

# 鼻内镜辅助低温等离子手术治疗喉神经鞘瘤 1 例

刘磊峰<sup>1</sup> 江枫<sup>1</sup> 邱海涛<sup>1</sup> 王代红<sup>1</sup> 惠明朗<sup>1</sup> 陈纯柳<sup>1</sup>

[关键词] 喉神经鞘瘤;低温等离子手术;鼻内镜

DOI:10.13201/j.issn.2096-7993.2022.01.014

[中图分类号] R739.65 [文献标志码] D

## Clinical analysis of nasal endoscopy assisted by low-temperature plasma surgery for laryngeal schwannoma: a case report

**Summary** Laryngeal schwannoma is a rare clinical benign neurogenic tumor that originated in the larynx. Large laryngeal schwannoma can cause foreign body sensation in the pharynx and swallowing obstruction. Clinical symptoms include hoarseness and dyspnea. The enhanced CT scan illustrates that the localized mass is isolated, with clear boundary with the surrounding tissues in the larynx. A 68-year-old woman presented with a swallowing disorder, endoscopy demonstrated a smooth mass of the left aryepiglottic fold. The patient then underwent endoscopy surgery supported by the low temperature plasma instead of an open incision.

**Key words** laryngeal schwannoma; low-temperature plasma surgery; nasal endoscopy

### 1 病例报告

患者,女,68岁,以进行性加重的吞咽梗阻感为主诉,伴有较明显的咽部异物感,吞咽时加重,进食时出现饮水呛咳,无明显声嘶,无呼吸困难、咽干、咽痒、咽痛,偶有刺激性咳嗽,无咳痰及痰中带血,无反酸嗝气,无消瘦乏力。喉镜检查(图1):左侧杓会厌襞接近披裂处可见一近球形肿物,表面黏膜光滑,2.1 cm×1.5 cm×2.0 cm大小,边界清楚,似带蒂,肿物体积较大挤压至左侧梨状窝内,将左侧杓会厌襞向内推移位,由于肿物挤压导致左侧声门活动略受限,右侧声门活动正常,双侧声带闭合佳,遂以“喉肿物”于2020年6月收入我院。入院后完善颈部增强CT检查(图2),提示左侧梨状窝间低密度囊性占位,与左侧杓会厌襞相连,内见轻度片状强化。排除手术及麻醉禁忌证后于全身麻醉鼻内镜下行低温等离子支撑喉镜左侧披裂肿物切除术,0°鼻内镜下将肿物钳夹后见基底位于左侧杓会厌襞近杓区处,广基,表面覆盖正常喉部黏膜,边界清楚,可活动。将脑棉片放置于声门下位置,打胀麻醉气管插管套囊,密闭下呼吸道,避免等离子操作时生理盐水进入下气道引起并发症。用显微器械夹持肿物与杓区之间凹陷处黏膜,用喉低温等离子刀沿肿物表面与杓会厌襞平行方向切开黏膜及喉黏膜下固有层结缔组织,边切边剥离,肿物与固有层之间无明显粘连,顺利剥离后,可见基底位于杓状软骨肌突,与部分肌肉组织粘连。低温等离子切断肿瘤基底,少许渗血,给予创面充分电凝止血,复位黏膜,5-0可吸收线局部拉拢缝

合1针,术毕。检查切除肿物为实性,质韧,近圆形,表面可见光滑被膜,大小2.2 cm×1.5 cm×2.0 cm(图3)。术程顺利,手术时间约20 min,基本无出血。术后1周复查喉镜(图4):杓会厌襞黏膜肿胀,切口处白膜附着,声门活动好;术后病理学检查(图5):肿瘤组织呈束状或席纹状交错排列,肿瘤细胞梭形,形态温和,细胞核呈圆形、椭圆形或逗点状,核分裂不明显,胞质丰富、部分空泡状,免疫组织化学CD34(灶+),S-100(+)

### 2 讨论

喉神经鞘瘤<sup>[1]</sup>是一种比较少见、良性、带有包膜的原发于喉部的神经源性肿瘤,多单发于杓会厌襞,其发病率约占喉良性肿瘤的1.5%。多数源自喉上神经内支,生长于喉黏膜固有层内,少数源自喉返神经<sup>[2]</sup>。最常见的发病部位在杓会厌襞(80%),其次是杓(间)区、室带,极少发生于声带(20%),女性比较多见。

在病理组织学类型上符合Enzinger和Weiss对神经鞘瘤的诊断标准:即完整包膜的存在,Antoni A和/或Antoni B区域的存在以及S-100蛋白的阳性表达<sup>[3-5]</sup>。增强CT表现为类圆形膨胀性生长,与周围组织边界清楚,无骨性或软骨性结构破坏,以浸润生长的低密度为主,病变内部表现为不完全囊性变,可见到小片状的强化影<sup>[6-7]</sup>。

喉神经鞘瘤一般为单发,虽然属于良性肿瘤,但其逐渐增大会引起患者的一些非特异性症状,如咽部异物感,声嘶(环杓关节“假固定”状态),吞咽梗阻感,饮水呛咳,甚至呼吸困难等,因此,尽早手术是此类疾病的最佳治疗方式。施晓琼等<sup>[8]</sup>对原发于室带固有层以下,喉室外侧与甲状软骨板之间的喉神经鞘瘤行气管切开术加喉裂开术;王利国

