

· 临床研究 ·

腮腺良性肿瘤切除附 143 例报告

刘 及, 苏少武, 谢飞虎, 杨培新

(广东省台山市人民医院耳鼻咽喉科, 广东台山 529200)

摘要: **目的** 分析腮腺良性肿瘤的外科治疗。**方法** 回顾分析1995年8月~2009年12月143例行腮腺良性肿瘤手术资料,其中腮腺浅叶肿瘤115例,深叶肿瘤28例。病理诊断Warthin瘤69例(占48.28%),混合瘤63例(占44.06%)。其中有5例为双侧。行腮腺浅叶区域切除术73例,腮腺浅叶切除术42例,腮腺部分浅叶切除+深叶肿瘤切除13例,腮腺全切除12例,保留腮腺浅叶的深叶肿瘤切除3例。术中均解剖和保护面神经。保留腮腺导管89例。**结果** 术后随访6个月至2年。术中面神经损伤18例,术后半年内2例恢复不全。术后面神经不全麻痹者28例,均在2个月内完全恢复。涎瘘11例,半年内痊愈。Frey综合征征6例。肿瘤复发2例。**结论** 腮腺良性肿瘤以腮腺浅叶区域切除为首选术式,腮腺浅叶切除为补充。深叶肿瘤可部分解剖面神经,酌情保留腮腺浅叶,使腮腺的功能和外观得到改善。术中勿苛求面神经支干的绝对干净。合理使用电刀可减少术中出血、面神经损伤及术后涎瘘。

关键词: 腮腺肿瘤;手术;面神经

中图分类号: R739.8

文献标识码: A

文章编号: 1007-1520(2011)03-0185-04

Resection of parotid benign tumors (a report of 143 cases)

LIU Ji , SU Shao - wu , XIE Fei - hu , et al .

(Department of Otorhinolaryngology , the People ' s Hospital of Taishan , Taishan 529200 , China)

Abstract : **Objective** To analyze the surgical treatment of parotid benign tumors . **Methods** Clinical data of 143 patients with parotid gland benign tumors hospitalized from August 1995 to December 2009 was studied retrospectively . Of all the 143 cases , 28 tumors were located in deep-lobe , 115 in superficial lobe ; 5 were bilateral . As for the pathological diagnosis , Warthin tumor was confirmed in 69 cases (48 . 28 %) and mixed tumor in 63 cases (44 . 06 %) . As for the surgery , parotid partial superficial lobectomy was performed in 73 cases , parotid superficial lobectomy in 44 cases , parotid partial superficial lobectomy and deep-lobe tumor resection in 13 cases , total parotidectomy in 12 cases and deep-lobe tumor parotidectomy with preservation of the superficial lobe in 3 cases . During operation , the facial nerve was surgically anatomized and protected in all cases . The parotid duct was reserved in 89 cases . **Results** The postoperative followed-up time ranged from six months to 2 years . Intraoperative facial nerve injury occurred in 18 cases and got recovered within six months except incomplete recovery in 2 . Incomplete paralysis of facial nerve in 28 cases which got complete restored with in 2 months . Salivary fistula in 11 cases recovered within six months . Frey syndrome occurred in 6 cases . Tumor recurrence occurred in 2 cases . **Conclusion** For the benign tumor in the superficial lobe of parotid gland , regional surgical resection is preferred with superficial lobectomy as supplement . As for the deep-lobe tumor , the facial nerve can be partially anatomized and the superficial lobe should be appreciately retained to satisfy both patients and surgeons in the parotid function preservation and cosmetic appearance . Absolute clearance of the facial nerve branch is not excessively demanded . Rational use of electric knife can reduce blood loss , facial nerve

injury, and postoperative salivary fistula formation.

