

· 临床研究 ·

面中部掀翻术在头颈肿瘤外科中的应用

谢 晋,董 频,金 斌,於子卫

(上海交通大学附属第一人民医院 耳鼻咽喉头颈外科,上海 200080)

摘 要: **目的** 探讨面中部掀翻术在头颈肿瘤手术中的应用及疗效。**方法** 回顾性分析 38 例面中部掀翻手术的临床资料,其中鼻腔鼻窦良性病变 14 例,鼻腔鼻窦恶性肿瘤 24 例,TNM 分期(UICC 2002): $T_1 N_0 M_0$ 5 例, $T_2 N_0 M_0$ 8 例, $T_3 N_0 M_0$ 7 例, $T_3 N_1 M_0$ 1 例, $T_4 N_0 M_0$ 3 例。根据病情分别采用面中部掀翻及其改良术式切除肿瘤。**结果** 37 例完整切除肿瘤,手术切除率 97.4% (37/38),无面形改变、鼻孔狭窄等术后并发症。36 例患者术后呼吸、吞咽、发声功能均正常。24 例恶性肿瘤随访 7 个月至 6 年, T_{1+2} 期的 3、5 年生存率分别为 85.7%、80%, T_{3+4} 期的 3、5 年生存率为 62.5%、33.3%。**结论** 面中部掀翻手术对于鼻腔鼻窦肿瘤和累及前颅窝底肿瘤均取得了良好的疗效,具有较好的临床应用价值。

关 键 词: 面部中部掀翻术;外科手术;肿瘤;鼻窦;颅底

中图分类号:R739.91;R782.2 文献标识码:A 文章编号:1007-1520(2011)03-0181-05

Clinical application of midfacial deglove approach in the surgical treatment of tumors of head and neck

XIE Jin, DONG Pin, JIN Bin, et al.

(Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Shanghai First People's Hospital of Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200080, China)

Abstract: **Objective** To investigate the application and curative effect of midfacial deglove in the surgical treatment of tumors of head and neck. **Methods** Clinical data of 38 patients receiving surgical treatment of tumors of head and neck via midfacial deglove approach was analyzed respectively. Of them, the pathological diagnosis was benign in 14 cases and malignant in 24. According to UICC 2002 criteria, there were 5 patients in $T_1 N_0 M_0$, 8 in $T_2 N_0 M_0$, 7 in $T_3 N_0 M_0$, 1 in $T_3 N_1 M_0$ and 3 in $T_4 N_0 M_0$. The midfacial deglove approach or modified midfacial deglove approach was adopted to remove the tumor based on the state of patient's lesion. **Results** The lesions were excised completely in 37 patients with a total removal rate of 97.4% (37/38). There were no postoperative complications such as stenosis of the nasal aperture or facial deformity. The functions of respiration, deglutition, phonation returned to normal in 36 patients. The 24 patients with malignant lesions had been followed up for 7 months to 6 years postoperatively. The 3-year and 5-year survival rates of the patients at T_1 , T_2 stages were 85.7% and 80% respectively, and those of the patients at T_3 , T_4 stages were 62.5% and 33.3% respectively. **Conclusion** With good curative effect, the midfacial deglove approach is an alternative for the surgical treatment of tumors of nasal-paranasal cavities and those involving anterior cranial fossa.

Key words: Midfacial deglove operation; Surgery; Neoplasm, nasal sinus; Skull base

临床上切除鼻腔鼻窦的恶性肿瘤甚至

一些良性肿瘤(如内翻性乳头状瘤等)采用鼻侧切开术,患者术后面部遗留瘢痕、身体创伤和精神负担颇大。部分学者认为面中

部掀翻术(Midfacial deglove operation, MDO)适应证较窄,仅能应用于治疗鼻腔鼻窦的良性肿瘤及早期低度恶性肿瘤,不宜用于切除范围较大的肿瘤。笔者自2003年起应用该术式治疗了部分良恶性病,取得了较为满意的疗效,现总结如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料

