

# 鼻腔鼻窦异位脑膜瘤临床病理分析

古庆家<sup>1</sup> 李静娴<sup>1</sup> 樊建刚<sup>1</sup> 何刚<sup>1</sup> 刘世喜<sup>2</sup> 梁传余<sup>2</sup>

**[摘要]** 目的:探讨鼻腔鼻窦异位脑膜瘤的诊断与治疗方法。方法:对我科1990-01-2011-10有完整随访资料的8例鼻腔鼻窦异位脑膜瘤患者的临床资料进行分析。其中5例采用鼻侧切开术,2例采用鼻内镜下肿瘤切除术,1例为鼻内镜下联合柯陆进路手术,并对所有患者术后情况进行随访。结果:全部患者术后无并发症,随访6个月~22年,其中2例复发,分别在术后18个月和1年,经再次手术,未再复发。结论:鼻腔鼻窦异位脑膜瘤罕见,临床症状和体征无特异性,诊断困难。最终诊断需依赖组织学检查,免疫组织化学有助于进一步明确诊断。手术完整切除后预后良好。

**[关键词]** 脑膜瘤;鼻腔;鼻窦

**[中图分类号]** R739.45 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1001-1781(2012)23-1060-03

## Clinicopathological analysis of sinonasal ectopic meningioma

GU Qingjia<sup>1</sup> LI Jingxian<sup>1</sup> FAN Jiangang<sup>1</sup> HE Gang<sup>1</sup> LIU Shixi<sup>2</sup> LIANG Chuanyu<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>Department of Otorhinolaryngology, Sichuan Provincial People's Hospital, Chengdu, 610072, China; <sup>2</sup>Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, West China Hospital, Sichuan University)

Corresponding author: GU Qingjia, E-mail: 63381970@qq.com

**Abstract Objective:** To evaluate the diagnostic and therapeutic methods of sinonasal ectopic meningioma. **Method:** The clinical data of 8 patients treated in our department from Jan 1990 to Oct 2011 were retrospectively analysed. Among these patients, 5 cases were treated by lateral rhinotomy approach; 2 cases were treated by endoscopic plus modified Caldwell-Luc technique; 1 case was treated by endoscopic plus modified Caldwell-Luc technique. All patients were followed up postoperatively. **Result:** All patients had no complications after operation. All patients were followed up from six months to 22 years. Among them, two cases had recurred 18 months and one year postoperatively. The two cases did not recur after the second operation. **Conclusion:** Although sinonasal ectopic meningioma is difficult to diagnose because of their infrequent occurrence in this ectopic site and of their non-

<sup>1</sup>四川省人民医院耳鼻咽喉科(成都,610072)

<sup>2</sup>四川大学华西医院耳鼻咽喉头颈外科

通信作者:古庆家, E-mail: 63381970@qq.com

达鼻尖、鼻小柱区域,是修复外鼻复杂缺损的可靠手段。

### 参考文献

- [1] PARK S S. Facial Plastic Surgery; the Essential Guide [M]. New York: Thieme, 2005: 116-222.
- [2] KLINE R M. Aesthetic reconstruction of the nose following skin cancer [J]. Clin Plast Surg, 2004, 31: 93-111.
- [3] AVRIL M F, AUPERIN A, MARGULIS A, et al. Basal cell carcinoma of the face: surgery or radiotherapy? Results of a randomized study [J]. Br J Cancer, 1997, 76: 100-106.
- [4] 张彬. 面部皮肤癌手术缺损修复的常用局部皮瓣[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 46(5): 433-436.
- [5] STEENFOS H, FOGDESTAM I. Prepared neurovascular forehead island flap for reconstruction of minor full thickness nasal defects. Case report [J]. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg, 1992, 26: 117-119.
- [6] PARK S S. The single-stage forehead flap in nasal reconstruction; an alternative with advantages [J]. Arch Facial Plast Surg, 2002, 4: 32-36.
- [7] FOLIA M, DISANT F, NAIMAN N, et al. Importance of the frontal flap in loss of tissue of the face [J]. Fr ORL, 2007, 93: 333-340.
- [8] PARK S S. Reconstruction of nasal defects larger than 1.5 centimeters in diameter [J]. Laryngoscope, 2000, 110: 1241-1250.
- [9] JIN H R, JEONG W J. Reconstruction of nasal cutaneous defects in Asians [J]. Auris Nasus Larynx, 2009, 36: 560-566.
- [10] SUH M W, JIN H R, KIM J H. Computed tomography versus nasal endoscopy for the measurement of the internal nasal valve angle in Asians [J]. Acta Otolaryngol, 2008, 128: 675-679.

