

8 例舌根部神经鞘瘤的诊治体会

Diagnosis and Treatment of Tongue Base Neurilemmomas:8 Cases Report
WEI Ning,YING Bin-bin

韦 宁,应彬彬
(宁波市第一医院,浙江 宁波 315000)

摘 要:[目的] 探讨舌根部神经鞘瘤的诊断与治疗。[方法] 回顾性分析 8 例舌根部神经鞘瘤的临床资料。根据肿瘤的扩展和波及范围不同,选择相应的手术径路进行切除,并观察其疗效。[结果] 对 6 例患者选择口内径路联合口底—舌根矢状切开术切除肿瘤,2 例患者选择舌骨上肿瘤切除术。术后均确诊为舌根部良性神经鞘瘤;随访至今,术后症状全部消失,无复发。[结论] 对突向口底的神经鞘瘤的手术,可选择口内径路联合口底—舌根矢状切开术,对突向咽腔的神经鞘瘤则可选择舌骨上径路肿瘤切除术,本病预后良好。
关键词:神经鞘瘤;舌根;手术径路
中图分类号:R739.4 **文献标识码:**B
文章编号:1671-170X(2014)02-0165-03
doi:10.11735/j.issn.1671-170X.2014.02.B019

神经鞘瘤是一类来源于神经鞘膜、生长缓慢的孤立性肿瘤,该瘤可发生在任何有髓神经。文献报道 25%神经鞘瘤起源于头颈部,舌为口腔咽部神经鞘瘤最高发的部位,然而单发于舌根部则较少见。该瘤对放射治疗不敏感,故治疗首选手术,然而由于舌根部神经鞘瘤的解剖位置特殊,术中受视野暴露的限制,因此对其进行完整彻底的切除存在一定的难度。宁波市第一人民医院 2008 年 3 月至 2010 年 3 月共收治 8 例舌根部神经鞘瘤患者,均经病理证实,现将手术治疗体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 8 例患者中男性 5 例,女性 3 例;年龄 29~68 岁,平均年龄 45 岁;肿瘤均发生在舌根部,6 例扩展到口底部,2 例肿瘤向后扩展至口咽部;首发症状以咽异物感、局部肿块、构语不清、局部疼痛及呼吸困难为主(Table 1)。

1.2 治疗方法

8 例患者术前未行细针穿刺或切除活检,均接受 MRI 检查,均为单发,有完整包膜,其中出现包膜内坏死者 4 例(Figure 1)。

全部病例均行手术治疗,根据肿瘤原发部位选择术式和径路,完整切除肿瘤,术后经过常规染色和免疫组化,病理均确诊为良性神经鞘瘤,术中能判断神经来源者 5 例,其中舌咽神经 2 例,迷走神经 3 例,无法判断来源者 3 例。

通讯作者:韦 宁,副主任医师,学士;宁波市第一医院口腔科,浙江省宁波市柳汀街 59 号(315000);E-mail:weining006@163.com
收稿日期:2013-06-12;**修回日期:**2013-08-13

Table 1 Clinical data of 8 patients with tongue base neurilemmomas

No.	Gender	Age (years)	Location	Tumor volume (cm×cm×cm)	First symptom
1	Male	29	Partes oralis	3.5×4.5×5.5	Local mass
2	Female	40	Export base	3.0×4.5×5.0	Pharyngeal paraesthesia
3	Male	68	Partes oralis	2.5×3.0×4.0	Speech not clear
4	Male	50	Export base	3.0×3.0×4.0	Local mass
5	Male	39	Export base	3.5×4.0×4.0	Speech not clear
6	Female	42	Export base	5.0×2.5×3.0	Local pain
7	Female	57	Export base	2.0×4.0×5.0	Dyspnea
8	Male	35	Export base	5.5×4.5×6.0	Local mass

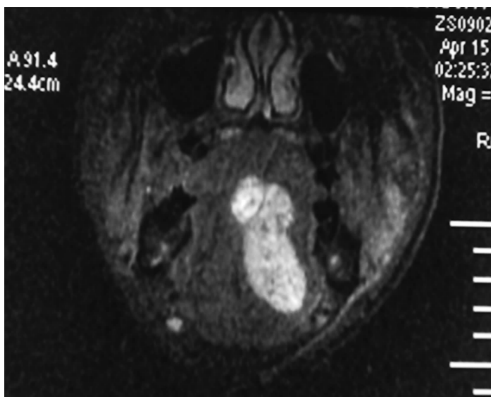


Figure 1 Coronal T2-weighted magnetic resonance imaging showing a hyperintense mass

手术方式分为口内径路联合口底—舌根矢状切开术和舌骨上径路切除术,其中 6 例行口内径路联合口底—舌根矢状切开术完整切除肿瘤,2 例行舌骨上径路完整切除肿瘤。

口内径路联合口底—舌根矢状切开术:以颊舌肌两侧的连线中点为中线,用电刀向口底、舌根部作矢状分离,到达肿瘤区域后,则沿着瘤体包膜的边缘作钝性分离,最后完整切除肿瘤,反复生理盐水冲洗术腔,创面拉拢对位缝合(Figure 2)。

