

咽旁隙肿瘤的手术治疗

亓卫东,孙广滨,陈仲春,曹轶佼,袁芳,高海河,张国梁,严文洪
(复旦大学附属华山医院 耳鼻咽喉头颈外科,上海 200040)

摘 要: **目的** 探讨咽旁隙肿瘤的诊断及手术入路的选择。**方法** 回顾性分析经手术诊断及治疗的52 例咽旁隙肿瘤的临床资料,包括症状、体征、手术入路及术后病理结果。**结果** 52 例患者中 23 例(44. 2%)经颈侧入路,14 例(27%)经腮腺颈侧(腮颈)入路,10 例(19. 2%)为颈侧下颌骨入路,5 例(9. 6%)经口内入路。术后病理良性占 80. 8%,恶性 19. 2%。唾液腺及神经源性肿瘤分别占总数的 46. 2%和 28. 8%。52 例患者中 48 例行 I 期手术切除,术后恶性肿瘤复发率 30% (3/10),良性肿瘤复发率 7. 1% (3/42)。**结论** 术前运用影像学及组织病理学手段判断肿瘤性质及与周围重要结构的关系对于制定和完善手术计划至关重要,选择合适的手术入路有助于术中充分暴露肿瘤,提高手术安全性和减少术后并发症。

关 键 词:咽旁隙肿瘤;手术入路;治疗
中图分类号:R739. 63 文献标识码:A [中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2017,23(5):444-448]

Surgical treatment of parapharyngeal space tumors

QI Wei - dong, SUN Guang - bin, CHEN Zhong - chun, CAO Yi - tan, YUAN Fang,
GAO Hai - he, ZHANG Guo - liang, YAN Wen - hong
(Department of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, Huashan Hospital, Fudan University, Shanghai 200040, China)

Abstract: **Objective** To explore the diagnosis and the selection of surgical approaches for parapharyngeal space tumors. **Methods** Clinical data of 52 patients with parapharyngeal space tumors surgically treated were analyzed retrospectively. The data included clinical symptoms, signs, surgical approaches and postoperative pathological results. **Results** The adopted surgical approaches were transcervical (23/52, 44. 2%), transcervical - parotid (14/52, 27%), transmandibular (10/52, 19. 2%) and intraoral (5/52, 9. 6%). Postoperative pathology revealed that benign tumor held a majority (80. 8%) and malignancy accounted for 19. 2%. As for the primary lesions, slavery gland tumors and neurogenic tumors accounted for 46. 2% and 28. 8% of the total respectively. Complete resection of the tumors was achieved in 48 cases with recurrence rate of 30% (3/10) in patients with malignant tumors and 7. 1% (3/42) in benign ones. **Conclusion** It is important to prejudge the properties and anatomical relationships with vital structures of the parapharyngeal space tumors through CT, MRI and pathological examination. Selection of appropriate surgical approach can benefit full exposure of tumor, improvement of surgical safety, and decrease of postoperative complications.

Key words:Parapharyngeal space neoplasma; Surgical approach; Treatment
[Chinese Journal of Otorhinolaryngology-Skull Base Surgery,2017,23(5):444-448]

有关咽旁隙肿瘤(parapharyngeal space tumors, PPST)的报道始见于 20 世纪初^[1],由于咽旁隙肿瘤发病率低,迄今为止相关文献多局限于小样本资料报道。该位置肿瘤因解剖位置深在,组织病理分型多样,周围毗邻重要解剖结构,手术中视野狭窄而对临床诊治形成一定挑战。笔者回顾性总结了我院

52 例咽旁隙肿瘤患者的临床资料,报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

自 2002 ~ 2016 年经手术治疗的咽旁隙肿瘤 52 例。其中男 19 例,女 33 例,男女比例 1: 1. 8;年龄 23 ~ 73 岁,平均年龄 47 岁。症状多为无意中发

