

· 临床研究 ·

鼻内镜鼻颅底肿瘤手术 19 例临床观察

刘继远, 陆灵娟, 龙增勇, 吴荣华

(广西中医学院附属瑞康医院 耳鼻咽喉头颈外科, 广西南宁 530011)

摘要: 目的 探讨鼻内镜技术应用于鼻颅底肿瘤手术中的适应证、疗效及安全性。方法 回顾性分析 2001 年 1 月 ~ 2006 年 1 月收治的 19 例鼻颅底肿瘤患者, 其中鼻窦乳头状瘤 6 例, 垂体瘤 6 例, 鼻腔鼻窦骨化纤维瘤 3 例, 嗅母细胞瘤 2 例, 鼻咽癌放疗后鼻咽部残灶 2 例。均在鼻内镜下行手术治疗, 术后均经病理证实。肿瘤中有恶变者予以放疗。结果 19 例患者肿瘤均全部切除, 3 例患者出现脑脊液鼻漏, 以自体中鼻甲修补成功。术后随访 2 ~ 4 年无复发。结论 在适应证选择合理的条件下, 应用鼻内镜技术能安全有效处理鼻颅底肿瘤。

关键词: 鼻颅底肿瘤; 鼻内镜术; 疗效

中图分类号: R765.9; R739.6 文献标识码: A 文章编号: 1007-1520(2010)03-0196-04

Clinical observation on nasal skull-base neoplasms with endoscopic minimally invasive technique : A report of 19 cases

LIU Ji - yuan , LU Ling - juan , LONG Zeng - yong , et al .

(Department of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery , Ruikang Hospital , Gangxi Traditional Medical University , Gangxi 530011 , China)

Abstract: **Objective** To discuss the indication, efficacy and safety of endoscopic surgery in the management of nasal skull-base neoplasms. **Methods** Nineteen patients with nasal skull-base neoplasms were treated with endoscopic sinus surgery from January 2001 to January 2008. The neoplasms included sinus inverted papilloma (6 cases), pituitary adenoma (6 cases), sinus osteofibroma (3 cases), olfactory neuroblastoma (2 cases), and residue of nasopharyngeal carcinoma (NPC) after radiotherapy (2 cases). Pathological confirmation was performed postoperatively. All the patients except those with NPC received postoperatively radiotherapy. **Results** The neoplasms were excised in all cases. Cerebrospinal fluid leakage occurred in 3 cases and got successful management with middle turbinate. All the cases were followed up 2 to 4 years with no recurrence. **Conclusion** If appropriate indication is selected, the nasal skull-base neoplasm can be well managed with endoscopic sinus surgery.

Key words: Nasal skull-base neoplasms; Endoscopy; Curative effect

与传统经颅手术相比较,鼻内镜微创手术具有损伤小、视野清晰、不遗留面部瘢痕的优势,代表了现代微创外科的趋势,逐渐形成了鼻颅底外科学体系^[1]。我科 2001 年 1 月 ~ 2006 年 4 月行鼻内镜下鼻

内径路颅底肿瘤手术 24 例,其中有完整资料者 19 例,现予回顾性分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 19 例患者于 2001 年 1 月 ~ 2006 年 4 月在我科行鼻内镜下行鼻颅底肿瘤

作者简介:刘继远,男,副主任医师。
通讯作者:刘继远, Email:liujy2584@sina.com.

手术,其中男 14 例,女 5 例;年龄 35 ~ 58 岁,平均年龄 43 岁。19 例中鼻腔鼻窦乳头状瘤恶变 6 例,病变位于左侧 2 例,右侧 4 例,CT 示瘤体最大径为 3.5 cm × 2.8 cm,均累及上颌窦内壁及筛窦;垂体瘤 6 例,MRI 示瘤体最大径为 3.0 cm × 2.8 cm,最小径为 0.8 cm × 0.6 cm;鼻窦骨化纤维瘤 3 例,CT 显示肿瘤大部分位于后组筛窦,2 例侵犯前组筛窦和眶内壁,瘤体最大径为 3.1 cm × 2.5 cm;嗅母细胞瘤 2 例,CT 及 MRI 示肿瘤位于筛窦及中鼻道,颅底、眶壁未受侵犯,按 Kadish 分期标准^[2]均为 A 期;鼻咽癌足量放疗后鼻咽部病灶残留 2 例,术前 CT 或 MRI 示病灶局限于软组织,颅底骨质、破裂孔未受累。除垂体瘤、骨化纤维瘤外,术前均行病理活检确诊;所有病例术后均经病理学检查证实。

