

鼻咽癌的内镜诊断及鉴别诊断

Endoscopic Diagnosis and Differential Diagnosis for Nasopharyngeal Cancer

XU Yun, ZONG Jing-feng, LIN Shao-jun

许 昀, 宗井凤, 林少俊

(福建医科大学教学医院福建省肿瘤医院, 福建 福州 350014)

摘要:纤维鼻咽镜检查下对鼻咽肿块进行病理组织活检是目前确诊鼻咽癌的标准手段,同时,纤维鼻咽镜对鼻咽癌的早期诊断及鉴别诊断以及其他鼻咽、鼻疾病的诊断均有较高的价值。全文就纤维鼻咽镜的操作、活检方式及对鼻咽癌诊断的意义、鉴别诊断作一综述。

关键词:鼻咽肿瘤;鼻咽镜;鉴别诊断;诊断

中图分类号:R739.63 **文献标识码:**A **文章编号:**1671-170X(2013)03-0189-04

鼻咽癌起源于鼻咽黏膜,由于其解剖位置的特殊性,往往不易被发现,早期常常利用普通X线检查进行间接判断。随着鼻咽镜的发展和运用,人们能够真正直观地观察到鼻咽部的病变。因此鼻咽镜检查成为鼻咽癌的主要诊断方法,通过鼻咽镜进行病理活检是鼻咽癌诊断的金标准。

1 鼻咽镜检查过程

1.1 鼻咽镜检查适应证

①患者有涕血、耳鸣等鼻咽部症状或头痛、面麻等颅神经症状;②间接鼻咽镜下可见鼻咽部肿块,高度怀疑鼻咽肿瘤,取病理活检;③EBV血清学抗体检测或血清EBV DNA阳性患者及现场筛查的高危人群;④颈部转移癌、原发灶未明者,常规检查鼻咽,必要时病理盲检;⑤鼻咽癌患者放疗期间病灶观察及放疗后复查;⑥鼻咽良性病变的检查和处理。纤维鼻咽镜检查无严格的禁忌证,但患者出现以下症状应建议暂缓检查:①血压过高;②血小板过低,有明显出血倾向;③患者感染症状明显;④体温超过39℃。

1.2 检查前准备和麻醉

检查者应在检查前详细了解受检者病史,明确检查的目的,必要时阅读有关CT或MRI片并体检患者。受检者一般无需特殊准备,无需禁食。检查者向受检者做好检查前解释工作,说明检查的意义,减

收稿日期:2012-06-05

轻其心理负担。对个别情绪紧张者可给予适量镇静剂。检查前用2%~3%麻黄碱液喷雾法喷鼻3次,每次间隔1min,以收缩鼻甲黏膜使鼻腔通畅。表面麻醉用2%利多卡因喷雾喷鼻及口咽部各3次,每次间隔1min,如患者咽反射较敏感,利多卡因喷口咽部可适当增加1~2次。喷药时嘱患者深吸气,尽量把药液吸到鼻咽部收缩黏膜,患者感觉口咽麻木后可开始检查。喷药后嘱患者清除鼻腔、口腔、呼吸道分泌物。

1.3 操作过程

检查时受检者取坐位,检查椅上的头枕固定头部。检查者用左手手掌、中指、无名指、小指持镜体的操纵部,左拇指放置于调节杆上控制远端弯曲部的弯曲方向和角度。左食指用于堵管吸引管的按口以进行抽吸,右手持镜身进行操作。纤维鼻咽镜可经鼻或经口进路。

直视下从鼻腔经下鼻道、中鼻道插入纤维镜,边观察边进入鼻咽部,先在健侧,然后在患侧,依次观察。调控内镜的观察角度,仔细观察鼻咽顶、鼻中隔后缘、两侧咽隐窝、咽鼓管隆凸及咽鼓管咽口的黏膜是否光滑,色泽是否正常,两侧是否对称,有无新生物,后鼻孔两侧大小是否对称,各鼻道有无分泌物及新生物,各鼻甲是否正常,若为儿童应注意腺样体大小。观察过程中对重要的解剖结构及肿块所在部位进行纤维镜照像以及打印和保存作为临床和科研资料。