作者简介:亓卫东,男,博士,副主任医师。
通信作者:严文洪,Email:hs_ent@126. com

麻木、说话含混不清、声嘶等。部分患者无症状,仅在体检或头颅 MRI 检查时发现,9 例为外院或本院手术后复发或恶性肿瘤转移至咽旁隙。体征多为口内或颈部、颌下无痛性包块,部分患者无阳性体征,仅影像学检查证实咽旁隙肿瘤。所有患者术前均于外院或本院行 CT 和/或 MRI 检查(图 1)。

1.2 手术入路

52 例患者中 23 例(44.2%)经颈侧入路,14 例(27%)经腮腺颈侧(腮颈)入路,10 例(19.2%)为颈侧下颌骨入路,5 例(9.6%)经口内入路(其中 3 例为活检)手术。

手术方案依据肿瘤的位置和性质而定。①颈侧入路:做乳突至舌骨的弧形切口,牵拉胸锁乳突肌向后,游离二腹肌后腹,切断茎突舌骨肌及茎突下颌韧带后可暴露肿瘤(图 2A~C);②腮颈入路切口是将颈侧入路切口延长至耳屏前,即“S”型切口,主要针对茎突前间隙腮腺深叶,尤其是哑铃状腮腺深叶肿瘤,有时需切除腮腺浅叶(图 2D~F);③颈侧下颌骨入路是在颈侧入路基础上同时正中梯形切下下颌骨以获得更好的暴露。沿颈内动脉向上解剖至颅底,

方便安全切除肿瘤。结束时用小钛板重新固定下颌骨(图 2G~I),为防止术后气道风险,术前行气管切开;④经口内入路的患者中除 1 例为咽旁隙囊肿外,其余 3 例均为活检手术,术前怀疑恶性肿瘤,且为术后病理证实,术中于口内明显膨隆处切开活检。

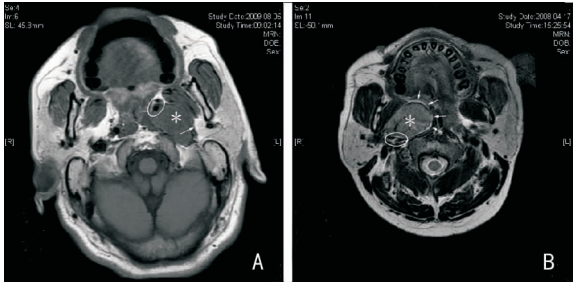


图 1 咽旁隙肿瘤 MRI 像 A:神经鞘瘤 T2 像,肿瘤位于茎突后间隙,压迫颈内动脉向前内方移位,“↑”显示肿瘤和腮腺组织间有脂肪间隙;B:基底细胞腺瘤 T1 像,肿瘤位于茎突后间隙,压迫颈内动脉向后外侧移位,因肿瘤来源于腮腺内,脂肪间隙位于肿瘤周围(“↑”所示),而不是位于肿瘤和腮腺之间,“*”示肿瘤,椭圆“O”示颈内动脉及颈内静脉

