

# 迷走神经副神经节瘤合并颈动脉体瘤 1 例

郑美君<sup>1</sup> 李文<sup>1</sup>

[关键词] 迷走神经;颈动脉体瘤;外科手术  
doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2017.08.020  
[中图分类号] R764.43 [文献标志码] D

## Synchronous unilateral vagal paraganglioma and carotid body tumor: one case report

**Summary** One case of synchronous unilateral vagal paraganglioma and carotid body tumor was reported. The preoperative medical imaging revealed no obvious abnormalities at the carotid bifurcation. In addition to the bigger vagal paraganglioma, a smaller carotid body tumor was discovered during operation.

**Key words** vagus nerve; carotid body tumor; surgical procedures; operative

### 1 病例报告

患者,女,61岁,因“右侧咽部不适伴耳鸣、头昏2月余”于2016年3月入院。患者无明显全身系统疾病史。入院查体可扪及右侧颈部中上份肿块位于胸锁乳突肌深面,无脑神经、交感神经功能障碍。CT增强扫描以及核磁共振血管成像(magnetic resonance angiography, MRA)均提示右侧颈总动脉分叉后方见明显不均匀强化的软组织肿块影,最大横截面约3.0 cm×2.3 cm,在肿块前内侧颈内外动脉之间有一小的明显强化影像,与后外侧肿块分界明显(图1、2)。术前诊断为右侧颈部副神经节瘤。行Matas试验作右侧颈动脉锻炼,至压迫颈总动脉5 min以上患者未出现明显不适,全身麻醉下做大“L”形耳颈联合切口,行右颈侧切开右侧副节瘤切除术、右侧腮腺浅叶部分切除术及右侧选择性颈清扫术。手术发现右侧颈动脉分叉处后方一大

小约3 cm×2.5 cm×2.5 cm肿瘤,源于迷走神经,血供丰富,肿瘤累及段迷走神经与瘤体分界不清。与颈动脉分叉边界清楚,易于分离。迷走神经、喉上神经喉内支在术中未能保留(图3)。冲洗术腔止血时发现右侧咽升动脉扩张明显,探查发现颈动脉分叉后壁处有一1 cm×1 cm左右新生物,剖面未见副节瘤的血窦样结构。术中出血量约为100 ml。术后病理组织学染色显示主细胞呈腺泡状(Zellballen)分布,被扩张的血管和支持细胞包围。免疫组织化学:CgA(+),Syn(+),NSE(+),S-100(部分+)(图4)。病理诊断为副神经节瘤,周围淋巴结8枚呈反应性增生。术后第3天患者仍有饮水进食呛咳,并出现声嘶,无伸舌偏斜、肩颈活动不适、霍纳综合征。术后2周明显好转。术后随访2个月,患者声嘶明显改善,饮水偶尔呛咳,进食半流质或固体食物吞咽功能无明显不适。

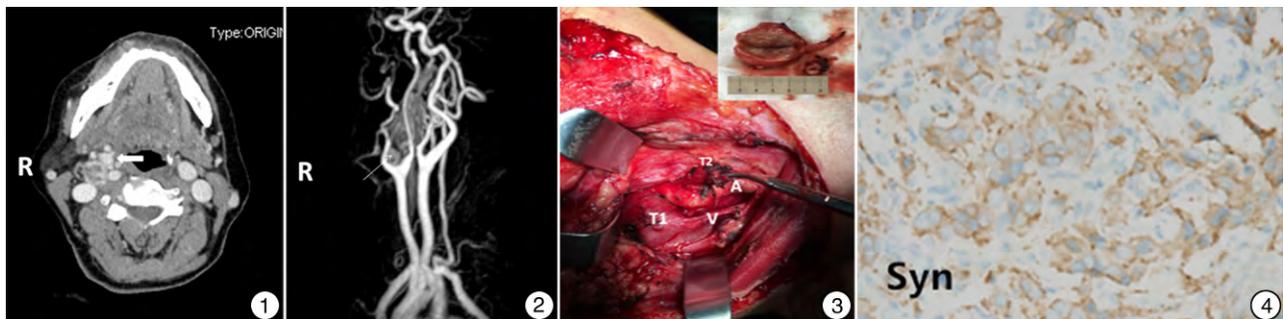


图1 颈部CT增强扫描提示右侧颈总动脉分叉后方见明显不均匀强化软组织肿块影,前内侧颈内外动脉之间有一小的明显强化影像,与后外侧肿块分界明显(白色箭头);图2 核磁共振血管成像右侧颈总动脉分叉后方不均匀强化软组织肿块影下方可见一较小肿块影,与上方肿块有明显分界,血供直接源于咽升动脉(白色箭头);图3 术区右侧颈动脉分叉处后方可见一大一小约3 cm肿瘤(T1),源于迷走神经,血供丰富,肿瘤累及段迷走神经(V)与瘤体分界不清;右侧颈动脉分叉处(A)有一1 cm×1 cm左右新生物(T2),剖面未见副节瘤的血窦样结构(右上角插图);图4 免疫组织化学主细胞Syn阳性表达,支持细胞阴性表达(SP法×400)。

