

• 疑难病案 •

# 1 例鼻咽血管纤维瘤诊治分析

彭雪梅, 曹玲, 杨丹, 钟磊

(四川省自贡市第四人民医院耳鼻喉-头颈外科, 四川 自贡 643000)

中图分类号: R739.63

文献标识码: B

DOI: 10.3969/j.issn.1006-1959.2018.10.066

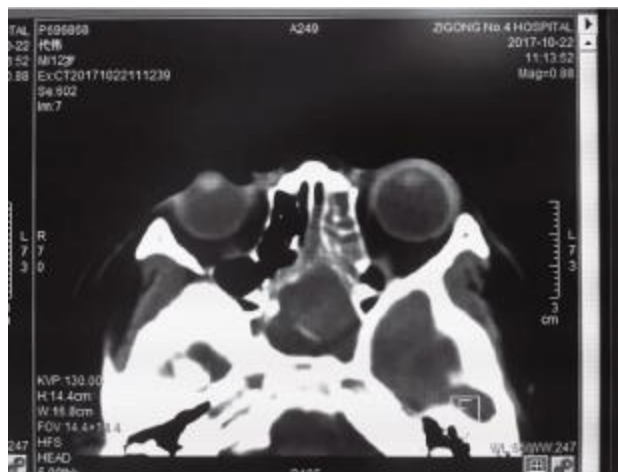
文章编号: 1006-1959(2018)10-0188-02

## 1 临床资料

患者,男,12岁,因“左鼻阻1月余”于2017年10月22日入院。患者1个多月前无明显诱因出现左侧鼻腔持续性鼻阻,伴闻及鼻腔臭味、涕中带血,无头昏痛、嗅觉减退;无听力下降、耳闷、面部麻木、复视、溢泪等。于当地区级医院行鼻窦CT提示:左侧鼻腔及鼻窦占位。查体:左侧鼻腔总鼻道内可见淡红色新生物,触之易出血,表面被覆大量黄色稠厚假膜样分泌物,不易拭去,中鼻道结构不能窥及。影像学检查:鼻窦CT(见图1):①左侧鼻腔软组织密度影,性质待定;②左侧上颌窦、双侧筛窦及蝶窦炎。鼻窦MRI(见图2)提示:①左侧鼻腔、筛窦、蝶窦内异常信号影,乳头状瘤?息肉或其它;②左侧上颌窦、双侧筛窦及蝶窦炎。阅读CT及MRI片考虑上颌窦系阻塞性改变,筛窦内为肿物,向周围呈膨胀性压迫生长。全科室讨论后临床考虑:纤维血管瘤?内翻性乳头状瘤?鼻息肉?入院后予以头孢硫脒 2.0 ivgtt bid×5 d 抗感染、地塞米松 10mg ivgtt qd×3 d 抗炎,经抗炎治疗后患者鼻腔肿物表面分泌物明显减少,鼻腔臭味明显减轻。于2017年10月27日在全麻下行鼻内镜下左侧鼻腔鼻窦肿物取活检术;术中见左侧鼻腔总鼻道内可见淡红色新生物,左侧中鼻甲受压向外侧移位,中鼻道结构窥不清,肿物近前鼻孔端坏死,肿物来源于嗅区,质地韧,触之易出血,穿刺抽吸出鲜红色血液。结合术中所见考虑纤维血管瘤,结合入院后影像学检查考虑最终来源于后组筛窦,故仅于肿物前端钳夹数块组织送病检。予以稀释肾上腺素纱条填塞后出血停止,术后第三天取出纱条,创面恢复可。病检结果回示:左侧鼻腔良性病变,符合血管纤维瘤。全科讨论后因考虑手术风险及难度较大,故建议上级医院进一步诊治。

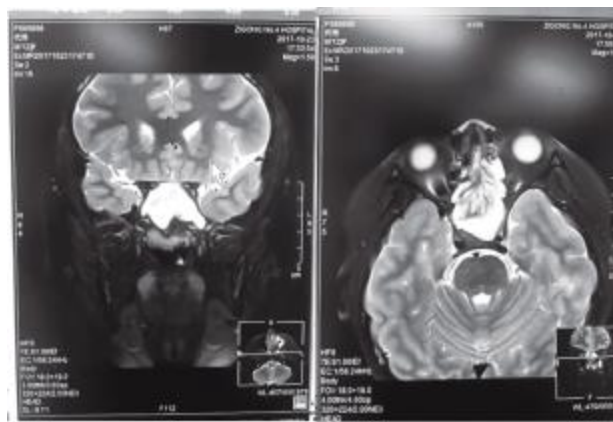
作者简介:彭雪梅(1989.2-),四川自贡人,本科,住院医师,研究方向:耳鼻喉疾病的诊治

通讯作者:钟磊(1982.9-),四川自贡人,本科,主治医师,研究方向:耳鼻喉疾病的诊治



注:鼻窦CT提示肿物位于后鼻孔,边缘欠规则,与周边结构显示不清

图1 鼻窦CT



注:增强MRI示肿物位于后鼻孔,似来源于左侧筛窦,眶板处,向后突向蝶窦腔内,与视神经、颈内动脉接近,但无明显包绕关系

图2 副鼻窦MRI

## 2 讨论

鼻咽纤维血管瘤(juvenile nasopharyngeal angiofibroma, JNA)是一种组织学上良性,但富含无弹性血管及纤维组织的一种良性肿瘤。肿瘤大多数生长在腭孔的上方,经常延伸到周围的组织,引起相应器官或组织病变,并且常见于青少年男性,因此也被称为男性青春期出血性鼻咽纤维血管瘤<sup>[1,2]</sup>。其发作的机制未明,可能与肿瘤的雄性激素依赖性有关。单侧鼻塞和鼻出血是常见的症状,继而出现头痛,双

