

胸、腹腔镜联合治疗食管巨大神经鞘瘤 1 例

张小文 杨 劼* 古卫权 王 飞 杨胜利 叶 俊 肖 叶 罗灵均

(中山大学附属佛山医院 广东省佛山市第一人民医院胸外科, 佛山 528000)

文献标识:D

文章编号:1009-6604(2018)06-0572-02

doi:10.3969/j.issn.1009-6604.2018.06.026

食管巨大神经鞘瘤十分少见。2017 年 4 月我科收治一例食管上段长 7.5 cm 肿块,不规则隆起,明显压迫气管,行胸、腹腔镜联合经颈、右胸、腹食管肿物切除+胃食管颈部吻合术,免疫组化染色确诊为食管神经鞘瘤,报道如下。

1 临床资料

患者男,60 岁。主诉:吞咽不畅 1 月余。胃镜检查(图 1):距门齿 20~33 cm 食管段见巨大不规则肿物隆起,质硬,表面有糜烂凹陷,可见坏死残留物,此处取病理见少许梭形细胞。胸部 CT(图 2):上胸段食管腔(约 T₃~T₈ 水平)内见 75 mm×62 mm 软组织肿块影,边界较清晰,密度尚均匀,轻中度强化,内部坏死,边缘不规则,邻近气管受压变形前移明显。食道吞钡造影(图 3):右上纵隔见巨大团块影,食管胸段向右推移,长约 8 cm,边缘欠光滑,管壁尚柔软,黏膜显示欠清。余未见异常。术前诊断:食管间质瘤?

2017 年 5 月在全麻下行胸、腹腔镜联合经颈、右胸、腹食管肿物切除+胃食管颈部吻合术。双腔气管插管全麻,左侧卧位并前倾 30°,采用右胸 2 个切口游离食管:右腋中线第 7 或 8 肋间 2.5 cm 切口为胸腔镜孔兼操作孔,右腋前线第 4 肋间 3 cm 切口为操作孔,均放置切口保护套。因上段食管肿块巨大,压迫气管,单纯黏膜下剥离困难,经胸腔镜孔兼操作孔,应用双关节手术器械,双手同向双交叉操作,行整段食管游离切除。改平卧位,腹腔镜游离胃并制作管状胃,放置经皮空肠营养管。行颈部斜切口,游离颈段食管,将胸段食管及管状胃提至颈部,行左颈部食管胃手工分层连续吻合,不放胃管。术后第 1 天开始从空肠营养管滴入 5% 葡萄糖氯化钠注射液 250 ml,第 2 天滴入肠内营养液,遂天增加。

术后 1 周行食管造影后进食流质,术后 2 周出院。随访 3 个月,进食无明显不适。

术后病理示食管神经鞘瘤。大体检查:肿物大小 8.5 cm×7.5 cm×6 cm,表面可见纤维被膜包被,切面灰白,质稍韧,质地均匀,局部组织坏死。镜检:肿瘤边界清楚,由梭形细胞构成,呈束状或编织状排列,部分区域细胞密集,部分区域细胞稀疏,密集区梭形细胞染色较深,核稍大,核分裂象罕见,肿瘤中央可见坏死,病变为间叶性肿瘤(图 4)。免疫组化:S-100(+)(图 5),蛋白基因产物 9.5(PGP9.5)(+),细胞角蛋白(CK)(-),c-kit 原癌基因相关蛋白(CD117)(-),胃肠道间质瘤表达相关蛋白(Dog-1)(-),内皮细胞表达相关蛋白(CD34)(-),平滑肌肌动蛋白(SMA)(-),高分子量钙调素结合蛋白(h-CD)(-),HMB-45(-),黑色素细胞分化标记物(Melan-A)(-),神经元特异性烯醇化酶(NSE)(-),ki-67 约 5%(+)。结合免疫组化,符合神经鞘瘤。

2 讨论

神经鞘瘤发源于神经纤维的 Schwann 细胞,多数为良性,恶性极少见^[1],多发自颅内、椎管内神经根,好发于四肢、躯干等,消化道极罕见。食管神经鞘瘤发自食管周围神经丛,迷走神经最常见^[2],好发于上中段食管,可因局部压迫引起进行性吞咽困难、呼吸困难、呕血、咯血。

食管神经鞘瘤的定位诊断主要通过术前胃镜、胸部 CT、上消化道造影,但定性诊断较困难,有个案报道可行 PET-CT 初步判断良恶性^[3],但无大数据统计。虽可行超声胃镜穿刺活检明确诊断,但因食管神经鞘瘤多数黏膜光滑,且穿刺损伤食管黏膜影响后续手术治疗。食管神经鞘瘤术前多易误诊为平

