

低温等离子射频消融早期鼻中隔软骨肉瘤 2 例*

王虹茵¹ 曹志伟¹[关键词] 鼻中隔软骨肉瘤;低温等离子射频
doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2017.13.019
[中图分类号] R739.6 [文献标志码] DComplete endoscopic resection of septonasal chondrosarcoma
by coblation: two cases report

Summary Septonasal chondrosarcoma is extremely rare, though chondrosarcoma ranks the third in bone malignant tumors. Typical symptoms can be lack due to elusive anatomical structure of the nasal sinuses, which easily leads to misdiagnosis. Here we reported two cases of low-grade chondrosarcoma deriving from nasal septum removed by intranasal endoscope using coblation. MRI and CT scan revealed typical ring-and-arc appearance. Treatment with septonasal chondrosarcoma varied from neoplasm staging and surgical approaches had been reported long disease-free survival.

Key words septonasal chondrosarcoma; coblation

1 病例报告

例 1, 男, 24 岁, 因鼻塞半年余就诊于我院。患者自诉半年前无明显诱因出现左侧持续性鼻塞伴嗅觉下降, 无脓涕、鼻出血等。自行用滴鼻药物及口服药物治疗(具体药物不详)后症状反复, 未行系统治疗。门诊以“恶性鼻腔肿物?”于 2016 年 1 月 27 日收入院。既往史、家族史无特殊, 一般体检未见异常。专科检查: 鼻腔黏膜充血, 鼻中隔左偏, 双侧中鼻道内可见粉红色新生物, 触之不易出血, 鼻道内未见脓性分泌物。入院常规检查未见明显异常。鼻窦 CT(图 1a)提示: 鼻腔及双侧筛窦、蝶窦、左上颌窦内占位, 伴窦壁、鼻中隔骨质破坏, 大小约 5.1 cm×4.8 cm。鼻窦 MRI(增强, 图 1b)示: 左侧上颌窦、双侧筛窦及蝶窦、鼻腔内大片状长 T1 长 T2 不均匀强化信号影; 与鼻中隔及鼻甲局部分界不清, 双侧筛窦外侧壁、蝶窦壁、鼻中隔骨质破坏。电子鼻咽喉镜示: 双侧中鼻道可见新生物, 表面尚光滑。入院第 6 日在全身麻醉下利用低温等离子射频消融经鼻内镜行双侧鼻腔肿物切除加左侧蝶窦、上颌窦开放加鼻中隔部分切除术(图 2)。术中探查发现左侧肿物基底位于鼻中隔后 1/3 处, 用等离子刀头游离肿物, 内容物为胶冻样物, 取内容物术中冷冻病理检查, 回报为软骨瘤样脊索瘤, 待石蜡切片检查。术后病理检查(图 3)显示: 部分粉红、部分暗红色不整形组织, 部分囊壁样, 部分切面灰白质略脆; 镜下见瘤细胞星芒状, 排列密集, 部分

分叶状排列, 血管丰富, 广泛黏液基质。免疫组织化学检测示: CK(上皮+)、Vimentin(+), S-100(+), Ki-67(约 3%)。回报为考虑软骨黏液样纤维瘤, 请结合临床及影像学特点除外软骨肉瘤。因与影像学特点冲突, 与病理科沟通后诊断为(鼻腔)软骨肉瘤。术后行 PET-CT 未见转移灶, 门诊复查时鼻腔黏膜肿胀, 患者自诉症状明显好转, 复查电子鼻咽喉镜提示恢复良好。术后 20 d 于肿瘤内科行局部放疗, 预防局部复发。术后随访 6 个月, 患者状态良好, 复查鼻窦 CT(图 1c)及电子鼻咽喉镜未见复发。嘱患者长期随访, 定期复查。