<sup>1</sup>四川大学华西医院耳鼻咽喉头颈外科(成都,610041)  
通信作者:李文, E-mail: church.ent\_wc@163.com

## 2 讨论

头颈部副神经节瘤源于胚胎时的神经嵴组织,临床上较为少见,约占该类肿瘤发生率的 3%,占头颈部肿瘤的 0.6%<sup>[1-2]</sup>,根据其所在的部位不同,可分为颈动脉体瘤、颈静脉球瘤、鼓室球瘤和迷走神经副节瘤等,其中迷走神经副节瘤最为少见<sup>[3-4]</sup>。多中心性副节瘤多见于家族性患者,较为常见的联合病变为双侧颈动脉体瘤,或为一侧颈动脉体瘤伴颈静脉球体瘤<sup>[1,5]</sup>。本病例为同侧迷走神经副节瘤合并颈动脉体瘤,因为颈动脉体瘤很小,位于颈动脉分叉后壁,未造成颈动脉分叉明显加大,MRA 或 CT 血管增强扫描不容易显示颈动脉体瘤常见的高脚杯征,所以容易导致术前漏诊,术中在手术切除迷走神经副节瘤后颈动脉体瘤易被忽略。复习本例 MRA 发现,颈动脉体瘤与迷走神经副节瘤有一明显界线,血供直接源于咽升动脉(图 2 白色箭头)。

在多中心副节瘤诊断中,手术探查结果比影像学更重要。本文提供的患者影像资料尤其是图 2 也只能在术后复习时才能依稀发现颈动脉体瘤的存在。至于其与迷走神经副节瘤之间的分隔线,术前读片时容易解释为有完整包膜的副节瘤外生的一个瘤结节,因 CT 扫描层面不同而形成的。颈内外动脉分叉稍后方的增强影像则容易被解释为副节瘤周围增生的血管组织。MRA 对于同侧迷走神经副节瘤合并颈动脉体瘤的显示优于 CT,可能显示增粗的咽升动脉,但这仍不足以提示颈动脉体瘤的存在,因为迷走神经副节瘤血供也可以源于咽升动脉。对于合并颈静脉球瘤或鼓室球瘤的多中心性副神经节瘤,CT 扫描可以更好地了解肿瘤周围骨质变化情况<sup>[6-7]</sup>。

发生于中上颈部体积较大(5 cm 以上)的副神经节瘤,无论从患者的临床表现还是影像学检查的结果都难以区分其迷走神经和颈动脉体来源。本

例患者肿瘤中心主要位于颈动脉后方,所以术前大致能预测其为迷走神经副节瘤,这样在术前医患沟通中医生更需要向患方强调术后不能保留迷走神经的后果。如果迷走神经副节瘤位置较低,喉上神经喉内支可能得以保留,从而减少术后吞咽呛咳;如果位于接近颅底骨质,则多在解剖分离时离断或损伤。如果术中未发现颈动脉体瘤的存在,势必在再次手术时因肿瘤长大、术区瘢痕粘连等原因增加手术难度,增加更多神经血管损伤的可能性。

## 参考文献

- [1] 李文,杨柳,秦伟. 双侧颈动脉体瘤伴一侧迷走神经及颈静脉鼓室副神经节瘤 1 例[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 48(12): 1039-1040.
- [2] 查洋,李五一,亓放,等. 头颈部迷走神经副神经节瘤的诊断与治疗[J]. 中华耳科学杂志, 2014, 12(3): 356-360.
- [3] PAPASPYROU K, MANN, W J, AMEDEE R G. Management of head and neck paragangliomas; Review of 120 patients [J]. Head Neck, 2009, 31: 381-387.
- [4] 陈永吉,郭俊兵,贺维,等. 头颈部副神经节瘤的临床表现和病理特征[J]. 临床口腔医学杂志, 2011, 27(12): 735-738.
- [5] 才云,肖自安,伍伟景,等. 双侧主动脉体并单侧颈静脉球副神经节瘤 1 例[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2007, 42(3): 231-232.
- [6] SZYMANSKA A, SZYMANSKI M, CZEKAJSKA-CHEHAB E, et al. Diagnosis and management of multiple paragangliomas of the head and neck [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2015, 272: 1991-1999.
- [7] MORENO-GARCÍA C, GONZÁLEZ-GARCÍA R, GARCÍA M A, et al. Vagus Nerve Paraganglioma: Radiological Features We Should Be Aware of [J]. Maxillofac Oral Surg, 2015, 14: 1013-1015.

(收稿日期: 2016-05-20)