

• 病例报告 •

上颌窦浆细胞肉芽肿 1 例

顾潇怡¹ 张茹¹ 朱正华¹ 马兆鑫¹ 顾文超²

[关键词] 浆细胞肉芽肿;上颌窦;病理学

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2017.20.016

[中图分类号] R765.4 [文献标志码] D

A case report of plasma cell granuloma in maxillary sinuses

Summary Plasma cell granuloma is a kind of the disease with low incidence at head and neck, which is a benign lesions with malignant biological performance. The diagnosis of plasma cell granuloma is difficult as the symptom is not typical and it is difficult to distinguish with cancers and other diseases through the physical sign and imaging manifestation. The golden standard of diagnosis is histopathological examination. The therapy of plasma cell granuloma is still controversial, but the first choice is the operation. The other therapy such as hormone therapy, radiotherapy, chemotherapy etc., should be applied according to special conditions. Surgery has advantage with high cure rate and very low reoccurrence rate. In this paper, we reported a case of plasma cell granuloma, occurred in maxillary sinus and summarizes the experiences about diagnosis and therapy of plasma cell granuloma in maxillary sinus through review previous literature.

Key words plasma cell granuloma; maxillary sinus; pathology

1 病例报告

患者,女,51岁,因反复鼻塞伴头痛3年于2013年10月24日以“鼻窦肿物”收入院。3年前患者反复鼻塞,伴右侧额部、眶周、面颊部疼痛,入院前3个月上述症状加重,头痛,有鼻音,无喷嚏、脓鼻涕及涕中带血,无复视及视力下降,无张口受限。2009年曾因右侧乳腺癌行手术治疗。体检:一般情况好,呼吸平稳,心、肺、腹检查未见异常。专科查体:鼻腔黏膜慢性充血肿胀,双侧下鼻甲肥大、总鼻道通畅,中鼻道未见新生物及分泌物,鼻中隔右偏。各鼻窦区无压痛,头颈部无明显淋巴结肿大。鼻窦CT提示:右侧上颌窦、筛窦、额窦炎性占位性病变,密度不均匀,CT值平均23HU,周围骨质无破坏及明显反应性增生,扫描野内未见明显肿大淋巴结(图1)。于2013年10月28日全身麻醉

鼻内镜下行鼻窦病变根治术、右侧上颌窦自然开口扩大术。术中切除右侧钩突见上颌窦口脓性分泌物溢出,窦口周围见黏膜肿胀及息肉样变,下鼻道穿刺见上颌窦内充满暗红色新生物,广基多发,呈颗粒状,质脆触之易出血。取部分组织病理活检,病理提示:右鼻腔黏膜炎伴息肉形成,部分区见大量浆细胞浸润;右上颌窦黏膜慢性炎症,并见大量浆细胞浸润(图2)。免疫组织化学提示:“右鼻腔及右上颌窦”浆细胞肉芽肿(plasma cell granuloma, PCG)性病变;CD138(+++),Kappa(+90%),Lambda(散在+)(图3)。术后未行激素或抗变态反应类药物,未行相关放疗(未给予任何治疗)。现已随访3年4个月,未见复发迹象。

2 讨论

PCG发病率较低,但可发生于人体各部位,最

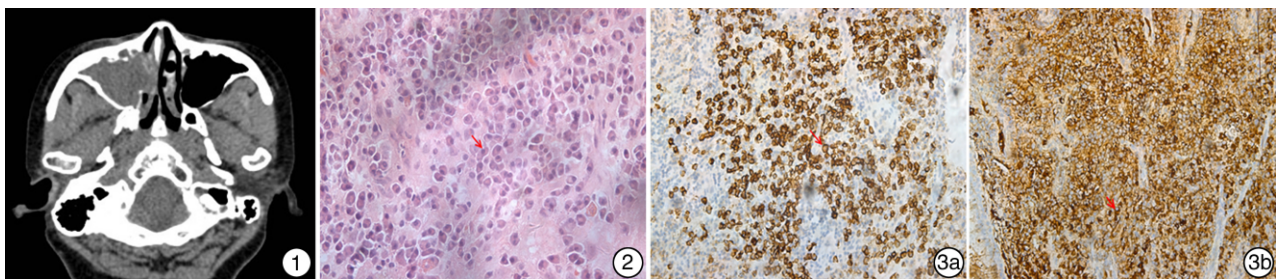


图1 右侧上颌窦 PCG 的 CT 平扫表现; 图2 活检组织病理检查 黏膜下大量浆细胞浸润(红色箭头所示) 苏木精-伊红染色×400; 图3 免疫组织化学检查(ICH×200) 黏膜下大量浆细胞浸润(红色箭头所示) 3a:CD138(+++);3b:Kappa(+++)。

¹ 同济大学附属东方医院耳鼻咽喉头颈外科(上海,200120)

² 大连医科大学临床医学院

通信作者:马兆鑫, E-mail: mzhx114@163.com

多见于肺,其次肝脏,还可见于肾脏、脾脏、胃、肠系膜、淋巴结、脑、脊髓、脑脊膜、卵巢、膀胱等。发生于头颈部的 PCG 罕见,多见于眼眶,也见于鼻腔、上颌窦、鼻咽部、扁桃体、喉、气管、食管、甲状腺等。上颌窦 PCG 的病因至今尚未明确,可能的原因有:①病毒感染:可能与感染人乳头瘤病毒Ⅷ型或 EB 病毒有关;②慢性炎症和感染而产生的非正常的浆细胞分化;③创伤及术后损伤引发的变态反应;④自身免疫性疾病;⑤不明原因的复发性感染源引起的炎症病变,但至今的报道中未发现病灶中有任何微生物^[1]。

