

• 病例报告 •

右侧颈部巨大迷走神经鞘瘤 1 例并文献复习

刘恒¹ 段晓峰²

[摘要] 迷走神经来源的神经鞘瘤较为少见,瘤体巨大者则更为罕见。本文报道 1 例右侧颈部巨大肿瘤患者,术前误诊为多形性腺瘤,术中才确诊为神经鞘瘤。就其病史结合相关文献对其临床表现、诊断及鉴别诊断、治疗及预后等进行探讨。

[关键词] 头颈部肿瘤;神经鞘瘤;外科手术;迷走神经

DOI:10.13201/j.issn.2096-7993.2022.12.014

[中图分类号] R739.91 [文献标志码] D

A case report of giant vagal schwannoma in the right neck and literature review

LIU Heng¹ DUAN Xiaofeng²

(¹Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Affiliated Stomatological Hospital of Guizhou Medical University, Guiyang, 550000, China; ²Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Guizhou Provincial People's Hospital)

Corresponding author: DUAN Xiaofeng, E-mail: dxf11223344@126.com

Summary Vagal nerve-derived schwannomas are rare, especially those with huge tumors. This paper reports a case of giant tumor in the right neck. The patient was misdiagnosed as pleomorphic adenoma before operation, and was diagnosed as schwannoma during operation. The clinical manifestations, diagnosis, differential diagnosis, treatment and prognosis are discussed in this paper based on the history and related literature.

Key words head and neck neoplasms; neurilemmoma; surgical procedures, operative; vagus nerve

1 病例报告

患者,女,34岁,因“右侧颌下区颈部渐大肿块 17 余年”于 2020 年 7 月 17 日收治于贵州省人民医院口腔颌面外科。患者 17 年前无明显诱因发现右侧耳垂下约“花生粒”大小肿物,包块渐进增大,发病前 10 年肿物偶有疼痛,约每年 1 次,期间在当地医院行右侧耳下包块肌注药物(具体不详),中药自行煎服、外敷,均无明显效果。遂就诊我科,以“右侧颌下、颈部巨大肿物”收治入院。初步诊断:右侧颈部巨大肿物(多形性腺瘤?)。专科检查:患者面型欠对称,右侧颈部见 20 cm×20 cm×15 cm 大小肿物,质中,不可活动,与皮肤无粘连,边界清楚,表面皮肤无红肿,未扪及波动感及搏动感,左颈前部扪及颈动脉搏动,张口度张口型正常,咬合、咀嚼及面神经功能正常,颈部未扪及肿大淋巴结(图 1)。颈部增强 CT 示:右颈部见一巨大肿块,最大横截面积为 151 mm×148 mm,上下径约为 153 mm,上缘达

右耳下枕骨大孔水平,下缘达胸 2 椎体水平,肿块密度不均,动脉期 CT 值 27 HU、静脉期 CT 值 39 HU,内见多发局灶性囊变坏死区,肿块血供动脉部分由右甲状腺干发出,邻近软组织明显受压,右侧颈总动脉、颈外动脉受压向前移位(图 2)。

患者经口腔插管全身麻醉,取垫肩仰卧位,常规消毒铺巾,洗必泰消毒口腔。于右侧肿物表面设计切口,于下颌骨下缘约 3 cm 处用甲基蓝设计一长约 20 cm 的横形切口,然后于锁骨中点向上于横切口作垂线,形成 T 形切口。按设计切口切开皮肤、皮下、颈阔肌并翻瓣,在翻瓣过程中标记颈总动脉,并避免损伤。翻瓣后暴露肿物,见肿物将胸锁乳突肌向外抵出,胸锁乳突肌变薄变宽,沿颈总动脉外膜剥离出颈总动脉后,见颈总动脉明显变薄,解剖至颈动脉分叉时见颈内动脉变薄变细。因肿物巨大先解剖至下颌骨下缘,无法探及入颅部位。继续沿肿物各极钝性剥离,剥离范围上界达腮腺下极,下界达锁骨平面,后至斜方肌前缘,前界至带状肌低界达颈椎水平,完整将肿物剥离,术后术区进行引流(图 3、4)。

¹贵州医科大学附属医院口腔医院口腔颌面外科(贵阳,550000)