Key words: Parotid gland tumor; Surgery; Facial nerve

腮腺是人体三对大涎腺中最大的腺体,大约 80% 的涎腺肿瘤发生在腮腺。腮腺肿瘤中约 80% 为良性^[1],手术切除是治疗腮腺实质性病变的最常用的方式。回顾我科于 1995 年 8 月~2009 年 12 月施行手术治疗、有随访资料的 143 例腮腺良性肿瘤患者,报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

1995 年 8 月~2009 年 12 月我科共完成腮腺手术 181 例,其中良性肿瘤 154 例(占 85.1%),有完整随访资料的良性患者 143 例,其中男 99 例,女 44 例;年龄 12~76 岁,平均年龄 52.2 岁,病程最长 20 年。肿瘤直径 < 3 cm 者 43 例,≥ 3~5 cm 87 例,> 5 cm 13 例。瘤体位于腮腺浅叶 115 例,腮腺深叶 28 例(占 19.6%)。临床表现主要为耳前、耳后、耳垂下肿块。143 例术后病理检查确诊:乳头状淋巴囊腺瘤(Warthin 瘤)69 例,多形性腺瘤(混合瘤)63 例,良性淋巴上皮病变 2 例,黏液囊肿伴炎症 2 例,血管外皮瘤 1 例,透明细胞肌上皮瘤 1 例,急性淋巴上皮囊肿伴炎症 1 例,毛细血管瘤 1 例,纤维腺瘤 1 例,脂肪瘤 1 例、嗜酸性肉芽肿 1 例。其中双侧病变 5 例(Warthin 瘤 4 例、混合瘤 1 例)占 3.5%;复发再手术 9 例,占 6.3%,均为单纯肿瘤切除术后复发(混合瘤 6 例,Warthin 瘤 3 例)。

1.2 手术完成情况

1.2.1 手术基本情况 143 例腮腺手术中,气管插管全身麻醉 132 例,静脉全身麻醉 9 例,局麻加强化 2 例。施行术式:腮腺浅叶区域切除术 73 例,腮腺浅叶切除术 42 例,腮腺部分浅叶切除+深叶肿瘤切除 13 例,腮腺浅叶切除+深叶肿瘤切除 12 例,保留腮腺浅叶的深叶肿瘤切除^[2] 3 例。手术中均解剖和保护面神经。保留腮腺导管^[3] 89 例。术中使用电刀、双极电

凝,手术术腔均置橡胶管行负压引流。术后次日开始加压包扎。48 h 拔除引流管,术后第 8 天拆线(12 例延期至第 10 天拆线)。

1.2.2 手术切口及皮瓣制作 手术皮肤切口采用经典的“Y”形、“S”形切口。①“Y”形切口 17 例:适用于肿瘤较大的患者,从患者耳廓根部后缘中部处开始,沿着耳廓根部后缘平行相距 1 cm 处向下,绕耳垂下转向上,平行其根部前缘至中部;再从此切口耳垂下最低点开始,向下平行于下颌支后缘作第二切口,两切口连接而成。此切口早期使用,因切口夹角处皮肤愈合欠佳或坏死,目前已少应用。②“S”形切口 125 例:从耳屏前开始,沿耳前皮肤皱折线向下,至耳垂下转向胸锁乳突肌前缘,向下绕过下颌角,沿下颌骨下缘到达嚼肌前缘。皮瓣制作:切开皮肤后,以电刀(功率调至可产生切割的最低输出状态)切开皮下组织及颈阔肌达腮腺咬肌筋膜表面/深面翻瓣;向前、后分离暴露腮腺表面各方边缘。

1.2.3 术中面神经解剖的顺序 依腮腺肿瘤的位置、大小确定面神经解剖的顺序。对于肿瘤影响面神经主干的患者,可寻找腮腺导管定位(在耳垂至鼻翼和口角中点的水平线上、中 1/3 部即导管位置),找出面神经颊支(45 例),或在腮腺后下缘、后下缘中点处寻找面后静脉,在面后静脉进入腮腺组织处分离寻找面神经下颌缘支(30 例),再逆向分离寻找面神经支干、主干。上颊支常越过腮腺导管,注意勿损伤。对于肿瘤未直接影响面神经主干的患者,沿腮腺后缘、胸锁乳突肌前缘分离达乳突尖、于乳突尖前上 1~1.5 cm,按面神经行径方向分离,找出面神经主干(68 例);再顺向解剖出面神经颞面干、颈面干;最后解剖出面神经各分支。

1.2.4 腮腺病变的处置 根据临床表现、B 超、CT、MR 扫描等检查确定手术方式。对病灶边界不清、多灶性病变、较大病灶(> 4 cm)、病变侵及深叶、病变固定等情

