

. 个案报告 .

鼻内翻性乳头状瘤侵入颅内伴恶变 1 例

罗斌华 孙建军 郝文龙 荔志云

【关键词】 颅内肿瘤;内翻性乳头状瘤;恶变;显微手术

【文章编号】 1009-153X(2021)02-0144-01

【文献标志码】 B

【中国图书资料分类号】 R 739.41; R 651.1*1

1 病例资料

39 岁男性,因间断性头痛 20 d、加重 4 d 入院。20 d 前无明显诱因出现头痛,呈间断性隐痛或钝痛,伴畏光、流泪、眼胀等。4 d 前因休息不足,劳累后头痛症状加重,无恶心、呕吐、肢体抽搐,无视觉、听觉障碍,无精神性格改变。当地医院头颅 CT 示左额部低密度占位病变,占位效应明显,中线结构明显右移,同侧脑室前角受压变形。为求进一步诊治转入我院。入院体格检查未见明显阳性体征。头颅 MRI 示(图 1)左侧额部内可见一等 T₁、稍长 T₂ 信号肿块影,大小约为 3.6 cm×4.0 cm,边界不清,信号不均匀,边缘部可见多发小囊状长 T₁、长 T₂ 信号影,部分囊状影内可见液平面,周围可见大片状长 T₁、长 T₂ 信号水肿影环绕,肿块跨颅内外生长,突入左侧额窦、筛窦及鼻腔内,双侧侧脑室前角受压变小移位,中线结构略向右侧移位,增强扫描肿块呈明显不均匀强化。完善术前准备后手术治疗。术中发现肿瘤侵蚀透硬脑膜向硬膜外生长,并侵蚀破坏额窦,肿瘤突入额窦内向鼻腔内生长;仔细分离额底肿瘤于脑组织边界,呈灰红色结节状,质韧,血供中等,分块切除肿瘤,发现肿瘤内有少量乳白色囊液,全切额底肿瘤组织及受侵蚀硬脑膜,并切除额窦内肿瘤,切除鼻腔内肿瘤组织。术后病理诊断:(左额叶及额窦)高分化鳞状细胞癌,考虑源于鼻腔的内翻性乳头状瘤恶变。

2 讨论

鼻内翻性乳头状瘤(nasal inverted papilloma, NIP)是上皮层细胞来源性肿瘤,占鼻部肿瘤的 0.5%~4%,瘤体常见于鼻腔、上颌窦及筛窦,以单侧多发,中老年人多见,男女比例为 3:1,约 7% 可发生恶变。临床上常以鼻塞、鼻出血、头痛等症状就诊。因为 NIP 具有独特的生物学特点,所以可以扩散至

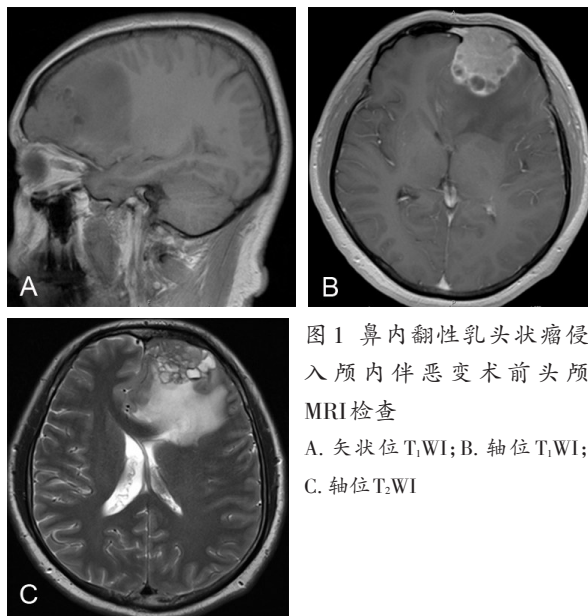


图 1 鼻内翻性乳头状瘤侵入颅内伴恶变术前头颅 MRI 检查

A. 矢状位 T₁WI; B. 轴位 T₁WI;
C. 轴位 T₂WI

邻近器官引起相应的症状,但侵入颅内的情况依然十分罕见。侵入颅内的 NIP,无论是放疗,还是手术切除,都十分棘手。本文病例为左侧额部沟通瘤(跨额窦、筛窦、鼻腔、颅内),且肿瘤体积较大,初次就诊时以颅内压增高为主要表现。因为 MRI 对组织具有很强的分辨力,可以清楚的确定肿瘤的边界,所以结合 MRI 检查初步考虑为神经系统常见胶质瘤可能,术后病理确诊为 NIP 并恶变。NIP 虽然是良性肿瘤,但容易恶变及复发。手术彻底切除肿瘤是防止肿瘤复发的最主要手段,但若肿瘤累及范围大,无法彻底切除瘤体,则应术后辅以放疗。本文病例通过手术彻底切除颅内及额窦内的肿瘤,但鼻腔内尚有残留,后期行化疗并同步行左侧筛窦及鼻腔内残余瘤放疗,随访 1 年,病情平稳。

综上所述,NIP 恶变率虽然较高,但侵入颅内的情况十分罕见。NIP 初次就诊时可以颅内压增高为主要症状,诊断时应充分结合 CT 和 MRI 检查,确定肿瘤的部位、范围及周围骨质的改变,从而更好地设计手术方案,提高治疗效果。

(2019-02-10 收稿,2019-04-20 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2021.02.031

作者单位:730050 兰州,中国人民解放军联勤保障部队第九四〇医院神经外科(罗斌华、孙建军、荔志云);730000 兰州,甘肃中医药大学临床医学院(郝文龙)

通讯作者:荔志云,E-mail: lizhiyun456@163.com