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, the First Affiliated Hospital, Xiamen University, the Third Clinical Medical College, Fujian Medical University, Xiamen Key Laboratory of Otolaryngology Head and Neck Surgery, Xiamen 361003, China)

Abstract: **Objective** To analyze and discuss the clinical diagnosis and treatment strategies for facial neuroma, enhance understanding of the disease, and avoid misdiagnosis and mismanagement. **Methods** Clinical data of 8 patients with facial neuroma treated in our department from September 2012 to December 2022 were collected and retrospectively analyzed. Facial nerve function was evaluated using the House-Brackmann(H-B) system. **Results** Among the 8 patients, 3 had a history of peripheral facial paralysis, and 7 presented with parotid gland masses. The 3 patients with facial paralysis were correctly diagnosed with facial neuroma before operation, while the 5 cases without any facial paralysis symptoms were all misdiagnosed (1 was misdiagnosed as middle ear cholesteatoma and 4 as parotid tumors). Total tumor resection was performed in the 3 patients with preoperative facial paralysis (H-B grade V-VI). Among them, one case of facial paralysis (H-B grade V) with a duration of less than one week underwent simultaneous facial-hypoglossal nerve anastomosis, and the facial nerve function achieved postoperative improvement to grade III. Tumor dissection was performed in 4 patients with parotid gland tumors resulting in postoperative facial nerve function of grade I in one case and grade V in 3. One case with the tumor involving the intratemporal segment (tympanic portion) underwent partial tumor resection with postoperative nerve function preserved at grade I. Tumors were located in the extratemporal segment (parotid region) in 5 cases, the intratemporal segment in one, and both segments in 2 cases. Postoperative pathology revealed that 6 cases were schwannomas and 2 were neurofibromas. **Conclusion** The clinical manifestations of facial neuroma are usually subtle, and

第一作者简介:陈乌娜,女,硕士,副主任医师。
通信作者简介:林勤,女,博士,主任医师。

patients without facial paralysis symptoms are prone to being misdiagnosed. A mass in the deep parotid lobe should raise suspicion of facial neuroma, and preoperative high-resolution imaging examinations are critical for localization and qualitative diagnosis. Preoperative H-B grading is pivotal for surgical planning, a balance must be struck intraoperatively between tumor resection and nerve function preservation. Close postoperative follow-up may reduce the risk of recurrence.

Keywords:Facial neuroma; Peripheral facial paralysis; Tumor of parotid gland; Imaging examination

面神经根据解剖位置可分为颅内段、颞骨内段及颞骨外段。面神经解剖位置较深且面神经瘤生长缓慢,故早期面神经瘤不易被发现,易误诊为腮腺多形性腺瘤、贝尔氏面瘫、颞骨胆脂瘤等疾病。现回顾性分析收治的 8 例面神经瘤患者的临床资料,总结其症状、体征、辅助检查、治疗方法及临床疗效,以期加强对本病的认识,减少误诊误治情况的发生。

1 材料与方法

1.1 临床资料

回顾性分析 2012 年 9 月—2022 年 12 月收治住院的 8 例面神经瘤患者的临床资料。其中,男 2 例,女 6 例;年龄 18 ~ 55 岁,平均 43.4 岁;左侧发病 3 例,右侧发病 5 例。面神经功能采用 House-Brackmann (H-B) 分级系统评估。病例资料包括患者病史、手术方式、术后病理、术前术后面神经功能 H-B 分级及随访结果。详见表 1。

2 结果

2.1 临床特征

8 例面神经瘤患者,临床表现为腮腺区肿物 7 例 (87.5%),出现周围性面瘫 3 例 (37.5%)。术前误诊率为 62.5% (5/8),其中 4 例误诊为腮腺肿瘤,1 例误诊为中耳胆脂瘤。肿瘤解剖分布为:颞骨外段 5 例 (62.5%),颞骨内段 1 例 (12.5%),跨颞骨内外段 2 例 (25.0%)。术后病理证实面神经鞘瘤 6 例 (75.0%),面神经纤维瘤 2 例 (25.0%)。