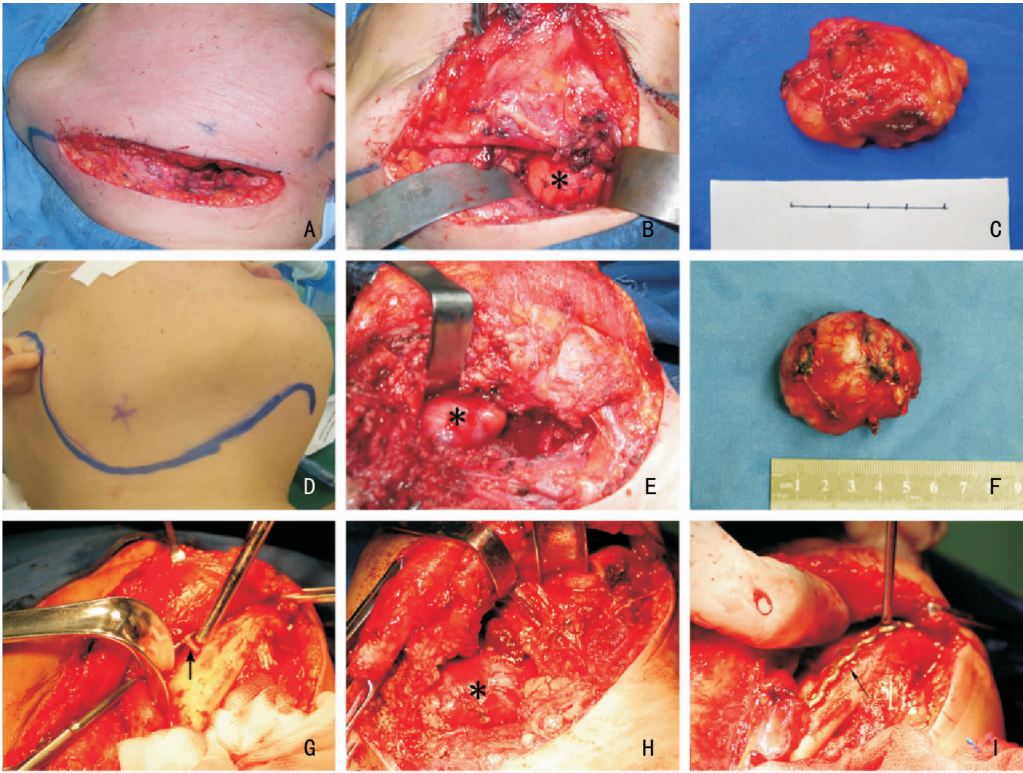


图 2 咽旁隙肿瘤手术入路 A~C:颈侧入路;D~F:腮腺颈侧入路;G~I 颈侧下颌骨入路,图 G“↑”示颈神经,图 I“↑”示钛板;“*”示肿瘤

2 结果

2.1 病理结果

52 例咽旁隙肿瘤术后病理结果见表 1,其中良性肿瘤 42 例,占总数 80.8%,恶性肿瘤 10 例,占 19.2%;其中转移癌中鼻咽癌 3 例,甲状腺乳头状癌 1 例,软骨肉瘤 1 例。

表 1 52 例咽旁隙肿瘤术后病理分型

病理类型	例数(%)
唾液腺类	24(46.2)
多形性腺瘤(混合瘤)	17
基底细胞腺瘤	3
腺样囊性癌	2
导管腺癌	1
黏液表皮样癌	1
神经源性	15(28.8)
神经鞘瘤	14
孤立性纤维瘤	1
其他	13(25)
鳃裂囊肿	3
脂肪瘤	2
血管瘤	1
肉芽肿性炎	1
转移癌	5
淋巴瘤	1
合计	52

2.2 疗效及并发症

除 3 例活检手术,1 例孤立性纤维瘤因肿瘤侵犯颅底,包绕颈内动脉并和椎动脉关系密切,采用姑息性切除外,余 48 例均 I 期手术切除。术后随访 3 个月至 14 年,其中病理证实为恶性肿瘤患者 10 例(5 例为转移癌,其中鼻咽癌 3 例,甲状腺乳头状癌 1 例,软骨肉瘤 1 例)。2 例失访。1 例于术后 7 个月死亡,2 例于术后 3 年死亡,余未见复发。良性肿瘤 42 例,1 例孤立性纤维瘤患者首次姑息性切除,分别于术后 3、6、11、14 年再次复发手术(后 4 次手术未在此次统计之列),末次病理报告为:“低级别纤维源性肉瘤(低度恶性)”。另腮腺混合瘤及神经鞘瘤各 1 例分别在术后第 4 年及第 5 年复发再次手术。此外未发现有复发病例。

术后并发症包括短期咀嚼功能障碍,面部麻木,经颈侧下颌骨入路的患者术后均不同程度存在此问题,多在术后 3~6 个月缓解或消失。1 例术后出现 Horner 征,2 例腺样囊性癌患者因切除肿瘤周围邻近神经术后发生永久性面瘫,有 3 例发生术后短时

性面瘫,后恢复,另有 2 例声嘶(单侧声带麻痹)。

3 讨论

咽旁隙肿瘤发病率约占头颈肿瘤的 0.5%,临床罕见,目前已知病理分型大约有 70 种^[2]。在本组病例中,良性肿瘤占 80.8%,恶性肿瘤占 19.2%。从发生来源看,唾液腺肿瘤占 46.2%,其中多形性腺瘤最常见,神经源性肿瘤占 28.8%。

