

儿童鼻息肉伴鼻咽癌 1 例报告并文献复习

Nasal polyps associated with nasopharyngeal carcinoma in child: one case report and review

范文焱¹ 杜建新¹

[关键词] 鼻咽肿瘤; 鼻息肉; 儿童

Key words nasopharyngeal neoplasms; nasal polyps; child

[中图分类号] R765.25; R739.6 [文献标志码] B [文章编号] 1001-1781(2013)05-0273-03

1 临床资料

患儿,女,11岁。约2个月前开始出现头痛、眼痛,以左侧为甚,偶有恶心感,进食胃口差;约半个月前开始出现左侧鼻涕带血,在当地医院就诊发现前颅底、鼻窦等多处占位,为求进一步诊治来我院门诊。追问病史,患儿近期有视物模糊,无复视。体检:左侧鼻腔后端充满半透明及荔枝肉样新生物,表面少量陈旧性积血,未见破溃,双鼓膜未见内陷,未见鼓室积液,颈部淋巴结未触及肿大。MRI提示:前颅底及鼻窦内占位;CT提示:颅底骨质破坏,考虑骨性来源恶性肿瘤。

患者于2011年8月5日入院,收治于神经外科,入院时诊断:前颅底及鼻窦内占位(软骨肉瘤?鼻息肉?)。于2011年8月24日在全身麻醉下行鼻内镜左 FESS 术加左筛窦、蝶窦开放加腺样体部分切除加左翼腭窝肿块部分切除术。术中见左侧鼻腔较多息肉样新生物,予以切除打开蝶窦,未见脓性分泌物及新生物,取蝶窦边缘活组织送病理检查。勾突可见息变,上颌窦口黏膜水肿,切开勾突,见后组筛窦新生物,表面光滑,质地偏硬,开放后组筛窦,切除部分肿块送病理检查。患儿腺样体肥大,切除组织送病理检查。术后病理报告:鼻咽部低分化癌,侵入筛窦;鼻息肉。

2 讨论

鼻咽癌是我国高发肿瘤之一,各年龄段均可发生,发病率有逐年增高趋势,男性发病率为女性的2~3倍,40~50岁为高发年龄;青少年及儿童少见,只占所有鼻咽癌的10%~20%,临床症状常不典型,就诊时间较晚,误诊率较高^[1]。

2.1 青少年及儿童鼻咽癌的临床特点

鼻咽癌是所有恶性肿瘤中最具种族性、地区特异性的一种。高、低发地区之间发病率可相差80多倍,目前原因尚不清楚,可能与种族遗传性、环境及EB病毒感染等有关。根据恶性肿瘤发病规律,高发地区人群发病年龄一般相应提早,但鼻咽癌却

有其特殊性,在中国南方各省、台湾、香港等地鼻咽癌高发区,儿童病例甚为罕见,本组病例发病率符合此特点。相反,在中国长江以北一些鼻咽癌低发省份及以黑人为主的西非、北非部分国家和以高加索人种为主的欧美国家,儿童鼻咽癌则占有相对高的比例。且在中、低发区鼻咽癌发病曲线呈双峰,第1个高峰在10~19岁,亦有年龄更幼小病例报告^[2-3]。

儿童及青少年鼻咽癌患者与成年患者有很多不同的特征。儿童患者的局部病灶多为晚期表现,超过80%有较大的局部占位,常导致颅底损害、脑神经侵犯、局部淋巴结转移。儿童及青少年患者多以颈部包块为首发症状,其次为鼻部症状、头痛及听力下降或耳鸣,另有部分患者以脑神经损害为首发表现^[4]。

青少年鼻咽癌通常恶性程度高。鼻咽癌病理分类一般分3种,高分化鳞状细胞癌约占10%,低分化鳞状细胞癌占85%~90%,未分化癌约占5%。30岁以下鼻咽癌以未分化癌或分化差的癌多见,病程进展较快,转移率较高^[5]。对于儿童鼻咽癌的病理特点,陈文卿等^[6]报道以低分化鳞状细胞癌多见。