有学者指出 PCG 的发病无特定人群,无性别和年龄等特征^[2]。临床上多表现为:鼻窦区肿胀、疼痛;侵及上颌窦前壁有面部感觉异常、麻木,重者颌面部隆起、皮肤红肿压痛;侵及鼻翼旁有鼻唇沟变浅、压痛;侵及内侧鼻腔有鼻塞、鼻出血;侵及眼眶有眼球偏斜、复视、视力下降;侵及翼腭窝或颞下窝累及翼肌有张口受限。

CT 平扫一般提示:窦腔内高密度实性占位性病变、多密度不均,窦腔可扩大,多有周围骨质破坏和吸收,有报道占位性病变的 CT 值在 42 HU 左右。MRI 平扫一般提示:T1WI 为等低信号、T2WI 为不均匀低信号,增强扫描一般提示:占位性病变呈不均匀中度-明显强化。

有报道内镜下观察肿物多为淡红色肿块、质脆、触之易出血,肿块包膜多不完整,个别报道肿块中央有干酪样坏死^[3]。但也有报道肿物呈灰白色、均质^[4-5],这可能与浆细胞、胶原纤维及新生毛细血管的含量比例具有较大差异有关。已有学者在各例 PCG 或同一 PCG 组织中发现其浆细胞和胶原纤维比例存在差异性,并且可能与病程发展的阶段有关。

病理表现为:镜下见肉芽组织结构,大量成熟的浆细胞浸润,其细胞内可含卢梭(Russell)小体,还有少量淋巴细胞、单核细胞、中性粒细胞和嗜酸粒细胞等炎性细胞浸润,其间有明显的纤维母细胞和新生毛细血管,周围大量的胶原纤维呈网织状排列,胶原纤维可发生玻璃样变及钙化。偶有 2~3 核的不成熟的多核浆细胞,核大、卵圆形、泡状核仁明显的网织细胞或向浆细胞分化的各阶段细胞,这些细胞一般呈小灶状或索条状排列。免疫组织化学提示:CD3(++)、CD20(++)、CD38(+++),CD138(+++)^[6],多克隆 IgM, Kappa, Lambda 均为阳性^[7]。

PCG 是生长缓慢的良性肿物,但其发病后的体征表现及影像学表现多提示侵袭性,因此临床上较难与恶性肿瘤相鉴别;其肿物肉眼观察及易出血

性质又较难与血管瘤鉴别。目前临床上诊断该病的金标准仍是组织病理学检查,并且组织学上还需要与浆细胞瘤鉴别。由此,如病变提示有侵袭性特征,临床上多选择先行活检明确病理,排除其他恶性肿瘤后,再行手术等其他联合治疗方案。有报道术后短期口服及鼻喷激素,可有症状、体征的改善^[6]。如病变侵犯范围较广、不能完全切除或有较大复发可能,术后可行辅助放疗或辅助化疗。有报道放疗选择于术后 1 周进行,剂量 40~70 Gy,治疗 1 个疗程。有化疗方案选择 CHOP 方案:环磷酰胺+长春新碱+表阿霉素^[4]。对于活检已明确病变性质且病变侵犯广、易出血的患者,可术前先行 60 钴外照射 45 Gy 使病变缩小,减少术中出血^[3]。

行上述各类方案治疗后的患者,大多在随访时间内无复发,预后好。本例患者因症状体征、影像学检查未提示侵袭性,术中病变清除完全,且患者无进一步治疗意愿,遂未行后期治疗,随访 3 年无复发。既往有报道上颌窦 PCG 有周围浸润及骨质破坏者仅行根治手术,随访数年无复发^[8]。因此如果病灶局限,且能清除完全,仅行手术根治带来的预后和联合治疗的预后效果无差异,那么临床上对于此类患者,可不行放化疗,以此减少放化疗带来的并发症,但此说法尚缺乏可靠的循证学依据,有待进一步证实。

参考文献

- [1] SOM P M, BRANDWEIN M S, MALDJIAN C, et al. Inflammatory pseudotumor of the maxillary sinus: CT and MR findings in six cases[J]. AJR Am J Roentgenol, 1994, 163: 689-692.
- [2] NARLA L D, NEWMAN B, SPOTTSWOOD S S, et al. Inflammatory pseudotumor[J]. Radiographics, 2003, 23: 719-729.
- [3] 徐万春, 郭秀霞. 上颌窦浆细胞肉芽肿(附二例报道)[J]. 白求恩医科大学学报, 1991, 17(5): 88-89.
- [4] 赵闯绩, 陈纲. MRI 诊断上颌窦浆细胞肉芽肿 1 例[J]. 中国医学影像技术, 2016, 32(9): 1473-1473.
- [5] MUZAFFAR M, HUSSAIN S I, CHUGHTAI A. Plasma cell granuloma: maxillary sinuses[J]. J Laryngol Otol, 1994, 108: 357-358.
- [6] MARUYA S, KUROTAKI H, HASHIMOTO T, et al. Inflammatory pseudotumour (plasma cell granuloma) arising in the maxillary sinus[J]. Acta Otolaryngol, 2005, 125: 322-327.
- [7] 俞蕾, 石润杰, 孙艺渊, 等. 上颌窦浆细胞肉芽肿(附 3 例报告)[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2001, 15(8): 352-353.
- [8] 倪长宝, 王新允, 王宏亮. 上颌窦浆细胞肉芽肿一例[J]. 天津医药, 1997, 25(6): 384-384.

(收稿日期: 2017-02-19)