

伴慢性蝶窦炎的垂体瘤经蝶窦显微手术初步探讨

王海军, 陈明振, 何东升, 柯春龙, 杨超

(中山医科大学附属第一医院神经外科, 广东广州 510080)

摘要:【目的】探讨伴有慢性蝶窦炎的垂体瘤经蝶窦显微手术方法, 如何预防继发颅内感染。【方法】对 15 例伴有慢性蝶窦炎的垂体瘤患者施行经蝶窦手术, 术中完整地剥除蝶窦粘膜, 打开鞍底前及切瘤后, 用双氧水、酒精及庆大霉素浸泡蝶窦腔及瘤腔各 2 次, 每次 1 min, X 线或导航定位下显微放大 8~15 倍切瘤, 切瘤后用链霉素粉肌肉浆封闭鞍底, 术后加强抗炎 3~5 d。【结果】本组肿瘤全切除 12 例, 次全切除 3 例, 无死亡及其他并发症。【结论】慢性蝶窦炎不应再成为经蝶入路的禁忌症。

关键词: 垂体肿瘤/外科学; 垂体肿瘤/并发症; 蝶窦炎/并发症; 显微外科手术/方法

中图分类号: R6 文献标识码: A 文章编号: 1000-257X(2001)06-0460-03

Preliminary Experience of Transsphenoidal Microsurgery in the Treatment of Pituitary Adenomas with Chronic Sphenoid Sinusitis

WANG Hai-jun, CHEN Ming-zhen, HE Dong-sheng, KE Chun-long, YANG Chao

(Department of Neurosurgery, First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University of Medical Sciences, Guangzhou 510080, China)

Abstract: 【Objective】To study transsphenoidal microsurgery in the treatment of pituitary adenomas with chronic sphenoid sinusitis and how to prevent secondary intracranial infections. 【Methods】15 pituitary adenomas with chronic sphenoid sinusitis were removed using the transsphenoidal approach. Sphenoid mucus was completely exenterated before opening of the sellar floor. Hydrogen peroxide, alcohol, and gentamycin solution were instilled into the sinus and the residual cavity after removing the tumor twice, 1 min each time. Tumor was amplified 8 to 15 times and removed under X-ray inspection or stereonavigation. Autologous muscle pulp mixed with streptomycin powder was packed into the residual cavity. Intensive antibiotic therapy was continued for 3~5 days postoperatively. 【Results】12 tumors were totally removed, 3 were subtotally removed. No one died and no other complications were found. 【Conclusion】Chronic sphenoid sinusitis may not be a contraindication for transsphenoidal microsurgery in the treatment of pituitary adenomas.

Key words: pituitary neoplasms/surgery; pituitary neoplasms/complications; sphenoid sinusitis/complications; microsurgery/methods

随着显微手术设备及手术技巧的进步, 经蝶窦入路显微手术可使 95% 垂体瘤患者的肿瘤获得满意的切除^[1]。然而蝶窦急、慢性炎症一直被认为是该入路的禁忌症之一^[2]。目前未见经蝶窦切除伴有慢性蝶窦炎症的垂体瘤的文献报告。我院自 1995 年以来经蝶窦入路显微手术切除伴慢性蝶窦

炎症的垂体腺瘤 15 例, 占同期垂体瘤病例 4.7%, 未出现颅内及切口感染, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收稿日期: 2001-04-07

基金项目: 广东省科委自然科学基金资助项目(9827806)

作者简介: 王海军(1964-), 男, 安徽全椒人, 硕士, 副主任医师。

本组患者共 15 例, 男性 5 例, 女性 10 例, 年龄 35~56 岁, 病程 7 d~10 年。主要临床表现: 视力下降 11 例、视野缺损 7 例; 肢端肥大 5 例, 闭经、溢乳 6 例; 其中 2 例有垂体瘤卒中样表现, 1 周内视力下降明显, 1 例就诊时呈嗜睡状态; 2 例合并有高血压病多年, 一般情况较差。术前蝶窦炎症获确诊 8 例, 其中蝶窦脓肿获确诊 5 例, 蝶窦粘膜增厚 5 例, 术中发现有蝶窦脓肿 2 例。

