

颈部神经鞘瘤 44 例临床分析

孙臻峰, 张佳, 王国良, 张柏涛, 董频

(上海交通大学附属第一人民医院, 上海 200080)

摘要: [目的] 探讨颈部神经鞘瘤的临床特征、诊断及治疗。[方法] 44 例颈部神经鞘瘤均行手术切除。术前均行 B 超及 CT 检查。[结果] B 超诊断符合率为 72.7%(32/44)。普通 CT 诊断符合率为 81.9%(36/44), CTA 诊断符合率为 94.4%(17/18), 诊断性穿刺活检阳性率为 80.0%(12/15)。44 例术后随访 3 个月~9 年, 39 例无复发, 1 例位于锁骨上三角的肿块 3 年后复发。1 例术后出现霍纳综合征, 3 个月后消失, 1 例术后出现声嘶。[结论] 颈部神经鞘瘤术前鉴别诊断非常重要; 一旦确诊应尽早手术摘除, 术中尽可能保护神经功能, 避免并发症的发生。

主题词: 头颈部肿瘤; 神经鞘瘤; 外科手术

中图分类号: R739.91 **文献标识码:** A **文章编号:** 1671-170X(2012)19-0668-02

Clinical Analysis of 44 Cases with Cervical Neurilemmoma

SUN Zhen-feng, ZHANG Jia, WANG Guo-liang, et al.

(Shanghai First People's Hospital Affiliated to Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200080, China)

Abstract: [Purpose] To investigate the clinical features, diagnosis and the treatment for cervical neurilemmoma. [Methods] Forty-four cases with cervical neurilemmoma were treated by surgery. All cases underwent ultrasound and CT scan preoperation. [Results] Ultrasound diagnostic coincidence rate was 72.7%(32/44); CT diagnostic coincidence rate was 81.9%(36/44); CTA diagnostic coincidence rate was 94.4% (17/18); diagnostic puncture biopsy positive rate was 80.0%(12/15). Forty-four cases were followed up for 3 months to 9 years. No recurrence was found in 39 cases, 1 case with tumor located at the supraclavicular triangle recurred after 3 years. One case developed Horner's syndrome postoperation and the syndrome disappeared after 3 months. One case developed hoarseness. [Conclusion] It is very important to have a preoperative differential diagnosis for cervical neurilemmoma. Resection of the tumor should be performed as soon as possible once the diagnosis confirmed. Nerve function should be protected in order to avoid severe complications.

Subject words: head and neck neoplasms; neurilemmoma; surgery

神经鞘瘤(neurilemmoma)是一种比较少见的良性肿瘤,起源于周围神经的雪旺细胞(Schwann 细胞),故又称雪旺细胞瘤。其中约有 25%~45%出现于头颈部^[1]。但其解剖部位深,毗邻关系复杂,尤其极易与颈淋巴结、颈动脉体瘤、癌转移瘤相混淆,给诊断及手术带来一定困难。2003 年 1 月至 2012 年 1 月上海交通大学附属第一人民医院耳鼻咽喉头颈外科共收治颈部神经鞘瘤患者 44 例,现报道如下。

1 资料与方法

44 例患者中,男性 24 例,女性 20 例;年龄 17~80 岁,平均 42 岁。病程 20d~10 年,平均 2.7 年。患者多以颈部包块或咽部不适为主诉,发现无明显诱因、无痛性、缓慢生长的肿块,少数局部有针刺感。均为单发,多呈椭圆形,质地韧、光滑,长轴与神经干走

向一致,边界清楚,个别病例扪之有分叶感。检查见肿瘤位于鼻咽 2 例,舌根部 3 例,咽旁间隙 8 例,颈动脉三角 12 例,锁骨上三角 14 例,气管旁 1 例,其他部位 4 例。肿瘤来源于迷走神经 8 例,交感神经 5 例,臂丛神经 16 例,舌下神经 2 例,三叉神经 3 例,面神经 1 例,膈神经 2 例,喉返神经 2 例,另外 5 例来源不详。术前均行 B 超及 CT 检查,18 例患者做了 CT 血管成像(computed tomography angiography, CTA),15 例患者做了诊断性穿刺。

44 例均行手术治疗。其中颈侧切开切除肿瘤 32 例,经口径路切除肿瘤 8 例,经口及颈部联合切除者 4 例。

2 结果

44 例患者 B 超诊断符合率 72.7%(32/44)。普通 CT 诊断符合率 81.9%(36/44),CTA 诊断符合率

收稿日期:2012-07-11

94.4%(17/18),诊断性穿刺符合率 80.0%(12/15),44 例患者术后经病理学诊断均为神经鞘瘤。44 例术后随访 3 个月~9 年,4 例失访,随访率 90.9%,39 例无复发;1 例位于锁骨上三角的肿块 3 年后复发,再次手术治愈,又随访 2 年未见复发。1 例术后出现患侧瞳孔缩小、眼裂缩小等霍纳综合征,3 个月后消失,1 例术后出现声嘶,半年后声嘶改善(对侧声带代偿)。

3 讨 论

神经鞘瘤可发生在任何年龄,常见于 30~40 岁,无性别差异。颈部神经鞘瘤常见于颈动脉间隙,多来自于迷走神经、舌下神经及颈交感神经。该瘤多数是单发的、具有完整包膜的椭圆形肿块,有时可呈分叶状。

