

• 病例报告 •

舌根神经鞘瘤 1 例

谢惠姍¹ 杨峰¹ 卓明英¹ 李达人^{1,2}

[关键词] 神经鞘瘤;舌根

[中图分类号] R739.62 [文献标志码] D [文章编号] 1001-1781(2013)17-0962-02

A case of tongue base schwannoma

Summary Published reports of benign nerve sheath tumors of the oropharynx especially at tongue base are extremely rare. They may slowly growing but represent a potential threat to the airway, prompt diagnosis and treatment are vital. To our knowledge, this case presents the rare clinical condition and the first giant one. Due to the rarity, awareness of the possibility of a schwannoma in various otolaryngological conditions is an important step in making a correct clinical diagnosis. Here we represent a rare case of a giant schwannoma that arose from valleculae projecting to supraglottis to cause swallowing difficult but no breathing problem. The mass was completely removed, and no recurrence during next 2 years follow-up.

Key words schwannoma; tongue base

患者,男,58岁,以“咽部异物感十余年、吞咽困难3个月余”入院。入院前十余年患者无明显诱因出现咽部异物感,无吞咽异常,未至医院就诊。近3个月感吞咽时食物滞留明显,影响吞咽,睡眠时明显打鼾伴呼吸暂停,发声含糊。无呼吸困难、发热、咽痛等症状。于2010年3月行纤维喉镜检查发现舌根肿物,以“舌根部新生物,性质待查”收住院。入院体检:全身情况良好。纤维喉镜检查示:会厌软骨喉面见一约5cm带蒂乳突样肿物,质地韧,蒂从右侧会厌窝拖长,肿物突于会厌喉面于声门上区(图1),将会厌推向舌面,未压迫声门。咽喉CT检查示:舌根肿物,边界清楚,不均质强化(图2)。血、尿、便常规、血生化、心电图、胸部X线片等检查均无明显异常。于2010年3月8日在全身麻醉支撑喉镜下行舌根新生物摘除术,术中暴露肿物蒂部,

以带吸引器电烧从蒂部逐渐烧灼,完整取下肿物。术后病理诊断为神经鞘瘤(图3)。术后患者麻醉苏醒后无呼吸困难、吞咽障碍及饮水呛咳,术后随访2年未见复发(图4)。

讨论 神经鞘瘤是来源于神经鞘膜的雪旺细胞增生包裹而形成的肿物,约占所有良性肿瘤的5%,其中25%~45%发生在头颈部,最常见为咽旁间隙,口内发生率仅约1%,其中又以舌最常见^[1],国内此类文献报道仅零星数例^[2]。Cohen等^[3]对1995—2006年收治的舌神经鞘瘤进行综述,发现位于舌体后部(包括舌根)的神经鞘瘤仅19例。发生于舌根的神经鞘瘤随着瘤体的逐渐增大患者可能会出现咽部异物感、呼吸及吞咽困难等,而呼吸困难需要立刻治疗,以免危及生命。本例因肿物蒂部较长使瘤体突于会厌喉面,将会厌向舌面压迫,因

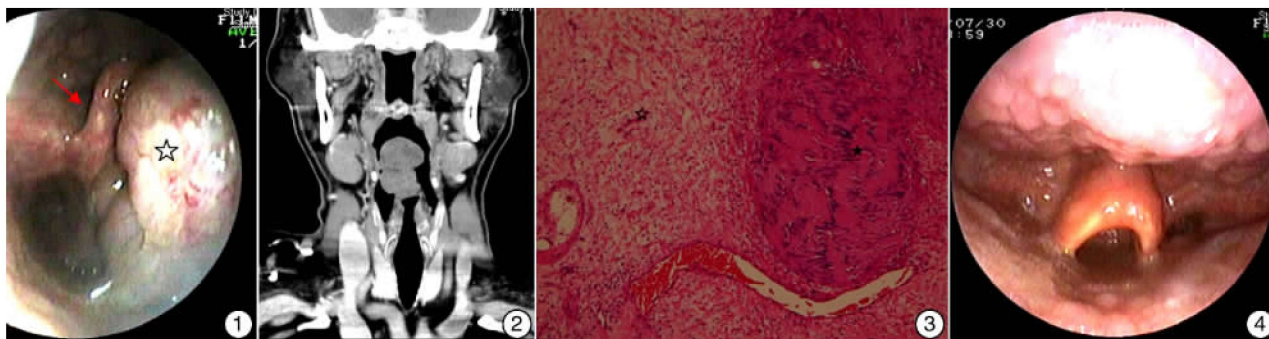


图1 纤维喉镜下所见 箭头示会厌谷,星号示神经鞘瘤体; 图2 咽喉CT 边界清楚,均质肿物; 图3 病理切片 antoni 组织型态及 verocay 氏体; 图4 术后2年随访

¹ 厦门长庚医院耳鼻咽喉头颈外科(福建厦门,361028)