咽旁隙位于颈部舌骨上,从茎突向腭帆张肌走行的肌肉及筋膜将咽旁分隔成前、后二个间隙。确定肿瘤位于茎突前间隙或后间隙对判断肿瘤性质很重要。发生于茎突后间隙的肿瘤常见副神经节瘤、神经鞘瘤、淋巴瘤、结缔组织肿瘤、动脉瘤、神经节瘤等,茎突前间隙肿瘤多为小唾液腺肿瘤、淋巴瘤、脂肪瘤。在病原学上仅将位于下颌后凹后方的腮腺深叶肿瘤和二腹肌后腹上方的颈动脉体瘤纳入咽旁隙肿瘤范畴。

大多数咽旁隙肿瘤患者表现为颈部或咽部的无痛性肿块。颈部可触及明显包块往往提示肿瘤直径已超过 2.5~3 cm^[3],口内包块往往出现在扁桃体或咽后壁位置,唾液腺来源肿瘤容易在口内造成扁桃体移位,而神经源性肿瘤则表现为咽后壁或扁桃体后柱隆起。若腮腺区和口内同时出现肿块则提示肿瘤呈“哑铃”状生长。咽旁隙肿瘤常常伴随Ⅸ~Ⅻ脑神经功能障碍,迷走神经功能受损症状最常见,其次为 Horner 征,如肿瘤变大可能造成吞咽困难、发声困难甚至呼吸困难。

CT 和 MRI 可以判断肿瘤的位置、大小及与周围重要结构的关系^[4]。当肿瘤较大时,茎突后间隙肿瘤常压迫颈内动脉向前内侧移位(图 1A),而茎突前间隙肿瘤往往压迫茎突或颈内动脉向后方移位(图 1B)^[5-6]。在判断肿瘤性质、对周围毗邻结构推压方向及肿瘤与腮腺深叶的关系时,MRI 更具优势。腮腺及小唾液腺来源肿瘤常位于茎突前间隙,肿瘤中心多数位于腮腺深叶内,肿瘤与腮腺之间多无脂肪间隙或脂肪间隙围绕肿瘤(图 1B)。神经源性肿瘤多位于茎突后间隙,T1 像多为混杂信号,T2 高于肌肉信号,和腮腺深叶间有时可见脂肪间隙(图 1A)。神经源性肿瘤多源于迷走神经或颈交感链,迷走来源肿瘤多位于颈内动脉和颈内静脉之间,影像学上表现为肿瘤将二者分隔开,而颈交感来源肿瘤常常将颈内动、静脉一起推向侧方^[7-8]。数字减影血管造影技术(DSA)目前已较少用于咽旁隙肿瘤

的诊断,仅在副神经节瘤、颈动脉体瘤等血管性病变时用来明确瘤体滋养血管及与颈动脉的关系,为术前高选择性血管栓塞做准备;或者术中存在牺牲颈内动脉风险时,用于术前球囊栓塞试验。

细针抽吸细胞学检查(FNA)对恶性肿瘤的敏感性可达87%^[9],若在颈部或口内能触及明显包块可直视下穿刺,否则需在B超引导下完成。FNA对淋巴瘤、恶性肿瘤或转移癌判断及进一步修正、完善治疗计划有一定帮助^[10-11]。相对FNA,中心穿刺组织活检(core needle biopsy, CNB)尚存争议,一般不推荐为明确诊断行开放活检手术。