1.2 治疗方法

所有病例均在插管全麻下经鼻手术,乳头状瘤恶变、骨化纤维瘤及嗅母细胞瘤采用 Messerklinger 术式,鼻内镜下切除钩突开放筛窦,切除肿瘤及邻近组织,乳头状瘤恶变患者切除纸样板及上颌窦内侧壁,术中见病变累及筛顶则磨去筛顶骨质,镜下见 2 例乳头状瘤恶变患者的硬脑膜呈毛糙样改变,予切除毛糙样改变的硬脑膜及其周缘 0.5 cm 的正常硬脑膜,用中鼻甲黏膜修补硬脑膜缺损。嗅母细胞瘤患者行鼻内镜下切除肿物及邻近组织。骨化纤维瘤患者以筛窦咬骨钳和磨钻完全切除肿物,眶壁缺损用薄硅胶片修补。

垂体瘤患者经鼻-蝶窦径路切除部分鼻中隔后端及蝶窦前壁骨质,识别并保护颈内动脉管及视神经管,打开鞍底直径约 1.0 cm,双极电凝硬脑膜后十字切开,用小吸引头、刮匙清除肿瘤,抗生素明胶海绵贴敷鞍底,碘仿纱条填塞。

鼻咽癌足量放疗后鼻咽部软组织病灶残留患者,鼻内镜下用低温等离子刀经口鼻径路切除残留病灶及距病灶 0.5 cm 以上周边组织,磨钻磨除蝶窦底壁。

术后常规抗炎、止血及对症治疗 1 ~ 2 周,垂体瘤和硬脑膜切除者予降颅压治疗 3 ~ 5 d,7 ~ 10 d 拔除碘仿纱条,清理术腔。乳头状瘤恶变和嗅母细胞瘤术后予以放疗,放疗量分别为 50 Gy 和 60 Gy。

2 结果

本组病例术中均能在镜下切除到正常组织边界,术后 1 月复查病灶无残留。术中出血量 30 ~ 700 ml,平均出血量 345 ml。鼻腔-鼻窦乳头状瘤恶变 2 例及垂体瘤 1 例出现脑脊液鼻漏,使用中鼻甲黏膜组织修补成功。脑垂体生长激素性腺瘤 2 例、泌乳素腺瘤 4 例,术后均出现一过性尿崩,内科积极治疗,术后 2 月患者内分泌异常症状消失。骨化纤维瘤 1 例出现眶骨膜破裂,眶脂肪疝出,用硅胶薄片修补眶内壁,术后无复视及视力障碍。除垂体瘤患者外,其余患者均有轻微的鼻腔或鼻咽干燥感。

术后随访包括鼻内镜检查及 CT、MRI 检查所有病例,见术腔清洁光滑,黏膜上皮化。良性肿瘤均术后随访 2 年以上。1 例乳头状瘤恶变患者随访 2 年 4 个月,其余恶性肿瘤均术后随访 3 年以上,未见复发。

3 讨论

由于影像技术、介入技术、手术技巧以及手术器械的进步,鼻颅底外科是现阶段外科领域中发展较快的领域。鼻内镜手术由于其图像清晰、入路短、直接、创伤小,逐渐替代传统手术成为鼻颅底疾病的首选治疗技术^[3-4]。

鼻腔-鼻窦乳头状瘤常累及筛窦、上颌窦,肿瘤蒂部多位于下鼻甲以上的鼻腔外侧壁,恶变者多累及筛顶,传统手术多采用鼻侧切开径路,局部组织损伤较大,术后面部遗留疤痕,鼻泪管损伤致术后溢泪等。鼻内镜技术可在图像放大条件下切除肿瘤、鼻腔外侧壁、上颌窦底壁、后壁、部分上壁、筛骨水平板以及硬脑膜,切除范围不亚于鼻侧切开术,还可同期进行筛顶、硬脑膜修补。本组 6 例病例均成功切除肿瘤,2 例乳头状瘤患者术中见硬脑膜局部呈毛糙样改变,镜下切除毛糙样改变的硬脑膜及其周围安全缘 0.5 cm 的正常硬脑膜硬,同期用中鼻甲修补亦成功;手术时间短,术中出血量明显减少,术后无溢泪,1 例术后随访 2 年 4 个月,

