

• 病例报道 •

罕见喉部血管粘液瘤一例

朱莉, 敖锋, 彭显兵

【关键词】 喉; 血管粘液瘤; 体层摄影术, X 线计算机; 磁共振成像

【中图分类号】 R739.65; R445.2; R814.42 【文献标志码】 D 【文章编号】 1000-0313(2021)09-1189-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2021.09.022

开放科学(资源服务)标识码(OSID):

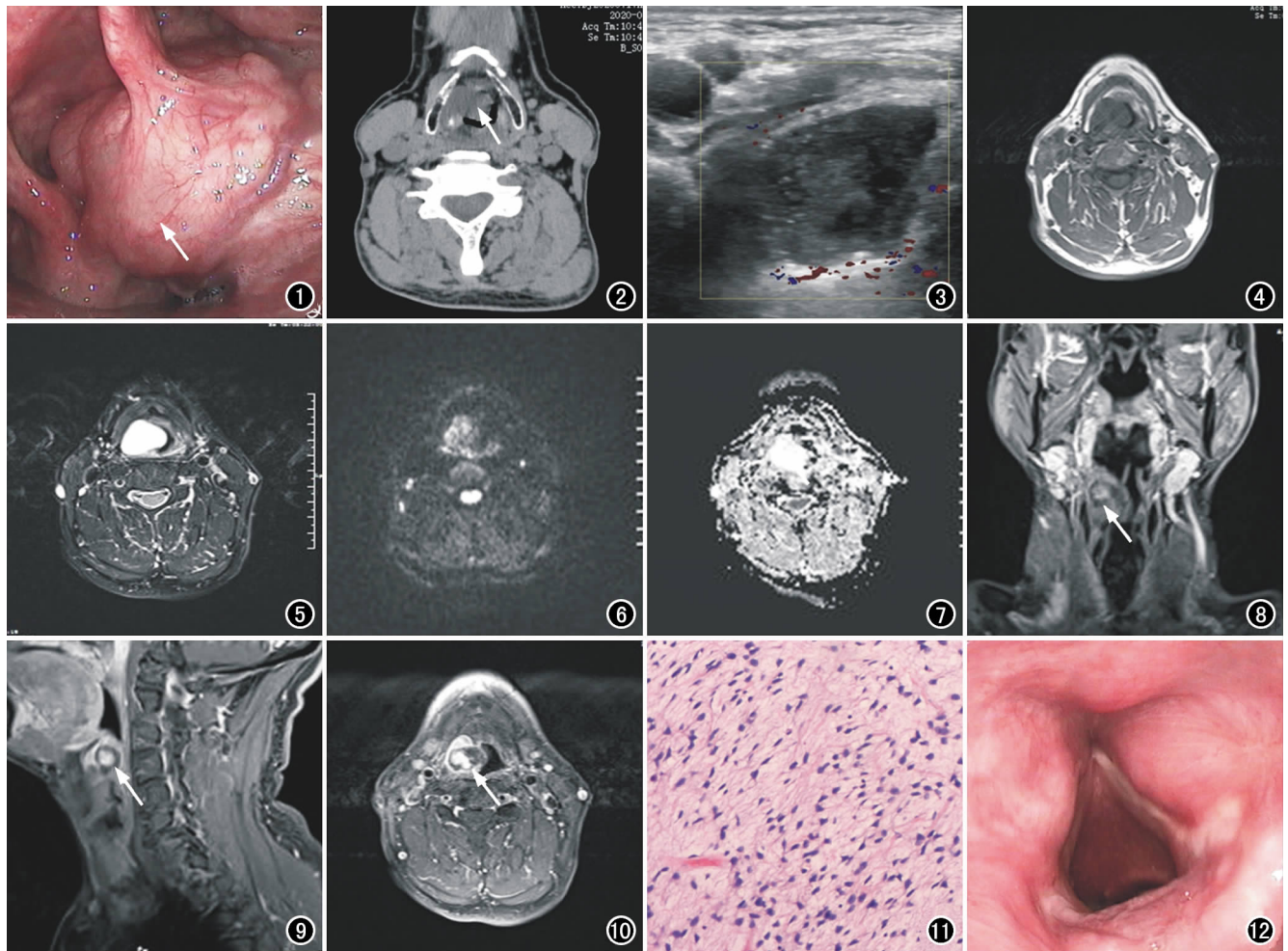


图 1 电子喉镜示右侧杓会厌襞光滑隆起物(箭)。图 2 CT 示喉右侧杓会厌襞低密度影(箭), CT 值约 14HU。图 3 超声示右侧颈部低回声包块。图 4 轴面 T₁WI 示喉右侧杓会厌襞类圆形长 T₁ 信号影。图 5 轴面 T₂WI 示喉右侧杓会厌襞类圆形长 T₂ 信号影。图 6 DWI 示大部分病灶扩散受限。图 7 ADC 图示病灶呈高信号。图 8 冠状面 MRI 增强扫描动脉期示病灶呈不均匀轻度强化(箭)。图 9 MRI 增强扫描静脉期矢状面图像示病灶呈不均匀强化(箭)。图 10 轴面 MRI 增强扫描延迟期示病灶呈不均匀明显渐进性强化(箭)。图 11 病理图示短梭形的瘤细胞填充于酸性粘液基质中, 肿瘤内含少量扩张的薄壁血管(×100, HE)。图 12 术后半年复查电子喉镜未发现病变复发。

病例资料 患者, 男, 61 岁。5 个月前无明显诱因

作者单位: 442000 湖北, 湖北医药学院附属人民医院放射影像中心/放射影像研究所(朱莉, 敖锋), 耳鼻喉科(彭显兵)

作者简介: 朱莉(1993—), 女, 安徽合肥人, 硕士研究生, 住院医师, 主要从事磁共振生理学定量成像技术工作。

通讯作者: 敖锋, E-mail: aofeng19841112@163.com