2003~2009年上海交通大学附属第一人民医院耳鼻咽喉头颈外科完成面中部掀翻手术38例,其中男25例,女13例,年龄13~78岁,平均42.1岁。38例患者中良性病变14例,其中广泛累及上颌窦的鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤7例、侵及翼腭窝颞下窝的鼻咽纤维血管瘤4例、上颌骨骨瘤2例、筛窦脑膜瘤1例;恶性肿瘤24例中鼻腔癌3例,上颌窦癌16例,鼻腔筛窦癌5例。术后病理:鳞癌21例,腺样囊性癌3例,TNM分期(UICC 2002年): T_1N_0 4例, T_2N_0 9例, T_3N_0 7例, T_3N_1 1例, $T_{4a}N_0$ 2例, $T_{4b}N_0$ 1例,均无远处转移,其中侵及前颅窝底者2例,累及眶尖及硬脑膜者1例。伴颈部淋巴结转移者术中先行同侧选择性颈清扫(Level I、II、III区), T_4 者行面中掀翻的颅面联合径路。恶性肿瘤均于术后4~6周给予辅助放疗,剂量40~60 Gy。

1.2 手术方法

①鼻腔切口:贯穿切开鼻中隔前端与鼻小柱交界处,向下切至鼻底,向外弧形切开鼻阈达皮下,向外上于隔背软骨鼻背板下缘与大翼软骨交界处切开,达鼻背处皮下,外下切至梨状孔外侧缘骨质,沿梨状孔外侧上颌窦前壁骨膜向上方钝性剥离,上至眶下孔,外至颧突前方。于鼻腔前端纵行切开鼻腔外侧壁黏骨膜,上达鼻中隔上端下至鼻底,制备鼻腔外侧壁双蒂黏膜瓣,以防术后鼻腔狭窄。②口腔切口:于上唇唇龈反折处稍上方切开至两侧第1磨牙间,深至上颌骨骨质。沿上颌骨骨膜向上剥离与鼻内切口相连。将面中部组织瓣翻起,向上进一步松解鼻背皮肤与鼻骨、隔背软骨处的连接,至内眦水平(图1,2)。③凿开上颌窦前壁并

扩大术野:去除部分鼻骨、梨状孔周围骨质及上颌窦内侧壁,去除鼻泪管及中鼻甲,咬除前后组筛窦,上方可至眶下孔,外上达颧突,内上至泪囊窝,必要时可切除下鼻甲。咬除上颌窦后外侧壁骨质,可显露翼腭窝。④单侧病变:口内切口达对侧尖牙或侧切牙即可,鼻内切口不变,其余两侧切口均简化为患侧切口,将患侧的面部组织瓣上翻,可显露患侧鼻骨、鼻中隔、梨状孔、颧骨、眶下缘。⑤碘仿纱条填塞鼻窦或和鼻咽,凡士林油纱条填塞鼻腔,面颊部以纱布球外压迫24~48小时。

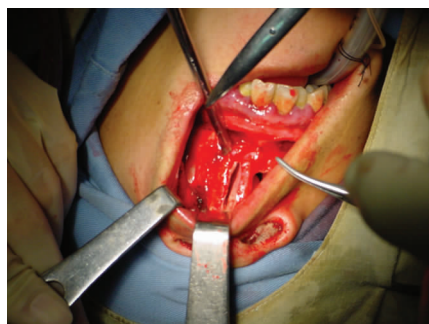


图1 面中部掀翻后

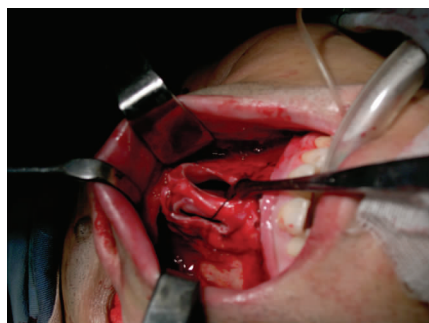


图2 面中部掀翻后

2 结果

37例肿瘤患者术中完整切除肿瘤,手术切除率97.4%(37/38),1例鼻咽纤维血管瘤(为二次手术),术后1个月CT示蝶窦有部分肿瘤残留,术后3年CT复查,肿瘤消失。36例患者术后无面部畸形、呼吸、吞咽、发声等功能均正常。并发面颊部血肿3例,2例于穿刺抽吸加压包扎后消失,1例因少年不配合,任其自行吸收消失;鼻前庭