²贵州省人民医院口腔颌面外科

通信作者:段晓峰,E-mail:dxf11223344@126.com

切除肿物过程中见肿物来源于迷走神经,且肿物血运非常丰富。结扎颈外静脉、颈内静脉,在解剖过程中见颈内动脉有破口,用 8-0 无损伤缝线进行缝合,在切除过程中见肿瘤底界位于寰椎外侧,滋养孔有明显活动出血,请脊柱外科台上会诊,并指导止血,用一枚可吸收止血纱布填塞术腔后,明胶海绵填塞止血成功。严密止血后用大量生理盐水冲洗术腔后检查出血,修整多余皮肤,制备颈阔肌筋膜瓣填塞死腔,严密分层缝合创面。术中出血约 7500 mL,为保持灌注量,纠正贫血及凝血功能,故术中输入 O 型 RhD(+) 红细胞 30 U,血浆 1000 mL,冷沉淀 10 U,1 个单位血小板,术后患者进 ICU 继续观察。术后给予持续抗感染治疗,并

予止血、保肝、护肾、护脑、改善心肺功能、抗休克、维持内循环稳定及对症支持治疗,患者生命体征平稳。术后患者轻微声嘶,吞咽时有轻微呛咳,术后进行激素、营养神经药物治疗及发声、吞咽功能锻炼。患者术后出院时恢复情况见图 5。免疫组织化学标记结果(图 6):SOX10(+),S-100 多克隆(+),CD57(+),Vimentin(+),EAM(+),CD34(+),CD56(+),Syn(+),CD99(+),CgA(-),NF(-),Neun(-),CD68(KP-1)(-),HHF-35(-),CK 广(-),SMA(-),GFAP(-),Ki67(约 1%+)。术后随访半年余,无瘤体复发,目前仍进一步随访观察中(图 7)。