况选用腮腺浅叶切除术或浅叶+深叶切除,其余病例均选用腮腺区域切除术。①腮腺浅叶的处置:在暴露腮腺后,再次判断术前设计的术式是否恰当,评估切除范围。对于病变评估为良性者(孤立病灶、边界清晰、无粘连、 $< 4\text{ cm}$ 、周围无结节、无淋巴结转移)采用腮腺包膜内距肿瘤 $0.5 \sim 1\text{ cm}$ 的腺体区域^[4-5]切除,用电刀于腮腺腺泡膜内切除,创面不需结扎;对病灶边界不清、多灶性病变、较大病灶、病变固定等情况,采用浅叶切除。②腮腺深叶的处置:先解剖面神经并将腮腺浅叶(全切/部分切)切除,对于深叶孤立病灶可解剖出面神经主干,再由后下向前解剖翻起腮腺浅叶,再游离肿瘤浅面的面神经,将面神经用神经拉钩拉开后切除肿瘤及周围腮腺组织。

2 结果

术后随访 6 个月至 2 年。术中面神经下颌缘支损伤 5 例,颈支损伤 13 例,术后半年内有 2 例恢复不全。术中未伤及面神经,术后第 2 天开始出现下颌缘支不全麻痹者 28 例,均在 1~2 个月内完全恢复。发生涎瘘 11 例,经服用 Atropine、局部加压痊愈 9 例;另 2 例于半年内痊愈。在腮腺浅叶全切、腮腺全浅叶/部分浅叶切除+深叶肿瘤切除病例中,术后腮腺区局部凹陷畸形,影响面容者 62 例;腮腺浅叶区域切除、保留腮腺浅叶的深叶肿瘤切除,术后仅 3 例存在面部凹陷畸形。所有病例中有 2 例混合瘤复发再手术。Frey 综合征 6 例。

3 讨论

腮腺肿瘤根据肿瘤性质、位置、大小,有腮腺浅叶区域切除、腮腺浅叶切除、腮腺次全切除等不同术式。腮腺(全)浅叶切除术适用于腮腺良性肿瘤,和 T1~T3 肿瘤局限于腮腺浅叶且未侵犯面神经的恶性肿瘤的基本术式^[4-5]。术前的穿刺针吸细胞学组织检查有助于术前基本明确肿瘤性质;但由于条件要求较高,较难广泛被采用,且长期存在争议^[6]。对病变性质有疑问时,手术中

快速冰冻切片病理检查很有必要。对腮腺良性肿瘤,手术切除是治疗的主要手段,要遵循“在根治肿瘤的前提下,尽可能保存器官的形态和功能”^[7]的肿瘤外科的基本原则,既要求彻底切除肿瘤,又要保留面神经。在腮腺良性肿瘤中乳头状淋巴囊腺瘤、混合瘤绝大多数采用单纯的肿瘤摘除术,复发率高;选择腮腺浅叶切除或浅叶部分切除的术式较为稳妥;对累及深叶者加深叶部分切除。腮腺深叶肿瘤多数是良性的^[6],而且包膜较厚,对于术前 B 超、CT 或 MRI 检查明确位于腮腺深叶有完整清晰边界的肿瘤,可采取部分解剖面神经保留腮腺浅叶的腮腺深叶肿瘤切除术。近年来国内逐渐推行腮腺区域切除术^[7-9],有利于缩短手术时间、减少面神经损伤、减轻面部凹陷畸形、保留部分腮腺的功能,笔者赞同此观点。笔者早期手术中多采用腮腺浅叶切除术,术后患者多有颜面凹陷畸形,有些患者无法接受,采用腮腺区域切除后,颜面凹陷畸形明显减少,患者也乐意接受。

对于单个、边界清晰的病变,可选择腮腺浅叶区域切除术。在腮腺部分切除的病例中,离体标本要剖开仔细观察肿块包膜是否完整、是否有无卫星病灶,如有异常情况应及时扩大腮腺切除范围。对不能整块切除的巨大肿瘤,施行分块切除时要采用术中快速冰冻切片病理检查的方法,以确定病变性质,选定进一步手术的方式,以保证根治肿瘤的原则。