术前 3 例面瘫患者,2 例长期完全性面瘫 (H-B VI 级) 行肿瘤全切术,术后功能未恢复;1 例急性面瘫 (H-B V 级,病程 < 1 周) 行肿瘤全切除 + 舌下/面神经吻合术,术后功能改善至 III 级。术前 5 例面神经功能正常患者,4 例腮腺区肿物行肿瘤剥离术,术后面神经功能分别为 I 级 1 例, V 级 3 例;1 例颞骨内段肿瘤行部分切除术,术后功能保留为 I 级。

表 1 8 例面神经瘤患者资料

病例	性别	年龄 (岁)	病史及临床表现	术前 H-B 分级	肿瘤部位	手术方式	术后 H-B 分级	病理分型	随访时间 (月)	恢复情况
1	女	18	右腮腺区肿物 3 年余	I 级	颞骨外段 (腮腺区)	肿瘤剥离术	I 级	神经纤维瘤	36	无复发
2	女	55	右腮腺区肿物 1 个月;13 年前右周围性面瘫、右耳听力丧失,5 年前右侧颞骨内面神经鞘瘤手术	VI 级	跨颞骨内外段	肿瘤切除术	VI 级	神经鞘瘤	24	稳定
3	女	41	右闭眼不全 1 d, MRI 发现右腮腺区肿物	V 级	颞骨外段 (腮腺区)	肿瘤全切除 + 舌下/面神经吻合术	III 级 (可闭眼、伸舌偏斜)	神经鞘瘤	12	无复发
4	男	46	右腮腺区肿物 2 年	I 级	颞骨外段 (腮腺区)	肿瘤剥离术	V 级	神经鞘瘤	18	无复发
5	女	55	左腮腺区肿物 4 年	I 级	颞骨外段 (腮腺区)	肿瘤剥离术	V 级	神经鞘瘤	24	无复发
6	女	51	左腮腺区肿物 3 个月	I 级	颞骨外段 (腮腺区)	肿瘤剥离术	V 级	神经鞘瘤	12	无复发
7	男	29	左耳鸣伴听力下降半年,左鼓室内新生物	I 级	颞骨内段 (鼓室段)	肿瘤部分切除 + 听骨链重建术	I 级	神经纤维瘤	12	稳定
8	女	52	右耳听力下降 1 年,右侧外耳道肿物;右侧周围性面瘫、右腮腺区面神经瘤术后 20 余年	VI 级	跨颞骨内外段	肿瘤切除术	VI 级	神经鞘瘤	6	稳定

术后患者随访6~36个月,平均随访18个月,未见复发或进展。

3 典型病例

病例3,女,41岁,以右口角歪斜、闭目不全1d就诊于神经内科。查体示右侧周围性面瘫(H-B分级V级)。CT示右侧腮腺深面肿物,边界清晰,增强后中心强化(图1A、B)。MRI示T1等信号、T2高信号,矢状位显示颅底沿面神经走行的梭形病灶(图1C、D、E)。考虑右面神经瘤,转入我科。术中探查发现面神经总干处神经纤维消失,肿瘤包膜完整,行肿瘤全切除+舌下/面神经吻合术。术后病理示右侧面神经鞘瘤。9d后面神经功能恢复至Ⅲ级(可闭眼、伸舌偏斜)。术后1年CT复查未见肿瘤复发(图1F)。

病例7,男,29岁,因左耳鸣伴听力下降半年入院。外院曾误诊为分泌性中耳炎并行鼓膜穿刺。耳内镜检查示左鼓膜穿孔伴痂皮附着,鼓室内新生物;听力检查示左侧轻度传导性聋。CT示左侧鼓室内软组织影,累及面神经水平段,骨质破坏;术前考虑左中耳胆脂瘤可能。术中探查发现左鼓室内充满淡红色光滑肿物,肿物累及面神经水平段全程,并破坏砧骨长脚。术中冷冻病理提示神经源性肿瘤。考虑患者年轻,未婚,术前面神经功能正常,故行肿瘤部分切除+听骨链重建术,保留面神经功能。术后病理示左侧面神经纤维瘤。术后随访7个月以上,CT及MRI示左侧颞骨内鼓室段面神经肿瘤稳定;听力检查示气骨导差消失,耳鸣缓解,未出现面瘫,现仍密切随访中。见图2~5。