狭窄2例,术后3个月见鼻前庭缩窄,但无鼻塞等自觉症状;上颌窦牙龈瘘1例,为73岁老者,多因营养状况较差、年龄较大所致;外鼻畸形1例,为患上颌窦腺癌的13岁少年,术后曾行放疗,术后3年见患侧发育欠佳,鼻尖部向患侧偏斜,鼻背呈C型弯曲;24例恶性肿瘤随访时间7个月至6年,平均随访时间31.5个月,失访2例(分别于术后15个月和27个月),随访率91.7%(22/24),其中随访满3年者15例,生存12例,随访满5年者8例,生存5例,其中 T_{1+2} 期的3、5年生存率分别为85.7%和80%, T_{3+4} 期的3、5年生存率分别为62.5%和33.3%。

3 讨论

面中部掀翻术可提供一较鼻侧切开、Denker切口更宽阔的入路。术中可进入鼻腔、上颌窦、筛窦和蝶窦,接近前、中颅凹底;彻底切除两侧鼻腔和鼻窦的肿瘤;可切开上颌窦的后外侧壁进入翼腭窝、颞下窝和鼻咽部;并可作为经中隔-蝶窦,手术的径路。Berghaus^[1]认为MDO可为暴露双侧面中部区域提供良好的进路,特别是鼻腔、鼻窦、颅底及斜坡。

在临床应用中笔者体会到MDO与传统面部切开术式相比具有以下优点:①术野宽阔,径路缩短,可广泛地暴露上颌骨、筛窦及蝶窦、鼻腔、鼻中隔和鼻咽部;②面颊部支撑点鼻、颧突、上颌牙槽突等部位术中不触动,术后面形无改变及瘢痕;③面中部掀翻的组织瓣内有面动脉、眶下动脉等丰富的血供,术后不致面部软组织坏死;④操作范围仅限于鼻腔、鼻窦或鼻咽部,损伤少,术后恢复快,对于鼻咽部肿瘤可避免硬腭切口造成的软腭运动麻痹,无吞咽、发声等并发症,可切除上颌窦前、后壁达翼腭窝,处理上颌动脉方便;⑤不受患者年龄的限制;⑥可同时切除双侧面中部病变,MDO存在的主要缺点是术后鼻腔易干燥结痂及面部感觉异常,前者可通过清理和冲洗解决,后者可自行缓解。

鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤具有浸润性

破坏性生长、复发率高,有恶变倾向,切除不彻底是术后复发的根本原因。本组7例均为原发于上颌窦并广泛侵及上颌窦的内翻性乳头状瘤患者,鼻内镜下难以显露如上颌窦前下和内上壁的病变。笔者采用面中部掀翻后,咬除瘤体周围的梨状孔骨质及部分鼻骨,暴露出鼻腔瘤体上缘,打开上颌窦前壁及外侧壁,去除鼻腔外侧壁下部骨质,切开鼻腔外侧壁的软组织,显露上颌窦和鼻腔内肿瘤,去除部分鼻骨及上颌骨鼻突可暴露筛窦内肿瘤,直视下彻底切除肿瘤。

鼻咽纤维血管瘤是具有一定侵袭性的良性肿瘤,可因对周围组织器官的累及造成相应的堵塞及压迫症状,常见的累及部位如鼻腔、鼻窦、翼腭窝、颞下窝、甚至颅内。本组4例患者肿瘤已累及翼腭窝甚至颞下窝,既往多采用硬腭切口加磨牙后扩大切口,手指绕经上颌窦外侧壁至翼腭窝,非直视下剥除肿瘤,易造成肿瘤残留。笔者采用面中部掀翻后,咬除患侧部分鼻骨及梨状孔周边骨质,凿开并扩大患侧上颌窦前壁,咬除上颌窦内侧壁骨质,剪除鼻泪管,去除中鼻甲,切除除前、后组筛窦,去除上颌窦后外侧壁骨质,可充分显露翼腭窝和颞下窝,完整切除肿瘤。