<sup>1</sup>广东医科大学附属第一医院耳鼻咽喉头颈外科(广东湛江,524001)

通信作者:江枫,E-mail:99792065@qq.com

等<sup>[9]</sup>报道位于一侧杓会厌皱襞的喉神经鞘瘤,给予显微镜下 CO<sub>2</sub> 激光辅助支撑喉镜下手术切除。多篇文献表明,我们可以根据肿瘤的主体位置、肿瘤大小及其暴露情况选择手术入路方式。主要术式分为两种:①开放性手术:主要通过喉裂开入路,可以最短距离接触肿瘤,因为视野较宽,对于肿瘤体积大、包埋于喉黏膜固有层内和解剖原因支撑喉镜暴露不良的患者是一个很好的选择,但其缺点是需要气管切开,手术时间长,出血多,损伤大,术后恢复时间长,对患者心理造成的负面影响较大;②微创手术即经口支撑喉镜下手术:目前报道较多的为显微镜下 CO<sub>2</sub> 激光手术<sup>[10]</sup>,但要求患者术野暴露好,麻醉过程中要求供氧浓度低,同时因操作空间略狭窄需术中重点保护气管插管,避免激光灼烧呼吸道而出现严重并发症。本例患者采用鼻内镜下

低温等离子辅助支撑喉镜下喉显微手术,其优点是:①鼻内镜有 0°、30°、45°等多种角度,基本可以从各个角度直视暴露困难患者的喉内及病变情况;②喉等离子刀头细长,且刀头前方可以弯曲改变角度,能够解决激光只能直线到达病变位置的缺陷,做到灵活处理病变;③喉等离子刀可即切即凝,也可先凝后切,止血效果好,术野清洁,弥补了激光止血不良的缺陷;④喉低温等离子在低温下对黏膜组织进行消融,同时持续的盐水冲洗减少了局部热损伤,患者术后疼痛明显减轻<sup>[11]</sup>;⑤喉等离子刀头对气管插管基本无损伤,不会出现气道灼伤等并发症,提高了术中的安全系数。本例患者术后无明显疼痛,病情恢复快,术后 3 d 出院,住院周期短,治疗效果良好。



图 1 术前喉镜所见 肿物主体位于左侧杓会厌襞,脱至左侧梨状窝,向内挤压左侧声门; 图 2 术前增强 CT 提示左侧梨状窝间低密度囊性占位,与左侧杓会厌襞相连,内见轻度片状强化; 图 3 切除的肿物 为实性,近圆形,表面可见完整被膜,切面灰白灰黄呈水样,质韧,大小 2.2 cm×1.5 cm×2.0 cm; 图 4 术后 1 周复查喉镜 见杓会厌襞黏膜肿胀,切口处白膜附着,声门活动好; 图 5 术后病理学检查(苏木精-伊红染色×100) 镜下见肿瘤组织呈束状或席纹状交错排列,肿瘤细胞梭形,形态温和,细胞核呈圆形、椭圆形或逗点状,核分裂不明显,胞质丰富、部分空泡状,免疫组织化学 CD34(灶+),S-100(+).

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

[1] Romak JJ, Neel HB 3rd, Ekbohm DC. Laryngeal Schwannoma: A Case Presentation and Review of the Mayo Clinic Experience[J]. J Voice, 2017, 31(1): 129. e15-129. e18.

[2] Selmani Z, Ilomaki J, Ashammakhi N, et al. Long-standing recurrent paresis of the left false vocal cord secondary to a schwannoma relieved with laryngoscopic tumor removal[J]. Eur J Plastic Surgery November, 2003, 26(6): 326-327.

[3] Wong B, Bathala S, Grant D. Laryngeal schwannoma: a systematic review[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2017, 274(1): 25-34.

[4] Tse A, Anwar B. Laryngeal schwannoma: excision via a laryngofissure approach[J]. J Surg Case Rep, 2015, 2015(6): 1-3.

[5] Stanley RJ, Scheithauer BW, Weiland LH, et al. Neural and neuroendocrine tumors of the larynx[J]. Ann

Otol Rhinol Laryngol, 1987, 96(6): 630-638.

[6] Meriç F, Arslan A, Cüreoglu S, et al. Schwannoma of the larynx: case report[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2000, 257(10): 555-557.

[7] Ebmeyer J, Reineke U, Gehl HB, et al. Schwannoma of the larynx[J]. Head Neck Oncol, 2009, 1: 24.

[8] 施晓琼, 朱元奉, 许益飞. 喉神经鞘瘤 1 例[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2014, 28(18): 1443-1444.

[9] 王利国, 司马国旗. CO<sub>2</sub> 激光喉显微手术治疗喉神经鞘瘤 1 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2019, 25(5): 553-555.

[10] 沈毅, 成立新, 唐鸣, 等. 显微支撑喉镜下摘除杓区神经鞘瘤 2 例[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015, 29(23): 2091-2092.

[11] Sasindran V, Mathew N, Shabna AK, et al. Comparison of Coblation Tonsillectomy vs Dissection Tonsillectomy[J]. Int J Otolaryngol Head Neck Surg, 2019, 8(1): 49-60.

(收稿日期: 2020-11-25)