4 讨论

面神经瘤是一种罕见的周围神经肿瘤,其临床表现多样且易误诊,治疗方案需个体化制定。结合本组病例及近年文献,从病因、诊断策略、治疗选择及预后等方面分析如下。

面神经瘤依据病理类型可分为面神经鞘瘤、面神经纤维瘤及面神经血管瘤3种,其中最多见为面神经鞘瘤,最罕见为面神经血管瘤。本组病例中6例为面神经鞘瘤,2例为面神经纤维瘤,与文献报道的面神经鞘瘤高发性一致^[1]。面神经瘤的病因尚不明确,但有研究提示其与神经鞘细胞异常增殖相关,尤其是神经纤维瘤病Ⅱ型基因突变在面神经

鞘瘤中起重要作用^[2]。值得注意的是,神经纤维瘤多与神经纤维瘤病Ⅰ型相关,但本组2例神经纤维瘤患者均未合并神经纤维瘤病Ⅰ型的其他阳性表现,提示散发性纤维瘤的独立发病机制可能与局部微环境改变或体细胞突变有关。

面神经瘤的临床表现取决于肿瘤部位及侵犯范围。颞骨外段肿瘤(如腮腺区)常表现为无痛性肿块,而颞骨内段肿瘤易引起面瘫、听力下降或耳鸣^[3]。本组5例(62.5%)患者术前因症状不典型误诊为其他疾病,凸显了无面瘫患者的诊断困难。此外,2023年《面神经瘤诊治专家共识》指出,肿瘤生长速度与神经受压程度、血供等因素密切相关,本组病例中颞骨外段肿瘤因解剖位置表浅更易早期发现,符合这一理论^[4]。近年文献强调,高分辨率MRI联合弥散加权成像可有效鉴别神经鞘瘤与神经纤维瘤,神经鞘瘤多表现为T2高信号伴不均匀强化,而神经纤维瘤呈沿神经走行的梭形增粗^[5-6]。病例3MRI显示沿面神经走行的梭形病灶,为术前诊断提供了关键依据。另外,对于疑似病例,术中冷冻病理可快速明确肿瘤性质,减少术式调整的被动性。

本组病例中,1例面神经纤维瘤(病例1)术后保留Ⅰ级功能,而4例面神经鞘瘤患者术后均出现V级面瘫。我们考虑可能为神经纤维瘤多沿神经束内生长,术中剥离可能保留神经束完整性;而神经鞘瘤常包裹神经主干,剥离易导致不可逆损伤。因此,术前影像学鉴别肿瘤类型对术式选择至关重要。

面神经瘤的治疗需权衡肿瘤切除与神经功能保留的利弊。本组病例显示,术前面神经功能(H-B分级)是决定术式的核心因素。①H-B≤Ⅲ级者:若肿瘤与神经粘连紧密(如病例4~6),即使行剥离术也可能导致术后功能恶化(V级面瘫)。近年提倡联合术中神经电生理监测,可实时评估神经完整性,降低医源性损伤风险^[7]。②H-B>Ⅲ级者:全切肿瘤并同期修复(如病例3的神经吻合术)可改善功能,但需在面瘫1年内实施^[8]。对于复发病例(如病例2、8),若已长期面瘫,全切肿瘤仍是首选。③立体定向放疗:适用于小型肿瘤或手术高危患者。一项多中心研究显示,放疗后5年控制率达85%,且面神经功能保留率显著高于手术组^[9]。本组未纳入放疗病例,但未来可向此方向扩展。