(收稿日期: 2012-05-09)

specific clinical appearance. The final diagnosis rests on the histological examination. Immunohistochemical studies are helpful to establish the accurate diagnosis. Prognosis is excellent after complete surgical resection.

**Key words** meningioma; nasal cavity; paranasal sinuses

异位脑膜瘤(ectopic meningioma)临床上较少见,可分为原发性和继发性 2 种。它与中枢神经系统无确定联系,异位发生于颅外的蛛网膜绒毛和蛛网膜粒者,称为原发性;与中枢神经系统相联通,即原发于颅内,转移或向下直接侵蚀入鼻腔及鼻窦等颅外部位者,称为继发性。原发于鼻腔及鼻窦的脑膜瘤罕见。现收集鼻腔鼻窦异位脑膜瘤 8 例,结合文献资料,对该病的临床病理特点、治疗方法及疗效等相关问题进行研究分析如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

四川省人民医院和四川大学华西医院耳鼻喉科 1990-01—2011-10 共收治 8 例患者,男 5 例,女 3 例;年龄 18~65 岁,平均 45 岁;病程 1 个月~4 年。所有患者经 CT 或 MRI 检查均确诊为鼻腔鼻窦异位脑膜瘤,术后经病理检查证实为内皮型或沙粒体型。临床症状主要表现为:鼻塞 7 例,头痛 4 例,鼻出血 3 例,眼球外突或移位 4 例,视力下降 1 例。专科检查见 7 例患者鼻腔内肿物表面光滑,质地较硬,呈暗红或淡红色,其中触之出血者 2 例;1 例患者仅见中鼻道膨隆,鼻腔内黏膜光滑,未见明显新生物。

### 1.2 治疗方法

患者均在全身麻醉下行肿瘤切除术,其中 5 例采用鼻侧切开术,2 例采用鼻内镜下肿瘤切除术,1 例为鼻内镜下联合柯陆进路手术。

## 2 结果

所有患者术后无并发症,随访 6 个月~22 年,其中 2 例患者分别在术后 1 年和 18 个月复发,经再次手术后随访 1~5 年,未再复发。

## 3 典型病例介绍

例 1 女,45 岁。发现左眼突出 3 个月入院。入院前 3 个月,患者无明显诱因出现左眼突出,无视力下降,无复视。体检:一般情况好,外鼻无明显畸形,双侧下鼻甲稍肥大,鼻腔黏膜稍显充血,鼻腔内无明显分泌物,各相应鼻窦区无压痛。鼻窦 CT 提示左侧筛窦骨质破坏伴软组织占位,累及左眼眶、前颅窝底、左侧翼腭窝。左侧视神经受压推移改变(图 1)。在全身麻醉鼻内镜下行左侧筛窦开放术。术中见左侧筛窦内可见骨性新生物,表面有许多蜂房状小孔洞,左侧眶纸板、前颅底骨质增生,将其完整分离并切除。病理诊断:脑膜上皮细胞型脑膜瘤。随访 1 年无复发。

例 2 男,47 岁。因反复右鼻阻伴流脓涕 10 多年入院。体检:一般情况好,右鼻腔充满红色、质

硬的肿物,表面不平,质脆,易出血。增强 CT 示右鼻腔为血供丰富的肿瘤占据,且为膨胀性生长压迫周围结构,考虑良性肿瘤可能性较大(图 2)。在全身麻醉下行右鼻侧切开、肿瘤切除术。术中见右侧鼻腔、上颌窦、筛窦、蝶窦充满肿瘤,上至筛顶,向外推压纸板,眶筋膜完整。眶下壁骨质完整,上颌窦内侧壁骨质破坏,与筛窦相通,筛顶、筛板无破坏。蝶窦前壁骨质破坏,蝶窦内为肿瘤占据。右鼻腔外侧壁骨质破坏,与鼻窦相通,鼻中隔被推挤向左侧。肿瘤边界清楚,包膜完整,中心为囊腔状,周边增厚;沿包膜剥离肿瘤,完整切除。术后 7 d 痊愈出院。病理诊断为血管瘤样型脑膜瘤。随访 18 个月无复发。