例 2, 女, 56 岁, 因右眼复视及急骤视力下降 2 个月转诊至我院。患者自诉 1 年余前无明显诱因出现双侧持续性鼻塞伴头痛, 无脓涕。曾行抗炎对症治疗, 症状无好转。2 个月前无诱因出现右眼复视, 渐加重至右眼失明。门诊以“恶性鼻腔鼻窦肿物? 右眼视神经损伤?”于 2016 年 3 月 15 日收入院。既往史、家族史无特殊, 一般体检未见异常。专科检查: 鼻中隔左偏, 双侧鼻腔总鼻道可见淡粉色表面光滑肿物堵塞, 触之不易出血, 未见脓性分泌物, 其余结构视不清。视力: R: 手动/眼前, L: 指数/1 m 以上, 光反应(+)。入院常规检查未见异常。双眼眼底照相: 可视范围内视盘界清色可, C/D=0.3, 血管走行良, A/V=2/3, 后极部网膜未见明显出血及渗出。视诱发电位(VEP): 右眼 P100 消失, 右眼视诱发电位异常, 左眼视诱发电位正常。鼻窦 CT(图 4a): 右侧额窦、上颌窦、筛窦及蝶窦内充满软组织密度影, 并突入右鼻腔, 窦壁骨质未见破坏。右下鼻道内见软组织密度影, 累及鼻后孔区, 恶性不排除。鼻窦 MRI(增强, 图 4b): 右侧筛窦、鼻腔、额窦占位, 恶性不排除。全身骨静态显

* 国家自然科学基金青年项目(No: 81200730); 辽宁省自然科学基金项目(No: 2014021047); 沈阳市科技局项目(No: F15-199-1-41)

¹ 中国医科大学附属盛京医院耳鼻咽喉头颈外科(沈阳, 110004)

通信作者: 曹志伟, E-mail: caozw@sj-hospital.org

像:未见确切骨转移征象。入院第 7 日,在全身麻醉下利用低温等离子射频消融经鼻内镜行鼻腔鼻窦肿物切除加鼻中隔部分切除术(图 5),术中输 O 型 RH 阳性滤白红细胞悬液 2 单位预防急性失血。术中病理回报为软骨肉瘤,待石蜡切片检查。患者自觉术后视力立刻好转,并逐日提升。于术后 3 d 撤除填塞物并复查鼻窦 CT 及 MRI(图 4c),提示术区肿物已完全切除,右眼视力 0.04,其余同前。术后 8 d 出院,术后病理(图 6)显示:碎组织,肿物切面灰白质略脆,部分黄白部分质软;镜下见软骨样组织,小巢状排列。免疫组织化学检测示:S-100(+),CD34(+),SMA(-),CK(-),CD68(-),Ki-67(+约 5%),诊断为软骨肉瘤。术后 20 d 于肿瘤内科行局部放疗,放疗后复查鼻咽加颈部 CT 未见复发。复查视力:右 0.6,左 0.7,验光双眼正视,眼压 10 mmHg。VEP:右眼视通路传导障碍,左眼正常。眼底照相:右侧视乳头色淡。双目光学相干断层成相:眼底后极部正常。术后随访 3 个月复查无复发。

2 讨论

软骨肉瘤是生长缓慢的非上皮来源的恶性肿瘤,占骨源性恶性肿瘤的第 3 位。常见部位为喉、颌骨、颅底和鼻腔鼻窦^[1],其中鼻腔鼻窦软骨肉瘤多位于上颌窦、筛窦和蝶窦,原发于鼻中隔者罕

见^[2],迄今国内外文献报告仅 50 余例(1946—2016 年)。头颈软骨肉瘤的高发年龄为 35~45 岁,其发病机制至今未明。由于鼻中隔软骨肉瘤缺乏典型临床表现易导致误诊及漏诊。

鼻中隔软骨肉瘤无典型的临床特征,且缺乏一般恶性肿瘤的症状和体征。持续性鼻塞为最常见症状^[3],因其常均匀的向两侧鼻腔膨胀性生长,而难以判断软骨肉瘤的生发中心^[4]。瘤软骨的点状钙化和环形钙化(骨化)影是软骨肉瘤的 CT 特征表现及诊断依据^[5]。增强 MRI 特点为 T1W1 低信号、T2W2 高信号,增强 T1W1 上出现环弧形不均匀强化^[1-2,4,6]。虽然鼻中隔软骨肉瘤罕见,但作为有渐进性持续性鼻塞、中线区占位性病变的鉴别诊断不容忽视^[7]。鉴别诊断主要包括其他鼻腔鼻窦肿瘤:鼻腔鳞状细胞癌、腺癌、腺样囊性癌、乳头状瘤、神经鞘瘤、鼻腔黑色素瘤、血管瘤、骨瘤等^[8]。因组织来源与软骨黏液样纤维瘤^[6]、黏液瘤、软骨瘤样脊索瘤、软骨瘤相近,鉴别诊断常需免疫组织化学检测进行区分。各病理分级的软骨肉瘤 5 年生存率为 54%~81%。继发性鼻腔鼻窦软骨肉瘤患者比原发性患者病变广泛且接近颅底,预后较差。鼻腔(鼻中隔后部)^[9]、鼻咽部^[7]因出现症状较晚而预后相对较差。7%~20%的患者伴有远处转移,主要转移部位为肺和骨,但以侵入颅内致死为

