

· 病例报告 ·

鼻腔鼻窦浆细胞肉芽肿3例报告*

陈秋蓉¹ 杨慧¹ 吕丹¹ 肖浩¹ 郑义涛¹ 任佳¹

[关键词] 鼻腔;鼻窦疾病;浆细胞肉芽肿;外科手术

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2016.24.019

[中图分类号] R765.4 [文献标志码] D

Clinical analysis of plasma cell granuloma in nasal cavity and nasal sinus

Summary The plasma cell granuloma occurred in nasal cavity and sinus, which is rarely seen in clinical practice, the common clinical features included nasal congestion, nose bleeding, eye protrusion and olfactory impairment. Its clinical manifestations are similar to the clinical manifestations of malignant tumors, the correct diagnosis depends on histopathology and immunohistochemistry, and surgical treatment is the main method, can be supplemented by hormone therapy, radiotherapy, the prognosis could be better.

Key words nasal cavity; paranasal sinus diseases; plasma cell granuloma; surgical procedures, operative

浆细胞肉芽肿(plasma cell granuloma, PCG)是一种罕见的病因不明的良性炎性肿块,可发生于全身各个部位,以肺部最常见^[1],而发生于鼻腔、鼻窦者少见。我科收治3例鼻腔鼻窦PCG患者,现报告如下。

1 病例报告

例1 男,12岁,因“偶然发现左眼外凸3d”于2001年6月7日入院。入院前3天患儿家属偶然发现患儿左眼外凸,无眼球活动障碍、视力下降、鼻阻、流脓涕、发热等不适。入院查体:左眼球轻微外凸,鼻中隔右偏,左侧中鼻甲向中下移位,中鼻道可见干酪样分泌物。鼻部CT示:筛窦占位性病变,侵入左上颌窦、蝶窦及左眼眶内后份。完善术前相关检查,于6月13日行Denker's手术。术中见:左中鼻甲骨质变薄并向中下移位,左上颌窦黏膜炎性增厚呈息肉样变,伴内壁骨质部分吸收,左筛窦见大量褐色干酪样物充填,蝶窦内黏膜尚光滑。病理检查结果示:炎性病变,倾向PCG。术后于外院行放疗(具体剂量不详)。现已随访14年,患儿鼻腔鼻窦黏膜光滑,未见肿物复发。现继续随访中。

例2 男,54岁,因“反复双侧鼻塞3年,加重伴鼻出血、嗅觉丧失2年”于2006年2月17日入院。入院前3年患者无明显诱因出现双侧鼻塞,偶伴出血,于当地医院就诊,诊断为“慢性鼻炎”,对症治疗后无明显好转(具体用药不详)。近2年患者自觉嗅觉丧失,遂至我院就诊。查体见:鼻根部隆起,有压痛感,双侧鼻腔可见新生物堵塞,颈部可扪及肿大淋巴结,光滑,活动。鼻部及颈部CT示:双

侧鼻腔内软组织肿块影,病灶区骨质破坏,双侧颈部淋巴结肿大、增多。于鼻内镜下取活检示:(双鼻腔)慢性炎性肉芽肿性病变,较多浆细胞及组织细胞浸润,经特殊染色(PAS, Gimsa及银染)均未查见特殊病原菌(恶性病变可排除)。因未能确认肿物病理类型,再次于鼻内镜下取活检,结果示PCG。鉴于该患者病变范围较广,遂先行放疗(DT 30 Gy/15次)。放疗后鼻根部隆起及鼻腔肿物有所缩小,通气好转。完善相关术前检查后,行经右鼻侧切开鼻面部、鼻腔、鼻窦肿物切除术,术中见:右鼻面部皮下新生物组织呈纤维瘤样浸润生长,质较韧,触之易出血,肿物累及鼻腔及鼻窦,向上至额窦,向后突入后组筛窦,向内经鼻中隔侵犯左侧鼻腔,并累及右侧上颌窦外侧壁。术后病理证实为PCG,再次补充放疗(DT 30 Gy/10次)。随访至今已有9年,未见复发。

