

3 讨论

BPPV是由于椭圆囊中耳石黏附于壶腹嵴或脱落至半规管,并随着体位改变在半规管内移动,身体平衡被破坏,引发耳源性眩晕,属于自限性周围性前庭疾病类型^[4]。临床主要治疗原则是复位耳石,缓解眩晕症状,提升日常生活能力。

手法复位是恢复耳石位置的重要手段,近年来在临床应用广泛。由于解剖结构不同,半规管受累情况有所差异,其中后半规管位于前庭器官的后下位置,碎片易于落入基底,因而后半规管BPPV的发生率最高;而上半规管的后壁直接与前庭相连,开口均向下,其中耳石碎片可坠入前庭并自行排出,所以上半规管BPPV的发生率较低;水平半规管卧位时翻身会导致耳石返回椭圆囊,因而水平半规管BPPV的发病率居中^[5]。本文对观察组病例采用多种手法复位,结果显示其总有效率为96.3%,高于对照组的85.0% ($P < 0.05$),治疗2周后观察组眩晕分级优于对照组 ($P < 0.01$)。我们对于后半规管BPPV病例采用Epley手法复位,通过按照一定顺序改变体位与头位,从而保证半规管耳石重新回到前庭,进入椭圆囊,改善病情,具有动作轻柔、操作简单的特点,且即使角度有一定偏差,对耳石复位效果影响较小^[6]。对于水平半规管BPPV采用Gufoni+Barbecue手法复位,其中Gufoni法是不断旋转头部,同时结合Barbecue法利用耳石受到的重力作用,自侧卧位开始向健侧旋转360°,大角度广范围旋转,从而使耳石离开半规管^[7]。对于上半规管BPPV采用Yacovino法,患者平卧后深度后仰时耳石背离壶腹进行移动,越过前后壁交接点,然后患者抬起头部并含胸时耳石自前壁移动至总脚方向,再

坐起后耳石会坠入椭圆囊。本文结果显示,治疗2周后观察组患者的VSI评分低于对照组,BBS评分高于对照组(均 $P < 0.01$),提示手法复位能利用体位的变化,使耳石重新回到椭圆囊,其位置得到恢复,从而迅速缓解眩晕症状,恢复机体平衡^[8]。

参考文献:

- [1] 胡荣义,张小燕,徐开旭,等. 良性阵发性位置性眩晕手法复位治疗后药物对复发率的影响[J]. 北京医学, 2019, 41(9): 857-858.
- [2] 孔繁鑫,魏周科. 中药辨证论治联合手法复位治疗良性阵发性位置性眩晕疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2017, 12(5): 710-712,733.
- [3] 齐佳,赵静,王孟冬. 后半规管良性阵发性位置性眩晕手法复位的疗效分析[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2019, 27(4): 432-433.
- [4] 王玉红,刘晖,邹小琼,等. 复方天麻蜜环糖肽片联合长春西汀治疗后循环缺血性眩晕的临床观察[J]. 广东医科大学学报, 2019, 37(1): 35-37.
- [5] 陈卡红,王燕红,王玉祥. Epley手法复位联合化痰活血、通络开窍法治疗良性阵发性位置性眩晕痰瘀阻窍证40例临床观察[J]. 甘肃中医学院学报, 2019, 36(1): 75-78.
- [6] 杨科敏,王卓彪,孙佳凡. 药物治疗与耳石手法复位治疗后半规管良性阵发性位置性眩晕118例疗效观察[J]. 山西医药杂志, 2017, 46(20): 2482-2483.
- [7] 邢娟丽,张婷,朱秀梅,等. 个体化手法复位治疗躯体活动受限人群良性阵发性位置性眩晕疗效观察[J]. 陕西医学杂志, 2017, 46(9): 1258-1260.
- [8] 吴照红,周雪芳. 不同复位手法治疗后半规管良性阵发性位置性眩晕疗效及原因分析[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2018, 25(11): 585-587.