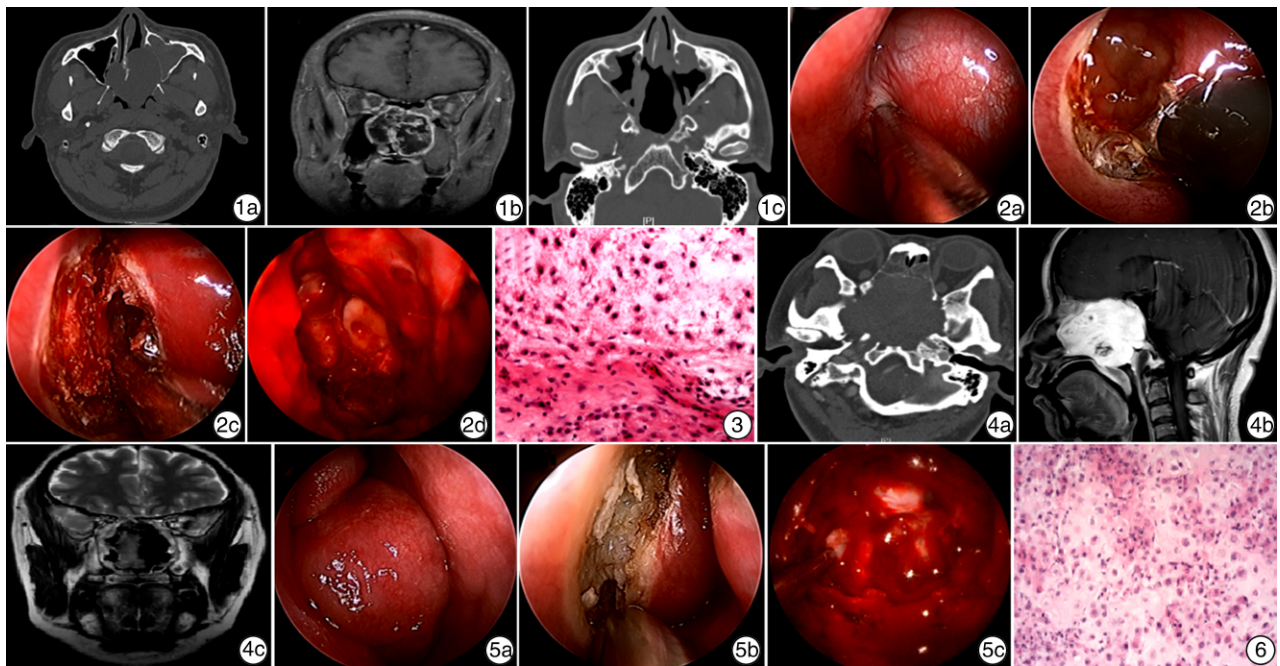


图 1 例 1 患者的影像学检查图片 1a:术前鼻窦 CT;1b:术前鼻窦 MRI(增强);1c:术后鼻窦 CT; 图 2 例 1 患者术中截图 2a:可见左鼻腔内粉红色新生物,肿物基底位于鼻中隔后 1/3 处;2b:沿基底部切开后可见胶状样内容物;2c:沿基底部将肿物大块切除,出血量少鼻内镜下视野清晰,创面整齐;2d:完整切除肿物后; 图 3 例 1 患者术后病理检查图片; 图 4 例 2 患者的影像学检查结果 4a:术前鼻窦 CT;4b:术前鼻窦 MRI(增强);4c:术后复查鼻窦 MRI(增强); 图 5 例 2 患者术中截图 5a:鼻内镜下可见中鼻道内粉红色新生物;5b:沿基底部切开见软骨样内容物;5c:完整切除肿物后; 图 6 例 2 患者术后病理检查图片