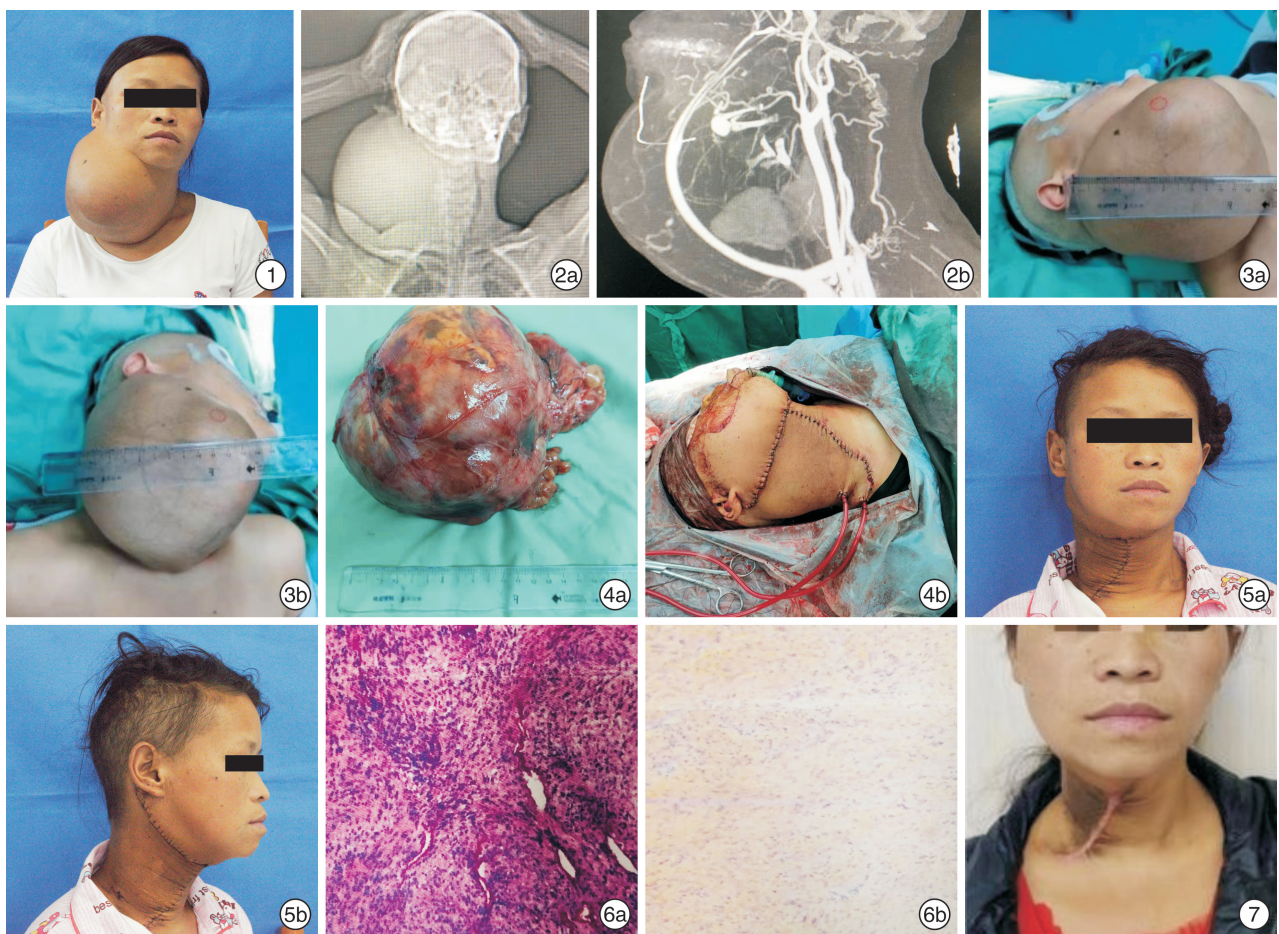


图 1 患者入院查体照片; 图 2 CT 检查 2a:右颈部见一巨大肿块,肿块密度不均;2b:肿块血供动脉部分由右甲状腺干发出,右侧颈总动脉、颈外动脉受压向前移位; 图 3 肿瘤直径 3a:肿瘤上下径约 17 cm;3b:左右直径约 18 cm; 图 4 肿物及术区负压引流 4a:术中剥离的肿物,最大直径约 20 cm;4b:术后术区置入负压引流管 图 5 患者术后出院时恢复情况 5a:正面观;5b:侧面观; 图 6 术后病理学结果(苏木精-伊红染色 $\times 200$) 6a:(右侧颈部)神经纤维瘤伴出血破溃囊性变,少数区域细胞生长活跃;6b:免疫组织化学标记结果; 图 7 患者术后半年颈部正面观 无瘤体复发,颈部见增生瘢痕组织。

2 讨论

首诊口腔颌面外科的患者易被误诊为其他疾病,如腮腺或颌下腺来源的多形性腺瘤、颈部的鳃裂囊肿等。颈部迷走神经鞘瘤的术前诊断较为困

难,常在术中偶然发现。由于大多数来源于迷走神经的神经鞘瘤患者大部分没有迷走神经累及的相关症状,因此增加了误诊的风险。本例患者术前误诊为多形性腺瘤,手术中才发现为神经鞘瘤。目前

大多数学者认为 MRI 对神经鞘瘤的诊断具有一定优势,而 CT 血管造影(CTA)对于判断肿物与颈内、外动脉及其供血血管的关系、移位情况、血管有无破裂有着至关重要的作用,因此对于颈部的巨大肿物可常规行 CTA 检查^[1-9]。超声对于神经鞘瘤的诊断亦具有一定意义,鼠尾征、动-静脉分离征是超声诊断颈部迷走神经鞘瘤的特有表现,当超声显示肿物有液性区、动静脉分离、鼠尾征等特征性时,可以诊断为神经鞘瘤,同时亦可根据神经解剖位置来推断神经来源^[10-13]。因颌面部、颈部的解剖关系复杂,目前超声对面部神经鞘瘤诊断准确率依然较低,误诊率偏高。

在肿瘤的众多治疗方案中,放疗、化疗对于颈部神经鞘瘤均不敏感,而头颈部迷走神经鞘瘤往往是单发的、具有完整包膜的良性肿瘤,手术治疗往往可以将瘤体完整切除,因此成为头颈部神经鞘瘤首选治疗方式;术者可根据肿瘤原发部位、瘤体大小、累及范围而采取不同的手术方式和切口,术中应尽量保留迷走神经的完整^[14-20]。本例患者的肿瘤包块为富血供包块,主要供血血管为右甲状腺干分支及右侧颈外动脉,术中患者大量出血(约 7500 mL),术中及术后都有大量输血。经手术治疗颈部较大瘤体的患者,术前须先行 DSA 检查,以减少手术风险;若术中需减少出血,可请介入科术前行血管栓塞,由于颈部血供代偿时间短、栓塞时间过长有可能造成患者偏瘫,建议手术当天先行血管栓塞后再行手术切除。头颈部神经鞘瘤并不少见,但本例患者颈部巨大瘤体则十分罕见,手术切除难度及风险均较大,因此多学科团队联合诊疗有着极为重要的意义。术前我们进行全院会诊,介入科、血管外科、耳鼻喉科、影像科、麻醉科、肿瘤科、ICU 在术前评估、共同协商拟定治疗计划和手术方案,同时术中切除肿瘤底界时患者寰椎滋养孔有明显活动出血,脊柱外科也共同参与了手术,从而大大降低了手术风险。多学科合作为患者提供了比较安全理想的手术条件,减少了术后并发症,为巨大神经鞘瘤的治疗提供了较好的预后^[20-25]。