舌骨上径路切除术:作平行于颌下骨下缘横的切口,翻开颈阔肌皮瓣,将颌下腺和周围软组织向上牵拉,显露附着



Figure 2 Sagittal excision of tongue base neurilemmomas by transoral united mouth floor and tongue base surgical approach

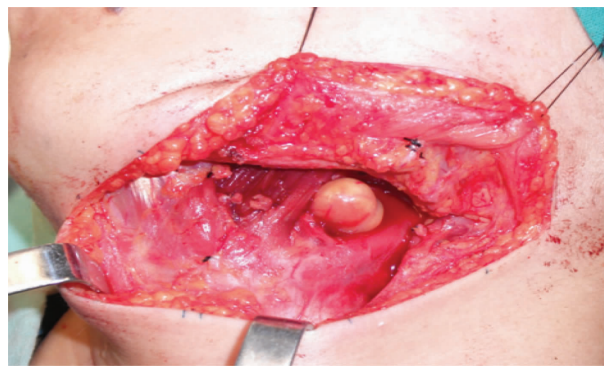


Figure 3 Excision of neurilemmomas by suprahyoid surgical approach

在舌骨上的二腹肌中间肌,然后分离舌下神经和舌动脉,避开患侧舌骨大角,行咽切开术。舌根部的病变显示:切口范围必须从舌骨上咽口部到口腔,最后将舌根部的肿瘤完整切除,生理盐水反复冲洗术腔,创面直接对位缝合(Figure 3)。

本组患者术后均留置鼻气管插管在 ICU 病房观察 1 天,以注意其口底部和咽腔的肿胀与出血情况。如果患者病情稳定,则次日拔除鼻气管插管后,转到普通病房,通过鼻饲管灌入营养液。

2 结果

所有患者均在术后第 7d 拔除鼻饲管,术后第 8d 出院,随访至今,术后症状全部消失,无复发。

术后均确诊为舌根部良性神经鞘瘤。大体标本显示:均为包膜完整肿物,呈灰白色,部分中心出现坏死区;镜下显示:瘤体细胞的主要特征为细长的梭形细胞,呈栅栏状和波浪状排列的纤维结构;免疫组化显示:S100 蛋白和波形蛋白呈强阳性表达,肌动蛋白、平滑肌肌动蛋白、结蛋白均呈阴性表达。

8 例手术均获成功,除 1 例患者术后出现舌缘部感觉麻木外,其他 7 例患者术后均无术后并发症。对突向口底的神经鞘瘤的手术,选择口内径路联合口底—舌根矢状切开术,该术式的术野小、暴露受限,术中分离时对组织创伤较大,术后在口外表皮无切口瘢痕遗留;对于超出口咽腔的神经鞘瘤则选择舌骨上径路,该术式的术野广、暴露清楚,术中分离时对组织创伤较轻,术后会在口外表皮遗留明显瘢痕组织。

3 讨论

神经鞘瘤是来自神经鞘细胞的良性肿瘤,属于良性软组织的一种病变。头颈部颅外神经鞘瘤好发于周围神经中的感觉神经及混合神经中的感觉根,可见于任何年龄,男女无性别差异^[1]。舌神经鞘瘤较常见,但是位于舌根部者则罕见。

3.1 临床表现及检查

临床上根据磁共振成像检查和细针穿刺活检术常常能

对此瘤作出明确的术前诊断。据报道^[2],磁共振成像对颈部神经源性肿瘤的诊断准确率为 88%,该检查有助于明确诊断和估计瘤体大小及与周围组织的关系,可作为选择术式或估计切除范围的依据,影像特征一般表现为单发性、界限清楚的软组织肿块,可中等强化,瘤实质内常见低密度囊样变征象;瘤体较大时,周围骨质呈规则的压迫性吸收,与恶性肿瘤的虫蚀状破坏明显不同。DSA 或彩超检查有助于判断瘤体的血供及与周围大血管的关系。本组病例的 MRI 检查:舌基底肿瘤物多可见有一中心坏死区域,周边边界清楚,包膜完整,邻近组织仅有受挤压、推移的现象,无受肿瘤侵犯的表现。

3.2 病理学特征

该肿瘤肉眼表现为类圆形或结节状,有完整包膜。镜下观分为 Antoni A 型(致密型)和 Antoni B 型(疏松型)。电镜下,瘤细胞由雪旺细胞及神经纤维组成,胞浆含有大量线粒体、溶酶体和 Lusebody^[3],免疫组化检查选择 S100 蛋白和 Leu-7(HNK-1)标记,但无特异性,GFAP 标记意义较大,多呈阳性^[4]。

