

• 病例报告 •

下咽部巨大脂肪肉瘤 1 例

代学忠¹ 李丽萍¹ 崔理明¹ 仵霞¹

[关键词] 脂肪肉瘤;下咽;激光

doi:10.13201/j.issn.2096-7993.2020.11.021

[中图分类号] R766.9 [文献标志码] D

One case of giant liposarcoma of hypopharynx

Summary The clinical manifestations of this patient with hypopharyngeal liposarcoma are dyspnea, dysphagia and aspiration. Fiberlaryngoscopic examination showed a grayish-yellow mass with a smooth surface and a broad base in the left hypopharynx, piriform fossa, and laryngeal entrance. CT examination revealed a solid mass with clear borders in the hypopharynx and a fibrous septum. Pathology revealed a highly differentiated liposarcoma of the hypopharynx.

Key words liposarcoma; hypopharynx; laser

1 病例报告

患者,男,81岁。20年来,因反复呼吸、吞咽困难伴误吸,分别于1999年、2007年、2016年、2018年因相同症状诊为下咽肿物,并多次行气管切开及颈外入路下咽肿物切除术,术后病检为下咽梭形脂肪瘤,术后出现一侧声带麻痹,未能拔除气管套管。于2018年6月因同样症状以下咽肿物在我科行支撑喉镜内镜下CO₂激光结合等离子行下咽肿物切除术,术后吞咽、呼吸困难症状得以缓解,病理检查提示下咽部非典型性脂肪瘤性肿瘤/高分化脂肪肉瘤。因再次出现吞咽困难2个月伴异物感加重,易呛咳和误吸,仅能进少许流质,伴咳嗽、脓痰多、低热,以喉下咽肿物复发于2019年1月24日收治我院。体检:颈部气管切开处金属气管套管在位,喉入口、下咽、梨状窝及食管入口可见大小约4.6 cm×3.5 cm×3.0 cm的肿物阻塞,表面光滑,呈圆形灰黄色,基底广泛。会厌、双侧室带、声带、梨状窝均未能窥及。双肺呼吸音粗,双肺可闻及散在湿性啰音。电子喉镜检查:肿物阻塞喉腔、下咽、梨状窝及食管入口。咽喉部CT检查示下咽部实性肿块,中间伴有纤维间隔,实性部分强化明显,肿物阻塞喉咽腔(图1)。入院诊断为下咽肿物(脂肪肉瘤复发)和吸入性肺炎。于2019年1月28日对患者行支撑喉镜下激光联合超声刀下咽肿物切除术。经气切口插管全身麻醉支撑喉镜见喉入口、下咽、梨状窝及食管入口有大小约4.5 cm×3.5 cm×3.0 cm的肿物,肿物较大占据大部分下咽腔,表面光滑,呈圆形灰黄色,基底广,稍偏向左侧。在显微镜下用CO₂激光和超声刀相互配合完整切除巨大下

咽部肿物,切除肿物基底部的组织和肌层组织至椎前筋膜,使周围达正常组织。肿物切除后显露出喉腔喉口和食管入口,致声带活动差。顺利插入留置胃管,术中出血5 mL。术后组织病理学检查:下咽部高分化脂肪肉瘤,其免疫组织化学结果为S-100(+),MDM2(+),Ki67(5%+),p16(+),CDK4(+),CD3(T+),CD34(血管+),CD43(T+),Desmin(-),IgG4(散在+),见图2。术后1周内镜检查示喉咽腔和食管入口开放(图3)。

2 讨论

脂肪肉瘤是一种由不同分化程度和异型性的脂肪细胞组成的恶性肿瘤,起源于间叶组织。病理学将其分为高分化脂肪肉瘤、去分化脂肪肉瘤、黏液脂肪肉瘤、多形性脂肪肉瘤和非特异性脂肪肉瘤5个亚型,其中高分化脂肪肉瘤占30%~40%。原发于头颈咽喉部的脂肪肉瘤罕见,主要发生于40~60岁的男性患者,恶性程度低,较少发生远处转移^[1]。

咽喉部高分化脂肪肉瘤瘤体生长缓慢,根据瘤体的部位大小,临床上早期不易发现,可有咽部异物感、声嘶,肿物增大可导致呼吸、吞咽困难及误吸,其5年生存率(75%~100%)较高^[2],而罕见发生远处转移。下咽部高分化脂肪肉瘤的诊断较为困难,大多数患者在局部多次复发后结合病理才得到确诊。CT和MRI检查可作为其重要的诊断依据,对判断瘤体的大小、部位、范围与周围组织的关系有重要指导意义。增强CT检查:肿瘤表现为以脂肪为主的实性肿块,中间伴有纤维间隔,实性部分强化明显,且与周围组织分界清楚,肿瘤生长较慢,易形成假性包膜。MRI T1加权成像显示肿瘤呈不均匀强度,T2加权高信号成像^[3]。本例患者