面神经瘤整体预后良好,但复发风险与肿瘤部位相关。本组2例跨段肿瘤(病例2、8)为术后复发,而颞骨外段肿瘤(病例1、3、4、5、6)随访无复发,

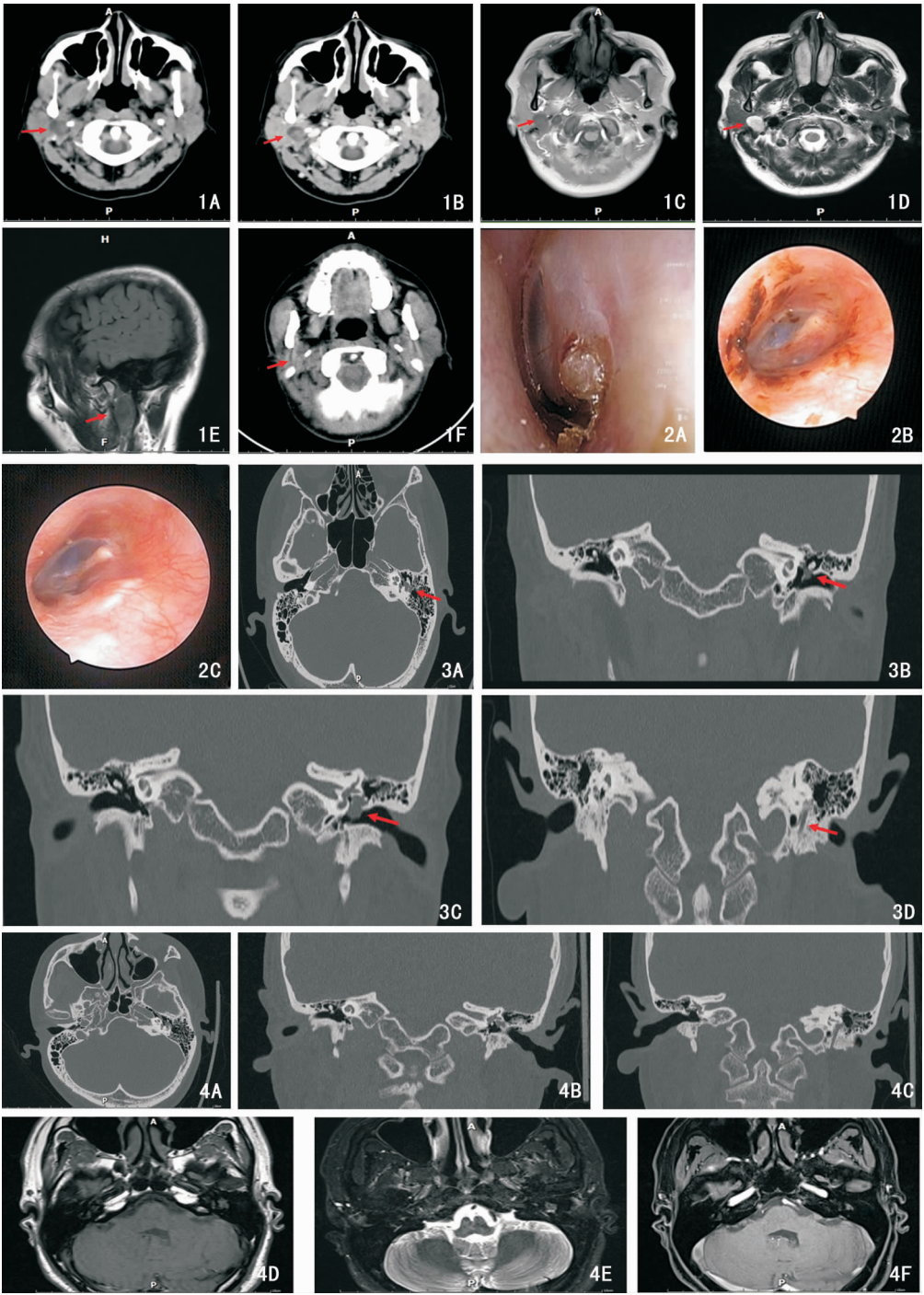


图 1 病例 3 面神经鞘瘤影像学检查 (箭头所示) 1A、B:术前水平位 CT;1C:术前水平位 MRI T1 等信号;1D:术前水平位 MRI T2 高信号;1E:术前矢状位 MRI;1F:术后 1 年水平位 CT 复查 **图 2** 病例 7 面神经纤维瘤耳内镜图像 2A:术前耳内镜检查;2B:术后 1 个月耳内镜复查;2C:术后 7 个月耳内镜复查 **图 3** 病例 7 面神经纤维瘤术前影像学检查 (箭头所示) 3A:术前水平位 CT;3B~D:术前冠状位 CT **图 4** 病例 7 面神经纤维瘤术后影像学检查 4A:术后 7 个月水平位 CT 复查;4B、C:术后 7 个月冠状位 CT 复查;4D~F:术后 8 个月水平位 MRI 复查