鼻腔骨肉瘤1例

陈骏军¹, 罗东梅², 郭成茂¹, 陈武标^{1*} (1. 广东医科大学附属第一医院, 广东湛江 524000; 2. 广东省江门市中心医院, 广东江门 529000)

摘要: 头颈部的骨肉瘤相对罕见,其影像学表现与长骨的骨肉瘤表现有部分相同特征,也有一定的差异性。该文报道了1例鼻腔内骨肉瘤。

关键词: 骨肉瘤; 影像学表现; 头颈部

中图分类号: R739.5

文献标志码: A

文章编号: 2096-3610(2021)03-0370-03

收稿日期: 2020-09-09; 修订日期: 2020-12-23

作者简介: 陈骏军(1991-),男,硕士,住院医师

通信作者: 陈武标,主任医师,硕士生导师, E-mail: 2314792704@qq.com

Nasal osteosarcoma: one case

CHEN Jun-jun¹, LUO Dong-mei², GUO Cheng-mao¹, CHEN Wu-biao^{1*} (1.Affiliated Hospital of Guangdong Medical University, Zhanjiang 524000, China; 2.Jiangmen Central Hospital, Jiangmen 529000, China)

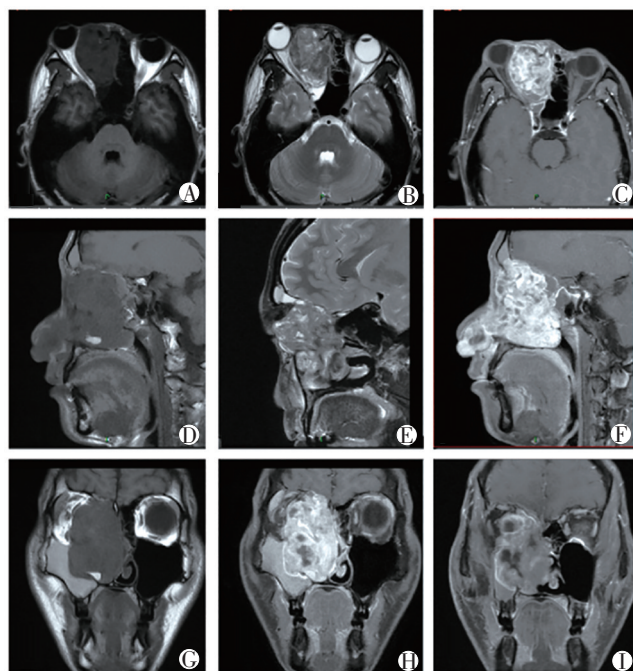
Abstract: Osteosarcoma of head and neck is relatively rare. Its imaging findings share some features with those of long-bone osteosarcoma, but also there are some differences. A case of intranasal osteosarcoma is reported in this paper.

Key words: osteosarcoma; image performance; head and neck

1 临床资料

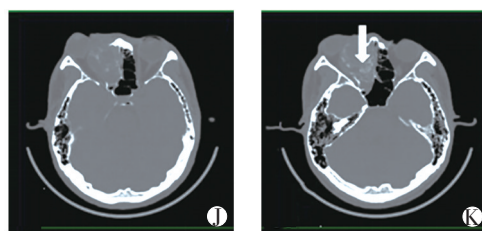
患者,男,22岁,因“右眼突出4个月,反复右鼻出血2个月”就诊。患者就诊前4个月无明显诱因出现右眼视力模糊,视物重影、右眼疼痛,自行用左氧氟沙星滴眼液处理后稍好转,就诊前半个月右眼突出症状加重伴疼痛。专科检查:右侧中总鼻道见暗红色结节状肿物,表面尚光滑,触之较韧,易出血,右侧上颌窦体表投影区压痛,眼睑正常,巩膜无黄染,右眼明显向外向前突出,双侧瞳孔不等,对光反射正常。实验室检查:碱性磷酸酶为76.1 U/L。影像学表现见(图1A-I)及(图2J-K):右侧鼻腔、右侧筛窦为主软组织占位,呈T1WI低、T2WI高低混杂信号,内见多发小囊状坏死区,增强扫描呈不均匀明显强化;右侧眼球向前外侧