例 3 男,18 岁。左侧渐进性鼻塞 4 年,左眼球突出半年入院。体检:一般情况好,左鼻腔中鼻道充满灰褐色、质硬、易出血的肿物。左眼球向外突出 4 mm,活动自如,视力 1.2,右眼正常。鼻窦 CT 示左鼻腔、鼻窦占位性病变,左鼻腔正常结构破坏,左上颌窦内侧壁、左眼眶下缘骨质破坏。在全身麻醉下行左鼻侧切开肿瘤切除术。术中见左侧眶下壁骨质破坏,部分突入眼眶;部分筛窦、上颌窦内侧壁均遭破坏,结构不清;肿瘤界限清楚,表面光滑、质韧,中央为明显碎砂粒样物质。将肿瘤与部分筛房一并清除,反复冲洗术腔。术后 10 d 痊愈出院。病理诊断为砂粒型脑膜瘤(图 3)。随访 3 年无复发。

## 4 讨论

异位脑膜瘤是指在正常情况下没有脑膜覆盖的组织器官中发生的具有脑膜瘤形态结构的肿瘤,此病由 Winkler(1904)首先描述。异位于颅脑外的脑膜瘤极为少见,其中以眶内最多见,其次见于鼻腔鼻窦、耳、皮肤和口腔,恶变者极为罕见。鼻腔鼻窦异位脑膜瘤发生于罕见的异位区域,临床症状和体征无特异性,诊断困难<sup>[1]</sup>。由于脑膜瘤多为良性,生长缓慢,其症状和体征的严重程度多与病史长短有关,其病史越长,引起的症状和体征越严重,包括鼻塞、鼻出血、头痛以致颜面部,特别是鼻旁和眼的外突或畸形,而鼻塞为最常见症状。临床表现常无特异性,主要取决于肿瘤发生的部位、大小以及周围组织受侵袭破坏的程度,故临床上容易误诊。本组例 2 患者曾误诊为鼻腔血管瘤。本病易向眶底、鼻窦等薄弱方向扩展,常侵入眼眶引起眼球突出,因此凡临床上遇到以突眼就诊的患者,应警惕本病的可能<sup>[2]</sup>。本组例 1、例 3 患者均有突眼的体征。