例3 男,47岁,因“右鼻塞3个月,反复鼻出血1个月”于2011年5月9日入院。入院前3个月患者“感冒”后出现右鼻塞,伴牙痛,无流脓涕、头晕、头痛、视觉障碍、嗅觉障碍等症状,于当地医院就诊,鼻部CT检查诊断为“慢性鼻-鼻窦炎”,予鼻喷剂及口服药治疗后症状无明显改善。1个月前,患者出现反复右鼻出血,量中,遂至我院。鼻部CT示:右侧上颌窦内软组织密度影充填,窦壁骨质吸收变薄,向下累及上牙槽,致其局部骨质破坏。完善相关术前检查,于5月11日行鼻内镜下鼻腔鼻窦肿物切除+右侧下鼻甲部分切除术。术中见:右侧上颌窦内充满质韧、易出血新生物,上颌窦各壁骨质压迫吸收变薄,但尚完整,患侧下鼻甲全长亦有累及,伴骨质破坏吸收。术后病理检查结果示PCG(图1a、b)。术后未行放化疗,现已随访4年2个月,未见复发(图2、3)。继续随访中。

* 基金项目:四川省科技厅支撑计划(No:2012FZ0014);成都市科技局科技惠民项目(No:0040205301A66)

¹ 四川大学华西医院耳鼻咽喉头颈外科(成都,610041)

通信作者:杨慧, E-mail: yh8806@163.com

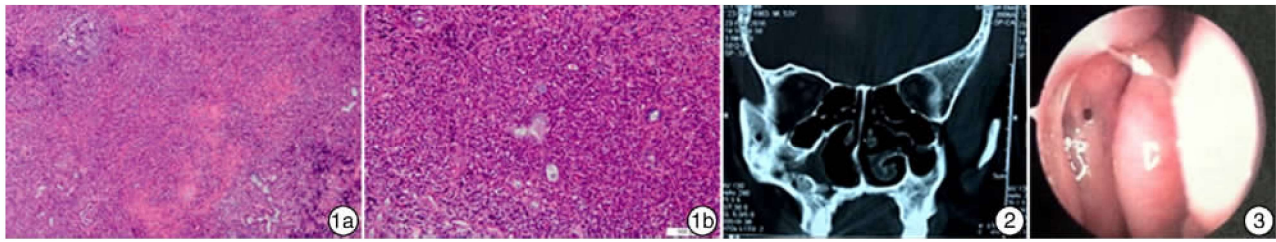


图 1 例 3 患者的病理结果 1a:可见大量炎细胞浸润(苏木精-伊红染色 $\times 100$);1b:浆细胞肉芽肿形成,纤维组织增生,伴透明性变(苏木精-伊红染色 $\times 200$); 图 2 例 3 患者术后第 4 年鼻腔鼻窦 CT 右侧鼻腔、鼻窦呈术后改变,未见新生物; 图 3 例 3 患者术后第 4 年内镜检查结果 右侧鼻腔黏膜光滑,未见新生物。

2 讨论

2.1 临床症状及影像学特点

PCG 可发生于全身多个器官,如:肺部、颅内、胃、食管、眼眶及甲状腺等^[2],而发生在鼻腔、鼻窦者极为少见,目前国内仅报道 10 余例。鼻腔、鼻窦 PCG 的临床症状多为鼻塞、鼻出血、眼球突出、嗅觉丧失等,与鼻部其他占位性病变相似,没有特异性。本组 3 例患者,1 例表现为眼球突出,1 例为鼻塞、鼻出血及嗅觉丧失,1 例为鼻塞、鼻出血及牙痛。影像学方面,该病鼻部 CT 表现更类似于真性肿瘤,常表现为鼻腔鼻窦的软组织影,肿物可累及周围的肌肉、神经以及破坏周围的骨质等^[2]。本组 1 例肿物侵入左筛窦致患者眼球突出,1 例肿物侵入鼻腔、鼻窦致鼻窦壁骨质吸收变薄、局部骨质破坏,并出现鼻出血,1 例病变位于上颌窦,说明该病发生部位不特定,临床表现及影像学表现亦无特异性,因此极易误诊。

