

2004/1

鼻咽血管纤维瘤手术进路分析(附 46 例报告)

李添应, 陈 靖, 孟庆翔, 邱前辉, 文卫平
(中山大学附属第一医院耳鼻喉科, 广东 广州 510080)

摘 要:【目的】总结 46 例鼻咽血管纤维瘤手术所采用的各种进路,以提高治疗水平。【方法】用各种手术进路切除鼻咽血管纤维瘤 46 例,其中经腭进路 28 例,鼻侧切开进路 12 例,改良 Biller's 切口联合腭进路 1 例,颅面联合进路 2 例,鼻内窥镜进路 3 例。【结果】46 例鼻咽血管纤维瘤均顺利切除。平均出血量 712 mL,复发 7 例。【结论】根据肿瘤的大小及范围,采用合适的手术进路,能充分暴露肿瘤,有利于手术操作,缩短手术时间,减少术后复发。

关键词: 鼻咽肿瘤 / 外科学; 血管纤维瘤 / 外科学

中图分类号: R73

文献标识码: C

文章编号: 1672-3554(2004)01-0074-03

The Analysis of Operative Approaches in Nasopharyngeal Angiofibroma with 46 Cases Report

LI Tian-ying, CHEN Jing, MENG Qing-xiang, QIU Qian-hui, WEN Wei-ping

(Department of Otorhinolaryngology, The First Affiliated Hospital, SUN Yat-sen University, Guangzhou 510080, China)

Abstract:【Objective】Various operative approaches were summarized in 46 cases in order to improve the treatment of nasopharyngeal angiofibroma.【Methods】Nasopharyngeal angiofibroma were removed by several approaches in 46 cases, including transpalatal (28 cases), nasolateral (12 cases), modified Biller's incision combined with transpalatal (1 case), craniofacial combination (2 cases) and rhinal endoscopy (3 cases).【Results】All the cases were operated without difficulty. The bleeding volume was 712 mL in average.【Conclusion】7 cases relapsed. Based on the size and scope of nasopharyngeal angiofibroma, suitable approach can make the tumor exposed clearly, shorten the operation time and reduce the recurrence of tumor.

Key words: Nasopharyngeal neoplasms/surgery; Angiofibroma /surgery

[J SUN Yat-sen Univ (Med Sci), 2004, 25(1):74-76]

鼻咽血管纤维瘤因其术中出血凶猛而成为难治性良性肿瘤。由于肿瘤位置深在,上邻颅底,两侧有颈内外动脉,周围结构复杂,暴露差,手术难度大。本文总结了该院自 1980 年 1 月至 2003 年 1 月采用多种手术进路切除鼻咽血管纤维瘤 46 例(未包括鼻咽毛细血管瘤、口咽及喉咽血管瘤),报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 46 例鼻咽血管纤维瘤患者,男性 45 例,女性 1 例,年龄 11~30 岁,中位年龄 18 岁。主要症状:46 例患者均出现鼻塞,其中 8 例伴有打鼾;头痛 10 例;有鼻出血 43 例,多数患者为少量多次出血;鼻涕增多 33 例;耳鸣及听力下降 10 例。就诊时检查 46 例患者均发现鼻咽部有红色肿物。40 例患者鼻腔有肿物。全部病例在术后经病理检查证实为鼻咽血管纤维瘤,术前有 1 例在鼻内窥镜下先穿刺

收稿日期:2003-05-09

基金项目:广东省科委重点攻关基金资助(99M04901G)

作者简介:李添应(1949-),男,广东惠阳人,教授,博士生导师。

后作活检。其余均未作活检。有在外院或本院鼻咽血管纤维瘤手术史12例,其中1次手术后复发7例,2次手术后复发1例,3次手术后复发5例。术前行气管切开术12例(其中9例在20世纪80年代,90年代后仅3例)。

1.2 影像学检查

全部患者行CT血管增强扫描。MRI检查4例。CT所见侵犯部位:鼻咽46例,鼻腔38例,口咽1例,蝶窦10例,上颌窦12例,筛窦3例,眼眶3例,翼腭窝6例,颞下窝6例,颅底5例,斜坡1例,中颅窝2例。行血管数字减影术(digital subtract angiography, DSA)检查10例,发现同侧上颌动脉供血,并同时作上颌动脉栓塞^[1]。

1.3 动脉结扎

5例患者在手术时先作同侧颈外动脉结扎。

1.4 麻醉

全部患者采用气管内全身麻醉,其中22例行控制性低血压技术,桡动脉穿刺,测压、输液。使用的降压药有硝酸甘油、硝普钠、尼卡地平、压宁定等降压药,根据手术的需要,在切除肿瘤期间,术中平均动脉压维持在60 mmHg水平。最低者降至50 mmHg水平,但持续时间在20 min内。