出现声嘶, 说话时明显, 未行特殊治疗后声嘶加重, 夜间睡眠打鼾伴憋气, 遂来我院治疗。动态电子喉镜: 右侧杓会厌襞见较大光滑隆起物, 肿物遮挡声门区, 双侧声带窥不清, 同侧室带区肿胀(图 1)。颈部 MSCT: 喉右侧杓会厌襞见低密度影, 边界清(图 2)。颈部超声:

右侧颈部约甲状软骨水平深层见大小约 $2.7\text{ cm} \times 1.9\text{ cm}$ 低-无回声包块,界清,形态尚规则,内见稠厚低回声及多发小片状无回声,包块内血流信号不明显(图 3)。咽喉部增强 MRI:右侧杓会厌襞见类圆形长 T_1 、长 T_2 信号影,其内信号稍不均,大小约 $3.8\text{ cm} \times 2.3\text{ cm} \times 2.4\text{ cm}$,DWI 呈稍高信号,界清,咽喉腔变窄,增强扫描病灶呈明显不均匀渐进性强化(图 4~10)。显微喉镜下病损切除术中见右侧会厌谷至右侧喉室较大隆起新生物,新生物可见包膜,囊内可见粘稠样物及息肉样物。将切除肿物送病理检查,切面呈灰白色半透明胶冻状,质软易碎,病检结果提示(喉)血管粘液瘤(图 11)。免疫组化:CD34(+),MDM2(中等+),CDK4(散在+),Myogenin(个别+),S-100(-),STAT6(±),SMA(-),DOG1(-),DES(-),SDHB(+),Caldesmon(-),SOX10(-),EMA(-),P16(-),INI1(+),MUC4(-),MyoD1(-),CD117(阳性对照)(+),CD117(c-kit9.7)(-),Ki-67LI 约 $2\% \sim 3\%$ 。患者术后半年复查电子喉镜未见明显异常(图 12)。

讨论 血管粘液瘤极其罕见发生在喉部,笔者经查阅国内外文献喉部血管粘液瘤仅有 5 篇报道^[1-5],其中外文文献 4 篇,国内文献 1 篇,均为个案报道。因此,国内外关于喉部血管粘液瘤的资料较少。本例患者术前影像检查完备,临床及病理资料齐全,本文将综合已报道病例对喉部血管粘液瘤进行讨论,旨在提高对该病的认识。