检查者操作应轻柔,避免损伤黏膜。若发现鼻咽肿块或可疑病灶,则在病灶的同侧经鼻腔插入活检

钳,在纤维镜直视下咬取组织送检。对颈部淋巴结转移癌,如鼻咽部正常,还可同时作鼻腔、鼻窦口、口咽、下咽及喉、气管检查,以排除头颈其他部位的恶性肿瘤。发现病变应直接进行病理活检,若未发现病变,则于同侧作鼻咽顶后和/或咽隐窝“盲目”活检。EBV血清学抗体检测或血清EBV DNA阳性患者若检查未发现明确的鼻咽新生物,也应作双隐窝及顶后壁多点活检,以排除鼻咽癌可能。

1.4 纤维鼻咽镜下行鼻咽活检方法

1.4.1 直头活检钳经鼻腔活检

经一侧鼻腔插入纤维镜进入鼻咽腔,细心观察病变部位后,在对侧鼻腔插入直头活检钳,明视下咬取大块组织送检。如果肿块体积较大,已堵塞后鼻孔,可在同侧同时伸入纤维镜及直式活检钳,明视下钳取。这种活检方法具有标本大、质量好等优点,活检阳性率较高。

1.4.2 纤维鼻咽镜通道选用专用钳活检

专用活检钳口径小,咬取的组织细小,易被挤压变性,影响了病理诊断的阳性率,应作多点咬取。由于鼻道窄长,直头活检钳活动范围有限,对于钳活动范围“盲区”的肿块,可采用专用钳咬取组织。对多次活检阴性,肿块位于黏膜下的患者,可先用直式钳在黏膜隆起的部位作表层黏膜咬开,然后用纤维镜活检通道用专用钳伸入已破溃的黏膜下作组织咬取,然后将黏膜组织及黏膜下组织一同送检。

1.4.3 翘头活检钳经口腔活检

由一侧前鼻孔放入纤维鼻咽镜,经下鼻道进入鼻咽部,发现可疑病灶后,由助手持活检钳经口绕过软腭伸向病变部位,张开钳口,在电脑显示屏引导下活检。该方法的优点是翘头活检钳经口腔进入,操作自如,钳取组织大,缺点是对于口咽部表面麻醉及受检者合作的要求较高,不适用于张口极度困难、咽反射敏感或放疗后口咽反应大的患者,且活检需在助手的协助下完成。

目前临床上,多采用纤维鼻咽镜——直头活检钳方法活检。由于纤维镜镜面易被分泌物或血液污染,影响视野的清晰度,故检查时需随时用吸引管吸引以保持镜面的清洁。要求术者操作熟练,尽量一次活检成功,否则镜面会因伤口出血而模糊,造成再次活检困难。一般情况下肿瘤组织质地较脆,容易咬下。如果活检时组织坚韧难钳取,应考虑是否咬到正

常黏膜,应换个部位再试。对于黏膜下病变的活检,由于表层黏膜为正常黏膜,质地坚韧,不易咬取,应张开钳子夹住黏膜组织作180°或360°转动,直至取下组织,动作应轻柔,避免发生大出血现象。复发患者鼻咽部往往会有痂皮或坏死组织,应加以清除后钳取肉芽组织送检,以提高阳性检出率。

2 纤维鼻咽镜检查的意义

病理学检查作为鼻咽癌最准确的确诊方式,也是惟一定性手段,是其他任何检查所不能替代的。鼻咽活检方便、快捷、微创,对预后影响小,若一次活检阴性,还可重复再取。

随着医疗条件的改善,纤维鼻咽镜已广泛应用于临床,相比于间接鼻咽镜,纤维鼻咽镜采光好,可以观察得更仔细,观察的范围更广,能对腔内各个视野进行检查,从而准确了解病灶所在部位,是否累及鼻孔、鼻腔,以及累及鼻咽的哪些壁等,有利于准确活检。早期鼻咽癌常常位于咽隐窝,位置隐蔽,不易被发现,软腭肥厚的患者也不易暴露鼻咽部,给活检带来一定困难。同时,纤维鼻咽镜检查时患者痛苦小、安全,几乎没有禁忌证。对咽反射过度敏感、舌根过高、会厌上抬受限、张口困难、颈项粗短、颈椎病等间接无法检查的,都可检查。此外,纤维鼻咽镜的影像资料可长期保存,作为临床随访、疗效监测及良好的教学科研资料。