1.5 手术方法

本组46例中,①经腭途径28例,在硬腭作“U”形切口,3例加上唇龈沟辅助切口。②鼻侧切开12例,2例鼻侧切开连同上唇及沿同侧上唇龈沟切开。采用该切口切除了2例巨大鼻咽血管纤维瘤侵犯鼻腔、上颌窦、筛窦、蝶窦、颅底、翼腭窝、颞下窝的巨大肿瘤。③改良Biller's切口联合腭进路1例,该术式切除了鼻咽血管纤维瘤侵犯鼻腔,筛窦、蝶窦、颅底、翼腭窝、颞下窝、眶尖及海绵窦等部位的肿瘤。④颅面联合进路2例:其中颅冠状切口联合鼻侧切开1例,切除鼻咽血管纤维瘤侵犯鼻腔、上颌窦、筛窦、蝶窦、翼腭窝及颅中窝等部位的肿瘤。颅冠状切口联合腭进路1例,切除鼻咽血管纤维瘤侵犯鼻腔、蝶窦、翼腭窝及颅中窝等部位的肿瘤。该患者在外院及国外手术共3次。经冠状切口联合腭进路切除颅中窝、鼻咽、鼻腔、蝶窦、翼腭窝肿瘤。⑤经鼻内窥镜进路3例。本组有3例鼻咽血管纤维瘤在鼻内窥镜下加电刀吸引器切除。另有8例患者经腭途径及经鼻侧切开后,采用鼻内窥镜检查术腔,其中2例在蝶窦,1例在筛窦发现有残留肿瘤,均在鼻内窥镜下清除干净。

2 结果

46例鼻咽血管纤维瘤手术中,经各种不同的手术进路,根据肿瘤的大小、侵犯的范围,手术能充分暴露肿瘤,有利于手术操作的原则,46例鼻咽血管纤维瘤均顺利切除。平均出血量712 mL。46例患者均未发生并发症。经术后随访最长22年,最短3个月。复发7例(15.2%)。

3 讨论

鼻咽血管纤维瘤的治疗主要为手术彻底切除。由于肿瘤血供丰富,术中出血凶猛,给彻底切除增加困难。因此,鼻咽血管纤维瘤术后残留及复发率较高,为减少术后复发,选择适当的手术进路是一个重要问题。一般的手术进路有经口腔(硬腭)、鼻腔、鼻侧、颈侧等手术进路,以经硬腭最为常用。但在肿瘤侵犯鼻腔、上颌窦、筛窦、蝶窦、翼腭窝、颞下窝及颅内等部位时,手术进路的选择仍有争论,进路的选择一方面取决于肿瘤的大小、侵犯的范围,另一方面取决于手术者的经验和技巧。

鼻咽血管纤维瘤的术后复发实际上是肿瘤病灶本身未切除干净,残留的肿瘤组织再度生长侵袭而成。手术进路选择恰当,手术野充分的暴露,为肿瘤彻底切除干净创造良好的条件。本组资料根据CT及MRI的情况选择手术进路。①颅面联合进路:颅面联合的方式较多,最常见的是,冠状额瓣颅骨切开术或颞额颅骨切开术联合前方进路(鼻侧切开或面中翻揭术进路)。本组资料有1例患者选择颅冠状切口联合鼻侧切开,该术式切除的是鼻咽血管纤维瘤侵犯鼻腔、上颌窦、筛窦、蝶窦、翼腭窝及颅中窝等部位。选择颅冠状切口联合腭进路1例,该术式切除的是鼻咽血管纤维瘤侵犯鼻腔、蝶窦、翼腭窝及颅中窝等部位。在脑外科配合下,经颅面联合进路较彻底的切除了颅中窝、鼻咽、鼻腔、上颌窦、筛窦、蝶窦、翼腭窝等部位肿瘤。对于肿瘤侵犯海绵窦、蝶鞍、中颅窝和前颅窝导致手术难度大^[2]。实在难以彻底切除者如侵犯海绵窦、视交叉、垂体窝及破裂孔附近,应允许其残留,术中应注意生命体征,保护颅内的重要结构,防止片面追求彻底切除肿瘤而引起死亡。对于残留的肿瘤,术后以CT或MRI随访监测。②Biller's进路(前方下颌

裂开颅底进路): 本术式能良好显露中颅底侧方自茎突到中线附近的岩骨下部、颞下窝、咽旁间隙顶部、蝶骨基部和上颈部等区域。可用本术式切除该区域的良性或恶性肿瘤。如侵犯到翼腭窝、颞下窝、蝶窦等部位的鼻咽血管纤维瘤。本组资料有1例患者采用改良 Biller's 切口联合腭进路^[3], 切除了1例鼻咽血管纤维瘤侵犯鼻腔, 筛窦、蝶窦、颅底、翼腭窝、颞下窝、眶尖及海绵窦等部位的肿瘤。该例患者术中在下颌角处断离下颌骨, 将下颌骨升支向外上方牵拉, 切除翼腭窝及颞下窝肿瘤 3 cm × 3 cm × 4 cm。再取硬腭“U”型切口, 切除鼻咽、鼻腔及筛窦肿瘤 7 cm × 6 cm × 5 cm, 该处肿瘤与翼腭窝、颞下窝肿瘤呈哑铃状。大块肿瘤切除后用鼻内窥镜镜检查蝶窦, 从蝶窦分离取出肿瘤 2 cm × 1.5 cm × 1.2 cm。术后将断离的下颌骨升支复位。患者术后咬合及固定良好。侵犯海绵窦部位的 1 cm × 1.2 cm 小肿瘤未能切除, 但术后1个月用伽玛刀照射痊愈, 经随访4年未复发。

