

# 头颈部梭形细胞瘤 3 例

刘悦<sup>1</sup>, 冯俊<sup>2</sup>, 李志勇<sup>2</sup>, 杜经纬<sup>2</sup>, 马鹏<sup>2</sup>

(川北医学院, 1. 临床医学院; 2. 第二临床医学院·南充市中心医院耳鼻咽喉头颈外科, 四川 南充 637000)

【关键词】头颈部肿瘤; 梭形细胞瘤; 外科治疗; 免疫组织化学; 临床病理学

【中图分类号】R762 【文献标志码】B

## 1 病例概况

病例 1, 男性, 71 岁, 因“鼻塞 6<sup>+</sup>个月”入院, 于外院就诊, 药物治疗 (具体不详) 后症状无明显缓解。查体: 口咽部黏膜慢性充血, 左侧鼻咽部新生物遮盖口咽部左侧。入院后行鼻咽部、鼻窦增强 CT 检查: 咽部见大小约 37.4 mm × 17.6 mm 液体密度团块灶, CT 值约 20 Hu, 增强扫描未见明显强化。于 2023 年 1 月 8 日全麻下行内镜下左侧鼻咽部新生物切除及圆枕部分切除术, 术中见: 新生物根蒂于左侧圆枕后部, 基底宽, 质软, 色暗红, 遮盖口咽部左侧。术后病理: (鼻咽部新生物) 梭形细胞肿瘤, 细胞无明显异性, 间质粘液样改变。术后建议转肿瘤科, 家属拒绝后出院, 并于术后 1、3、6 个月本院门诊随访, 无任何不适, 局部无复发。见图 1。

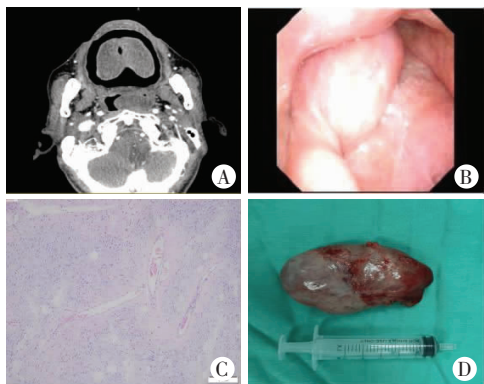


图 1 病例 1 相关检查

A. 颈部增强 CT 示鼻咽部软组织密度影; B. 喉镜检查左侧鼻咽部新生物; C. 灶区可见大量梭形细胞; D. 术中标本。

病例 2, 男性, 54 岁, 因“声嘶 2 个月加重伴呼吸困难 1 d”入院, 入院前 2<sup>+</sup>个月于外院行电子鼻咽喉镜检查, 示喉部新生物, 未予重视, 也未采取任何治疗措施, 入院前 1 d 出现呼吸困难, 遂急诊来本院, 查体见 IV 度喉梗阻, 立即行气管切开及抗感染等治

疗, 既往抽烟、饮酒 30<sup>+</sup>年, 病情稳定后行相关辅助检查, 电子鼻咽喉镜示声门下区前壁可见隆起新生物填塞声门前 2/3, 表面光滑、附黄白色膜状物, 右侧声带及左侧声带前 1/2 黏膜欠光滑、色灰白, 双侧声带活动度好。颈部增强 CT: (1) 双侧声带增厚合并软组织密度肿块影突入声门腔, 伴异常强化, 喉 Ca 可能性大; (2) 气管插管术后, 术区、颈部软组织肿胀、积气; (3) 颈部多发增大淋巴结显示。于 2023 年 1 月 13 日全麻下行内镜下经支撑喉镜声门病损低温等离子切除术, 术中见声门下区新生物根蒂于声带前联合, 右侧声带可见凹凸不平新生物, 色灰白, 术后石蜡切片: 梭形细胞肿瘤伴大量坏死, 部分细胞有异型, 可见核分裂, 灶区似有骨化。喉肿物免疫组化染色结果: Vimentin (+)、SMA (部分细胞 +)、Desmin (-)、S-100 (-)、CD34 (-)、STAT-6 (-)、β-Catenin (胞浆 +)、ALK (个别细胞 +)、Ki-67 (阳性细胞约 30%)。结合组织学形态及免疫组化染色结果, 喉部肿物支持为中间性纤维母细胞和肌纤维母细胞性肿瘤, 组织学类型倾向为炎性肌纤维母细胞性肿瘤。术后建议转肿瘤科, 患者拒绝后出院, 并于术后 1、3、6 个月本院门诊随访, 无任何不适, 局部无复发。见图 2。