临床表现与其大小、部位有关,早期一般多无症状或仅为局部受压,后期可能出现神经功能障碍。由于大多数患者仅表现为颈部无痛性肿块,因而术前极易与颈淋巴结、癌转移瘤、颈动脉体瘤相混淆,且因治疗不当,极易造成神经功能的丧失。故术前的鉴别诊断非常重要。术前除了仔细地询问病史,发现患者可能存在的神经刺激或受损征象外,借助影像学检查非常重要。超声检查是目前常用的检查手段,价廉而且便捷,对于神经鞘瘤与颈淋巴结、癌转移瘤、颈动脉体瘤的鉴别诊断具有较高的临床应用价值^[2]。本组患者都在术前做了超声检查,其诊断符合率高达 72.7%。在多数情况下超声不能直接显示神经鞘瘤的神经来源,但声像图上具有一定的特征性:肿瘤多为圆形一类圆形或葫芦状,边缘清晰完整,有包膜,内部呈低回声,较少有管道样结构,肿瘤体积大时易发生黏液性变,此时质地软如囊肿(穿刺抽吸可见不凝结的陈旧性血液)。在肿块长轴的两端可探及低回声的神经干与肿块相延续,此点非常重要,因为这一方面有助于明确神经的来源,另一方面也有助于鉴别诊断,只有神经鞘瘤才有此特征。当神经鞘瘤位于颈内、外动脉分叉处时,极易与颈动脉体瘤混淆,但神经鞘瘤一般沿神经走行方向生长,不包绕血管,颈内、外动脉虽可受肿块挤压移位,但两者的间距和角度均无增大。彩色多普勒血流显示瘤体内部血流信号不丰富,即使有也是局灶性的血流信号较丰富。此几点是与颈动脉体瘤相鉴别的要点^[3]。除了超声检查外,CT、MRI 等亦为常采用的检查方法。本组患者的普通 CT 诊断符合率为 81.9%。随着影像技术的发展,多排螺旋 CT 不断应用于临床。多排螺旋 CT 扫描不仅能显示病灶的位置、大小、边界及其

与周围组织的关系,还可通过 CTA 成像显示病灶与颈部大血管的关系及主要供血来源。在计算机上重建的图像可以任意角度旋转,生动立体地反映病灶的形态及与颈部血管的关系,大大提高了诊断符合率^[4]。当神经鞘瘤位于颈内、外动脉间时,CTA 可见肿块将颈内、外动脉向前外侧推移,颈动脉走行改变,但颈动脉分叉角度变化不大。肿瘤重建后,可清楚显示神经鞘瘤与颈动脉的关系,两者之间存在间隙,而颈动脉体瘤时此间隙是不存在的。此点是与颈动脉体瘤相鉴别的要点^[5]。本组有 18 例患者做了 CTA,有 17 例患者正确诊断,诊断符合率高达 94.4%。故有条件做 CTA 可大大提高术前正确诊断率。对于诊断性穿刺,在颈动脉三角区的,我们一般不主张做穿刺,因肿瘤位置较深且常位于大血管深面或周围,穿刺可造成血管损伤,并出现包块粘连,增加手术难度。其他部位的可在超声引导下进行,对鉴别诊断有较大的帮助^[6]。本组患者中有 15 例做了诊断性穿刺,符合率达 80.0%。

神经鞘瘤对放、化疗均不敏感,手术切除是最有效的方法,并应尽可能保留神经功能。手术过程中首先以探查为主。对肿块紧贴神经干者或位于神经末梢者,分离神经干,将肿块完整切除;从肿块中贯穿者,则保护神经干。手术应仔细暴露肿瘤长轴两端的神经干,然后在肿瘤表面顺神经走行方向切开包膜,分离时注意保护包绕神经的神经束,从包膜内钝性剥出肿瘤,如此才能保留神经。切勿将包绕肿瘤的神经外衣及神经束误作肿瘤包膜切除而切断神经。

总之,神经鞘瘤术前应尽可能与其他颈部肿块相鉴别,尤其是颈动脉体瘤,确诊有赖于病理检查;一旦确诊应尽早手术摘除,术中尽可能保护神经功能,避免并发症的发生。

参考文献:

- [1] 万保罗,王琳,朱优立,等.头颈部神经鞘瘤 33 例临床分析[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,21(17):794-795.
- [2] 邹敬才,苟文兴,张怡,等.彩色超声多普勒、DSA 在颈动脉体瘤和神经鞘瘤诊断与鉴别诊断中的应用[J].中国口腔颌面外科杂志,2006,4(6):449-542.
- [3] 范亦武,张旋,常才.高频超声和彩色多普勒鉴别诊断颈部神经鞘瘤的应用与分析[J].上海医学影像,2010,19(1):24-25.
- [4] Kramer M,Vairaktaris E,Nkenke E,et al.Vascular mapping of head and neck:computed tomography angiography versus digital subtraction angiography[J].J Oral Maxillofac Surg,2008,66(2):302-307.
- [5] 谢三祥,朱声荣,陶学金,等.多层螺旋 CT 血管造影后处理技术对颈部神经鞘瘤和颈动脉体瘤的诊断价值[J].中国口腔颌面外科杂志,2011,9(1):124-126.
- [6] 张文杰,高伟,闻春艳,等.颈部神经鞘瘤针吸细胞学观察[J].中国实验诊断学,2011,15(9):1592-1593.