

支气管神经鞘瘤 1 例

Brochial Schwannoma; One Case Report

SHI Hu-bo, JIANG Peng-hui, HOU Qing-bao, et al.

史湖波¹, 姜鹏辉¹, 侯庆宝¹, 徐祎慧²

(1. 山东省胸科医院, 山东 济南 250013; 2. 济南市中心医院, 山东 济南 250000)

关键词: 支气管肿瘤; 神经鞘瘤; 病例报告
中图分类号: R734.1 文献标识码: B
文章编号: 1671-170X(2017)07-0651-02
doi: 10.11735/j.issn.1671-170X.2017.07.B021

支气管神经鞘瘤为发生在气管、支气管内的罕见的良性肿瘤。山东省胸科医院近期收治 1 例左上支气管神经鞘瘤患者, 现将资料报道如下。

1 临床资料

患者, 女性, 28 岁。以“间断咯血 3 个月余”为主诉于 2016 年 7 月 11 日就诊于我院。患者既往体健, 无烟酒嗜好。体检: 体温 37℃, 脉搏 80 次/min, 呼吸 20 次/min, 血压 108/78mmHg, 浅表淋巴结未触及肿大, 气管居中, 听诊右下肺呼吸音低, 未闻及干湿性啰音, 心腹查体未见异常。入院后给予止血药物治疗后咯血消失, 查胸部 CT 示右侧中间支气管内肿物, 右下肺不张, 中叶体积减小(Figure 1)。血常规、生化指标、癌胚抗原、抗核抗体及结核抗体均阴性。支气管镜见右肺中间支气管内可见球形新生物阻塞管腔, 远端无法观察, 新生物边界清楚, 包膜完整, 血管丰富, 中间支气管阻塞 90%以上, 右上支气管管腔通畅(Figure 2), 肿物取活检示神经源性肿瘤, 考虑为神经鞘瘤。患者经过术前检查无禁忌证, 于 2016 年 7 月 14 日在我院行右肺中下叶切除+上叶支气管成形术, 术中所见肿瘤上起右肺上叶开口, 下至基底段开口(Figure 3)。鉴于患者为青年女性, 肿瘤已侵及中间段支气

管, 肿瘤介于良恶性之间, 有复发可能, 故未保留中叶, 术中快速冰冻切片示上下切端阴性。术后病理: 肉眼所见为“支气管肿瘤”支气管一段, 长 3cm, 近心端直径 2cm, 远心端直径 1.7cm, 距两端切线均 0.2cm 处, 管腔内查见一肿物, 体积约 2.2cm×2.0cm×1.8cm, 似有包膜, 切面灰白质韧, 略呈编织状; 光镜下(Figure 4)见细胞增生活跃, 可见个别核分裂; 免

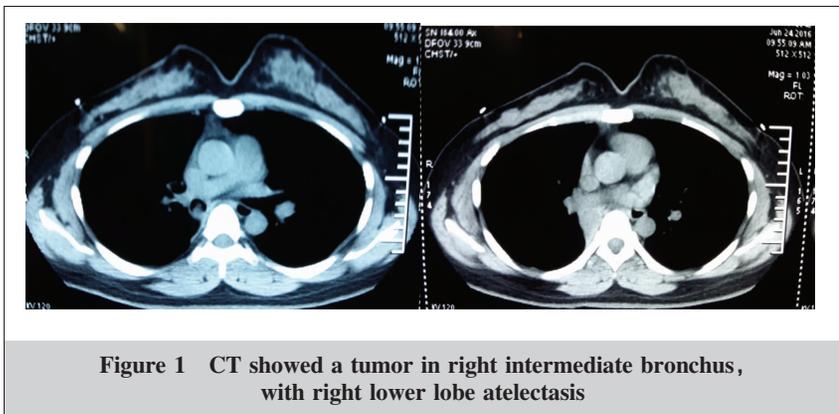


Figure 1 CT showed a tumor in right intermediate bronchus, with right lower lobe atelectasis

疫组化为 S100(+), SMA(-), Ki-67 阳性率约 5%。病理确诊为支气管神经鞘瘤。患者顺利出院, 定期随访, 未行进一步治疗。患者预后良好, 未再有咯血、胸闷胸痛等症状。

2 讨论

原发性支气管内神经源性肿瘤多发生于后上纵隔, 属于间叶组织来源肿瘤, 包括神经鞘瘤和神经纤维瘤, 发生率为气管肿瘤的 0.5%^[1], 其中气管—支气管神经鞘瘤罕见, 该病全球报道不足 100 例^[2]。气管—支气管神经鞘瘤多为单发肿瘤, 包膜光滑, 呈结节状, 有白色光泽, 生长缓慢, 极少发生恶变, 但当肿瘤逐渐增大后常阻塞管腔引起肺不张及肺部感染。支气管镜下主要表现为: 肿瘤沿气管、支气管纵轴生

通讯作者: 史湖波, 主治医师, 硕士, 山东省胸科医院胸外一科, 山东省济南市历山路 46 号(250013); E-mail: shihubo@126.com
收稿日期: 2016-07-26; 修回日期: 2016-10-07



Figure 2 Bronchoscopy showed a tumor in the right middle bronchus, more than 90% of the lumen obstruction