突出,视神经受压(图1B);右侧内直肌及右眼眶内侧壁受侵犯(图1G、H);颅底及右侧筛窦、额窦受侵犯(图1F);肿块内见云絮状、条带状肿瘤骨、残余骨(图2K白色箭头)。影像学诊断为右鼻甲恶性骨肿瘤。患者在我院行鼻腔手术,在内窥镜下,总鼻道完全堵塞鼻腔,肿物包膜完整,将肿物连同鼻腔外侧壁一并切除,肿物膨胀生长,但未侵犯眼球,未侵犯上颌窦前壁、后外侧壁及底壁;肿物向上侵犯右侧额窦、右侧鼻骨,向后上侵犯颅底,颅底部分骨质缺损,但硬脑膜完整,未发现脑脊液鼻漏,肿瘤基本肉眼达到切除。肿瘤组织送病理检查,病理大体(图3N)所见:灰白灰黑组织一堆,体积11.5 cm×5.5 cm×4.0 cm,质稍硬,部分区域可见钙化。结合显微镜下(图3L)HE染色、免疫组化(图3M)及FISH结果:符合骨肉瘤改变。免疫组化:CD1α(-),CD20(-),CD3(-),CD34(血管+),CD99(+),CK(+),Desmin(-),Ki-67 阳性率约50%,LCA(-),CD68(+),S-100(-),Vimentin(+);FISH:EWSR1 基因未发生断裂,SYT 基因未发生断裂。



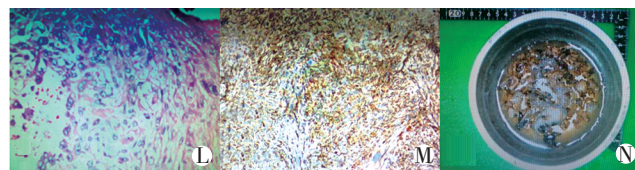
A.T1WI轴位图;B.T2WI轴位图,右侧眼球向前外侧突出,视神经受压;C.T1WI轴位增强图;D.T1WI矢状位图;E.T2WI矢状位图;F.T1WI矢状位增强图,颅底及右侧筛窦、额窦受侵犯;G.T2WI冠状位图,右侧内直肌受侵犯;H.T1WI冠状位增强图,右侧眼眶内侧壁及上壁骨质破坏;I.T1WI冠状位延迟增强图

图1 鼻腔内骨肉瘤MRI影像



J.海绵窦水平层面骨窗图;K.乳突层面骨窗图,白色箭头所示肿块内云絮状、条带状肿瘤骨、残余骨

图2 鼻腔内骨肉瘤术前CT骨窗



L.HE染色图(HE,×100),病理镜下见瘤细胞呈梭形、卵圆形、浆细胞样,细胞核异型性明显,核分裂多见,其内见肿瘤样骨基质,形态学上符合骨肉瘤改变;M.组化结果[Vimentin(+)];N.鼻腔肿物的病理大体图

图3 鼻腔肿物实验室检查图片

2 讨论

骨肉瘤是最常见的恶性骨肿瘤,但头颈部骨肉瘤少见,占4%~8%^[1],而鼻骨原发性骨肉瘤则是罕见。纤维异常增殖史、Paget病、头颈部放疗史、骨髓炎、创伤和骨软骨瘤病被认为是骨肉瘤的危险因素^[2-4]。骨肉瘤男性略高于女性,男女之比为1.4:1,发病平均年龄为33~36岁^[2]。肿胀是骨肉瘤患者最常见的症状。影像学表现是基于骨肉瘤特定阶段的组织学改变。它可以表现为骨形成、骨破坏或两者兼而有之。头颈部骨肉瘤病变区均有大范围骨质破坏,容易侵犯眼眶、翼腭窝、颞下窝、颅底等邻近结构伴有形态不规则的软组织肿块;软组织内肿瘤骨是诊断本病最重要征象,肿瘤骨形态可出现云絮状、放射状、象牙质状等,可伴有骨膜反应,其中放射状改变是最典型的特征。MRI上头颈部骨肉瘤根据其内部成分不同,信号不均匀,内散在T1WI及T2WI低信号影,对应CT所显示的肿瘤骨,增强后不均匀强化^[5]。此例患者的鼻骨骨肉瘤表现为右侧鼻腔、右侧筛窦为主软组织肿块影,呈T1WI低T2WI高低混杂信号改变,增强扫描不均匀明显强化,内见无强化坏死区,其中肿块内见散在斑点状、小斑片状T1WI、T2WI低信号影,在CT螺旋扫描中表现出肿瘤骨、钙化灶及残余骨影像学特征,病理亦证实了肿瘤中找到骨基质。另外术中可见肿瘤骨质破坏范围较广,累及右侧鼻骨、筛窦壁、额窦壁及颅底,但是在CT中并没有出现典型的骨膜反应及日光放射状改变。头颈部骨肉瘤在影像上有一定特征,但需与造釉细胞瘤、骨纤维异常增生症、软骨肉瘤、修复性肉芽肿相鉴别,结合MRI增强检查及CT骨窗重建,寻找较特征的影像表现能有效提高诊断准确率。

