

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201506015

· 临床报道 ·

25例鳃裂囊肿及瘻管临床分析

张海港, 樊明月, 窦训武

(苏州大学附属儿童医院耳鼻咽喉头颈外科, 江苏苏州 215003)

摘要: **目的** 探讨鳃裂囊肿及瘻管的临床诊治方法。**方法** 回顾性分析25例鳃裂囊肿及瘻管(第一鳃裂囊肿及瘻管8例,第二鳃裂囊肿及瘻管16例,第三鳃裂瘻管1例)的个体化治疗方法及结果。手术沿囊肿表面或瘻口周围行横梭型切口,分离囊肿或瘻管并完整切除。对于瘻管较长者,于同侧下颌角下行第二横切口,建立皮下隧道,切除瘻管。2例行S型切口,术中分离保护面神经并切除囊肿;1例经颈侧切开外引流,1例经咽切开内引流并静脉抗生素治疗。**结果** 术后随访11~44个月,其中8例第一鳃裂囊肿及瘻管(6例采用梭型切口,2例采用S行切口)及14例第二鳃裂囊肿及瘻管(6例采用梭型切口,8例采用阶梯状切口)一期愈合。1例第二鳃裂囊肿行颈侧切开外引流后出现轻度面瘫,经抗生素及甲强龙治疗1周后面瘫消失,形成瘻管。1例第二鳃裂囊肿系新生儿,因无占位及感染征象,仅随访观察。1例第三鳃裂瘻管术前误诊为咽后壁脓肿,术中确诊并行咽内引流及抗生素治疗后感染控制出院。**结论** 个体化的手术是鳃裂囊肿及瘻管有效的治疗方式,“液-气”征提示鳃裂瘻管继发感染可能。

关键词: 鳃裂瘻管;鳃裂囊肿;气-液征

中图分类号: R739.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2015)06-0493-03

先天性颈侧囊肿及瘻管包括来源于第一鳃裂的耳颈囊肿及瘻管和第二、三、四鳃裂的囊肿及瘻管,外瘻口及绝大多数全程皆位于颈侧。凡在咽内及颈侧皮肤均有开口者称为瘻管,仅在咽内或颈侧皮肤一端有开口者称为不完全瘻管或窦道。若两端均无开口,仅为残留于组织内的上皮腔隙,则因分泌物潴留而发展称为囊肿。手术彻底切除囊肿或瘻管是唯一有效的根治方法。2011年2月~2013年10月我科收治鳃裂囊肿及瘻管25例,经手术治疗效果好。现报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

本组患者共25例,其中男16例,女9例;年龄9d至11岁,平均4.8岁;体重4~50kg,平均19.43kg。其中左侧18例,右侧3例,双侧4例。第一鳃裂囊肿及瘻管8例,第二鳃裂囊肿及瘻管16例,第三鳃裂囊肿及瘻管1例。发病部位:病灶位于下颌角及耳垂后耳后8例,位于颈侧胸锁乳突肌前缘中1/3和下1/3处者16例,咽后壁者1例。

临床表现: 鳃裂瘻管症状典型,多为胸锁乳突肌前缘有细小瘻口,挤压时有少量白色分泌物溢出,可触及条索状物。鳃裂囊肿多表现为颈部无痛性肿块,生长缓慢,检查时表面光滑,质软,多有囊性感。伴发感染时则突然增大,红肿胀痛,因占位效应可造成呼吸及吞咽困难,并可能造成误诊。辅助检查:1例鳃裂瘻管伴囊肿行B超检查提示囊性肿块,其余鳃裂瘻管因诊断明确未行进一步辅助检查。1例第一鳃裂囊肿术前MRI考虑腮腺占位;1例术前MRI提示颈侧淋巴管瘤;1例术前MRI提示咽旁隙感染;1例术前CT提示颈部肿块;1例术前颈部侧位片及CT提示咽后壁脓肿。

1.2 治疗方法

手术方法: 20例第一、第二鳃裂囊肿及瘻管患者沿囊肿表面或瘻口周围皮纹横行梭型切口4cm,切开皮下组织、颈阔肌,游离胸锁乳突肌前缘,分离囊肿或瘻管并完整切除。对于瘻管较长者,于同侧下颌角下约2cm行第二横切口约4cm,建立皮下隧道,游离瘻管至二腹肌后腹深面,切除瘻管。1例第一鳃裂囊肿因与腮腺关系密切,且术前MRI提示腮腺区占位,行S型切口,术中分离并保护面神经,发现囊肿位于腮腺筋膜处。1例第一鳃裂瘻管伴发同侧先天性外耳道狭窄,同样行S型切口,术中发现瘻管经腮腺后缘通外耳道深处。1例第二鳃裂囊肿感