2.2 病理特点

该病的确诊依靠病理诊断。其在显微镜下表现为:含薄壁毛细血管的肉芽组织,其内见大量的浆细胞、慢性炎症单核细胞及淋巴细胞浸润^[3],浆细胞为成熟浆细胞,胞质嗜碱性、偏位,核染色质呈车辐状,无核分裂或核异型性。免疫组织化学:采用 DAB 显色技术观察到被染成褐色的病变浆细胞质中 K、 λ 轻链免疫球蛋白为多克隆表达,在多克隆浆细胞种群的细胞质中观察到 K 轻链免疫球蛋白强阳性表达而 λ 轻链免疫球蛋白弱阳性表达,其比例约为 2:1。因此,可通过多克隆浆细胞确定炎症病变,这也有助于与多发性骨髓瘤、浆细胞瘤(其中浆细胞单克隆增殖)之间的鉴别^[3],通过显微镜观察可以初步确定为 PCG,免疫组织化学可以进一步确诊 PCG。

2.3 鉴别诊断

鼻腔、鼻窦 PCG 非常少见,加之症状及影像学都没有特异性,临床上极易误诊,除需与常见的鼻部良性疾病如鼻息肉相鉴别外,还应与以下少见疾病相鉴别:①鼻腔浆细胞肉瘤:是一种来源于骨外器官或软组织的浆细胞肉瘤,临床表现与 PCG 类

似:鼻塞、涕血或鼻出血等,但男性多见,与 PCG 大量成熟浆细胞浸润的炎症反应性病变不同,该病镜下可见不同成熟程度的浆细胞,大小形态不一,伴核异形,有核分裂像。②鼻窦炎症性肌纤维母细胞瘤:为一种少见的间叶性肿瘤,好发于儿童、青年,可有鼻塞、面部不适、眼球突出等临床表现。镜下可见肿瘤由增生的纤维母细胞和肌纤维母细胞组成,细胞呈梭形,胞质淡嗜酸性,可见核仁。细胞有轻度或灶状异型性,核分裂数量不等,缺乏不典型核分裂^[4]。而 PCG 镜下所见浆细胞为成熟浆细胞,胞质嗜碱性、偏位,核染色质呈车辐状,无核分裂或核异型性^[3]。③髓外浆细胞瘤:是原发于骨髓造血组织之外的局部原发性浆细胞瘤,好发于男性,男女之比约为 3:1,发病年龄从儿童到老年均有报道,但大多集中于 50~70 岁。髓外浆细胞瘤可发生于骨髓以外的任何器官,其中 80% 发生于头颈部及上呼吸道,以鼻腔、鼻窦和鼻咽部最为常见^[5]。也可出现鼻塞、鼻出血、嗅觉减退、眶内等邻近组织受压(视力下降、突眼、复视)等临床表现。镜下可由分化程度不同的浆细胞组成,肿瘤细胞免疫标记中 CD38 阳性可帮助确诊并与 PCG 鉴别^[6]。④多发性骨髓瘤:为全身多处组织病变,是浆细胞克隆性恶性增殖性疾病,血清及尿蛋白电泳等检查可与 PCG 鉴别^[7]。

2.4 治疗和预后

PCG 为良性病变,原则上以手术治疗为主,大部分预后较好。手术方式根据病变范围而定,原则上宜选择微创、功能保全好的手术方式。有文献报道口服大剂量的激素有一定的辅助疗效,但尚存一定的争议^[8]。有学者认为术后给予低剂量的放疗可防止 PCG 复发^[9],由于病例较少,剂量方面无统一标准,经验性推荐剂量为 20~60Gy,化疗不作为常规治疗^[10]。对于病变范围较广者,建议采用手术及放疗的综合治疗^[2]。本组 1 例选择 Denker's 手术后补充放疗;1 例选择鼻内镜手术;仅例 2 患者因病变范围广,我们术前先小剂量放疗,待肿物缩小局限后再行鼻侧切开术以减少术中出血,完整切除肿物后再补充放疗。3 例患者预后均较好,随访至

今无复发。

综上所述,PCG 是一种病因不明的良性炎性肿块,其临床及影像学表现与真性肿瘤相似,极易误诊,确诊需依靠病理学检查,治疗以手术完整切除病变为主,可适当辅以激素、放疗等综合治疗。

参考文献

[1] LACO J, KAMARÁDOVÁ K, MOTTL R, et al. Plasma cell granuloma of the oral cavity: a mucosal manifestation of immunoglobulin G4-related disease or a mimic[J]? Virchows Arch, 2015, 466: 255-263.

[2] 冯晓华, 龙孝斌, 汪建, 等. 头颈部浆细胞肉芽肿临床分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 25(3): 103-108.