² 台湾林口长庚医院耳鼻咽喉头颈外科

通信作者:谢惠姍, E-mail:hsieh1111@gmail.com

而无呼吸困难的产生,但却造成了吞咽困难,进而求诊。口内的神经鞘瘤可能起源于舌神经、舌下神经及舌咽神经。本例以解剖位置判断起源于舌神经终末分支可能性大。

意识到神经鞘瘤的可能性对帮助临床做出正确诊断很重要。对于鉴别口腔内生长缓慢的软组织新生物范围很广泛,除了神经鞘瘤外,还有神经纤维瘤、黏液囊肿、潴留囊肿、纤维上皮息肉、纤维瘤、脂肪瘤、平滑肌瘤、横纹肌瘤、血管瘤、腺细胞瘤、化脓性肉芽肿、异位甲状腺、良性唾腺肿瘤、舌根扁桃体增生等^[4]。其中要提出的是神经鞘瘤和神经纤维瘤,神经纤维瘤是肿物的整体且为了切除肿瘤则必须牺牲神经,而神经鞘瘤是由纤维包裹和神经纤维分开,所以对大多数患者可以在不伤及神经的情况下将肿物完整剥离下来。本例经口径路支撑喉镜显微镜下辅助切除瘤体,以此径路检视瘤体,发现其蒂部与周围神经无明显连接,进而沿蒂部完整切除瘤体。大多数患者经口径路可暴露瘤体,并在适当的手术视野中检视与周围神经有无关联,进而进行瘤体切除,此为首选径路。若术中不能有很好的视野,无法检视瘤体与周围的关联,仍须喉外径路,如经舌骨或舌帽瓣径路^[5]的下颌骨下径路、经颈侧进路、舌骨上咽侧进路^[6-7]等。术者主

要依据瘤体的大小及位置来决定手术径路。由于口咽部神经鞘瘤罕见,常导致在鉴别口咽肿物时被忽略,手术切除是主要的治疗手段,靠免疫组织化学结果(S-100 阳性)确诊。

参考文献

- [1] 李玉晓,何晓光,王卫红. 舌根部神经鞘瘤 1 例[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2005,19(9):427-427.
- [2] 古庆家,李祥奎,何刚. 头颈部神经鞘瘤的诊断和治疗(附 34 例报告)[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2010,24(18):856-858.
- [3] COHEN M, WANG M B. Schwannoma of the tongue; two case reports and review of the literature[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol,2009,266:1823-1829.
- [4] PFEIFLE R. Schwannoma of the tongue; report of 2 cases[J]. J Oral Maxillofac Surg,2001,59:802-804.
- [5] MEVIO E, GORINI E, LENZI A, et al. Schwannoma of the tongue; one case report[J]. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord), 2002, 123:259-261.
- [6] YING Y L, ZIMMER L A, MYERS E N. Base of tongue schwannoma; a case report [J]. Laryngoscope,2006,116:1284-1287.
- [7] 黄志翔,胡永杰. 舌骨上咽侧进路切除舌根部肿瘤的临床应用[J]. 口腔颌面外科杂志,2008,70(1):50-53.

(收稿日期:2012-11-29)

(上接第 961 页)

AMI 是最常见的心血管急症,病情凶险,病死率高,其典型症状是持续性胸骨后压榨样疼痛或心前区疼痛。临床上曾偶见以牙痛、咽痛、咽部梗阻感、腹痛等不典型症状为主诉的 AMI 患者。分析其原因,是由于心肌缺血、缺氧时产生酸性代谢产物刺激心脏交感神经传入纤维,经颈、胸脊髓交感神经传至丘脑植物神经中枢及大脑,产生痛觉,再沿传出神经放射到颈 5-胸 10 脊髓分布的任何部位^[2];放射至咽部、鼻部、下颌等,引起咽痛、鼻痛、牙痛、下颌痛;放射至上腹部、手指、腰部等引起相应部位的疼痛;放射至颈肩背部,引起颈部、肩背部疼痛。这些症状不典型的 AMI 患者大多不是首诊于心内科,应该引起首诊科室的足够重视和警惕。

回顾此病例,早期识别 AMI 及 SCD 的主要线索有:①临床症状与体征不符:患者主诉颈部疼痛程度重,急性起病,但体检未发现有明显压痛,也无急性面容,应考虑到 AMI 的可能。临床上对于老年人突发比较剧烈的疼痛,不论疼痛出现在哪个部位,尤其当疼痛找不到具体病变或病因时,就应想到 AMI 的可能,尤其伴有吸烟、肥胖、高血脂、高血压、冠心病、糖尿病者更要高度警惕。②有 SCD 的前驱表现:患者有后颈部僵硬不适,精神疲软,不能误认为是颈椎病或颈椎间盘突出导致,SCD 患者可有颈部僵硬不适、全身极度疲乏、头晕眼花、出冷汗

和失神等前驱表现。SCD 最主要的原因是室性心律失常,而室性心律失常最重要的症状是心悸、晕厥前兆和晕厥,其中晕厥前兆(头昏、头晕、乏力或虚脱、黑蒙)和晕厥是血流动力学不稳定的表现,如不及时治疗很可能导致心脏骤停^[3]。③有发生 SCD 的高危因素:患者为 70 岁老年女性,有高血压病史 12 年,未进行规范化诊疗。老年人 SCD 的主要危险因素有:年龄、冠心病、高血压、急性心功能不全、心律失常、抑郁等^[4]。

本例患者以颈痛为首发表现,伴后颈部僵硬、全身疲软,症状极不典型,临床医生应考虑到 AMI 及 SCD 的可能,一定要及时行心电图及心肌酶谱检查,必要时进行动态观察,以免误诊、漏诊,延误治疗时机,甚至导致患者死亡,引起医疗纠纷。

参考文献

- [1] 王志坚,丁文惠. 心源性猝死的防治[J]. 中国医刊,2004,39(1):14-17.
- [2] 付学菊. 不典型心肌梗死误诊 40 例分析[J]. 中国误诊学杂志,2002,2(9):1378-1379.
- [3] 张新超,王珺. 2006 室性心律失常的治疗和心脏性猝死的预防-ACC/AHA/ESC 指南解读[J]. 世界危重病医学杂志,2007,4(20):1817-1822.
- [4] 李艳芳. 老年人心源性猝死[J]. 中华老年心脑血管病杂志,2009,11(12):932-933.

(收稿日期:2013-01-25)