侧鼻塞,甚至视力的变化<sup>[3]</sup>。诊断 JNA 主要包括术前增强 CT、MRI 和磁共振血管造影(MRA)。冠状螺旋 CT 提供了良好的硬组织成像,以显示对骨松质骨头的侵袭。对肿瘤的分期,周围的解剖,肿瘤的延伸等有着重要的预判。对于瘤体大小、边界、周围血管等软组织的预判,MRI 远胜于 CT,同时 MRI 更是术后显示任何残留或复发性肿瘤最好的监测。若考虑为 JNA 活检禁忌。手术是治疗 JNA 的主要方法。过去曾提倡过多种外科手术方法,包括鼻侧切开进路,颅面联合进路,经腭进路,以及颞下窝进路等<sup>[4]</sup>,然而这些方法会增加手术和住院时间,外部疤痕影响美观,最重要的是这些方法会造成失血率和死亡率较高<sup>[5,6]</sup>,故已经被目前主流的鼻内镜下 JNA 切除术所替代。鼻内镜进路的出血较开放性术式更少,而且并发症的发生率低,复发率低<sup>[7,8]</sup>。这些优点已经被国内外学者所证实。术中出血是肿瘤切除手术中所遇到的严重并发症之一,建议采用术前栓塞术+术中控制性低血压的条件下手术治疗。需要注意的是,想仅通过术中控制性低血压而不行栓塞治疗而手术者,并不能较少术中出血。

对于该患者诊治过程体会:①术前检查不充分:术前未行鼻窦肿物血管造影或行增强 CT,导致术前诊断不明确。②术前未充分准备:对于血管纤维瘤,术前应行血管栓塞,减少术中出血等并发症;③血管纤维瘤禁忌取活检:该患者术前诊断不明确,术中穿刺回抽出鲜红色血液,已考虑纤维血管瘤,术中不应再取活检,可能存在大出血风险(术前未备血)。④该患者肿物不典型:纤维血管瘤多来源于鼻咽部,来源于鼻窦者极少见,该患者纤维血管瘤来源于后组筛窦,对术前明确诊断造成干扰。⑤患者症状不典型:反复追问患者,患者否定鼻腔出血史,仅有鼻腔阻塞,容易被误导为鼻腔后鼻孔息肉,我们也主要考虑此诊断。对症状不典型的鼻咽纤维血管瘤,一定不能盲目排除。

### 3 总结

为减少该病误诊率,提高诊治效率,对考虑 JNA 的提出如下建议:①术前应充分完善相关影像学检查:增强 CT、MRI 和磁共振血管造影(MRA)等;②熟悉鼻腔鼻窦解剖,特别是后组鼻窦,鼻后孔,蝶腭孔,蝶骨周围解剖;③充分评估术中出血,术前需行血管栓塞、备血,减少术中出血,即使出血量较大时也做到有血可输。

### 参考文献:

- [1]Sivanandan R,Fee WW.Benign and malignant tumors of the nasopharynx.In:Cummings CW,Haughey BH,Harker LA,editors. Cummings Otolaryngology:Head and Neck Surgery [M]. Philadelphia,PA:Mosby,2004:1669-1684.
- [2]Martins MBB,de Lima FVF,Mendonca CA,et al.Nasopharyngeal angiofibroma:our experience and literature review [J].Int Arch Otorhinolaryngol,2013,17(1):14-19.
- [3]Lund VJ,Stammberger H,Nicolai P,et al.European position paper on endoscopic management of tumours of the nose, paranasal sinuses and skull base[J].Rhinol Suppl,2010(22):1-143.
- [4]Borghei P,Baradaranfar MH,Borghei SH,et al.Transnasal endoscopic resection of juvenile nasopharyngeal angiofibroma without preoperative embolization[J].Ear Nose Throat J,2006,85(11):740-743.
- [5]Andrade NA,Pinto JA,Nobrega MO,et al.Exclusively endoscopic surgery for juvenile nasopharyngeal angiofibroma[J].Otolaryngol Head Neck Surg,2007,137(3):492-496.
- [6]Salim Y,Ismail U,Mansur D,et al.A giant juvenile nasopharyngeal angiofibroma[J].J Craniofac Surg,2013,24(3):e207-e209.
- [7]Boghani Z,Husain Q,Kanumuri VV,et al.Juvenile nasopharyngeal angiofibroma:a systematic review and comparison of endoscopic,endoscopic-assisted,and open resection in 1047 cases[J].Laryngoscope,2013,123(4):859-869.
- [8]Huang Y,Liu Z,Wang J,et al.Surgical management of juvenile nasopharyngeal angiofibroma:analysis of 162 cases from 1995 to 2012[J].Laryngoscope,2014,124(8):1942-1946.

收稿日期:2017-11-27;修回日期:2017-11-28

编辑/张建婷