迷走神经具有调节循环、呼吸、消化三个系统的重要生理功能,手术过程中若损伤到迷走神经会引起严重的并发症,如声嘶、呛咳及呼吸系统、心血管系统功能紊乱,故手术过程中对迷走神经的保护就显得极其重要。采取手术治疗头颈部神经鞘瘤,一般预后良好,极少复发,保留迷走神经鞘膜的肿瘤剥离术是针对迷走神经来源的神经鞘瘤的常规手术方式,术中要保证瘤体的完整,需整体剥离,动作应轻柔,有时如囊壁样的神经鞘膜也应一同保留,有学者认为切除瘤体的包膜可大大减少复发的风险,但剥离包膜时损伤迷走神经的可能性较大^[26]。本例患者的瘤体与迷走神经粘连严重,术

中无法分离出迷走神经,故将肿瘤连同同侧迷走神经一并切除;术后患者出现轻微声嘶,吞咽时有轻微呛咳,因此予激素、营养神经药物治疗及发声、吞咽功能锻炼。有研究表明一侧迷走神经切除可能不会引起严重的心血管功能紊乱,此时消化系统也有一定代偿能力^[27-28]。手术治疗原则上需完整切除瘤体以防止复发,但当瘤体巨大,且靠近颅底及颈椎等重要结构时,完整切除瘤体有损伤周围组织的风险从而造成更为严重的并发症,因此可酌情部分切除或分次切除瘤体。近年来多有显微镜下分离肿瘤和神经纤维的报道,显微治疗神经鞘瘤大大减少了损伤神经的风险,明显降低了手术风险,对降低肿瘤复发率亦有明显效果^[29-31]。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 陈玲,周运锋,吴琛,等. 不同部位周围神经鞘瘤的 GT、MRI 表现分析[J]. 磁共振成像, 2020, 11(2): 145-148.
- [2] 龚晓虹,袁玲玲,付传明,等. MSCT 增强扫描对颈部神经鞘瘤的诊断价值[J]. CT 理论与应用研究, 2014, 23(3): 521-526.
- [3] Mierziński J, Wrukowska I, Tyra J, et al. Diagnosis and management of pediatric cervical vagal schwannoma[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2018, 114: 9-14.
- [4] Nakano CG, Massarollo LC, Volpi EM, et al. Ueda RY. Ancient schwannoma of the vagus nerve, resection with continuous monitoring of the inferior laryngeal nerve[J]. Braz J Otorhinolaryngol, 2008, 74(2): 316-316.
- [5] Tzortzis AS, Dogantzis P, Koliakos N, et al. A Rare Case of Cervical Vagus Nerve Schwannoma in an Adult Patient[J]. Cureus, 2022, 14(5): e25211.
- [6] Saini S, Sabharwal N, Agrawal N, et al. Cervical Vagal Schwannoma: Anesthetic Concerns[J]. Anesth Essays Res, 2017, 11(1): 254-256.
- [7] Nam HW, Lee SU. Author's Response: Intralabyrinthine Schwannoma of the Intravestibular Subtype: A Difficult Diagnosis[J]. Ear Nose Throat J, 2021, 100(2): 77.
- [8] 修志刚,吕发金,陈丽平,等. 神经鞘瘤 MRI 影像诊断的多因素分析[J]. 成都医学院学报, 2020, 15(4): 486-489, 494.
- [9] Samanidis G, Kanakis M, Kaklamanis L, et al. Intrathoracic schwannoma originating from intrathoracic vagus nerve[J]. Clin Case Rep, 2020, 8(12): 3583-3585.
- [10] 程立华,黄润生,裴蓓. 高频超声对体表部位神经鞘瘤的诊断价值[J]. 中华诊断学电子杂志, 2018, 6(2): 111-114.
- [11] 刘瑶,吴国红,李婷. 彩色多普勒超声在颈动脉体瘤和颈部神经鞘瘤诊断与鉴别诊断中的应用价值分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2020, 19(2): 215-218.
- [12] 王羽,张晓东. 颈部神经鞘瘤 35 例超声特征表现及临