头颈部骨肉瘤临床表现无特异性:疼痛、鼻出血、感觉异常、肿胀、流泪、鼻塞和眼球移位^[6]。骨肉瘤患者碱性磷酸酶(ALP)一般升高,但是本病例是在正常范围内,这可能与肿瘤成骨细胞活跃程度较低相关,因为成骨细胞含有富含ALP,所有诱发骨细胞增生以及活动旺盛的因素均能引起血清ALP活力升高^[7]。

头颈部骨肉瘤治疗方案包括手术、新辅助和辅助化疗,但与四肢骨肉瘤相似,治疗的主要手段主要靠

充分的手术切除,根治性手术切除是总生存期超过5a的骨肉瘤的首选治疗方法^[8-9]。粒子植入治疗头颈部恶性肿瘤造成的组织损伤小,能提高患者生存率,不同于其他部位的骨肉瘤患者,头颈部骨肉瘤远处转移发生率较低^[10]。该患者较于CT检查,MRI具有更好的软组织分辨力,能更清晰显示肿瘤与周边组织结构的关系,对根治性手术切除病变具有临床指导意义。

参考文献:

- [1] DANIEL B, PHILIPPE B, SERENELLA E C, et al. Osteosarcomas of the jaws differ from their peripheral counterparts and require a distinct treatment approach. Experiences from the DOESAK Registry[J]. Oral Oncol, 2014, 50(2): 147-153.
- [2] KASSIR R R, RASSEKH C H, KINSELLA J B, et al. Osteosarcoma of the head and neck: meta-analysis of nonrandomized studies[J]. Laryngoscope, 1997, 107(1): 56-61.
- [3] KIM Y J, KIM Y J, CHU Y C, et al. Primary osteosarcoma arising from the middle turbinate in a pediatric patient[J]. Clin Exp Otorhinolaryngol, 2012, 5(4): 237-239.
- [4] CHAUDHARY M, CHAUDHARY S D. Osteosarcoma of jaws[J]. J Oral Maxillofac Pathol, 2012, 16(2): 233-238.
- [5] ELKORDY MA, ELBARADIE TS, ELSEBAI H I, et al. Corrigendum to "Osteosarcoma of the jaw: Challenges in the diagnosis and treatment"[J]. J Egypt Natl Canc Inst, 2018, 30(3): 123.
- [6] PARK, Y K, RYU K N, PARK H R, et al. Low-grade osteosarcoma of the maxillary sinus[J]. Skeletal Radiol, 2003, 32(3): 161-164.
- [7] 李宏波, 旦锋, 阮文辉, 等. MRI结合血清ALP、LDH检测在骨肉瘤早期诊断及预后评估的临床价值[J]. 中国CT和MRI杂志, 2018, 16(12): 133-135.
- [8] CHEN, Y M, SHEN Q C, GOKAVARAPU S, et al. Osteosarcoma of the mandible: A site-specific study on survival and prognostic factors[J]. J Craniofac Surg, 2016, 27(8): 1929-1933.
- [9] 陈继铭, 蒋华生, 陈祝明, 等. 顺铂对人骨肉瘤U2OS细胞增殖、迁移和凋亡的影响[J]. 广东医科大学学报, 2020, 38(4): 386-390.
- [10] LI C Z, HE Y, MA H J, et al. NOVA1 acts as an oncogene in osteosarcoma[J]. Am J Transl Res, 2017, 9(10): 4450-4457.