其余5例术后随访3~4年,未见复发。

垂体瘤是鼻颅底常见肿瘤,鼻内镜垂体腺瘤切除术具有手术路径短,解剖识别清晰,手术创伤小,关闭径路简单,手术时间短的优点;但要求手术者要具备熟练的内镜操作技术,能正确选择手术适应证。对于蝶窦发育较好、鞍底下沉,尤其是鞍底骨质吸收者是经鼻-蝶窦切除垂体瘤的最佳适应证。对于蝶窦发育不良,肿瘤过大超出海绵间窦者,手术风险极高,应视为将对手术禁忌证。垂体瘤有多种手术切除径路^[5],经鼻-蝶窦径路避免了开颅手术对患者造成的损伤,其疗效已获得国内外学者的公认。本组病例中,6例均成功手术切除,术后1例患者出现脑脊液鼻漏,予中鼻甲修补成功;而一过性尿崩,经治疗后均自愈,术后2月患者内分泌异常症状消失。随访2~4年均无复发及内分泌系统症状。

骨化纤维瘤的传统手术路径是鼻侧切开和Caldwell-Luc径路,前者可切除累及颅底、筛、蝶窦的病变,后者可切除上颌窦的病变,但往往造成局部组织较大的损伤,术后患者遗留面部疤痕、溢泪等。经鼻内镜鼻窦骨化纤维瘤切除径路简便,视野清晰,可将鼻泪管分离保护起来,配合磨钻及精细手术器械,可以做到精细分离切除肿瘤及其“骨壳”,彻底切除骨瘤,术后不遗留面部疤痕和溢泪,但由于手术野及器械的因素,肿瘤需要分块切除。对于肿物广泛累及上颌骨和颧骨者,因手术野的限制,难以完全切除。故这一类肿物还应采用传统术式为宜。本组3例肿物局限于鼻窦内,均得以完全切除,术后随访2~4年,均无复发,无手术并发症。

嗅母细胞瘤手术切除后易复发,多次复发后可侵袭邻近组织,亦可发生远处转移。对放射线高度敏感,放疗后肿瘤显著缩小或完全消退,并可维持多年,但不能根治,目前主张外科切除后足量放疗^[6]。本组2例A期患者鼻内镜下切除肿物及邻近组织,术后予足量放疗,分别随访3年3个月及4年,未见复发。

鼻咽癌足量放疗后鼻咽局部残留的手术治疗,传统手术路径有经硬腭、上颌骨外

旋、下颌骨升支离断外旋等^[7]。虽然可以切除残留病灶,但均存在手术创伤大,路径长,术中出血量较多的缺点,手术后生活质量受影响较大。鼻内镜下低温等离子刀辅助切除鼻咽部残留病灶,手术范围可及整个鼻咽部,利用等离子刀即时止血的特点,整个手术野在手术过程中基本可以做到无血操作,肿物切除彻底,创伤小,达到微创手术要求。手术后除鼻咽部遗留干燥感外,无其他手术后遗症。本组2例患者手术后分别随访3年2个月及3年8个月,无复发。

鼻内镜微创技术作为一项简便、有效、安全的方法,在严格选择手术适应证的条件下,切除鼻颅底肿瘤应是可行的。鼻内镜下鼻腔鼻窦及颅底恶性肿瘤手术仍然是一个极具挑战性的难题,邱前辉等^[8]认为鼻内镜下手术切除鼻腔鼻窦侵犯颅底或颅底原发肿瘤切实可行,但必须严格选择适应证;李友忠等^[9]认为只要掌握好适应证,鼻内镜或鼻内镜辅助下可以切除部分鼻腔鼻窦恶性肿瘤。有学者^[7,10-11]指出:鼻内镜下鼻颅底病变切除的适应证因患者的年龄、肿物的大小、是否有转移等有所不同,肿物体积较大,并且向颅底、眼眶及颞下窝扩展只是手术的相对禁忌证而不是绝对禁忌证。笔者在实践中发现:鼻内镜微创技术作为一项简便、有效、安全的方法,在严格选择手术适应证的条件下,切除鼻颅底肿瘤应是可行的。前颅底手术中应在清除病变的基础上,重点避免眶内容物、视神经、颅底硬脑膜、脑组织及颅内血管的损伤。在行该部位手术时中鼻甲、筛窦、视神经管隆起是镜下重要的骨性标志,手术初始范围应严格控制在中鼻甲根部以外,眶纸板平面以内。同时额隐窝后方为筛前动脉管,为颅前窝最前部,避免该处损伤可降低脑脊液鼻漏和筛前动脉破裂出血的发生率,保护外侧纸样板则可有效防止眶内损伤。筛后动脉后方约1 cm与纸样板平面交角处为视神经管起始部,在处理该部骨性病变时最好以金刚砂磨头渐次磨除。当术腔轮廓化以后,应根据需要选择性切除受累的纸样板、筛顶骨质和硬脑膜,以保证手术疗效及安全性。中颅底手术中最重要是保护好视神经、海绵窦、颈内