病例 3, 女性, 59 岁, 因“鼻塞 3<sup>+</sup>个月, 发现鼻腔新生物 10 余天”入院, 入院前 3<sup>+</sup>个月, 患者出现鼻塞, 进行性加重, 入院前 10 余天, 外院鼻窦 CT: 左侧额窦、左侧眼眶、左侧筛窦、左侧鼻腔、鼻咽部占位病变合并左侧额窦、左侧筛窦、左侧眼眶内侧壁骨质破坏吸收 (部分膨胀性改变), 考虑: 肿瘤性病变可能性大; 双侧上颌窦、左侧筛窦及左侧蝶窦慢性炎症; 鼻中隔偏曲, 左侧鼻甲显示不清; 双侧颈血管鞘区及双侧颌下多枚淋巴结显示。于 2023 年 1 月 16 日全麻下行经鼻内窥镜左侧鼻窦开放及病损切除术, 术中见: 鼻中隔向右偏, 左侧鼻腔内可见大量息肉样组

基金项目: 四川省科技厅重点项目 (2018FZ0116)

作者简介: 刘悦 (1998 -), 女, 硕士研究生。E-mail: liuyue2528@163.com

通讯作者: 马鹏。E-mail: 9791816@qq.com

织,触之极易出血,出血量大,后鼻孔可见新生物,鼻腔顶部新生物组织及鼻腔结构不清,上颌窦窦口堵塞,窦腔内大量黄白色脓性分泌物。术后病检提示:(左鼻腔新生物)梭形细胞瘤;免疫组化:CK8/18(-)、Vimentin(+)、SMA(-)、Desmin(少量细胞+)、CD117(-)、CD34(-)、STAT-6(+)、S-100(-)、P63(-)、 $\beta$ -Catenin(膜+)、Ki-67(阳性细胞<5%)。结合组织学形态及免疫组化染色结果,支持为孤立性纤维性肿瘤;为进一步诊治,遂来本院就诊,行鼻部增强CT;左侧额窦、左侧眼眶、左侧筛窦、左侧鼻腔、鼻咽部见团块状组织影填充,增强扫描软组织病变呈轻度不均匀强化,边界不清,左侧额窦、左侧筛窦、左侧眼眶内侧壁骨质破坏吸收,合并部分膨胀性改变,左侧鼻甲显示不清;双侧颈血管鞘区及双侧颌下多枚淋巴结显示。喉镜:左侧鼻腔术后改

变,可见大量脓痂附着、鼻腔结构不清;于2023年1月31日全麻下行:(1)经鼻内镜下颅底肿瘤切除术;(2)经眉弓入路额窦肿瘤切除术;(3)眼眶肿瘤切除术;(4)内镜下上颌窦、鼻腔肿瘤切除术,术中见左侧鼻腔顶肿瘤,质软,呈粉红色,边界尚清,触之易出血,肿瘤占据颅底,累及整个左侧额窦,额窦外侧壁骨质破坏吸收,肿瘤侵犯眼眶,眼球受压下移突出,部分眶壁骨质破坏。术后免疫组化:Vimentin(+)、CD99(+)、STAT-6(+)、Bcl-2(+)、Desmin(-)、SMA(-)、S-100(-)、CD3(-)、CD20(-)、PCK(-)、Ki-67(+)。结合HE组织学形态及免疫组化染色结果,支持为孤立性纤维性肿瘤。术后建议转肿瘤科继续治疗,家属拒绝,好转后出院。术后1、3、6个月本院门诊复查随访,无任何不适,局部无复发。见图3。