* 通讯作者, E-mail: yjie@fsyyy.com

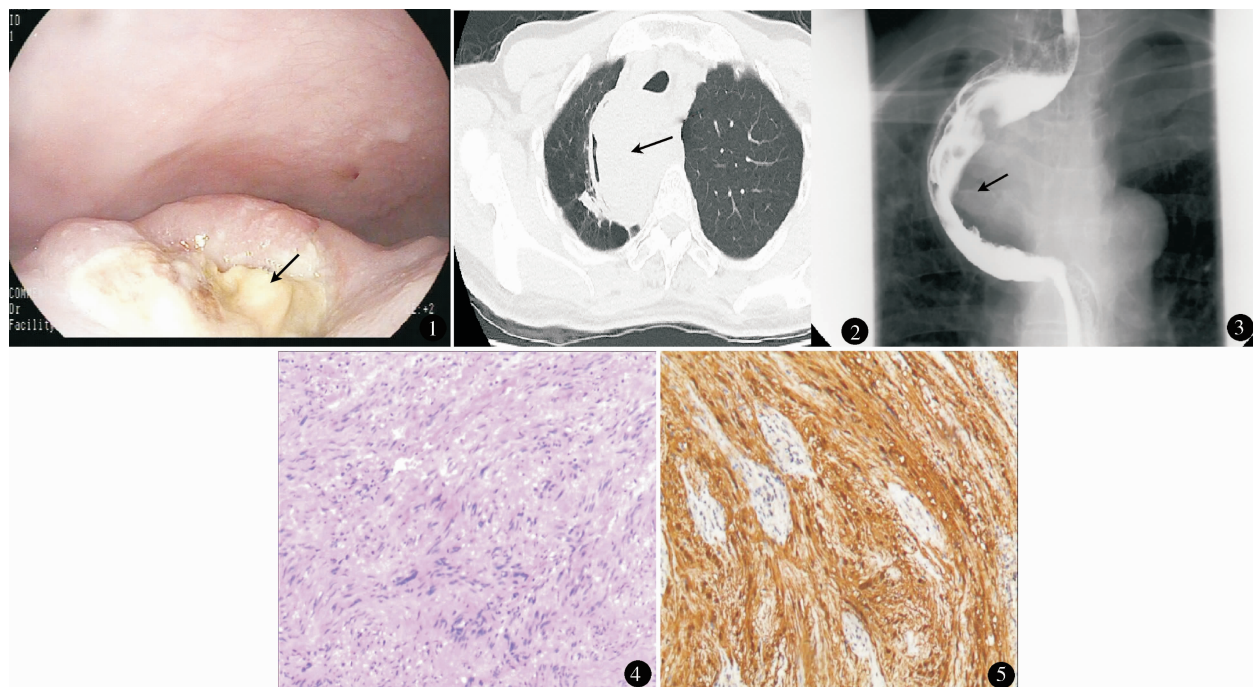


图 1 胃镜示胸段食管巨大不规则肿物隆起,质硬,表面有糜烂凹陷 图 2 CT 示胸段食管腔软组织肿块影,边界较清晰,轻中度强化,内部坏死,压迫邻近气管 图 3 食道吞钡造影示右上纵隔见巨大团块影,食道胸段向右推移,边缘欠光滑,黏膜欠清 图 4 病理检查示由梭形细胞构成,病变为间叶性肿瘤(HE 染色 $\times 100$) 图 5 免疫组化染色示 S-100 (+) (DAB 染色 $\times 100$)

滑肌瘤、胃肠间质瘤等^[4],需术后病理鉴别,行免疫组化检测,S-100 阳性为食管神经鞘瘤特异性指标。

食管神经鞘瘤主要通过手术治疗,包括内镜和开放手术。对于肿块较小者(< 2 cm),可行内镜黏膜下切除^[5];肿块较大者(> 4 cm),行开胸^[6]或胸腔镜^[7]手术剥除,术中胃镜辅助检查黏膜层有无损伤。因本例肿块巨大(> 7 cm),对周围气管压迫明显,难以完整剥除,故行胸、腹腔镜联合食管肿物切除、胃食管颈部吻合术。胸部操作采用双孔法^[8],从胸腔镜孔和操作孔同时置入双关节手术器械,使用电钩和超声刀,较易完成游离食管的操作。

参考文献

- 岳振营,郭晓红,庞闽厦,等.原发性食管恶性周围神经鞘膜瘤一例.中华病理学杂志,2017,46(5):345-346.
- 张其德,韩树堂.经内镜黏膜下隧道切除术治疗食管神经鞘瘤1例.中华胃肠内镜电子杂志,2016,3(2):90-92.

- Sato S, Takagi M, Watanabe M, et al. A case report of benign esophageal schwannoma with FDG uptake on PET-CT and literature review of 42 cases in Japan. Esophagus, 2012, 9(1):165-171.
- 吴昊,姜冠潮,刘彦国,等.食管平滑肌瘤误诊病例分析.中华胸心血管外科杂志,2017,33(7):390-393.
- 宋鑫,汪景坤,孟晓明,等.经内镜黏膜下隧道法治疗食管神经鞘瘤1例报道.胃肠病学和肝病学杂志,2015,24(11):1318,1323.
- 贾卓奇,李新举,梁景仁.巨大食管神经鞘瘤1例报道.西安交通大学学报(医学版),2013,34(1):138-139.
- 陈先凯,李印,刘先本.胸腔镜治疗食管神经鞘瘤1例.中华胸心血管外科杂志,2015,31(5):307.
- 朱乐伟,杨劼,古卫权,等.双孔法全胸腔镜肺叶切除术治疗肺良性疾病192例分析.中国微创外科杂志,2017,17(6):481-482,486.

(收稿日期:2017-09-06)

(修回日期:2017-12-28)

(责任编辑:王惠群)