手术中解剖面神经的径路,依肿瘤的位置、大小确定,首先考虑术者的操作习惯和方式。肿瘤位于耳下,可采用由前向后的方法,先找到腮腺导管,再找到面神经颊支及其他分支,沿分支向后解剖其主支和主干。对于在腮腺前部的肿瘤,可采取由后向前的方法,先找到面神经主干,再解剖出主支及其分支。当肿瘤较大位于耳下深部、或位于腮腺深叶时,面神经主干、主支常被挤压呈扁平膜状,在解剖面神经的过程中要特别注意,除非恶性病变,不要随意切断任何一枝神经。

合理使用电刀:电刀的输出功率要调至可产生切割效应的最低输出状态,以使得切

割时对周围组织的灼伤最小;细小血管、腺管可予电刀切断,小血管使用双极电凝局灼后电刀切断,稍粗的血管则予以钳夹、剪断、结扎或缝扎。使用电刀切除腮腺,术腔几乎无线结,使得术后反应轻。以电刀切除腮腺,在接近神经支配解剖部位时,操作者要细心操作、避免直接损伤面神经,电刀的微量电刺激可产生相应神经支配区域的肌肉收缩,此征强烈提示已接近面神经,有助于减少面神经损伤。

笔者认为,在腮腺良性肿瘤的手术中,恰当地选择术式、合理地使用电刀,有助于缩短手术时间、减少并发症、保留部分腮腺功能。

参考文献:

[1] 邱蔚六. 口腔颌面外科学[M]. 第4版. 北京:人民卫生出版社,2001, 305.

- [2] 张乃嵩,魏炜,孙俊永. 腮腺深叶肿瘤切除[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007, 42(10): 757-759.
- [3] 王卫之,邢在臣,张古泉,等. 不结扎腮腺管的腮腺部分切除术治疗腮腺良性肿瘤[J]. 上海口腔医学,2003, 12(3): 223-22.
- [4] 温玉明,陈润良,王昌美. 腮腺多形性腺瘤腺体切除范围的病理依据[J]. 华西口腔医学杂志,2003, 21(5): 359-360.
- [5] 伍国号. 头颈肿瘤外科手术术式与技巧[M]. 第1版. 北京:人民军医出版社,2004, 9: 193.
- [6] 韩德民. 2010耳鼻咽喉头颈外科学新进展[M]. 北京:人民卫生出版社,2010, 11: 218-219.
- [7] 俞光岩,马大权. 腮腺肿瘤切除术的改进和发展[J]. 中华口腔医学杂志,2007, 42(1): 6-9.
- [8] 陈峻岭,王磊,刘会杰,等. 区域性切除术治疗腮腺良性肿瘤的临床应用研究[J]. 实用诊断与治疗杂志,2005, 19(9): 651-652.
- [9] 王晓军,郭俊梅,王志刚. 腮腺良性肿瘤区域性切除8例临床分析[J]. 口腔医学,2004, 24(5): 314-315.

(修回日期:2011-05-01)

(上接第184页)

孔两侧制作鼻腔外侧壁双蒂黏膜瓣,可防止术后鼻腔狭窄。

综上所述,面中部掀翻术可应用于鼻腔鼻窦鼻咽部良、恶性肿瘤和累及前颅窝底的鼻源性肿瘤的切除术中,疗效满意。随着外科手术微创理念的深入和人们对生活质量要求的提高,面中部掀翻术在头颈肿瘤外科中有着较好的临床应用前景。

参考文献:

[1] Berghaus A. Midfacial degloving-access to nasal cavity and paranasal sinuses[J]. HNO, 1990, 38(1): 7-11.

- [2] Krause GE, Jafek BW. A modification of the midface degloving technique[J]. Laryngoscope, 1999, 109(11): 1781-1784.
- [3] Westhofen M, Mautsch W, Blaum M. How I do it-total maxillectomy via midfacial degloving[J]. Laryngo-Rhino-Otologie, 2001, 80(9): 542-5.
- [4] Jeon SY, Jeong JH, Kim HS, et al. Hemifacial degloving approach for medial maxillectomy: a modification of midfacial degloving approach[J]. Laryngoscope, 2003, 113(4): 754-6.
- [5] Osguthorpe JD, Patel S. Craniofacial approaches to tumors of the anterior skull base[J]. Otolaryngologic Clinics of North America, 2001, 34(6): 1123-42.

(修回日期:2011-06-01)