喉部血管粘液瘤的临床症状与喉部其他肿块表现相似,包括吞咽、发音、呼吸困难、阻塞性睡眠呼吸暂停中的部分或全部症状。喉部血管粘液瘤在病理形态学上与深部组织侵袭性血管粘液瘤(aggressive angiomyxoma, AAM)的病理改变高度一致,目前认为将其归为 AAM 即最新的 WHO 分类中“未确定分化的肿瘤”比较适宜^[6]。影像学检查有助于确定病变的起源、范围,在术前对肿瘤的定位、定性以及术后随访也具有重要意义。总结本病例及相关文献患者的影像学表现如下:①超声检查特异性低,喉部 AAM 肿块多为均质囊性低回声,受累范围较大,壁薄有分隔,部分可见血流信号;②CT 多表现为等或稍低于肌肉密度的结节状或团块状肿块,边界清楚,密度多均匀,增强扫描动脉期呈不均匀强化,静脉期及延迟期呈渐进性强化;③MRI 上表现为孤立性肿块影,邻近组织受推压、移位, T_1 WI 上肿块与肌肉相比呈等或低信号,多可见薄膜, T_2 WI 上多呈不均匀高信号,与肿瘤含水量高及松散

的黏液样基质有关,部分病灶内可见穿行或环绕的血管影,DWI 上因黏液的蛋白成分导致其扩散受限而使信号增高,动态增强曲线呈“渐升型”具有重要意义^[4,7,8]。有学者提出 T_2 WI 内见条带状、旋涡状低信号影,增强扫描呈旋涡状分层状强化为 AAM 特征性影像学表现,但已报道的喉部 AAM 病例均未见明显旋涡征,其机制还有待更多病例证实。影像学上喉部 AAM 应与以下疾病鉴别:①喉癌。好发于 50~60 岁老年男性,影像学表现为边界不清、形态不规则的肿块影,瘤内常合并坏死、液化,增强扫描呈不同程度强化,通常合并喉软骨或周围软组织侵犯及颈部淋巴结转移^[9,10];②喉部炎性肌纤维母细胞瘤。多位于声带或声门下区,影像学表现为均匀或不均匀肿块,增强扫描呈中等程度或明显强化,可伴有周围骨质溶骨性破坏^[11]。影像学表现为类圆形或梭形囊实性肿块,增强扫描肿瘤实性成分明显强化。此外,喉部黏液瘤、浆细胞瘤、软骨瘤等都应考虑鉴别诊断。

参考文献:

- [1] Izadi FA, Azizi MR, Hadi Ghanbari H, et al. Angiomyxoma of the larynx: case report of a rare tumor[J]. Ear Nose Throat J, 2009, 88(7): E11.
- [2] Sylvester DC, Korteque S, Moor JW, et al. Aggressive angiomyxoma of larynx: case report and literature review[J]. J Laryngol Otol, 2010, 124(7): 793-795.
- [3] Teixeira-De-Magalhaes F, Pardal-De-Oliveira F. Angiomyxoma of larynx. Report of one case of a myxoid fibrohistiocytic lesion[J]. Pathologica, 1995, 87(5): 539-543.
- [4] Yaman H, Erdem H, Belada A, et al. Life-threatening angiomyxoma of the larynx[J]. Ethiop J Health Sci, 2015, 25(1): 105-107.
- [5] 宁金梅, 杨晓红, 吴平. 声带侵袭性血管粘液瘤 1 例[J]. 昆明医学院学报, 2008, 29(5): 213-214.
- [6] Kallen ME, Hornick JL. The 2020 WHO classification: what's new in soft tissue tumor pathology? [J]. Am J Surg Pathol, 2021, 45(1): e1-e23.
- [7] 全贺, 徐园园, 尹克杰, 等. 血管黏液瘤的影像学表现与病理学对照分析[J]. 医学影像学杂志, 2019, 29(3): 463-467.
- [8] 张国平, 陈晓莉, 陈小龙, 等. 下肢侵袭性血管黏液瘤三例 CT、MRI 特点及文献复习[J]. 中华放射学杂志, 2020, 68(2): 149-150.
- [9] 魏东敏, 李文明, 曹晟达, 等. 声门上型喉癌 184 例手术治疗分析[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2019, 67(5): 334-338.
- [10] 何鹏飞, 田俊, 靳荣秀, 等. 喉癌影像学评估进展[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016, 30(19): 1576-1580.
- [11] 瞿姣, 袁欣, 杨玲, 等. 原发性喉淋巴瘤的 CT 及 MRI 表现(附 12 例报道)[J]. 放射学实践, 2019, 34(1): 21-25.

(收稿日期: 2020-10-28 修回日期: 2020-11-24)