咽旁隙肿瘤最常用的手术入路有颈侧入路、颈侧-腮腺入路和颈侧-下颌骨入路。选用何种入路取决于肿瘤大小、是否恶性及与周围重要结构毗邻关系。颈侧入路适合于大多数位于咽旁隙下部的肿瘤切除,多数腮腺外病变都能通过此种手术入路切除。该入路的优点是能充分显露咽旁隙下部,对后组脑神经暴露清楚,对大血管有良好的控制,可避免面神经损伤。若肿瘤与面神经关系密切则适合颈侧-腮腺入路,尤其哑铃状腮腺深叶肿瘤,该入路也适合部分茎突后间隙肿瘤,如位于咽旁隙中、上部的神经源性肿瘤。颈侧-腮腺入路的优点是能充分显露和保护面神经。颈侧-下颌骨入路适合体积巨大、恶性可能、咽旁隙肿瘤术后复发,或者位于咽旁隙上部,与颅底关系密切,需要良好显露和保护颈内动脉的情况。下颌骨切开的位置一般位于颏孔前方中线或旁正中位置以避免损伤下牙槽神经和颏神经(图2),我们采用梯形切开可于术后获得良好的下颌骨固位。为避免术后气道风险,建议同时行气管切开术。颈侧下颌骨入路创伤较大,住院时间较长且短期内不能经口进食,此外,还存在术后骨愈合不良及颞下颌关节功能障碍的风险。因此选择颈侧-下颌骨入路须慎重^[12]。

对于高龄患者,若肿瘤位于茎突后间隙且临床判断为良性,生长缓慢且症状不明显者,可考虑暂缓手术或观察,因为高龄患者对于术后急性后组脑神经功能损害耐受较差。若肿瘤恶性可能,影像学显示累及颈内动脉且球囊栓塞试验失败者则不适合手术。若患者有对侧迷走或舌下神经功能障碍,手术亦应慎重。

随着面神经监护的广泛应用,即使腮腺深叶肿瘤,术中发生面神经误伤的风险也在逐步降低。但对于部分唾液腺来源的恶性肿瘤,如腺样囊性癌,应一并切除肿瘤附近的神经,由此导致的面瘫可留待

二期修复。对于茎突后间隙肿瘤,迷走神经损伤导致的声带麻痹是最常见的术后并发症,本组有2例神经鞘瘤源于迷走神经,术后出现单侧声带麻痹,尽量囊内摘除肿瘤可一定程度减少此类并发症发生。多数患者对孤立性迷走神经损伤能够耐受或代偿,但若合并舌下神经损伤则会严重损害言语及吞咽功能。为防止术后误咽,此类患者通常需鼻饲或气管切开直至吞咽功能恢复,部分甚至需要做声带内移或甲状软骨成形术。对于颈动脉体瘤或其他累及颈内动脉的恶性咽旁隙肿瘤,术中颈内动脉破裂大出血或由此导致的脑卒中虽然少见但后果严重,需提早预案。

综上所述,咽旁隙肿瘤良性居多,组织学上大多为唾液腺或神经源性肿瘤。临床大多无明显症状或仅表现为颈部及咽部无症状性肿块。影像学检查是诊断的重要手段,临床怀疑肿瘤为恶性时可借助FNA判断肿瘤性质,通常不建议开放手术活检明确诊断。手术切除是咽旁隙肿瘤首选治疗方法,应根据肿瘤位置、大小及性质及与重要神经血管的关系选择合适的手术入路。近年来,对于小部分无症状的神经源性肿瘤患者,观察或随访逐渐成为一种趋势。

参考文献:

- [1] Bond JW. Encapsulated tumour removed from region of left tonsil, soft palate, &c[J]. Proc R Soc Med, 1916, 9(Laryngol Sect): 4.
- [2] Riffat F, Dwivedi RC, Palme C, et al. A systematic review of 1143 parapharyngeal space tumors reported over 20 years[J]. Oral Oncol, 2014, 50(5): 421-430.
- [3] Carrau RL, Myers EN, Johnson JT. Management of tumors arising in the parapharyngeal space[J]. Laryngoscope, 1990, 100(6): 583-589.
- [4] 邓毅,吴元庆,陈荣荣,等. 咽旁间隙肿瘤手术方法和径路的选择[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2008, 14(2): 197-200.
- [5] Eisele DW, Richmon JD. Contemporary evaluation and management of parapharyngeal space neoplasms[J]. J Laryngol Otol, 2013, 127(6): 550-555.
- [6] 桑建中, 姜卫华, 张亚民, 等. 咽旁间隙肿瘤的诊断及手术入路选择[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 25(21): 961-965.
- [7] Furukawa M, Furukawa MK, Katoh K, et al. Differentiation between schwannoma of the vagus nerve and schwannoma of the cervical sympathetic chain by imaging diagnosis[J]. Laryngoscope, 1996, 106(12 Pt 1): 1548-1552.
- [8] Saito DM, Glastonbury CM, El-Sayed IH, et al. Parapharyngeal