作者简介:张海港,男,硕士,住院医师。
通信作者:窦训武,Email:Douxunwu@163.com

染,行颈侧切开外引流。1 例第三鳃裂囊肿伴感染经咽切开内引流并全身抗生素抗感染等保守治疗。手术时间 45 ~ 210 min, 平均 99.56 min。1 例第二鳃裂囊肿系新生儿, 因无占位及感染征象, 仅随访观察。

2 结果

术后随访 11 ~ 44 个月, 22 例行鳃裂囊肿及瘘管切除患者切口一期愈合, 未见复发。1 例第二鳃裂囊肿行颈侧切开外引流后出现轻度面瘫, 经抗生素及甲强龙治疗 1 周后面瘫消失, 局部脓肿消失, 造瘘口见持续白色黏液样分泌物, 形成瘘管, 拟二期手术切除。1 例第三鳃裂瘘管术前误诊为咽后壁脓肿, 术中行脓肿切开引流时确诊为第三鳃裂囊肿伴感染, 经咽内引流及抗生素治疗后感染控制出院, 未能一期手术切除瘘管。1 例术前 MRI 提示淋巴瘤患者, 术后病理提示鳃源性囊肿。

3 讨论

在胚胎发育过程中, 第一对鳃裂演变形成外耳道, 由第二对鳃弓与第五对鳃弓融合形成颈窦, 正常发育过程中颈窦会自然退化消失, 若退化不全则可形成鳃裂囊肿、鳃窦或鳃痿^[1]。先天性第一鳃沟瘘管及囊肿起源于第一鳃沟浅咽囊, 系第一鳃沟退化闭塞不全所致, 约占所有鳃裂囊肿的 5% ~ 7%。Work 将其分为 2 型, I 型来源于外胚层, 发生于位于外耳道至颌下三角之间; II 型来源于内胚层和外胚层, 发生于下颌角附近腮腺区, 本组 8 例, 为 32%。其中 1 例肿块及瘘管止于腮腺筋膜处, 1 例瘘管经腮腺后缘通外耳道深处, 且患儿同侧外耳道狭窄。

第二鳃裂囊肿及瘘管系第二鳃沟及咽囊演化过程中异常形成, 最常见, 约占 95%。由于鳃裂与颈窦的解剖学关系, 可以发生在腭扁桃体至锁骨上窝任何一处, 一般为无痛性圆形或椭圆形肿块, 生长缓慢。感染后可突然增大。Bailey 将其分成 4 型: I 型位置表浅, 位于胸锁乳突肌前缘、颈阔肌深面; II 型较常见, 部位典型, 位于胸锁乳突肌浅面, 颈动脉间隙外侧和颌下腺后方; III 型位于颈动脉至咽侧面之间; IV 型囊肿位于咽黏膜间隙。本组有 16 例囊肿及瘘管, 约 64%, 低于既往文献报道。

鳃裂囊肿或瘘管半数以上在出生后即发现, 囊肿发病稍晚。本组发病年龄 9 d 至 11 岁, 平均

4.8 岁。其中 9 d 至 5 岁共 14 例(56%); 5 ~ 11 岁共 10 例(40%)。

先天性鳃裂瘘管诊断相对简单, 但需要与继发性瘘管相鉴别, 如结核感染、慢性化脓性中耳炎等。囊肿的诊断相对复杂, 注意与腮腺肿瘤、淋巴管瘤、颈部神经鞘膜瘤、皮脂腺囊肿等鉴别^[2]。囊性淋巴管瘤, 80% 好发于 2 岁以内儿童, 多位于颈后三角区, 多房性, 囊壁菲薄, 形态不规则, 向邻近的肌肉延伸, 呈浸润性生长, 有“见缝就钻”的特点^[3]。但对于单房之淋巴管瘤, 则与鳃裂囊肿鉴别困难, 本组即有 1 例术前 MRI 提示颈侧淋巴管瘤。但囊性淋巴管瘤质软、无痛, 因系淋巴静脉连接位置的淋巴系统发育异常所致, 在患者者哭喊时可以增大^[4]。颈部脓肿与合并感染的鳃裂囊肿的影像学表现难以鉴别^[3], 一旦出现“气-液”征, 多考虑鳃裂瘘管感染可能。孙利芳等^[5]认为“气-液”征为新生儿鳃裂囊肿常见的征象, 且提示瘘管存在。本组 1 例合并感染的病例可见典型“气-液”征(图 1), 术前以咽后脓肿入院, 术中发现左侧梨状窝一自然开口, 压迫脓肿后见脓液自瘘口涌出。神经鞘瘤囊性变后与鳃裂囊肿均可表现为颈部囊性团块, 前者可有“鼠尾”征, 后者亦可有短条状的瘘管残迹与囊肿相连呈“蝌蚪”征, 与“鼠尾”征有相似之处, 但瘘管残迹中央多可探及线样高回声^[6]。且神经鞘膜瘤因来源于神经, 常造成颈内动静脉向前移位, 颈内外动脉分叉可扩大, 而鳃裂囊肿引起的是整个颈动脉鞘向内移位, 颈内外动脉分叉不会扩大^[7]。



