

咽喉部无功能性副神经节瘤一例

· 病例报道 ·

赵美华

【关键词】 咽喉部；副神经节瘤；体层摄影术，X线计算机

【中图分类号】R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2014)08-0982-01

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2014.08.035

病例资料 患者,女,44岁。因声音嘶哑4个月、发高音费力、伴间断喉部异物感入院。无咳嗽、咳痰,无咳血及痰中带血,无吞咽哽噎感、呼吸困难、发热等。查体:体温36℃,脉搏78次/分,呼吸20次/分,血压108/81 mmHg。喉镜:右侧梨状窝、喉室及室带肿物,表面充血,右侧声带活动受限。CT检查:平扫示右侧梨状窝有一椭圆形等密度肿块,大小约2.3 cm×2.7 cm×1.5 cm,边界清晰,密度均匀(图1);增强后肿块明显均匀强化,右侧声带受压向内侧移位,右侧声带光滑(图2)。术中见右侧喉室、室带及右侧梨状窝内侧壁新生物,表面光滑,肿物质地较脆,双侧声带边缘光滑,术中用电刀沿肿物边缘完整切除肿块。肿块包膜光整,暗红色,椭圆形,大小3 cm×2 cm×1.8 cm。光镜下示肿瘤细胞浆嗜碱性,瘤细胞围绕血管呈索状排列,间质血窦丰富(图3)。免疫组织化学染色:CgA(+),CK(pan)(-),Melan-A(-),S-100(少量+),Syn(+).病理诊断:考虑为副神经节瘤。

讨论 副神经节瘤(paranglioma)是一组来源于副神经节的具有神经内分泌功能的主细胞群构成,自颅底至盆腔中轴线附近均可发生,最常见于腹膜后,其次为颈动脉体及颈静脉球部^[1],发生于咽喉部则还未见有文献报道。副神经节瘤以单发为多见,亦可多发,多发者约占副神经节瘤的10%,其中家族遗传性副神经节瘤中多发副神经节瘤约占35%~50%^[2]。本例患者平素无头疼、心悸、多汗、阵发性高血压等,术中触及肿块时未见患者血压波动,因此考虑无功能性副神经节瘤。

副神经节瘤在组织学上主要由主细胞(I型)和支持细胞(II型)构成。I型中可见细胞聚集而构成“Zellballen”结构,胞浆内可见神经内分泌颗粒;II型数量较少,位于主细胞周围。肿瘤常为类圆形或椭圆形,具有包膜,病灶一般边界清晰,中等大小,直径5~10 cm最为常见。较小肿瘤密度常较均匀,中等大小常不均匀,肿瘤越大则越不均匀。CT平扫示肿瘤密度与肌肉密度相仿或呈稍低密度,类圆形或椭圆形肿块,边界清晰,肿块直径大于3 cm时密度多不均匀,较大副神经节瘤容易变性,所以钙化、囊变、坏死和出血较常见。钙化多呈斑点状或小片状;囊变为圆形,边界清晰;坏死形态不规则,边界不清。肿瘤包膜在MRI上显示清晰,T₁WI、T₂WI上均为低信号;肿瘤于T₁WI上多为低信号,由于出血、囊变等导致肿瘤组织多呈不均质改变,T₂WI上信号较复杂,可表现为均匀一致高信号、均匀中等信号、弥漫不均匀高低混杂信号以及多发或单发囊状中高混杂信号。钙化为无信号,出血信号变化与出血时间有关

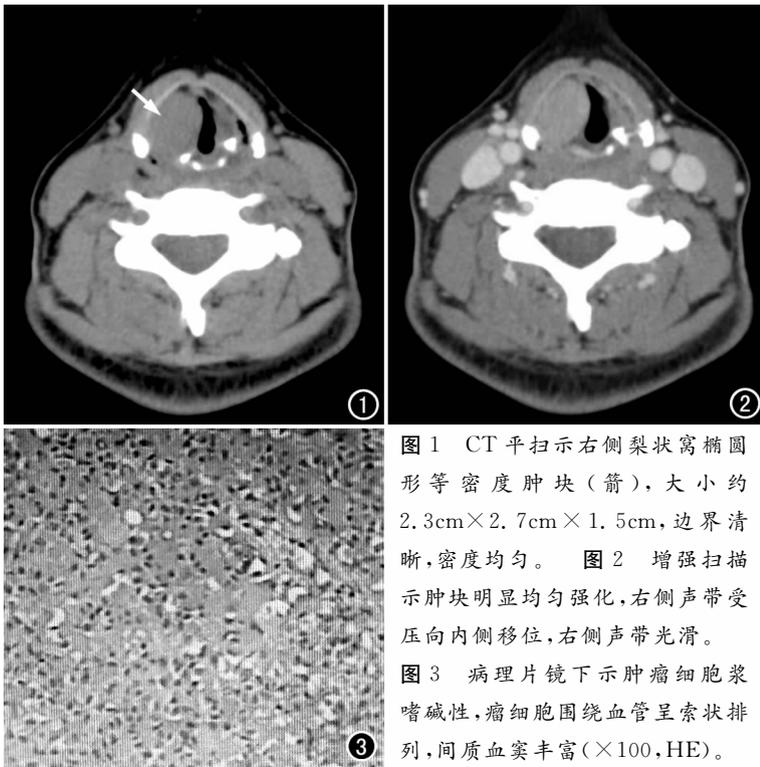


图1 CT平扫示右侧梨状窝椭圆形等密度肿块(箭),大小约2.3cm×2.7cm×1.5cm,边界清晰,密度均匀。图2 增强扫描示肿块明显均匀强化,右侧声带受压向内侧移位,右侧声带光滑。图3 病理片镜下示肿瘤细胞浆嗜碱性,瘤细胞围绕血管呈索状排列,间质血窦丰富(×100,HE)。

系,MR T₂WI上不均质显著高信号是副神经节瘤的重要特征之一^[3]。增强后肿瘤边缘常可见多条血管聚集,包膜早期强化明显,肿瘤直径较小者多为明显均匀强化,直径较大者病灶实性成分于动脉期呈中度或明显强化,门脉期强化范围扩大,趋于均匀,囊变、坏死区无强化。副神经节瘤富含水分,血供丰富,细胞团之间存在大量血窦,CT或MRI增强扫描可见病灶强化明显,具有一定特征性^[4]。

本例发生于咽喉部,主要应与喉癌鉴别。喉癌来源于黏膜,常表现为黏膜的中断和破坏,颈部可见淋巴结肿大。目前CT检查是副神经节瘤定位定性有价值的影像学方法,对于有临床表现的功能性副神经节瘤常可明确诊断,对于少见部位的非功能性副神经节瘤者多依靠病理明确诊断。

参考文献:

- [1] 朱广斌,张学林. 副神经节瘤的CT表现与病理对照研究[J]. 中国临床医学影像杂志,2009,20(5):327-330.
- [2] 林炳权,许乙凯,冯捷. 腹膜后副神经节瘤CT诊断[J]. 放射学实践,2012,27(1):65-67.
- [3] 周建军,程伟中,曾维新,等. 腹部肾上腺外嗜铬细胞瘤:双期增强的影像诊断价值[J]. 放射学实践,2007,22(10):1058-1062.
- [4] 刘红军,梁长虹,刘再毅,等. MR诊断肾上腺外副神经节瘤[J]. 中国医学影像技术,2010,26(10):1837-1839.