主^[1]。鼻中隔软骨肉瘤行根治性手术后早期预后良好,无病间歇期常,因 8~10 年后发现数例复发患者,建议应终身定期随访^[3]。

软骨肉瘤对放化疗不敏感,宜首选手术根治性切除^[3],具体手术径路取决于原发部位、肿瘤侵及范围及病理分级:Weber-Fergusson 切口、鼻侧切开、唇龈下经鼻径路、前颅面径路及鼻内镜下切除等^[1]。术后病灶残留、阳性病理切缘、术后复发以及不能手术者可辅以放疗。有报告称部分或全部切除肿瘤后联合放疗可预防局部复发^[9],还可提高患者的远期生存率^[10]。也有报告称单纯放疗对于拒绝行广泛根治性手术的患者也有一定效果^[11]。鼻内镜下切除多适用于早期,局限于鼻腔,无颅底或颅内侵犯的软骨肉瘤^[12],但随着鼻内镜技术的发展,近年来有报道切除原发于前、中、侧颅底^[13]以及侵及桥小脑角的软骨肉瘤^[13]。结合本文 2 例患者的手术经验,相比单(双)极电凝配合吸切钻,低温等离子消融的优越性在于,术中“边切边凝”止血更充分、更好的暴露和切除肿瘤,可从基底部整块切除肿瘤从而减少出血,且基底部完整、处理彻底,减少周围组织热损伤从而患者术后出血量少、疼痛感轻。此外,其在切除时可达的深度及范围可自行调节,从而获得更低的切缘阳性率。有学者提出术前行血管造影明确肿物主要供血血管,必要时行栓塞从而减少出血^[14]。

参考文献

[1] 张学渊. 头颈部软骨肉瘤[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015, 29(24): 2111-2113.
 [2] LEE D H, JUNG S H, YOON T M, et al. Low grade chondrosarcoma of the nasal septum[J]. World J Clin Cases, 2013, 1: 64-66.
 [3] ALQUDAH M, ODAT H, ISSA I, et al. Extensive chondrosarcoma of the nasal septum: endoscopic resection and long-term follow-up[J]. J Craniofac Surg, 2016, 27: 976-977.
 [4] MAGNANO M, BOFFANO P, MACHETTA G, et

al. Chondrosarcoma of the nasal septum[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2015, 272: 765-772.
 [5] 王克福, 杨静波. 原发性软骨肉瘤 CT 诊断分析[J]. 山西医药杂志, 2015, 44(14): 1631-1632.
 [6] BAHGAT M, BAHGAT Y, BAHGAT A. Chondrosarcoma of the nasal septum[J]. BMJ Case Rep, 2012, pii: bcr2012006266.
 [7] MCCLURG S W, LEON M, TEKNOS T N, et al. Chondromyxoid fibroma of the nasal septum: case report and review of literature[J]. Head Neck, 2013, 35: E1-E5.
 [8] KANO H, IYER A, LUNSFORD L D. Skull base chondrosarcoma radiosurgery: a literature review[J]. Neurosurgery, 2014, 61: 155-158.
 [9] GURUNG U, JOY L, THAPA N M, et al. Chondrosarcoma of posterior nasal septum [J]. Kathmandu Univ Med J(KUMJ), 2012, 10: 89-91.
 [10] KHAN M N, HUSAIN Q, KANUMURI V V, et al. Management of sinonasal chondrosarcoma: a systematic review of 161 patients [J]. Int Forum Allergy Rhinol, 2013, 3: 670-677.
 [11] COCA-PELAZ A, RODRIGO J P, TRIANTAFYLLOU A, et al. Chondrosarcomas of the head and neck [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2014, 271: 2601-2609.
 [12] MAGNANO M, BOFFANO P, MACHETTA G, et al. Chondrosarcoma of the nasal septum[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2015, 272: 765-772.
 [13] MESQUITA FILHO P M, DITZEL FILHO L F, PREVEDELLO D M, et al. Endoscopic endonasal surgical management of chondrosarcomas with cerebellopontine angle extension [J]. Neurosurg Focus, 2014, 37: E13-E13.
 [14] 张立涛, 王耀文, 唐世雄. 鼻中隔透明细胞软骨肉瘤一例[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2014, 49(3): 248-249.

(收稿日期: 2016-11-29)