

DOI:10.3724/SP.J.1008.2008.00232

• 病例报告 •

## 以鼻咽纤维血管瘤为主要特征的鼻咽癌误诊 2 例报告

Nasopharyngeal angiofibroma misdiagnosed as nasopharyngeal carcinoma: a report of 2 cases

刘 锋\*, 周水森, 王 戩

第二军医大学长海医院耳鼻咽喉科, 上海 200433

[关键词] 鼻咽纤维血管瘤; 鼻咽癌; 鉴别诊断

[中图分类号] R 739.62 [文献标志码] B [文章编号] 0258-879X(2008)02-0232-02

鼻咽癌是我国南方地区常见的恶性肿瘤,其发病率近年有增高的趋势。由于其原发部位深而隐蔽,早期症状不典型,临床表现多样化,故误诊误治的报道常见于文献中<sup>[1]</sup>。鼻出血是鼻咽癌的早期症状,而鼻咽纤维血管瘤的主要症状就是鼻出血,如果鼻咽癌外观与鼻咽纤维血管瘤相似,两者又都是以鼻出血为主要症状,那如何有效地鉴别两者,使诊治工作少走弯路,在临床实践中仍是一个值得探讨的问题。下面报告 2 例鼻咽癌误诊为鼻咽纤维血管瘤的病例,分析其原因并总结改进措施。

### 1 临床资料

病例 1, 男性, 18 岁。因渐进性右鼻塞及出血 1 年, 左鼻塞伴出血 1 个月余, 门诊以鼻咽纤维血管瘤于 2005 年 12 月 12 日收入院。1 年前无明显诱因经常出现右鼻塞、鼻出血, 血为鲜红色, 量较多, 可自止。入院前 1 个月左鼻也有类似症状, 在当地医院行 CT、鼻咽镜等检查, 拟诊为鼻咽纤维血管瘤。入院检查: 全身情况好, 生命体征平稳, 无贫血貌。颈部未触及肿大的淋巴结。专科检查见双鼻腔后端有紫红色肿物堵塞, 表面光滑; 间接鼻咽镜下见鼻咽顶部和双侧后鼻孔处有紫红色新生物, 表面光滑有小血管分布。外院及本院的鼻咽部 CT 均示: 鼻咽部有软组织肿物, 未见骨质破坏, 符合纤维血管瘤(图 1)。实验室检查: VCA-IgA 阴性。



图 1 鼻咽部 CT(例 1)

鼻咽部有软组织肿物, 未见骨质破坏, 符合纤维血管瘤

术前 1 d 在局麻下行鼻咽部新生物 DSA 检查, 并行鼻咽部肿瘤动脉栓塞术。术中动脉造影(图 2)示: 鼻咽部有不规则片状肿瘤染色影, 以右侧为著。双侧上颌动脉及双侧咽升动脉均有供血, 用明胶海绵颗粒进行栓塞, 等供血区染色消失后结束治疗。次日在全麻下经腭径路行鼻咽肿物切除术, 暴露肿物后, 用手触之, 有韧性感。但取肿物时出血不太多, 肿物较脆, 与鼻咽纤维血管瘤手感及出血情况不一致。术中冰冻病理报告示: 鼻咽低分化鳞癌。术后给予放、化疗, 随访 1 年, 局部及全身无复发、转移。

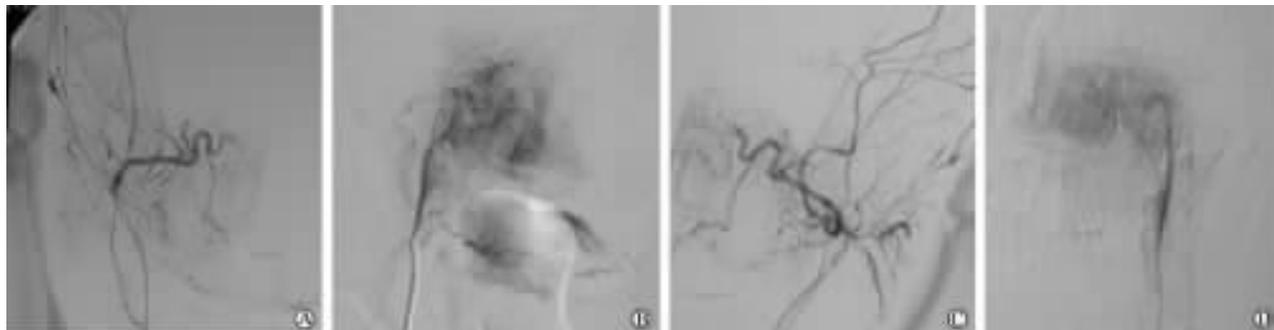


图 2 术中动脉造影(例 1)