图 1 第三鳃裂瘘管继发感染, 咽后壁可见“气-液”征

鳃裂囊肿或瘘管最有效的治疗方法是手术切除。因第一鳃弓畸形系第一鳃裂外胚层缺陷或膜性外耳道的多重畸形, 囊肿或瘘管位于耳廓的前部和下部, 与腮腺有关, 瘘管沿着面神经向上延伸平行并终止于外耳道^[4], 与颈部血管、神经特别是面神经关系密切, 故面神经解剖在第一鳃裂囊肿或瘘管切

除术中可有效防止面神经不可逆损伤。李波等^[8]认为,无手术史的患者行面神经总干解剖法;而术前切开引流及瘘管切除史的患者^[9],考虑到局部瘢痕粘连牵拉可能使面神经主干移位导致术中寻找困难或误伤,行面神经下颌缘支解剖法较为安全。本组2例第一鳃裂瘘管患者全身麻醉后,做耳屏前至下颌角类似腮腺手术的“S”形切口。逐层切开皮肤和浅筋膜,暴露腮腺被膜。采用面神经主干解剖法暴露面神经后,1例发现囊肿位于腮腺筋膜处,钝性分离囊肿完整切除之。1例瘘管经腮腺后缘通外耳道深处,直视面神经下分离瘘管,切除内瘘口及其周围部分皮肤及部分外耳道软骨,碘仿纱条压迫填塞外耳道以防止外耳道狭窄,引流、包扎1周。术后未见面瘫及腮瘘等并发症。

第二鳃裂瘘管或囊肿于颈内动脉和颈外动脉之间穿过,进入颈动脉鞘的前方,开口于颈前皮肤。因其与颈鞘关系密切,颈内静脉往往紧贴囊肿壁,故手术时做好颈鞘解剖,应尽量采用钝性分离以防静脉壁破裂。囊肿过大时可先抽出部分囊液后再分离,以充分暴露术野。避免造成大出血和其他损伤^[10]。

第三鳃裂瘘管内口开口于梨状窝,穿经甲状腺叶者术中分离并紧贴甲状腺上极切断其上极血管,予以近心端双重结扎,后翻起腺叶探查喉返神经及甲状旁腺,予以追踪喉返神经至其入喉处。继续向上追踪至梨状窝,注意勿伤及喉上动脉及喉返神经,沿内瘘口周缘截断瘘管,梨状窝创口内翻缝合,逐层加固,置管负压引流。本组仅1例第三鳃裂瘘管,因

处于感染期,经口切开内引流及抗感染治疗后症状控制,未行一期手术。

参考文献:

- [1] Schroeder JW Jr, Mohyuddin N, Maddalozzo J. Branchial anomalies in the pediatric population[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2007,137(2):289-295.
- [2] Kenealy JF, Torsiglieri AJ Jr, Tom LW. Branchial cleft anomalies: a five-year retrospective review[J]. Trans Pa Acad Ophthalmol Otolaryngol,1990,42:1022-1025.
- [3] 刘勃,韦建强,张增俊,等.小儿鳃裂囊肿的CT诊断[J].实用放射学杂志,2010,26(12):1809-1811.
- [4] James B, Snow Jr P, Ashley Wackym. Ballenger耳鼻咽喉头颈外科学[M].北京:人民卫生出版社,2014:938.
- [5] 孙利芳,邵剑波.新生儿鳃裂囊肿的CT与MRI表现[J].临床放射学杂志,2007,26(7):717-719.
- [6] 孙超,何立红,张平锋.超声诊断鳃裂畸形[J].中国医学影像技术,2013,29(7):1099-2004.
- [7] 谭静,丁莹莹,封俊.16层螺旋CT在鳃裂囊肿诊断中的应用[J].当代医学,2009,15(9):85-86.
- [8] 李波,邹剑,郑虹,等.第一鳃裂瘘管切除术中面神经解剖的临床意义[J].中国耳鼻咽喉头颈外科杂志,2012,19(4):179-183.
- [9] 李常东,孟箭.17例第一鳃裂囊肿及鳃裂瘘的临床诊治报告[J].口腔医学杂志,2013,33(1):71-72.
- [10] 王军,张正锁.31例鳃裂发育畸形临床诊治分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2013,19(3):235-237.

(修回日期:2015-08-27)