

内镜辅助口内入路摘除咽旁间隙肿瘤体会

张先锋¹, 曹放云², 彭正加³

(1. 南华大学附属第二医院耳鼻喉科, 湖南 衡阳 421001; 2. 南华大学附属第二医院口腔科; 3. 湘潭市中心医院耳鼻咽喉科)

摘要: **目的** 探讨内镜辅助口内入路摘除咽旁间隙良性肿瘤的疗效、技巧及适应范围。 **方法** 回顾性分析南华大学附属第二医院耳鼻喉科和湘潭市中心医院耳鼻喉科 2013 年 1 月~2015 年 9 月收治的 15 例采用内镜辅助口内入路病历资料。 **结果** 15 例咽旁间隙良性肿瘤均切除, 随访 0.5~3 年, 无复发。 **结论** 内镜辅助口内入路摘除咽旁间隙良性肿瘤时具有视野好、操作简便、能有效保护咽旁间隙重要的神经及血管、术后并发症少等优点。该术式的选择主要取决于肿瘤与颈动脉鞘的位置关系。

关键词: 咽旁间隙; 良性肿瘤; 内镜辅助; 口内入路

中图分类号: R739.63 **文献标识码:** A

咽旁间隙肿瘤约占头颈部肿瘤的 0.5%^[1], 发病人群又以成年人为主^[2]。咽旁间隙内容物复杂多样使得咽旁间隙肿瘤的病理类型复杂多样, 其中以良性为主, 约占 80%, 恶性约占 20%^[3]。由于咽旁间隙内有第 IX、X、XI、XII 对脑神经、交感神经, 下颌神经及其分支。有颈内动脉、颈内静脉、咽升动脉、腭升动脉、上颌动脉的分支等重要结构。一般认为累及咽旁间隙良性肿瘤需经颈侧进路或颞下窝进路。随着内镜技术的发展, 以及人们对咽旁间隙解剖结构的不断深入了解, 部分咽旁间隙的良性肿瘤, 可以在内镜辅助经口内入路予以摘除。2013 年 1 月~2015 年 9 月, 本文作者对 15 例咽旁间隙良性肿瘤患者采用内镜辅助口内入路摘除, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2013 年 1 月~2015 年 9 月南华大学附属第二医院耳鼻咽喉科和湘潭市中心医院耳鼻咽喉科收治的 15 例采用内镜辅助口内入路摘除咽旁间隙肿瘤患者资料。男 6 例, 女 9 例, 年龄 18~65 岁。5 例无任何症状, 因健康检查发现咽旁间隙肿瘤入院。10 例患者因发现口咽部包块, 伴有吞咽不适就诊, 其中 3 例患者同时伴言语含糊。

1.2 检查方法 15 例患者均进行双手合诊检查, 均行 CT 和或 MRI 检查^[4,5]。2 例行 CTA 检查。

15 例均行电子喉镜检查。所有病人进行随访, 随访时间为 0.5~3 年。

1.3 手术方式选择 15 例患者均采用内镜辅助口内入路咽旁间隙肿瘤切除术(咽侧壁入路、软腭入路), 所有患者均采用经口腔气管插管, 置入 Davis 开口器, 同时使用导尿管牵拉软腭。手术步骤如下。

1.3.1 口咽侧壁入路 在内镜辅助下, 纵行切开咽侧壁, 分离咽上缩肌, 显露肿瘤, 沿肿瘤包膜外分离肿瘤(依次分离肿瘤的内侧面、前面、下面、上面, 最后分离外侧面及后面), 避免视野问题影响而损伤重要血管及神经, 如有出血可用纱条压迫止血, 或者双极电凝止血, 充分游离肿瘤与周围组织, 直至将肿瘤完整取出, 当肿瘤过大, 而不能完整取出时, 予以分次取出肿瘤。

1.3.2 经口腔软腭入路 在内镜辅助下, 于肿瘤最隆起处稍外侧, 弧形切开黏膜, 钝性分离腭舌肌(必要时可先扁桃体切除), 分离咽上缩肌至肿瘤表面, 并于肿瘤包膜外分离肿瘤(依次分离肿瘤的内侧面、前面、下面、上面、外侧面及后面), 注意避免因视野问题影响分离而损伤重要血管及神经, 待肿瘤完全游离后将其取出, 瘤体过大亦可以分次取出。

两种方式入路手术在取出肿瘤后需充分止血, 用碘伏及生理盐水冲洗术野, 放置橡皮引流条, 逐层缝合肌层及黏膜组织, 固定引流条。术后常规给予抗生素预防感染, 对于术后口咽部肿胀明显者予以每日一次静滴地塞米松 10 mg 治疗。

2 结 果

15 例病人术中均完整切除肿瘤,手术过程顺利,术中出血少于 50 mL。所有病人术后伤口都无活动性渗血,无血肿形成。12 例病人术后自觉稍疼痛外无其他不适症状,除预防感染外未行特殊处理。3 例病人术后自觉疼痛较重,检查发现口咽部肿胀明显,予以每日 1 次静滴地塞米松 10 mg,连续静滴 3 天,疼痛症状逐渐减轻,并于术后第 3~4 天基本消失。所有病人术后伤口无明显感染。全部病例未出现咽旁间隙内神经损伤的相关并发症,术后 7 天所有病人顺利出院。15 例病人随访 0.5~3 年,均无复发。