杜晓东等^[1]报道9例用常规方法不能确诊的鼻咽癌患者使用纤维鼻咽镜活检的方法得以确诊,证实由于鼻咽癌早期症状不典型易漏诊或误诊,使用纤维鼻咽镜提高了鼻咽癌的确诊率。陈军等^[2]报道413例鼻咽癌患者(初治359例,复发或残留54例)的一次活检确诊率、病灶局部残留率及复发检出率,在用纤维鼻咽镜检查 and 间接鼻咽镜活检中分别为92.75%(333/359) vs 83.84%(301/359), 88.88%(16/18) vs 50.0%(9/18) 及 88.89%(48/54) vs 75.92%(41/54), 差异均有统计学意义。因此纤维鼻咽镜检查对于鼻咽癌的诊断能提供更可靠的依据,值得临床上推广应用。周瑞庆等^[3]回顾分析1985~2005年结合纤维鼻咽镜检查的上颈部非甲状腺非涎腺疑似恶性肿瘤362例,经一次纤维鼻咽镜检查活检确诊原发灶215例(59%)。阴性患者再结合颈淋巴结活检最终检出

恶性肿块 269 例(74.3%),其中原发恶性肿瘤(恶性淋巴瘤)43 例(16%),转移性肿瘤 226 例(84%);纤维鼻咽镜检查对颈部转移性肿块原发灶的发现和确诊具有重要的作用。

吕志新等^[4]研究 676 例鼻咽癌治疗后纤维鼻咽镜随访的意义,发现采用间接鼻咽镜、纤维鼻咽镜、鼻咽 MRI 或 CT 于放疗后发现局部残留并经病理证实者共 28 例,其中间接鼻咽镜仅可检出 14 例,纤维鼻咽镜则检出 23 例,CT/MRI 检出 24 例。本组病例继续随访,共发现 92 例复发,其中间接鼻咽镜检出病灶 52 例,纤维鼻咽镜检出病灶 80 例,CT/MRI 检出 75 例。可见,在鼻咽癌放疗后的随访中,一定要配合纤维鼻咽镜及影像学检查才能早期发现问题,仅行影像学检查仍可能导致漏诊,而间接鼻咽镜的诊断准确率仅为 50%左右。

3 鉴别诊断

邹华等^[5]报道 4 725 例纤维鼻咽镜检查的结果,镜下诊断为慢性炎症、正常鼻腔鼻咽以及鼻咽癌的分别占 65.97%、14.41%和 10.96%,居前 3 位。纤维鼻咽镜和间接鼻咽镜对慢性炎症的确诊率分别为 95.12%、85.99%($P < 0.0001$);对鼻咽癌的确诊率分别为 92.78%、82.37%($P < 0.0001$)。但是对于鼻咽囊肿的诊断,纤维鼻咽镜确诊率虽然高于间接鼻咽镜,但无统计学差异。作者认为纤维鼻咽镜对鼻咽鼻腔疾病的诊断和对鼻咽癌的早期及鉴别诊断具有较高的价值。临床上我们可以通过纤维鼻咽镜检查对多种鼻咽部疾病进行鉴别诊断。

3.1 淋巴瘤

起源于鼻咽及颈部的非霍奇金淋巴瘤,临床上可在鼻咽和颈部发现肿块,发病常较年轻,少见头痛及脑神经麻痹,但常伴发热、肝脾肿大等全身症状和体征。鼻咽肿块多为黏膜下球形隆起,表面光滑,少有溃疡坏死。颈部肿大淋巴结中等硬度,骨髓相异常。对于颈部淋巴结肿大患者,应行纤维鼻咽镜检查取得病理学证据与鼻咽癌鉴别。周瑞庆等^[3]分析颈部疑似恶性肿块 362 例,经纤维鼻咽镜下行病理学检查发现恶性淋巴瘤 43 例,占 16%。淋巴瘤的确诊必须依赖于病理免疫组化检查结果。