[3] JEYARAJ P, BANDYOPADHYAY T K, NARESH N, et al. Value of immunohistochemistry in diagnosing a rare case of maxillofacial plasma cell granuloma masquerading as a gingival epulis[J]. J Maxillofac Oral Surg, 2015, 14: 40-45.

[4] 赵谦, 张少强, 闫利英, 等. 鼻窦炎性肌纤维母细胞瘤诊治与预后[J]. 西部医学, 2013, 25(11): 1628-1631.

[5] 韩媛媛, 常尚揆, 张华, 等. 头颈部髓外浆细胞瘤 2 例并文献复习[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2014, 28(9): 654-656.

[6] 鞠宏霜, 李沁沁, 蔡晓岚, 等. 鼻腔、鼻窦髓外浆细胞瘤的诊断与治疗[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2011, 25(3): 48-51.

[7] 王金行, 赵越, 刘柏新, 等. 血清免疫固定电泳在多发性骨髓瘤诊断中的意义[J]. 广东医学, 2011, 32(15): 2018-2020.

[8] LEE D K, CHO Y S, HONG S H, et al. Inflammatory pseudotumor involving the skull base: response to steroid and radiation therapy [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2006, 135: 144-148.

[9] BENTON N C, KOROL H W, SMYTH L T Jr. Plasma cell granuloma of the middle ear and mastoid. Case report[J]. Ann Oral Rhinol Laryngol, 1992, 101: 92-94.

[10] 王义纯, 王凡, 吴黎明, 等. 会厌浆细胞肉芽肿一例报告[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2012, 19(3): 228-229.

(收稿日期: 2016-02-01)

巨大鼻石 1 例

许雯¹ 余少卿¹ 李少辉¹ 葛荣明¹

[关键词] 鼻腔; 结石; 内镜外科手术
doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2016.24.020
[中图分类号] R765.26 [文献标志码] D

Giant rhinolith: a case report

Summary My department reports a case of giant rhinolith. Rhinolith is a rare and slow-progressing disease. Clinically, rhinolith is easily to be misdiagnosed as sinusitis or sinus tumor. High-resolution computed tomography (HRCT) can be used to diagnose of rhinolith and differentiate it from sinusitis or sinus tumors. HRCT can also provide reliable evidence for evaluating surgery difficulty level and determining operation method.

Key words nasal cavity; calculi; endoscopic surgical procedures

1 病例报告

患者,男,62岁,因双侧鼻塞2年余于2016年2月21日入院。鼻塞开始为间断交替性,后加重为持续性,流涕,嗅觉减退,偶有头痛、头晕,不伴有涕中带血,无面部麻木感。曾行6次鼻息肉手术,有变应性鼻炎史,皮肤点刺试验:屋尘螨(++),粉尘螨(++),蟹(+). 专科检查:双鼻腔内有脓性分泌物,吸净后即可见双中鼻道息肉,右中鼻道黄白色新生物,触之坚硬,表面不光滑。鼻窦CT扫描示:右前组筛窦见不规则高密度影,密度不均匀,右鼻腔鼻石CT值约1700HU,大小约3.3cm×

1.5cm;右前组筛窦鼻石CT值约850HU,大小约2.5cm×1.5cm,压迫纸样板向外侧弧形突出眶内,部分突入右上颌窦窦口,鼻中隔左偏,双全组鼻窦炎伴息肉形成,局部骨质吸收(图1)。2月23日在全身麻醉下行鼻内镜右鼻石取出术、双鼻窦开放术、鼻息肉摘除术,术中将结石夹碎后分3次取出,结石样肿物大小共约4.5cm×2.0cm(图2),最大病灶约3.5cm×2.0cm。术后病理诊断:鼻石。术后应用鼻用皮质类固醇激素、鼻腔冲洗、抗生素、黏液促排剂等,术后鼻腔通气好,嗅觉恢复,消炎治疗2周后行CT复查,未见鼻石残留。

2 讨论

鼻石又称鼻结石,多发生于成年人,儿童少见。该病病程缓慢。根据鼻石核心的不同,将鼻石分为

¹上海同济大学附属同济医院耳鼻咽喉科(上海,200065)
通信作者:许雯, E-mail: caoyjxw@126.com