1.2 检查方法

影像学检查: 10 例患者术前行瘤区轴面薄层增强扫描加矢状、冠状重建肿瘤立体定位, 5 例行 MRI 矢状、冠状扫描。影像学检查示蝶窦粘膜增厚密度不均匀 8 例, 蝶窦腔内见液平 4 例。肿瘤直径小于 1.0 cm 2 例, 1.0~4.0 cm 9 例, 大于 4.0 cm 4 例, 肿瘤以鞍内鞍上为主, 没有明显的鞍旁发展。耳鼻喉科检查: 蝶窦开口见脓性分泌物 2 例, 中鼻道见脓性分泌物 2 例, 该 2 例合并有鼻息肉。

1.3 手术方法

患者气管内麻醉后取右大腿肌肉 20 g 备用, 手术采用唇下-鼻中隔-蝶窦入路。13 例术中采用 C-臂 X 线机定位监测, 2 例采用导航定位监测, 打开蝶窦前下壁后, 术发现有蝶窦脓肿的 5 例病人, 穿刺抽出脓液。手术前未诊断出蝶窦脓肿的 2 例, 术中电凝撕开蝶窦粘膜发现脓液时, 要及时抽取脓液, 取得脓液进行细菌培养, 尽可能完整的剥除蝶窦粘膜, 减少污染。单纯慢性蝶窦炎的蝶窦粘膜不需特别处理。蝶窦腔用 30 mL/L 双氧水、750 mL/L 乙醇及庆大霉素 24 万 U 加生理盐水 100 mL 浸泡 2 次, 每次 1 min。切瘤方法参照本院以前报告^[3,4], 切瘤后再反复用 30 mL/L 双氧水及庆大霉素生理盐水浸泡瘤腔 2 次, 纯乙醇浸泡 1 次, 最后用含 1.0 g 链霉素的肌肉浆 修补鞍底。本组 1 例术中出现脑脊液漏, 用肌肉浆堵塞漏口后脑脊液漏消失。

1.4 术后治疗

对于合并有高血压的病人, 给予对症治疗将血压控制在正常范围内, 对于单纯蝶窦慢性炎症常规使用抗生素, 对于合并蝶窦脓肿术中及术后给予菌必治(Rocephin)或复达欣(Fortum), 用药剂量要适当地增加, 体温正常后 3 d, 停用抗生素。

2 结 果

2.1 手术结果

肿瘤全切除 12 例, 次全切除 3 例, 无死亡及其他并发症, 随访 3 个月以上, 未出现切口及颅内感染, 患者均参加正常工作、学习。

2.2 细菌学检查

术中抽取脓液送细菌培养 6 例, 2 例培养阳性, 分别为肺炎双球菌、 α -溶血性链球菌, 余 4 例培养均阴性。

2.3 病理检查

蝶窦粘膜送检 15 例, 均有炎性细胞浸润, 病理诊断为慢性蝶窦粘膜炎症。肿瘤病理: 生长激素(GH)腺瘤 3 例, 泌乳素(PRL)腺瘤 5 例, 混合性腺瘤 4 例, 无功能腺瘤 3 例。

3 讨 论

蝶窦慢性炎症由于蝶窦位置较深, 鼻镜检查照明不足, 看不清其开口情况, 加之该炎症的症状不典型, 故蝶窦炎症不易发现, 术前漏诊率较高。本组 15 例患者术前获得明确诊断仅有 8 例。虽然经蝶窦显微手术切除垂体瘤比开颅切除垂体瘤具有较大的优越性, 但垂体瘤合并有蝶窦炎症时, 因担心蝶窦炎症随手术通路向颅内扩散, 故蝶窦急、慢性炎症一直被认为是经蝶窦入路切除垂体瘤的禁忌症之一。既往垂体瘤合并慢性蝶窦炎, 特别是形成蝶窦脓肿, 如希望采用经蝶窦入路, 均先请耳鼻喉科处理蝶窦脓肿。对于经蝶窦入路切除垂体瘤术中才发现有蝶窦脓肿, 常仅作蝶窦脓肿引流, 而暂停切除肿瘤。我科 1995 年前有 2 例经蝶窦切除垂体瘤术中发现蝶窦脓肿, 仅作蝶窦脓肿引流术, II 期再经蝶窦切除垂体瘤。