CT和MRI是儿童及青少年鼻咽癌诊断过程中不可缺少的重要手段,可以清楚显示病变的部位、形态、大小及邻近结构侵犯的范围。MRI在显示通过颅底诸孔侵入所致的颅内病变范围和脑神经受损程度较有优势,CT则易于观察骨质损害,颈淋巴结转移情况两者无明显差异。增强CT可见局部的均匀软组织影伴邻近组织浸润及颅底损害^[7-8]。

儿童鼻咽癌患者的淋巴组织坏死较成人少见,可能由于两者的组织类型不尽相同。MRI可见肿瘤组织比骨骼肌组织的T1及T2加权序列波密度略高。分期CT可应用于鼻咽癌患儿的喉部扫描^[9]。

2.2 青少年及儿童鼻咽癌的鉴别诊断

①咽旁软组织感染:鼻咽壁软组织肿胀,但没有具体的肿块,邻近淋巴结反应性肿大,实验室

¹上海市静安区中心医院 复旦大学附属华山医院静安分院耳鼻咽喉科(上海,200040)
通信作者:杜建新,E-mail:dujianxin168@sina.com

检查有中性粒细胞明显增高等炎性指标;②鼻咽纤维血管瘤:多发于青少年,病变中心位于蝶鞍孔区,邻近骨质可见吸收、破坏,但无淋巴结的转移性肿大;③鼻咽部横纹肌肉瘤:发病率低,可以造成咽壁软组织肿块,生长迅速,但淋巴结转移相对少见;④颈部淋巴结结核:往往不会有鼻咽壁的病变;⑤淋巴瘤:会造成双侧颈部淋巴结肿大,咽淋巴环组织会肿胀增厚,但较少出现咽壁的局限性肿块。临床进行鼻咽部及淋巴结活检是诊断的金标准^[2,10]。

2.3 青少年及儿童鼻咽癌的治疗及预后

大多数研究表明:临床分期、N 分期、放疗剂量和化疗是影响儿童及青少年鼻咽癌患者生存率的预后因素;多因素分析表明 N 分期、化疗是影响儿童及青少年鼻咽癌患者生存率的独立预后因素。辅助化疗对儿童及青少年鼻咽癌患者的预后具有重要影响,尤其对于 N 分期晚的儿童及青少年患者^[11]。Ghmi 等^[12]针对 12 例局部晚期青少年鼻咽癌患者进行放化疗综合治疗的研究表明:对此类患者行放化疗综合治疗,毒性可耐受且有效;化疗方案以阿霉素和环磷酰胺为基础,周期为 2~4 周,全部病例经 4~16 个月治疗后完全缓解,9 例无瘤生存 2~21 年。Haimi 等^[13]建议,为改善青少年鼻咽癌的预后,应使用辅助化疗。该研究从 1989~2004 年收治 20 岁以下鼻咽癌患者 13 例,按美国癌症分期联合委员会 1997 年原发肿瘤淋巴结远处转移(TNM)分期标准,Ⅰ期 1 例,Ⅲ期 6 例,ⅣA 期 5 例,ⅣB 期 1 例;12 例患者给予以顺铂和氟尿嘧啶为基础的辅助化疗,放疗剂量 >60 Gy,经过 2~3 个周期,6 年总生存率为 84%,无病生存率为 77%。Mertens 等^[14]联合应用早期化疗、放疗及 IFN- β 取得了较好的疗效,他们对 59 例平均年龄为 13 岁的患儿进行观察,其中 1 例Ⅱ期患儿首先接受放疗,其余 58 例患儿则在放疗前接受化疗,所用药物为甲氨蝶呤、顺铂和 5-氟尿嘧啶。原发部位的累积照射量为 59.4 Gy,颈部总量为 45 Gy。放疗后,所有患儿每周给予每公斤体重 10^5 U 的 IFN- β 3 次,持续 6 个月。治疗过程中,1 例患儿在化疗中出现肿瘤进展,3 例患儿分别在诊断后 14、15、18 个月时出现远处转移,1 例患儿在诊断后 12 个月出现局部复发;54 例患儿经过平均 48 个月的随访期表现为初步减轻。