鼻腔鼻窦恶性肿瘤的手术进路要做到充分暴露、尽量减少出血且不损害面容。而MDO能良好的显露鼻腔、鼻中隔、上颌窦、筛窦、蝶窦、鼻咽及斜坡等解剖部位,缩短术距,拓宽术野。Krause等^[2]经过尸解比较发现,标准的面中部掀翻术暴露术野的范围为 $1.6 \times 1.0 \text{ cm}^2$ /侧,而改良面中部掀翻术为 $3.7 \times 1.0 \text{ cm}^2$ /侧。笔者采用MDO将面中部软组织瓣掀翻后,咬除梨状孔边缘骨质,扩大上颌窦前壁骨窗,暴露患侧鼻腔及上颌窦。依序截断上颌骨各连接处,于患侧眼外眦水平向外侧做一长约1~3cm的切口,深达骨质,分离眼球,保留上下睑板,尽量保留穹窿结膜。钳夹切断视神经及其血管,将上颌骨与眼球一并摘除(如术中发现眶筋膜完整无受累,眶内软组织可与肿瘤分离,可酌情保留眼球)。分离眼眶软组织时,须将下半范围的全部眶内容与骨壁分

离,内侧须达额骨鼻突高度,包括切断鼻泪管并暴露筛板,深度尽量达到眶尖。术中可借助鼻内镜以增亮术野,切除肿瘤后应详细检查窦腔的顶壁和外侧壁,观察有无骨质破坏。Westhofen 等^[3]利用面中部掀翻术行上颌骨全切术治疗上颌窦成釉细胞瘤。Jeon 等^[4]报道了改良面中部掀翻径路成功地进行了上颌骨截除术。

临床上对于侵犯前颅底的鼻腔鼻窦的肿瘤,常用的面部手术入路主要以鼻侧切开术、鼻外筛窦入路(如:Lynch-Howarth 手术、Patherson 手术)等面部切开术式为主。对于面部皮肤软组织未受累及的病例,笔者采用面中部掀翻手术径路代替传统的面部切开术式,待神经外科自颅内切除肿瘤的颅内部或将肿瘤剥离后推入鼻腔一并切除。肿瘤切除后可于同一术野内以带蒂岛状颞肌肌

筋膜瓣修复颅底或眼眶(图 3,4):于帽状腱膜深面显露颞深筋膜,于颞上线及颞弓上缘切开颞肌,沿颅骨骨膜下剥离颞肌制成颞肌肌筋膜瓣,转至颅底缺损区,并以生物胶粘和固定,修复加固颅底组织缺损;修复眶时在患侧眶外侧壁凿一骨窗,将颞肌肌筋膜瓣经骨窗转至眶腔,眶底成型制成义眼床。术中注意保护面神经颞支以免影响眼轮匝肌的运动。采用面中部掀翻的颅面联合手术既可完整切除肿瘤,又达到了面部美容的效果(图 5,6)。本组 1 例患者术后安装了义眼。术后适当应用脱水剂,半坐位,腰穿蛛网膜下腔置管持续引流,5~7 d 后去除鼻腔填塞物。恶性肿瘤患者的放疗宜在术后 1 个月后进行。Osguthorpe 等^[5]采用包括面中部掀翻进路在内的几种常用的颅面联合手术入路,用以切除前颅底肿瘤。



图 3 颞肌肌筋膜瓣修复颅底



图 4 颞肌肌筋膜瓣修复眶底



图 5 术后正面观



图 6 术后侧面观

笔者体会行 MDO 较鼻侧切开术技术要求更高,应熟悉封闭性鼻成型术的切口和鼻腔、鼻窦及颅底的结构。同时应注意:①对于颅底和蝶窦的病变应严格定位,防止脑脊液漏,留意双侧颈内动脉,前上方两侧视神

经;②切除鼻咽纤维血管瘤时,可先结扎一侧颈外动脉,以减少术中出血;③术中较大的出血多来自腭大动脉、筛前动脉、上颌动脉,可予结扎、电灼或骨蜡止血;④于梨状

(下转第 188 页)