随着对副鼻窦炎症的发病机制研究不断深入, 现认为副鼻窦窦口阻塞导致通气引流障碍是引起成人慢性鼻窦炎的关键。由于窦口阻塞导致窦腔通气引流障碍, 自洁功能受累, 从而使一些正常菌群或致病力较弱的细菌过度繁殖, 侵袭粘膜及粘膜下层形成炎症, 甚至脓肿。常见的致病菌为致病力弱的 α -溶血性链球菌和凝固酶阴性的葡萄球菌, 而这些致病菌对含有 β -内酰胺酶抑制剂的抗生素和对酶稳定的第三代头孢类抗生素有较高的敏感性^[5,6]。同时经蝶窦入路打开蝶窦前下壁, 充分扩大蝶窦开口, 使蝶窦引流通畅, 本身即为治疗蝶窦脓肿方法之一^[5]。Krisht 等^[7]认为急性副鼻窦炎

作为经蝶窦入路手术禁忌症,而未提及慢性副鼻窦炎作为经蝶窦入路的禁忌症。

我们在早期对无脓肿形成慢性炎症的病例,及2例垂体瘤卒中伴蝶窦脓肿、病情较重者尝试手术,未出现感染并发症。根据 Krisht 的观点,近年我们又对该类病例进行上述治疗,亦未出现感染现象。术中尽可能完整剥除蝶窦粘膜,减少对蝶窦腔的感染,同时打开鞍底前用双氧水、乙醇及含庆大霉素的生理盐水浸泡蝶窦腔,减少对颅内的污染。切瘤后用含链霉素的肌肉浆封闭封底,以防止可能存在的其它鼻窦炎症污染向颅内扩散。对于蝶窦脓肿患者术后加强抗感染治疗。本组虽有1例术中出现鞍隔穿破脑脊液漏,经上述处理未出现颅内感染。因此我们认为慢性蝶窦炎症不应作为经蝶窦入路的禁忌症。I 期切除伴慢性蝶窦炎的垂体瘤,既节省了手术费用,又能尽早切除肿瘤,有利于患者视力及垂体功能恢复。

参考文献:

[1] 墨菲 G P, 劳伦斯 W J, 伦哈德 R E. 肿瘤学手册[M].

第2版. 黎介寿, 卢侃, 顾寿年, 等译. 上海: 上海科学技术出版社, 1998. 426~427.

- [2] 李士其. 鞍区与第三脑室前部肿瘤[A]. 见: 周良辅, 陈衍城. 神经外科手术图解[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1998. 71~81.
- [3] 陈明振, 宁可, 蔡纪辕, 等. 垂体微腺瘤立体定位与经蝶窦手术体会[J]. 中国神经精神疾病杂志, 1992, 18(6): 324.
- [4] 王海军, 陈明振, 何东升, 等. 经蝶窦显微手术切除老年人垂体瘤[J]. 中华显微外科杂志, 1998, 21(2): 95.
- [5] Scadding G K, Lund V J, Darby Y C. The effect of long-term antibiotics therapy upon ciliary beat frequency in chronic rhinosinusitis[J]. J Laryngo Otol, 1995, 109(1): 14.
- [6] 刘争, 高起学, 崔永华, 等. 成人慢性上颌窦炎的细菌学研究及药效观察[J]. 临床耳鼻喉科杂志, 1998, 12(2): 545.
- [7] Cawley C M, Tindall G T. Transsphenoidal surgery: operative techniques[A]. In: Krisht A E, Tindall G T. Pituitary disorders: comprehensive management[M]. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins, 1999. 351~359.

(编辑 刘清海)

(上接第459页)

管残端的第一和第二气管环之间。其结果22例中术后仍发生向心性狭窄者占6例,需再次手术。从本组6例造口成型全部治愈的疗效可以初步看出支架的设计和安放方法的合理性。相信在今后的研究中,增加病例数和长期观察,将对有否并发症或吻合口疤痕狭窄出现等得出更客观的评价。

参考文献:

[1] Myers E N, Louis J G. Tracheostomal stenosis following laryngectomy[J]. Ann Oto Rhinol Laryngol, 1982, 91(4):

450.

- [2] 马根山, 黄俊, 王敬良, 等. 镍钛形状记忆合金血管内支架组织相容性试验研究[J]. 中国生物医学工程报, 1995, 14(3): 198.
- [3] 李少萍, 朱明仁, 姚小武, 等. 钛涂层317L接骨板相邻受辐射骨膜超微结构观察[J]. 中山医科大学学报, 1997, 18(4): 282.
- [4] 陈仁杰, 徐其昌, 林子萍, 等. 喉全切除后气管造口植入式镍钛合金支架研制和临床应用[J]. 耳鼻喉头颈外科, 2001, 8(1): 11.

(编辑 刘清海)