- space schwannomas: preoperative imaging determination of the nerve of origin[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2007, 133(7): 662-667.
- [9] Dimitrijevic MV, Jesic SD, Mikic AA, et al. Parapharyngeal space tumors: 61 case reviews[J]. Int J Oral Maxillofac Surg, 2010, 39(10): 983-989.
- [10] Shahab R, Heliwell T, Jones AS. How we do it: a series of 114 primary pharyngeal space neoplasms[J]. Clin Otolaryngol, 2005, 30(4): 364-367.
- [11] Luna-Ortiz K, Navarrete-Aleman JE, Granados-Garcia M, et al. Primary parapharyngeal space tumors in a Mexican cancer center[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2005, 132(4): 587-591.
- [12] Cassoni A, Terenzi V, Della Monaca M, et al. Parapharyngeal space benign tumours: our experience[J]. J Craniomaxillofac Surg, 2014, 42(2): 101-105.

(收稿日期:2017-04-17)

· 消息 ·

《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》稿约

《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》是由教育部主管、中南大学及中南大学湘雅医院主办、国内外公开发行的唯一一本耳鼻咽喉颅底医学学术性期刊,是中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊)。以高中级耳鼻咽喉头颈外科工作者为主要读者对象,重点报道耳鼻咽喉头颈外科领域先进的科研成果、基础理论研究及先进的诊疗经验,旨在反映、传播、交流耳鼻咽喉颅底外科基础与临床研究成果、经验总结和促进学科发展。

一、栏目设置

本刊设有述评、专家论坛、论著、临床报道、病案报道、教学园地、技术与方法、综述等栏目。

二、投稿须知及要求

1. 投稿须知

投稿采用网上远程投稿方式,请登陆本刊网站 <http://www.xyosbs.com> 点击中文界面左侧的“作者投稿查稿”,如果是第1次登陆则请先注册。本刊不接受纸质及 Email 投稿。文稿均采用 word 格式,网上投稿的同时请作者须将文稿的 50 元稿件处理费通过邮局寄至本编辑部。网上投稿时不需提供单位证明,但稿件被采用后须附单位介绍信和每位作者的亲笔签名。若有基金项目资助的文章须附基金项目批准号复印件。如遇特殊情况可与本编辑部联系。

2. 投稿具体要求请见本网站内稿约。

三、稿件处理与发表

被接受的稿件一般在 2 个月左右通过 Email 通知作者稿件的处理意见,修回后的稿件一般在 4~6 个月内刊登,作者需了解稿件处理进展情况可以登陆本刊网站在线查询,在接到稿件处理意见前切勿另投他刊,如有特殊情况请与编辑部联系。修改时作者须附信逐条修改回答修稿意见提出的全部问题,退修 4 周内不返回者,视作者自动退稿处理。出版前的清样由作者校对,一般只作印刷错误的修正。清样校对须在 5 个工作日内返回。被录用的稿件按规定收取版面费,本刊刊登的文章,包括其中图表的使用权归中国耳鼻咽喉颅底外科杂志社所有。本刊有权以电子期刊及光盘等方式出版接受登载的论文,未经本刊同意,论文任何部分不得转载他处。已刊登的文章按规定给作者邮寄当期杂志 3 本。

四、联系方式

1. 投稿网址:<http://www.xyosbs.com>;
2. Email:xyent@126.com;
3. 电话(传真):0731-84327469; 0731-84327210;
4. 邮编:410008;
5. 联系地址:湖南省长沙市湘雅路 87 号(中南大学湘雅医院内)

中国耳鼻咽喉颅底外科杂志编辑部