A: 右侧上颌动脉造影; B: 右侧上颌动脉造影肿瘤区显影; C: 左侧上颌动脉造影; D: 左侧上颌动脉造影肿瘤区显影

[收稿日期] 2007-06-22 [接受日期] 2007-11-01

[作者简介] 刘 锋, 博士, 副教授、副主任医师, 硕士生导师。

\* 通讯作者(Corresponding author). E-mail: doctor\_lf@163.com

病例2,女性,40岁。因右耳闷胀、鼻出血2个月,门诊以鼻咽部血管瘤于2006-07-15收入院。2个月前无明显诱因出现上述症状,鼻出血量较多,但可自止。在我院门诊检查,声阻抗示:右耳鼓室图B型;电子鼻咽镜示:鼻中隔后缘与鼻咽部有表面光滑的紫红色新生物,有小血管分布(图3)。入院检查:全身情况好,生命体征平稳,轻度贫血貌。颈部未触及肿大的淋巴结。专科检查见双鼻腔后端有紫红色肿物堵塞,间接鼻咽镜下见鼻咽顶部偏右侧及双侧后鼻孔处有紫红色新生物,表面光滑有小血管分布。实验室检查:VCA-IgA阴性。同时申请了鼻咽部CT和DSA检查,CT报告示:鼻咽部有新生物,颅底骨质破坏,侵及到蝶窦(图4)。因考虑到患者鼻咽癌的可能性较大,故停止了DSA检查。在全麻、备血和做好止血准备的保障下,行鼻内镜活检术,术中冰冻病理报告示:鼻咽部腺癌。术后给予放、化疗。目前患者在随访中。



图3 电子鼻咽镜(例2)

鼻中隔后缘与鼻咽部有表面光滑的紫红色新生物,有小血管分布



图4 鼻咽部CT(例2)

鼻咽部有新生物,颅底骨质破坏,侵及到蝶窦

## 2 讨论

鼻咽癌是我国常见恶性肿瘤之一,以40~60岁男性多

见,20~30岁以下少见。鼻咽纤维血管瘤又名“男性青春期出血性鼻咽纤维血管瘤”,常发生于10~25岁青年男性,主要根据病史、临床表现、结合患者性别及年龄做出初步诊断<sup>[2]</sup>。前者确诊靠鼻咽部活检,后者确诊主要靠术后病理。由于鼻咽纤维血管瘤贸然活检时会出现大出血可能,术前活检一般被教科书列为禁忌。也正是这一点,一旦怀疑患者可能是鼻咽纤维血管瘤,其鼻咽部活检基本上不敢做,只有在病史和辅助检查不支持鼻咽纤维血管瘤并做好充分止血、切除手术的前提下方可活检,如例2所进行的那样。

对于两者的鉴别诊断有价值的病史和辅助检查主要有以下几种:(1)病史中主要看年龄、性别和鼻出血时间、多少;(2)EB病毒的抗体是否阳性,因为鼻咽癌与EB病毒感染关系密切,绝大多数鼻咽癌患者的血清中均有较高的抗EB病毒抗体,特别是VCA-IgA,且随病情的发展,其抗体效价也增高,在一定程度上可早期发现鼻咽癌;(3)鼻咽部的CT或MRI检查,鼻咽癌早期即可向深层浸润生长,骨质破坏常见,而鼻咽纤维血管瘤多表现为膨胀性生长,咽旁间隙受压推移。由于其血管丰富,在增强扫描时有明显强化,但鼻咽癌有时亦供血丰富,在增强扫描时也可能出现不同程度的强化,所以不能完全依据增强扫描时有无强化这一特征而将两者完全鉴别开<sup>[3]</sup>;(4)DSA检查,它既可以明确瘤体供血情况,又可以实施暂时阻断血供、以利手术或活检的进行。随着病例的积累,鼻咽癌与鼻咽纤维血管瘤的血供之差别应能通过该检查区分开来。

鼻咽癌的治疗首选放疗,而鼻咽纤维血管瘤则首选手术切除,故对于鼻咽部肿物,术前正确的诊断是作出正确治疗的基础。由于主、客观条件的限制,目前还没有一种方法能够完全在术前鉴别出这两种疾病,但这也不能成为我们开脱责任、将手术作为治疗鼻咽癌的一种好方法的理由,因为循证医学已经证明放疗是鼻咽癌的首选治疗,只有在放疗疗效不佳或无效时方考虑手术治疗。虽然本组两例取得了较好的治疗效果,但由于病例数少,我们尚不能作出鼻咽癌先手术加放、化疗与鼻咽癌放、化疗的效果相当的结论。即便如此,也还是给患者增加了手术痛苦和经济负担。为了避免不必要的手术和误诊,术前诊断是必需的。既然贸然活检是危险的,那么有准备的活检就显得意义重大。既要保证患者的生命安全,又要减少误诊、让患者少受痛苦、预后更好,在拟是鼻咽纤维血管瘤的鼻咽癌的诊治中就可以体会到这一点。

## [参考文献]

- [1] 傅敏仪,魏矿荣,黄桂球.鼻咽癌误诊592例分析[J].现代肿瘤医学,2004,12:210-212.
- [2] 尹显祥,张君.青少年鼻咽癌误诊为鼻咽纤维血管瘤3例分析[J].医学临床研究,2004,21:911-912.
- [3] 刘蓓,梁建平,朱习平,陆秋天,陈慧.鼻咽癌误诊为鼻咽血管纤维瘤6例原因分析[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2001,15:185.

[本文编辑] 孙岩