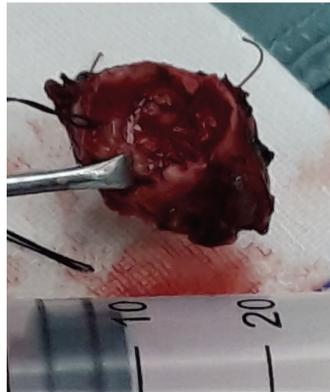


Figure 3 Intraoperative findings:the tumor in the lumen was about 3cm

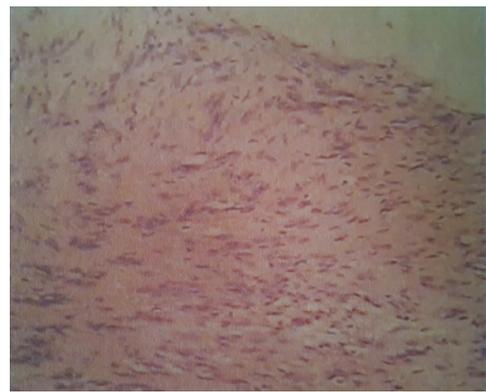


Figure 4 Pathology

长,基底较宽,呈圆形或者椭圆形突向管腔,多有蒂附着于支气管内膜。本病最早于1953年报道,可发生于任何年龄,最小8岁,最大86岁,中青年多见,男性略多于女性^[3]。患者症状的轻重多与肿瘤发生的部位、大小及引起的并发症有关。由于肿瘤生长缓慢,个别患者可长达10余年无临床症状,少数患者以咯血为首发症状,考虑可能为神经鞘瘤的血供丰富,质地较脆所致^[4]。本例患者前期咯血一直未行支气管镜检查,胸部CT表现为支气管扩张、肺部感染,应用药物治疗血止后未行诊治,直到此次出现肺不张,行支气管镜检查后始确定诊断,因此对反复咯血患者一定要进行支气管镜检查。

发生在支气管内其他良性肿瘤如错构瘤、软骨瘤等,均有细蒂,肿瘤表明光滑、坚硬,支气管镜下活检钳不易取到肿瘤组织。乳头状瘤多呈簇生长,肿瘤质脆,易脱落,易多发、复发。恶性肿瘤如鳞癌、类癌、腺样囊性癌等多呈浸润性生长,易侵犯喉返神经、周围淋巴结及食管,患者多有局部麻木、声音嘶哑、咯血等症。自喉至隆凸气管后前位及侧位体层相、气管分叉部后前位体层相及CT对诊断支气管肿瘤有重要意义,如阻塞不严重时也可采用碘油造影,确诊多以支气管镜活检病理或手术切除行活组织病理检查,近年来PET-CT在良恶性肿瘤的鉴别中起重要作用,Beaulieu等^[5]报道了10例神经鞘瘤,其最大标准摄取值(SUV_{max})范围在1.9~7.2之间,尚有报道通过EBUS-TBNA(endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration)来确诊的病例^[6]。

治疗上目前多采用经硬质支气管镜、钕铝石榴

石激光及外科手术切除等方法。前两种为姑息性治疗方法^[7]。因本病有潜在的恶性生长趋势、切除不彻底可能复发等特点,目前多主张确诊后首选外科手术,年轻人及考虑有恶变倾向的患者应首选外科治疗。本病手术后预后大多良好,极少复发。手术治疗以气管切除、肺叶切除或袖式切除为主,我科2008年曾做过1例支气管内切除、支气管成形手术,术后2年后随访复发,因此尤其对于年轻患者,完整彻底切除肿瘤为首选。

参考文献:

- [1] Hamdan AL, Moukarbel RV, Tawil A, et al. Tracheal schwannoma; a misleading entity[J]. Middle East J Anaesthesiol, 2010, 20(4): 611-613.
- [2] Shen L, Chen Y, Yan XJ, et al. Intrabronchial schwannoma; a case report [J]. Chinese Journal of Tuberculosis and Respiratory Diseases, 2010, 33(12): 951-952. [沈凌, 陈灏, 严秀娟, 等. 支气管神经鞘瘤一例[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2010, 33(12): 951-952.]
- [3] Rusch VW, Schmidt RA. Tracheal schwannoma's management by endoscopic laser resection[J]. Thorax, 1994, 49(1): 85-86.
- [4] Beggs I. Sonographic appearances of nerve tumors[J]. J Clin Ultrasound, 1999, 27(7): 363-368.
- [5] Ushiyama T, Katsuda E, Tanaka T, et al. 18F-fluorodeoxyglucose uptake and apparent diffusion coefficient in lung schwannoma[J]. Clin Imaging, 2012, 36(1): 65-67.
- [6] Watanabe K, Shinkai M, Shinoda M, et al. Intrapulmonary Schwannoma diagnosed with endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration: case report [J]. Arch Bronconeumol, 2014, 50(11): 490-492.
- [7] Minematsu A, Tsuji H, Nakata T, et al. Bronchial Schwannoma diagnosis by surgical treatment: report of a case[J]. Kyobu Geka, 2008, 61(10): 903-906.