3 讨 论

咽旁间隙是一个倒金字塔形潜在的腔隙,底朝向颅底,尖指向舌骨平面,咽侧壁为其内侧壁,翼内肌、腮腺深叶等组成其外侧壁,后壁为椎前筋膜。咽旁间隙被茎突隔(茎突及茎突诸肌肉)分成茎突前隙和茎突后隙^[6]。茎突前间隙较小,上界、下界分别为蝶骨大翼和下颌下腺,内侧为咽上缩肌,外侧为翼内肌及腮腺,蝶骨翼突内侧板组成其前界;茎突后间隙较茎突前间隙大,上界为颅底颈静脉孔区域,枕骨和颈椎的外侧缘组成其内侧界,茎突隔(茎突及附着肌群)为其外侧界,头前直肌和头长肌组成其后界。咽旁间隙内结构复杂多样,这也是咽旁间隙肿瘤多样化的原因。茎突前隙内包含血管、神经、肌肉等,包括下颌神经及其分支,上颌动脉的分支,腭帆张肌、腭帆提肌等。茎突后隙则包含有颈内动脉、颈内静脉,第 IX、X、XI、XII 对脑神经,交感神经干,咽升动脉、腭升动脉等重要结构。

咽旁间隙肿瘤首选手术治疗。手术方式包括颈部入路、口内入路、颈咽联合入路,颞下窝入路,经颈联合下颌骨裂开入路,侧颅底入路等,不同手术方式的优缺点及适用范围不同^[7-9]。临床中手术方式的选择非常重要,它一方面与临床医师的经验有关,另一方面主要取决于肿瘤的位置、大小等因素,其中最主要的因素则是肿瘤与颈动脉鞘的关系。

内镜问世以前,大多数学者认为经口内入路仅适用于靠近咽腔且较小的肿瘤,主要理由是照明不够,术野暴露欠佳,剥离肿瘤时带有盲目性,易损伤重要血管和神经。近年来随着人们对咽旁间隙疾病

及咽旁间隙解剖结构的不断深入了解,不少学者开始提倡适当地应用口内入路^[10-11]。受内镜在鼻科、甲状腺外科等领域应用的启发,将内镜技术应用于咽旁间隙良性肿瘤的切除^[12-14]。内镜照明良好,视角大,操作简便等优点,为经口内入路摘除咽旁间隙肿瘤提供了良好的条件。位于颈动脉鞘内侧或前内侧的良性肿瘤,在内镜辅助下,术者能清楚分辨出咽旁间隙内重要结构,从而有效的避免了盲目操作导致的重要神经血管损伤,可以采取内镜辅助口内入路方式摘除肿瘤。而位于颈动脉鞘外侧和后外侧的肿瘤,以及包绕颈动脉鞘内结构的肿瘤,因颈动脉的影响,无法对肿瘤进行完整分离。

内镜辅助口内入路方式摘除咽旁间隙肿瘤的手术经验总结:经鼻腔或者口腔气管插管后,置入开口器,同时使用导尿管牵拉软腭,充分暴露术腔。为避免损伤重要的血管及神经,依次分离肿瘤的内侧面、前面,然后分离下面、上面,最后分离外侧面及后面。对于过大的肿瘤,为避免遮挡视野,可以分次取出。术后除预防性使用抗生素外,对于一些口咽部肿胀明显者可予以激素减轻水肿。

颈部入路、颞下窝入路,经颈联合下颌骨裂开入路,侧颅底入路等手术方式给病人造成的损伤较大,尤其是位于颈动脉鞘内侧的良性肿瘤,均要面临颈内动脉影响肿瘤充分暴露的问题,增加了手术风险^[15]。内镜辅助口内入路可有效摘除咽旁间隙内部分良性肿瘤。咽旁间隙肿瘤与颈动脉鞘的关系是选择内镜辅助口内入路手术方式的关键因素。位于颈动脉鞘内侧或前内侧的良性肿瘤可以采取内镜辅助口内入路方式摘除肿瘤;而位于颈动脉鞘外侧和后外侧的肿瘤,以及包绕颈动脉鞘内结构的肿瘤则不适合内镜辅助口内入路手术方式。

参考文献:

- [1] Singh M, Gupta SC, Singla A. Our experiences with parapharyngeal space tumors and systematic review of the literature[J]. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, 2009, 61(2): 112-119.
- [2] Starek I, Mihal V, Novak Z, et al. Pediatric tumors of the parapharyngeal space. Three case reports and a literature review [J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2004, 68(5): 601-606.
- [3] Zhao Y, Deng Z, Shi L, et al. Analysis of clinical data of 43 cases of parapharyngeal space tumors [J]. Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi, 2013, 27(7): 359-362.