3.2 鼻咽纤维血管瘤

鼻咽纤维血管瘤是鼻咽部最常见的良性肿瘤,

好发于 10~25 岁青年男性。可原发于鼻咽顶、鼻咽后壁咽腭膜和蝶骨翼板骨外膜等处。肿瘤由纤维组织及血管构成。瘤体血管丰富,血管壁薄,缺乏弹性,容易受损发生严重出血。纤维鼻咽镜检查可见鼻咽部圆形、淡红色肿块,表面光滑,血管清晰可见。触诊肿块质硬、固定、易出血,有时鼻腔可见淡红色肿块。由于纤维血管瘤易出血,一般不作活检。考虑纤维血管瘤可能时应行 CT/MRI 增强扫描或 MRA,可基本确诊。如肿瘤已进入鼻腔,诊断尚有怀疑时,可慎重从鼻腔取活检,便于压迫止血,必要时可在手术室活检或经手术切除后病理确诊。

3.3 脊索瘤

殷晓东等^[6]分析 12 例以颅底病变为主的鼻咽癌患者误诊的原因,其中有 7 例(58.3%)误诊为颅底脊索瘤,3 例(25.0%)误诊为蝶窦恶性肿瘤。这可能是影像学检查部位或检查方法不准确导致鼻咽癌误诊的主要原因。脊索瘤是胚胎发育时残存的脊索发生的肿瘤,位于中线骨骼部位,从蝶枕区至骶尾部的任何轴向位置均可发生。发生于颅底斜坡者约占全部脊索瘤的 1/3。以 30~50 岁多见,男性多于女性。颅底脊索瘤的特点属于低度恶性,生长缓慢,术后容易复发,少数可发生转移。该病临床上较少见,原发于咽部的脊索瘤更为少见。脊索瘤临床上常以局部侵袭性为主,可伴有溶骨性破坏。本病在诊断时肿瘤常较大,且易累及周围及脑神经,使大动脉移位或/并侵及海绵窦。病理学特点:肉眼观察瘤体为半透明分叶状肿块,有不完整包膜,充满胶冻状组织,易出血、坏死、囊变及钙化。镜下细胞大小不一,嗜伊红的胞质中见大量的空泡形成。免疫组化检查 S-100、Keratin、EMA、Vimentin 等均为阳性,而 CEA 为阴性。临床表现以头痛、脑神经麻痹及中线部位的颅底骨破坏为特征。肿瘤向颅内生长亦可向下侵及鼻咽顶或顶后壁呈黏膜下肿块隆起,颈部无肿大淋巴结。因颅底脊索瘤多有明显的骨质破坏,而且瘤体内可有钙化,因此普通平片可发现异常。结合 CT/MRI 有助于确诊,经鼻咽肿块活检可明确诊断,诊断仍不明确而又高度怀疑颅底脊索瘤可能时,可直接手术切除。

3.4 蝶窦恶性肿瘤

蝶窦恶性肿瘤以浸润性鼻咽癌为最多见,其次为脊索瘤和非霍奇金淋巴瘤,临床表现为头痛、视力改变、颅神经麻痹、回吸性涕血或鼻出血,临床诊断

误诊率达 56%^[7]。蝶窦恶性肿瘤的影像学诊断有一定局限性,应常规行纤维鼻咽镜检查,鼻咽侵犯者可进行病理活检以明确诊断。

3.5 鼻咽结核

多发生在青少年,以颈部肿块为主诉居多,鼻咽结核多位于顶壁、后壁或顶后同时受累,位置多较居中。有乳白色干酪样分泌物,较少、较稀薄,肿物表面比较光滑、红润或伴有伪膜,钳取质韧,出血少。多无五官症状或头痛,无脑神经麻痹,常有午后低热、乏力、盗汗等全身症状。可同时伴有其他部位结核灶或结核病的既往史,影像学诊断也常常认为是鼻咽癌,但是最终要靠病理鉴别。

3.6 鼻咽慢性炎症增殖性病变

多在顶壁、顶后壁单个或散在淋巴滤泡样小结节,无溃疡坏死,黏膜光滑可伴有充血,口咽后壁亦常伴有类似的改变,无头痛及颈淋巴结肿大,可能有反复发作的咽痛,一般经抗炎后可好转。部分抗炎无效病例,在诊断困难时则需病理确诊。