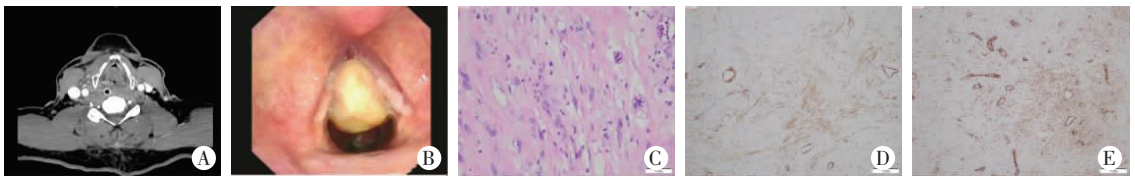


图2 病例2相关检查

A. CT示双侧声带增厚伴软组织密度影突入声门区,局部可见强化;B. 喉镜示声门区肿物;C. 灶区以梭形细胞为主,可见核分裂象(HE,400 $\times$ );D. 瘤细胞SMA(+)(EnVision法,400 $\times$ );E. 瘤细胞Vimentin(+)(EnVision法,400 $\times$ )。

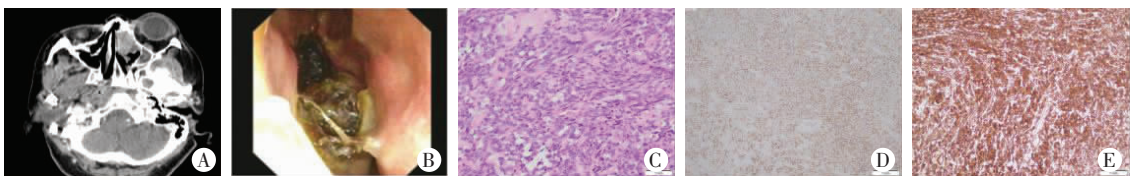


图3 病例3相关检查

A. CT示左侧鼻腔、筛窦占位性病变,合并部分骨质吸收;B. 喉镜示左侧鼻腔大量脓痂附着,鼻腔结构不清;C. 灶区可见大量梭形细胞聚集(HE,400 $\times$ );D. 瘤细胞STAT-6(+)(EnVision法,400 $\times$ );E. 瘤细胞Vimentin(+)(EnVision法,400 $\times$ )。

## 2 讨论

世界卫生组织将梭形细胞癌(spindle cell carcinoma, SpCC)归类为鳞状细胞癌(squamous cell carcinoma, SCC)的恶性上皮瘤,是鳞状细胞癌的一种罕见亚型,占有头颈部鳞状细胞癌的0.5%~3%<sup>[1]</sup>。1864年首次将SpCC描述为一种双相肿瘤,由混合的上皮和间充质成分组成,肿瘤组织主要以梭形细胞构成。其病因尚未完全明确,但有研究<sup>[2]</sup>表明上皮-间质转化(EMT)可能在梭形细胞癌的发病机制中发挥重要作用。

头颈部梭形细胞癌发病人群中男性占主导地位(男性:女性=11:1),常见发病年龄为50~70岁<sup>[3-4]</sup>。头颈部梭形细胞癌最常见的肿瘤部位是口

腔(38%)和喉部(34%)<sup>[5]</sup>,并且多带蒂或广基底生长。早期症状多不明显,随着肿瘤组织进行性增大,逐渐阻塞、压迫呼吸道或影响声带运动出现呼吸困难、鼻塞、声嘶等症状。症状的不典型加大了其术前确诊的难度,故梭形细胞瘤的确诊最主要还需依赖病理组织活检:包括HE染色光镜下观察,及免疫组织化学检查等。其中针对孤立性纤维瘤,STAT-6免疫组织化学与NAB2-STAT6基因融合产物具有高度敏感性和特异性<sup>[6]</sup>,是诊断孤立性纤维瘤常用的替代标志物;而SMA和ALK结合对诊断炎性肌纤维母细胞性肿瘤具有指导意义<sup>[7]</sup>。

头颈部的梭形细胞瘤暂无标准的诊疗指南,故目前还是以经验性手术切除和颈部淋巴结清扫为

(下转第1142页)