(下转第 360 页)

- 66(11):5790-5797.
- [29] Saglio G, Dong-Wook K, Surapol I, et al. Nilotinib versus imatinib for newly diagnosed chronic myeloid leukemia [J]. *N Engl J Med*, 2010, 362(24):2251-2259.
- [30] Jabbour E, Branford S, Saglio G, et al. Practical advice for determining the role of BCR-ABL mutations in guiding tyrosine kinase inhibitor therapy in patients with chronic myeloid leukemia [J]. *Cancer*, 2011, 117(9):1800-1811.
- [31] Cortes JE, Kantarjian HM, Brümmendorf TH, et al. Safety and efficacy of bosutinib (SKI-606) in chronic phase Philadelphia chromosome-positive chronic myeloid leukemia patients with resistance or intolerance to imatinib [J]. *Blood*, 2011, 118(17):4567-4576.
- [32] Quintas-Cardama A, Kantarjian H, Cortes J. Bosutinib for the treatment of chronic myeloid leukemia in chronic phase [J]. *Drugs Today (Barc)*, 2012, 48(3):177-188.
- [33] O'Hare T, Shakespeare WC, Zhu X, et al. AP24534, a pan-BCR-ABL inhibitor for chronic myeloid leukemia, potently inhibits the T315I mutant and overcomes mutation-based resistance [J]. *Cancer Cell*, 2009, 16(5):401-412.
- [34] Hochhaus A, Hughes T. Clinical resistance to imatinib: mechanisms and implications [J]. *Hematol Oncol Clin North Am*, 2004, 18(3):641-656.
- [35] Willis SG, Lange T, Demehri S, et al. High-sensitivity detection of BCR-ABL kinase domain mutations in imatinib-naive patients: correlation with clonal cytogenetic evolution but not response to therapy [J]. *Blood*, 2005, 106(6):2128-2137.
- [36] Baccarani M, Fausto C, Gabriele G, et al. Definition and treatment of resistance to tyrosine kinase inhibitors in chronic myeloid leukemia [J]. *Expert Rev Hematol*, 2014, 7(3):397-406.
- [37] Jabbour EJ, Cortes JE, Kantarjian HM. Resistance to tyrosine kinase inhibition therapy for chronic myelogenous leukemia: a clinical perspective and emerging treatment options [J]. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk*, 2013, 13(5):515-529.
- [38] Kang HY, Hwang JY, Kim SH, et al. Comparison of allele specific oligonucleotide-polymerase chain reaction and direct sequencing for high throughput screening of ABL kinase domain mutations in chronic myeloid leukemia resistant to imatinib [J]. *Haematologica*, 2006, 91(5):659-662.
- [39] Mauro MJ, Talpaz M, Radich JP. Sequential therapy in chronic myelogenous leukemia: where do emerging therapies fit within current treatment regimens [J]. *Clin Adv Hematol Oncol*, 2013, 11(11 Suppl 17):1-15.

(本文编辑:蒋湘莲)

(上接第 351 页)

- [4] Tian W, Li X, Li D, et al. Imageology features and transoral approach of benign parapharyngeal space tumors [J]. *Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*, 2010, 24(21):983-986.
- [5] 李琳, 林蒙, 赵燕凤, 等. 咽旁间隙肿瘤的 CT 和 MRI 诊断价值 [J]. *癌症进展*, 2014, 12(3):285-290.
- [6] Maheshwar AA, Kim EY, Pensak ML, et al. Roof of the parapharyngeal space: defining its boundaries and clinical implications [J]. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 2004, 113(4):283-288.
- [7] Chang SS, Goldenberg D, Koch WM. Transcervical approach to benign parapharyngeal space tumors [J]. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 2012, 121(9):620-624.
- [8] Dimitrijevic MV, Jesic SD, Krstic AM, et al. Surgical approach to parapharyngeal space tumors [J]. *Acta Chir Iugosl*, 2011, 58(4):61-66.
- [9] Gadre PK, Gadre KS, Halli RC, et al. Mandibular subsigmoid access osteotomy in the management of parapharyngeal space tumors [J]. *J Craniofac Surg*, 2013, 24(2):579-582.
- [10] Ducic Y, Oxford L, Pontius AT. Transoral approach to the superomedial parapharyngeal space [J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2006, 134(3):466-470.
- [11] 田文栋, 李湘平, 李丹凤, 等. 咽旁间隙良性肿瘤的影像学特征及经口手术进路分析 [J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2010, 24(21):983-986.
- [12] 张伟强, 周涵, 董伟达. 经口径路切除内中上型咽旁间隙肿瘤 24 例 [J]. *江苏医药*, 2015, 41(3):328-329.
- [13] 罗兴谷, 卢永田, 王晓彬. 内镜下经口径路咽旁间隙肿瘤摘除 5 例 [J]. *山东大学耳鼻喉眼学报*, 2014, 28(4):56-58.
- [14] 张华, 冯永, 蒋璐. 经口径路咽旁间隙巨大良性肿瘤切除术(附 6 例报告) [J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2010, 24(12):556-558.
- [15] 孔维佳, 周梁. 耳鼻咽喉头颈外科学 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2015:426-427.

(本文编辑:蒋湘莲)