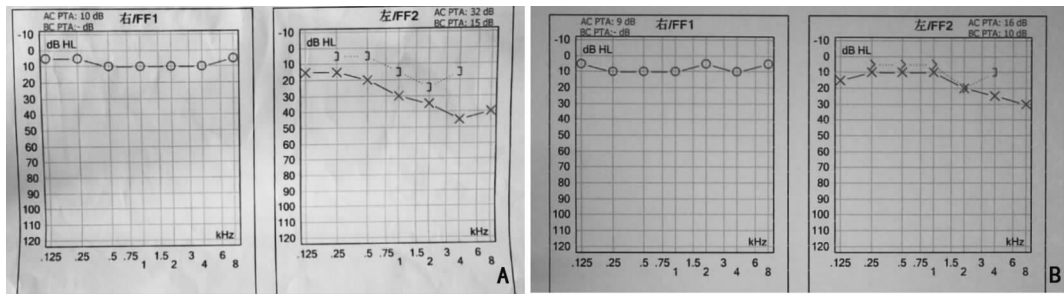


图 5 病例 7 听力检查图 A:术前左耳听力示轻度传导性聋;B:术后 7 个月复查左耳听力示气骨导差基本消失

与文献报道的跨段肿瘤侵袭性强一致^[10]。建议术后每 6 ~ 12 个月复查 MRI,监测肿瘤变化。对于部分切除者(如病例 7),密切随访可避免过度治疗,尤其适用于年轻且功能保留良好的患者。

本研究仍具有一定的局限性:病例数较少,统计效力有限;未系统评估术中神经监测技术的作用;长期随访数据不足(部分病例随访 < 2 年)。未来需扩大样本量,并纳入放疗等非手术治疗的对比研究。

参考文献:

[1] 邵张涛,周铭,杨江辉,等. 12 例面神经肿瘤诊治分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2024, 38(3): 225 - 229.

[2] Fenton JE, Morrin MM, Smail M, et al. Bilateral facial nerve schwannomas[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 1999, 256(3): 133 - 135.

[3] 李文娟,张晓雯,颜旭东,等. 面神经肿瘤 6 例临床分析[J]. 中华耳科学杂志, 2019, 17(4): 504 - 509.

[4] 袁雅生,韩东一,高志强,等. 面神经瘤诊治专家共识[J]. 中华医学杂志, 2023, 103(44): 3517 - 3525.

[5] 陈玲,周运锋,吴琛,等. 不同部位周围神经鞘瘤的 CT、MRI 表现分析[J]. 磁共振成像, 2020, 11(2): 145 - 148.

[6] 庄璐,费静,杨婷钰,等. 中耳神经源性肿瘤 8 例的诊治体会[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2024, 30(1): 22 - 25.

[7] 高志强,华清泉,李永新,等. 原发性面神经肿瘤临床诊治[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2024, 38(5): 364 - 367.

[8] Dandinarasaiah M, Grinblat G, Keshavamurthy VB, et al. Characteristics and management of facial nerve schwannomas and hemangiomas[J]. Otol Neurotol, 2024, 45(1): 83 - 91.

[9] Sheehan JP, Kano H, Xu Z, et al. Gamma Knife radiosurgery for facial nerve schwannomas: A multicenter study[J]. J Neurosurg, 2015, 123(2): 387 - 394.

[10] 戴艳红,陈杰,陆玲,等. 面神经鞘瘤诊治经验和误诊分析(附 7 例报告)[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2017, 31(16): 1294 - 1297.

(收稿日期:2025 - 02 - 10)

本文引用格式:陈乌娜,林勤,关丽梅,等. 面神经瘤的临床诊治分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2025, 31(5): 81 - 85. DOI: 10. 11798/j. issn. 1007 - 1520. 202525062

Cite this article as: CHEN Wuna, LIN Qin, GUAN Limei, et al. Analysis on clinical diagnosis and treatment of facial neuroma[J]. Chin J Otorhinolaryngol Skull Base Surg, 2025, 31(5): 81 - 85. DOI: 10. 11798/j. issn. 1007 - 1520. 202525062