- 床价值[J]. 福建医药杂志, 2019, 41(4): 36-39.
- [13] 张海燕, 焦丹, 高鸽, 等. 高频超声诊断颈部迷走神经鞘瘤 5 例并文献复习[J]. 中国实验诊断学, 2017, 21(8): 1441-1442.
- [14] Campisi A, Congiu S, Ciarrocchi AP, et al. Giant Intrathoracic Schwannoma of the Left Vagus Nerve Manifesting as Atrial Fibrillation [J]. Ann Thorac Surg, 2021, 111(1): e35-e36.
- [15] Ramdass AA, Yao M, Natarajan S, Bakshi PK. A Rare Case of Vagus Nerve Schwannoma Presenting as a Neck Mass[J]. Am J Case Rep, 2017, 18: 908-911.
- [16] Zhu W, Chen D. Vagus nerve schwannoma in the right upper mediastinum [J]. Thorac Cancer, 2017, 8(6): 698-702.
- [17] Sandler ML, Sims JR, Sinclair C, et al. A novel approach to neurologic function sparing surgical management of vagal schwannomas: Continuous intraoperative nerve monitoring of the laryngeal adductor reflex[J]. Head Neck, 2019, 41(9): E146-E152.
- [18] Cavallaro G, Pattaro G, Iorio O, Avallone M, Silecchia G. A literature review on surgery for cervical vagal schwannomas[J]. World J Surg Oncol, 2015, 13: 130.
- [19] Colonna MR, Costa AL, Mastrojeni C, et al. Giant sacral schwannoma excised under intraoperative neuro-monitoring in an elderly patient: case report[J]. J Surg Case Rep, 2021, 2021(10): rjab460.
- [20] 顾晋. 恶性肿瘤多学科综合治疗模式[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(1): 21-22.
- [21] 朱桂全, 冯梅, 张石川, 等. 多学科团队(MDT)模式在头颈肿瘤综合治疗中的探索及意义[J]. 肿瘤预防与治疗, 2016, 29(2): 88-93.
- [22] 杜哲, 黄伟, 王志伟, 等. 多学科协作诊疗模式在严重创伤患者救治中的应用[J]. 北京大学学报(医学版), 2020, 52(2): 298-301.
- [23] He H, Yang L, Peng Y, et al. The value of multidisciplinary team(MDT)management in the diagnosis and treatment of primary intrathoracic synovial sarcomas: a single-center experience[J]. J Thorac Dis, 2021, 13(2): 600-612.
- [24] Pillay B, Wootten AC, Crowe H, et al. The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: A systematic review of the literature[J]. Cancer Treat Rev, 2016, 42: 56-72.
- [25] Yin J, Chen Z, Niu W, et al. Using a multidisciplinary team for the staged management and optimally minimally invasive treatment of severe acute pancreatitis [J]. BioScience Trends, 2021, 15(3): 180-187.
- [26] 姚丹丹, 张鹏, 娄卫华. 15 例喉神经鞘瘤的临床分析 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2021, 35(3): 256-259.
- [27] 高俊潇, 邱前辉. 头颈部神经鞘瘤的诊断与手术治疗 [J]. 国际耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2019, 43(4): 216-219.
- [28] 肖景山, 陈国栋. 颈部神经鞘瘤的诊断与治疗 [J]. 山东大学基础医学院学报, 2003, 17(6): 351-352.
- [29] 林国中, 马长城, 王振宇, 等. 显微手术治疗 C1~C2 硬膜内外神经鞘瘤的中长期随访结果 [J]. 中国微创外科杂志, 2020, 20(5): 427-430, 435.
- [30] 蒋文举, 王永志, 杨俊, 等. 经通道微创手术切除腰椎神经鞘瘤与传统椎板切除术的对比 [J]. 中华医学杂志, 2020, 100(4): 274-278.
- [31] 刘磊峰, 江枫, 邱海涛, 等. 鼻内镜辅助低温等离子手术治疗喉神经鞘瘤 1 例 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2022, 36(1): 61-62.

(收稿日期: 2021-05-31)

读者 · 作者 · 编者

本刊关键词著录规范

关键词是科技论文的文献检索标志,是表达文献主题概念的词或词组。关键词应准确并充分揭示论文主题内容,重要的可检索内容不应遗漏。根据学术论文研究的深度和广度,宜选择 3~8 个关键词,和研究主题没有必然的联系,不宜标引。按照反映主题的重要性排序,表达核心主题因素的关键词排在前面,表达非核心主题因素的关键词排在后面,各词之间用分号“;”隔开。关键词应尽量从美国国立医学图书馆编印的“Medical Subject Headings (MeSH)”中选取,其中文译名可参照中国医学科学院信息研究所编译《医学主题词注释字顺表》。不得使用缩略语作关键词。中、英文关键词应在数目、概念、排序上保持一致。