儿童及青少年鼻咽癌较为少见,30 岁以下患者仅占 5%~12%。在鼻咽部肿瘤中,鼻咽癌的发生率远低于非上皮源性肿瘤如淋巴瘤、横纹肌肉瘤、血管纤维瘤。鼻咽癌的分布有极大差异性,可表现于地理区域和种族、成年人与青少年及儿童患者^[15]。儿童鼻咽癌以未分化癌为主要病理组织类型。CT、MRI 检查与临床检查进行综合分析,对儿童及青少年鼻咽癌的诊断具有可靠价值。儿童鼻

咽癌的治疗以头颈部大剂量放疗辅以顺铂为基础的动态化疗为主。儿童鼻咽癌存在一定比例的复发,虽然远处转移较少见,但预后较差^[9]。

参考文献

- [1] 杜心佳,韩振海,王纪秋. 52 例青少年鼻咽癌的放射治疗并临床疗效分析[J]. 肿瘤防治杂志,2001,8(5):525-526.
- [2] 贺建林,曾伟华,李雄,等. 7 例儿童及青少年鼻咽癌的 CT 及 MRI 特征及文献复习[J]. 中国热带医学,2010,10(12):1522-1523.
- [3] CHOW C W, TABRIZI S N, TIEDEMANN K, et al. Squamous cell carcinomas in children and young adults: a new wave of a very rare tumor[J]. J Pediatr Surg, 2007, 42: 2035-2039.
- [4] 李平,徐泳,陈礼金,等. 儿童及青少年鼻咽癌的临床特点及预后[J]. 华西医学,2001,16(1):53-55.
- [5] 谷铤之. 肿瘤放射治疗学[M]. 2 版. 北京:北京医科大学,中国协和医科大学联合出版社,1993:446-465.
- [6] 陈文卿,刘伶俐. 儿童鼻咽癌 24 例报告[J]. 实用癌症杂志,1994,9(3):217-217.
- [7] YABUCHI H, FUKUYA T, MURAYAMA S, et al. CT and MR features of nasopharyngeal carcinoma in children and young adults[J]. Clin Radiol, 2002, 57: 205-210.
- [8] GLASTONBURY C M. Nasopharyngeal carcinoma: the role of magnetic resonance imaging in diagnosis, staging, treatment, and follow-up[J]. Top Magn Reson Imaging, 2007, 18: 225-235.
- [9] LLOYD C, MCHUGH K. The role of radiology in head and neck tumours in children[J]. Cancer Imaging, 2010, 10: 49-61.
- [10] 梁晨阳,王振常,鲜军舫,等. 儿童及青少年鼻咽癌的 CT、MRI 诊断与鉴别诊断[J]. 山西医科大学学报, 2009, 40(9): 856-859.
- [11] 洪继东,廖遇平,袁君,等. 44 例儿童青少年鼻咽癌临床和预后分析[J]. 中南大学学报(医学版), 2008, 33(8): 723-726.
- [12] GHIM T T, BRONES M, MASON P, et al. Effective adjuvant chemotherapy for advanced nasopharyngeal carcinoma in children: A final update of a longterm prospective study in a single institution[J]. J Pediatr Hematol Oncol, 1998, 20: 131-135.
- [13] HAIMI M, ARUSH M W B, SELA G B, et al. Nasopharyngeal carcinoma in the pediatric age group. The northern Israel(Rambam) medical center experience, 1989-2004[J]. J Pediatr Hematol Oncol, 2005, 27: 510-516.
- [14] MERTENS R, GRANZEN B, LASSAY L, et al. Treatment of nasopharyngeal carcinoma in children and adolescents: definitive results of a multicenter study(NPC-91-GPOH) [J]. Cancer, 2005, 104: 1083-1089.
- [15] AYAN I, KAYTAN E, AYAN N. Childhood nasopharyngeal carcinoma: from biology to treatment[J]. Lancet Oncol, 2003, 4: 13-21.

(收稿日期:2012-01-28)