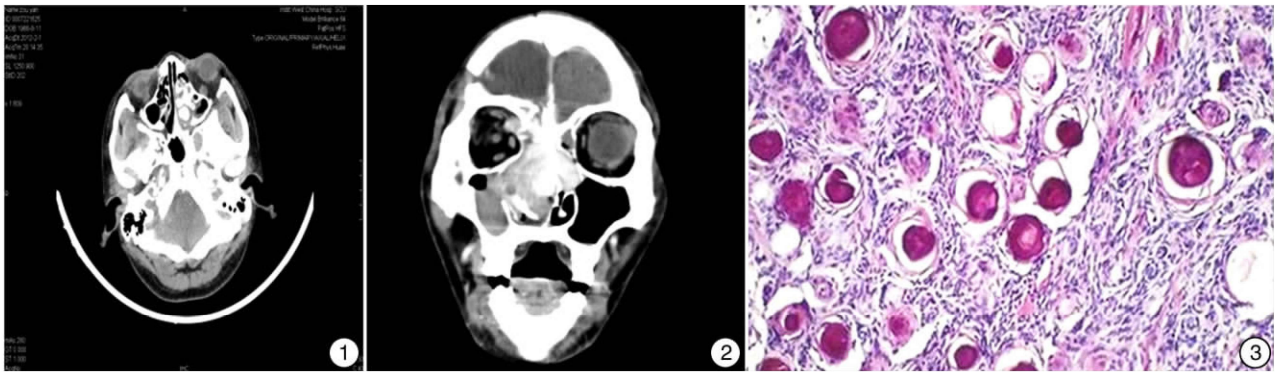


图 1 例 1 患者鼻窦 CT；图 2 例 2 患者鼻窦 CT；图 3 病理检查示大量的钙化砂粒体

异位脑膜瘤由于其发生部位不同,大小形态多样,其影像学表现不尽相同。发生于鼻腔的脑膜瘤可为圆形或类圆形肿块,或为息肉状,有的可沿着腔隙生长成不规则形,但通常边界清楚。CT 较典型的表现表现为边界较清楚的圆形或类圆形肿块影,密度可均匀一致也可呈较高混杂密度影,可有包膜,钙化较常见;出现钙化常提示纤维母细胞型或砂粒体型脑膜瘤。肿瘤血管丰富,注入对比剂后呈均匀一致性增高。如果 CT 平扫发现鼻腔或鼻窦区较高的混杂密度灶,且病灶周围有环形钙化,瘤体内出现条片状不规则的钙化灶,CT 增强扫描病灶明显强化,应高度怀疑脑膜瘤的可能(图 1)。必要时应用免疫组织化学和电镜行鉴别诊断。MRI 一般具有肯定的价值,T1、T2WI 出现低信号可区别砂粒体型与骨良性增生性病变;而其他类型的脑膜瘤因内含蛋白质及血液等成分,T1、T2WI 呈高信号而区别于一般的炎性病变<sup>[3]</sup>。临床表现常无特异性,主要取决于肿瘤发生的部位、大小以及周围组织受侵袭破坏的程度,故临床上容易误诊。诊断原发性异位脑膜瘤必须具备:①发生于无脑膜组织的解剖部位;②不伴发颅内或脊髓内脑膜瘤;③必须有典型脑膜瘤的组织结构。因此,诊断原发性异位脑膜瘤,首先必须排除颅内脑膜瘤的颅外扩散或转移,对于发生于无脑膜覆盖的组织器官的肿瘤有类似于脑膜瘤的病理改变,结合临床表现及影像学检查并排除正常位置的脑膜瘤即可作出诊断<sup>[3]</sup>。

鼻腔鼻窦异位脑膜瘤最有效的治疗方法是手术切除,它对化疗、放疗均不敏感。手术彻底切除者很少复发,关键是力争肿瘤全切。对切除有困难者,可将肿瘤分块切除,务求在不损伤周围重要器官的基础上,将肿瘤切除干净。本组 2 例患者行二次以上手术,皆系手术中肿瘤切除不彻底的残留组

织复发所致,经再次手术,随访 1~5 年,未再复发。但对位置深在,并与重要血管神经、脑部结构粘连紧密的巨大肿瘤,不可勉强肿瘤全切除,因有可能于术中出现生命危险或损伤重要结构,出现严重并发症,宜行肿瘤次全切除术。手术切除彻底后,预后总的来说是好的<sup>[4]</sup>。预计术中出血较多,术前需备血。本组例 2 术前增强 CT 示右鼻腔为血供丰富的肿瘤占据,预计出血较多,备血 800 ml。术中出血约 500 ml,予输血处理。只有对病变广泛浸润、手术无法切除的晚期,复发或恶性肿瘤者考虑放疗。对无眼或颜面部畸形的患者,除采用传统的手术方式如鼻侧切开术等外,采用鼻内镜下鼻腔肿瘤切除术是一个不错的选择,该术式具有损伤相对小,不损坏面部容貌而又能彻底切除肿瘤的优点,但要求术者具有扎实的鼻内镜手术基础<sup>[5]</sup>。本组 2 例患者行鼻内镜下手术,均已取得较好疗效。

参考文献

[1] MNEJJA M, HAMMAMI B, BOUGACHA L, et al. Primary sinonasal meningioma[J]. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis, 2012, 129: 47-50.  
 [2] 古庆家, 梁传余. 异位脑膜瘤 3 例报告[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2004, 18(10): 635-635.  
 [3] 林闽江, 董海波, 姚凤明, 等. 原发性异位脑膜瘤的影像学诊断(附 4 例分析)[J]. 现代实用医学, 2010, 22(7): 819-821.  
 [4] 李清明, 彭培宏. 鼻腔鼻窦异位脑膜瘤的诊断和外科治疗[J]. 山东大学基础医学院学报, 2003, 17(1): 21-23.  
 [5] 邱前辉, 陈少华, 韩虹, 等. 鼻腔鼻窦异位脑膜瘤的诊治(附 9 例报道)[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2007, 15(1): 33-36.

(收稿日期: 2012-05-30)