

• 病例报告 •

颈部淋巴结转移性神经母细胞瘤 1 例

胡东来 郭晓东

神经母细胞瘤是儿童最常见的一种颅外实体肿瘤,常发生于腹膜后及肾上腺。临床上以颈部肿块为主要表现的神经母细胞瘤少见。近期作者收治 1 例,疗效满意,现报道如下:

患儿,男性,5 岁。因“左颈部神经母细胞瘤手术后局部复发 2 年”入院。体查:左颈部见陈旧性手术瘢痕,触及 4 cm × 2 cm 大小肿块,质硬,边界清楚,活动度可,无触痛。CT 检查:左侧颈部可见 4 cm × 2 cm 大小低密度影,边界清楚,增强后肿块不均匀强化(图 1 黑箭头)。完善术前准备后在全麻下行左颈部肿块切除术,术后行 OPEC/OPAC 交替化疗,痊愈出院。病理诊断为左颈部淋巴结转移性神经母细胞瘤(图 2);其余淋巴结慢性炎症。免疫组化结果:S-100(-),CgA(1+),CD99(1+),Ki-67(2+),NSE(1+),Vim(1+),NF(1+)GFAP(-)。手术后随访 3 个月、6 个月及 9 个月,复查头颈部及胸腹部 CT 扫描未见异常,尿 VMA 及骨髓穿刺找肿瘤细胞均无异常,患儿生长发育良好。

讨论 神经母细胞瘤(neuroblastoma,NB)是临床上 1 岁以内婴儿中最常见的恶性肿瘤^[1]。可沿着交感神经链分布于任何部位,据报道,75% 发生在腹膜后及肾上腺,25% 在交感神经节。肿瘤的临床表现复杂,术前对高香草酸(HVA)和香草扁桃酸(VMA)检测、超声检查、CT 及细针穿刺活检等辅助检查有助于诊断。此患儿由于第 1 次手术中单纯行局部肿块切除,未能行肿块周边淋巴结清扫及手术后不正规化疗,使残存肿瘤细胞浸润局部淋巴结后,最终导致复发。

对于神经母细胞瘤的主要治疗是手术及化疗,必要时予放射治疗。目前仍采用的国际上统一的治疗方案是根据 IN-SS 分期,按预后分成低危、中危和高危组,不同组别给予相应的治疗措施^[2]。此患儿属于低危疾病组,除手术切除肿瘤外,同时清扫肿瘤周围的淋巴结,阻止肿瘤细胞再次经淋巴

道转移,术后联合正规 OPEC / OPAC 序贯化疗,防止术后肿瘤再次复发。近年来,随着生物治疗的发展,有些研究者尝试新的治疗策略,如¹³¹I-mIBG 治疗、抗肿瘤血管生成治疗、基因靶向治疗等新方法^[4-6]。该患儿未行 N-myc 基因扩增,由于肿瘤属于低危组,组织学特性良好及切除周围淋巴结慢性炎症,手术后效果良好。

参考文献

- 1 Ries LAG, Smith MA, Gurney JG, et al. Cancer incidence and survival among children and adolescents: United States SEER program 1975 - 1995 [J]. Bethesda: National Cancer Institute, SEER Program, 1999, 182.
- 2 Maris JM, Hogarty MD, Bagatell R, et al. Neuroblastoma [J]. Lancet, 2007, 369 (9579) : 2106-2120.
- 3 Rubie H, De Bernardi B, Gerrard M, et al. Excellent outcome with reduced treatment in infants with nonmetastatic and unresectable neuroblastoma without MYCN amplification: results of the prospective INES 99. 1 [J]. J Clin Oncol, 2011, 29 (4) : 449-455.
- 4 Matthay KK, Yanik G, Messina J, et al. phase II study on the effect of disease sites, age, and prior therapy on response to i-odine-131-metaiodobenzylguanidine therapy in refractory neuroblastoma [J]. J Clin Oncol, 2007, 25 (9) : 1054-1060.
- 5 Glade BJ, Adamson PC, Reid JM, et al. Phase I trial and pharmacokinetic study of bevacizumab in pediatric patients with refractory solid tumors; a Children's Oncology Group Study [J]. J Clin Oncol, 2008, 26 (3) : 399-405.
- 6 Maris JM, Morton CL, Gorlick R, et al. Initial testing of the aurora kinase A inhibitor MLN8237 by the Pediatric Preclinical Testing Program (PPTP) [J]. Pediatr Blood Cancer, 2010, 55 (1) : 26-34.

doi:10.3969/j.issn.1671-6353.2012.06.029

作者单位:浙江省金华市中心医院小儿外科(浙江省金华市, 321000), 通讯作者:胡东来 E-mail: hudonglai_910@163.com

(上接第 476 页)

- 11 Theletsane T, Redfern A, Raynham O, et al. Life-threatening infantile haemangioma: a dramatic response to propranolol [J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2009, 9.
- 12 Love JN, Sikka N. Are 1-2 tablets dangerous? Beta-blocker exposure in toddlers [J]. J Emerg Med, 2004, 26 (3) : 309-314.
- 13 Drugs@FDA, propranolol hydrochloride. <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm?fuseaction=Search.LabelApprovalHistory>.

- 14 Siegfried EC, Keenan WJ, Al-Jureidini S. More on propranolol for hemangiomas of infancy [J]. N Engl J Med, 2008, 359 (26) : 2846.
- 15 Propranolol in Capillary Hemangiomas. <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00744185>