3.3 治疗方式与预后

本病绝大多数呈良性,极少数可发生恶变或原发恶性^[5]。一般认为,肿块直径超过 5cm、瘤体为实性、术后多次复发见肿块进行性增大者则恶变机率增大。手术切除是本病惟一的治疗方法^[6],完整切除极少复发;根据原发部位、病变范围采取不同术式和径路。舌根部神经鞘瘤的切除由于受到术野暴露的限制,对病变扩展和波及的不同部位,术前选择相应的手术径路显得尤为重要。根据报道,该肿瘤的手术术式多采用可选择性口内径路联合口底—舌根矢状切开术和舌骨上径路,各种手术径路均存在自身的优缺点。单纯口内径路下肿物切除术的术野差,仅适用于肿瘤体积局限的情况,临床早期病变使用较多;口内径路联合口底—舌根矢状切开术通过切下下唇,充分暴露舌根、口底及口咽部,往往能获得良好的术野,但由于范围大,术后常出现下唇部感觉永久性麻木

及下唇正中切口造成手术,瘢痕组织遗留等并发症,因此术式必须在充分暴露术野与减少术后并发症两者之间作慎重考虑;舌骨上径路从切除舌根部肿瘤的可行性及保存舌体功能意义的角度来说,具有比以上两种方式更大的优点,如最大限度地保存舌体外形和功能,避免传统进路损伤正常结构过多和留有唇颌部瘢痕过大等缺陷,此外,该术式仅需作一颌下切口即可,所切断的二腹肌、下颌舌骨肌以及舌骨舌肌均可缝合,术后对患者面容美观影响较小。

本文研究发现对于肿瘤延伸至口底部时,可选择口内径路联合口底—舌根矢状切开术,术中注意舌正中矢状切口沿着舌正中脂肪带切开,可以防止因切口偏离而造成两侧重要神经血管损伤,如发生舌动脉和舌下神经的切断则可能造成残留舌的坏死或舌体萎缩,以致造成舌体的过度切除;对于范围超出口咽腔者则采用舌骨上径路术式。

此外,除了对于肿瘤扩展和波及的部位不同选择采取相应的术式入路以外,还必须注意两点:首先,舌根是上呼吸道入口的关键部位,术后的出血和咽腔或口底肿胀会产生严重并发症,故对全身麻醉术后的患者均需留置鼻气管插管在ICU病房观察1天,以注意其口底部和咽腔的肿胀与出血情况,如果术后出现过度肿胀和出血,则必须实施气管切开和出血探查;其次,选择口内径路联合口底—舌根矢状切开术将更有可能造成术后出血、肿胀,特别是对于病变范围大、部位深的神经鞘瘤,难以在直视下彻底切除。因此,要获得手术成功术前必须谨慎选择周全的手术径路,并且应该严密配合术后监护。

综上所述,手术切除是治疗本病惟一的方法;影像学检

查首选MRI,有助于了解病变的范围,选择合适的术式;对突向口底的神经鞘瘤的手术,可选择口内径路联合口底—舌根矢状切开术,对突向咽腔的神经鞘瘤则可选择舌骨上径路肿瘤切除术,本病预后良好。

参考文献

- [1] Sawhney R, Carron MA, Mathog RH. Tongue base schwannoma: report, review, and unique surgical approach [J]. Am J Otolaryngol, 2008, 29(2): 119-121.
- [2] De Bree R, Westerveld GJ, Smeets LE. Submandibular approach for excision of a large neurilemmoma in the base of the tongue [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2000, 257(5): 283-286.
- [3] Fang YY, Sun JH, Yang WG, et al. Electron microscope of benign facial nerve tumor: two cases report [J]. Chinese Journal of Otorhinolaryngology, 1992, 27(6): 276-277. [方耀云, 孙建和, 杨伟光, 等. 两例良性面神经肿瘤电镜观察 [J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1992, 27(6): 276-277.]
- [4] Mikani Y, Hidaka T, Akisada T, et al. Malignant peripheral nerve sheath tumor arising in benign ancient neurilemmoma: a case report with an immunohistochemical study [J]. Pathol Int, 2000, 50(2): 156-161.
- [5] Torossian JM, Beziat JL, Abou-Chebel, et al. Extracranial cephalic neurilemmoma: a series of 15 patients [J]. J Craniofac Surg, 1999, 10(5): 389-394.
- [6] Colreacy MP, Lacy PD, Hughes J, et al. Head and neck neurilemmoma—a 10 year review [J]. J Laryngol Otol, 2000, 114(2): 119-124.

癌症靶向治疗和免疫治疗的新进展学习班会议通知

靶向治疗以特异的分子为靶点,如BCR-ABL、EGFR、BRAF、KIT、HER2和ALK,已产生令人惊奇的疗效,但是肿瘤消退后由于出现耐药变异,癌症会逐渐进展。与靶向治疗进展的同时,最近研究Sipuleucel-T和ipilimumab的三期临床试验取得成功,免疫治疗也可以延长癌症患者的生存时间,而且部分患者达到持久获益。提示免疫治疗时代已经到来。

湖北省肿瘤医院生物治疗中心和湖北省抗癌协会特举办癌症靶向治疗和免疫治疗的新进展学习班(2014-04-08-122)。时间:2014年6月12-15,地点:湖北省武汉市。此次学习班为国家级继续医学教育项目【项目编号2013-04-08-138(国)】,注册会议代表将获得国家级继续教育学分10分。

希望广大肿瘤学界同道积极参与,分享经验,加强我国肿瘤学领域的学术交流,共同促进我国肿瘤学基础研究和临床治疗水平的不断提高。