¹ 云南省第三人民医院耳鼻咽喉头颈外科(昆明,650011)
通信作者:仵霞,E-mail:1660993438@qq.com

因带金属气管套管未行 MRI 检查。其确诊需行组织病理学检查。该瘤大体上呈白色或棕褐色分叶状息肉样物质,根据瘤体脂肪细胞、纤维成分含量的不同,瘤体切面呈黄色至白色,很少见坏死灶及出血。高分化脂肪肉瘤经苏木精-伊红染色示大小

不等的脂肪样细胞,伴纤维胶原组织增生,局部硬化明显。与良性脂肪瘤相比,细胞大小有显著性差异,脂肪细胞核有局灶异形性以及核深染有助于诊断,免疫组织化学有助于鉴别^[4]。

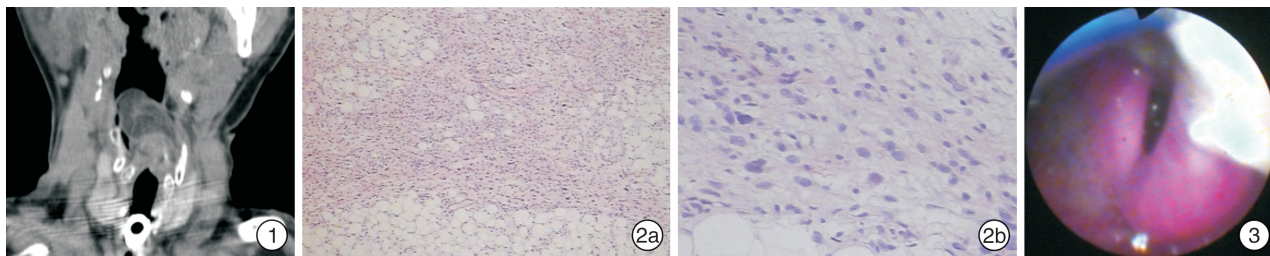


图 1 咽喉部 CT 检查 冠状位; 图 2 病理学结果(苏木精-伊红染色 $\times 40$) 2a:大小不等的脂肪细胞与纤维组织分隔;2b:细胞核大、深染、有异形性; 图 3 术后 1 周内镜检查所示

高分化脂肪肉瘤还需与脂肪瘤、脂质性肉芽肿、脂膜炎、纤维瘤及神经源性肿瘤加以鉴别,上述病变主要来源于吞噬脂质的细胞,细胞质有颗粒或微小空泡,细胞核较小,位于中央,且无异型性;常伴有多核巨细胞、慢性炎细胞和纤维化成分。高分化脂肪肉瘤主要由分化较为成熟的脂肪细胞构成,且含有脂肪母细胞,细胞核有异型且不含炎症成分,S-100 常为阳性^[5]。

虽然咽喉部高分化脂肪肉瘤预后较好,发展慢,但其易复发,且该生长部位随着肿物增大可影响患者呼吸、进食,发声甚至引起误吸,严重影响患者的生活质量。该患者 20 多年来多次复发,多次手术,虽然未见远处转移,但长期带管呼吸和易误吸仍对生活质量造成影响。

完整的手术切除是治疗的最好方法,切除不彻底可增加局部复发率。但广泛手术切除可能损伤周围神经和血管及咽喉、食管等部位的重要功能。该患者多次颈外手术后声带麻痹,无法拔管,颈部僵硬瘢痕粘连严重。因此采用支撑喉镜下完全暴露肿物,CO₂ 激光结合等离子或者超声刀将肿物完整切除。为了降低局部复发率,可适当辅助化疗,但化疗效果并不确切,也可采取基因检测指导化

疗^[6]。由于该病易局部复发,因此应对患者进行长期的随访观察。

参考文献

- [1] 周冬梅,陈丽芳,张红,等. 罕见部位脂肪肉瘤的诊断及文献复习[J]. 临床与病理杂志,2017,37(11):2373-2377.
- [2] 代亚错,李靖,臧艳姿,等. 原发于咽后壁巨大高分化脂肪肉瘤一例[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2019,54(1):52-53.
- [3] Riva G, Sensini M, Corvino A, et al. Rare giant pedunculated liposarcoma of the hypopharynx: Case report and review of literature[J]. J Gastrointest Cancer, 2016, 47(4):449-453.
- [4] 林翠君,李丽红,黄春榆,等. 脂肪肉瘤的 CT、MRI 表现与病理学对照[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志,2015,13(8):108-111.
- [5] 胡占东,闫骏,蔡文娟,等. 喉多形性脂肪肉瘤一例[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2017,52(10):781-782.
- [6] 倪红丽,陆中友,钟磊. 原发于喉部的脂肪肉瘤 1 例暨文献复习[J]. 肿瘤预防与治疗,2020,33(3):253-257.

(收稿日期:2019-08-20)