鼻内镜进路鼻咽血管纤维瘤切除术, 国外 Kamel^[3] 在1996年报道1例, 国内韩德民等^[4] 在1998年报道8例。本组资料有3例, 术中暴露瘤体后用切割吸引器及电刀沿肿瘤边缘分离, 至肿瘤根部完全分离后用圈钳或圈套器自口腔取出。我们的

体会是: ①术前行CT血管增强扫描或MRI检查, 鼻咽血管纤维瘤病变范围局限于鼻咽及鼻腔部位。②术前2~3d行血管数字减影术(DSA)检查并选择动脉栓塞, 以减少术中出血。③采用控制性低血压气管内全身麻醉技术, 使术中出血量减少, 保持术野清楚。

采用鼻内窥镜下手术在减少创伤, 术后功能保存方面有明显的优越性。但对于鼻咽血管纤维瘤侵入颅内, 或鼻咽血管纤维瘤侵入翼腭窝、颞下窝者, 应列为禁忌证。

参考文献:

- [1] 李添应, 苏振忠, 余达德, 等. 严重鼻出血的血管栓塞治疗[J]. 中山医科大学学报, 1996, 17(3): 222-3.
- [2] 李添应. 耳鼻咽喉肿瘤(临床部分)[M]. 广州: 广东科技出版社, 2000. 245-9.
- [3] Kamel R H. Transnasal endoscopic surgery in juvenile nasopharyngeal angiofibroma[J]. J Laryngol Otol, 1996, 110(7): 962-4.
- [4] 韩德民, 陈学军, 王锦礼, 等. 鼻内窥镜引导下鼻咽血管纤维瘤切除术[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1998, 33(6): 358-9.

(编辑 刘清海)

(上接第69页 from page 69)

后的MSCs中结蛋白呈强阳性表达。这说明未经诱导的MSCs虽然也具有自发向肌系细胞分化的能力, 但很弱, 不能心肌化, 而经5-aza诱导后的MSCs可表现为明确的心肌化过程。肌球蛋白重链是心肌特异性的表达因子, 我们用RT-PCR方法扩增了与心肌肌球蛋白kb大小一致的扩增带, 说明诱导后的MSCs可表达心肌特异性的肌球蛋白。

综合我们实验中免疫组化和RT-PCR结果, 我们认为经5-aza诱导后的MSCs可向心肌样细胞转化。虽然我们所得到的的是较幼稚的心肌样细胞, 但有研究表明, 在体内特定的微环境下, MSCs可表现出很强的可塑性, 当MSCs植入缺血心肌后能在环境与生长因子的作用下发生环境依赖性变化^[7]。所以经5-aza定向诱导后的MSCs可以向心肌样细胞分化, 为修复受损的心肌提供了一种新的种子细胞, 可以作为移植细胞用于心肌缺血的治疗。

参考文献:

- [1] Pittenger M F, Mackay A M, Beck S C. Multilineage

potential of adult human mesenchymal stem cell [J]. Science, 1999, 284(2): 143-7.

- [2] 项鹏, 夏文杰, 王连荣, 等. 丹参注射液诱导间质干细胞分化为神经元细胞[J]. 中山医科大学学报, 2001, 22(5): 321-3.
- [3] Fukuda K. Development of regenerative cardiomyocytes from mesenchymal stem cells for cardiovascular tissue engineering[J]. Artif Organs, 2001, 25(3): 187-91.
- [4] Wakitani S, Satio T, Caplan A I. Myogenic cells derived from rat bone marrow mesenchymal stem cells exposed to 5-azacytidine[J]. Muscle Nerve, 1995, 18(6): 1412-6.
- [5] Makino S, Fukuda K, Miyoshi, et al. Cardiomyocytes can be generated from marrow stem cells *in vitro*[J]. J Clin Invest, 2002, 103(5): 697-701.
- [6] Ordahl C P. Myogenic shape-shifters. J Cell Bio, 1999, 147(4): 695-700.
- [7] Wang J S, Shumtim D, Galipeau J. Marrow stromal cells for cellular cardiomyoplasty: feasibility and potential clinical advantages[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2000, 120(5): 999-1006.

(编辑 张敏瑞)