动脉。垂体瘤为鞍区手术,术中将中鼻甲向外侧骨折及切除部分鼻中隔可以获得相对大的术野,打开蝶窦前壁后仔细辨认鞍底、鞍结节、上斜坡、视神经管及颈内动脉管隆起,以蝶嘴纵切面假象线为中心打开鞍底约直径 1.0 cm,细针穿刺证实海绵间窦不在该部后,可进行瘤体切除,术中切勿骚动鞍结节和蝶窦外侧壁,术中“四手操作”及双极电凝的应用对保持术野清晰度具有良好作用。在鼻咽癌软组织残留切除上主要预防颈内动脉损伤,而破裂孔处颈内动脉于咽鼓管圆枕后外 1.0 ~ 1.5 cm,等离子技术可以获得良好的视野,手术范围在咽鼓管后外 1.0 cm 以下及鞍底以内是安全的。我们认为在严格掌握适应证的条件下,部分鼻腔鼻窦侵犯颅底或颅底原发肿瘤是可以通过鼻内镜技术手术切除的。虽然鼻内镜技术在处理鼻颅底病变具有极大的优势,但是必须是在具有良好手术器械以及手术者对鼻颅底疾病的知识有较全面掌握、手术技巧熟练的基础上开展,只有这样才能保证手术的顺利开展,及时有效地处理术中、术后出现的各种意外情况。由于此项技术开展时间尚短,仍需要长时间观察已评估其疗效。

参考文献:

[1] 许庚,李源,史剑波,等. 经鼻内镜颅底手术的探讨

[J]. 耳鼻咽喉头颈外科杂志,1998,5(4):205-209.

[2] Radkowski D, McGill T, Healy GB, et al. Angiofibroma, changes in staging and treatment[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1996, 122(2): 122-129.

[3] Han D, Zhou B, Ge W, et al. Advantages of using an image-guided system for transnasal endoscopic surgery[J]. Chin Med J (Engl), 2003, 116(7): 1106-1107.

[4] Olson G, Citardi MJ. Image-guided functional endoscopic sinus surgery[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2000, 123(3): 188-194.

[5] Ogawa T, Matsumoto K, Nakashima T, et al. Hypophysis surgery with or without endoscopy[J]. Auris Nasus Larynx, 2001, 28(2): 143-149.

[6] Constantinidis J, Steinhart H, Koch M, et al. Olfactory neuroblastoma: The University of Erlangen-Nuremberg experience 1975-2000[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2004, 130(5): 567-574.

[7] 张秋航,刘海生,孔锋. 经鼻内镜岩斜坡及颞下窝肿瘤外科治疗[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005,40(7): 488-492.

[8] 邱前辉,韩虹,盛晓丽,等. 鼻内镜下颅底恶性肿瘤切除的初步探讨[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2009,15(4): 268-271.

[9] 李友忠,曾益慈,罗晓巍,等. 应用鼻内镜或鼻内镜辅助下鼻腔鼻窦低度恶性肿瘤手术探讨[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2008,14(1): 52-54.

[10] 韩德民. 鼻内窥镜外科技术及其延伸. 中华耳鼻咽喉科杂志,1999,34(5): 271-272.

[11] 韩德民. 鼻内窥镜下颅底手术. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,42(5): 321-323.

(修回日期:2010-03-15)

· 消息 ·

“湖南省耳鼻咽喉腔镜诊疗质量控制及鼻科学相关问题学习班”通知

中南大学湘雅三医院将于2010年7月23~26日在湖南长沙主办国家级继续教育学习班,主要内容是“耳鼻咽喉腔镜质量控制及鼻科学相关问题”。会议诚邀全国知名专家许庚、张罗、孙虹和谭国林教授主讲。

请参会人员务必将与中南大学湘雅三医院耳鼻咽喉头颈外科(410013),或者通过手机短信或邮箱将相关内容发给联系人。联系人:李亮明(13975821456 0731-88618566)邮箱:LLM1018@126.com.