3.7 腺样体肥大

惠莲等^[8]曾探讨纤维鼻咽镜检查在评价腺样体肥大中的价值,随机选取门诊就诊打鼾患儿 130 例及无打鼾患儿 30 例,采用纤维鼻咽镜检查鼻腔及鼻咽部,同时行 X 线头颅侧位片检查,结果纤维鼻咽镜与 X 线头颅侧位片评价腺样体大小有高度的一致性,认为应用纤维鼻咽镜检查患儿鼻腔和鼻咽部,在诊断腺样体肥大及选择腺样体切除术时有重要的临床价值。

总之,纤维鼻咽镜对鼻咽鼻腔疾病的诊断和对鼻咽癌的早期诊断及鉴别诊断具有较高的价值。纤维鼻咽镜已经作为鼻咽部最直观也是最基本的检查手段,可靠而有效,在临床上广泛应用。

参考文献:

[1] Du XD, Shu C, Wang YG, et al. Application of fiberoptic nasopharyngoscope in the diagnosis of nasopharyngeal cancer[J]. Journal of Preclinical Medicine College of Shandong Medical University, 1999, 13(1):47.[杜晓东,舒畅,王永光,等.纤维鼻咽镜在鼻咽癌诊断中的应用[J].

山东医大基础医学院学报, 1999, 13(1):47.]

[2] Chen J, Chen FL, Kuang GQ. Comparative analysis on indirect nasopharynxscope and fiberoptic nasopharyngoscope for biopsy in nasopharynx[J]. Journal of Guangxi Medical University, 2005, 22(2):273-274.[陈军,陈发龙,邝国乾.间接鼻咽镜和纤维鼻咽镜下鼻咽部活检对比分析[J].广西医科大学学报, 2005, 22(2): 273-274.]

[3] Zhou RQ, Chen XP. Diagnostic value of nasopharygo-fiberscope for the dubious malignant masses in upperside cervix[J]. Journal of Oral Science Research, 2007, 23(4): 423-424.[周瑞庆,陈向平.纤维鼻咽镜对上颈部疑似恶性肿瘤的诊断价值[J].口腔医学研究, 2007, 23(4): 423-424.]

[4] Lv ZX, Chen K, Zheng YL, et al. Clinical significance of fiberoptic nasopharyngoscope in the follow up of nasopharyngeal cancer after radiotherapy[J]. Chinese Journal of Cancer, 2002, 21(2):213-214.[吕志新,陈凯,郑燕列,等.鼻咽癌放射治疗后纤维鼻咽镜随诊的临床意义[J].癌症, 2002, 21(2):213-214.]

[5] Zou H, Chen JZ, Zheng YQ. The role of fiberoptic nasopharyngoscope in diagnosis of nasopharyngeal diseases[J]. Guangdong Medical Journal, 1997, 18(6):362-364.[邹华,陈洁珠,郑亿庆.纤维鼻咽镜在鼻咽疾病中的诊断价值(附 4725 例临床分析)[J].广东医学, 1997, 18(6): 362-364.]

[6] Yin XD, Zhang JN. Clinical analysis of misdiagnosis on nasopharyngeal carcinoma with primary lesions in skull-base[J]. Journal of Medical Forum, 2010, 31(15):103-104.[殷晓东,张军宁.以颅底病变为主的鼻咽癌误诊分析[J].医药论坛杂志, 2010, 31(15):103-104.]

[7] Qiu YZ, Ai WB, Xiao JY, et al. Analysis of sphenoid sinus malignant tumor misdiagnosis[J]. Journal of Clinical Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 2007, 21(2): 58-60.[邱元正,艾文彬,肖健云,等.蝶窦恶性肿瘤误诊原因分析[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2007, 21(2): 58-60.]

[8] Hui L, Yan AW, Yu G. Assessment of adenoid size in children by flexible fibroscope examination[J]. Journal of Clinical Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 2006, 20(4):166-168.[惠莲,阎爱文,于刚.纤维鼻咽镜检查在评价儿童腺样体肥大中的价值[J].临床耳鼻咽喉科杂志, 2006, 20(4): 166-168.]