

· 病案报道 ·

# 巨大右侧眶筛前颅底沟通性囊性肿瘤 1 例

冯宁宇, 郑虹, 梁传余, 李文

(四川大学华西医院 耳鼻咽喉科, 四川 成都 610041)

中图分类号: R739.7; R739.91

文献标识码: D

文章编号: 1007-1520(2010)01-0071-02

病例资料: 患者, 男, 56岁。因右眼眶肿块18年, 迅速长大1年, 于2009年3月4日入院。患者自幼左眼失明, 入院查体: 右内眦角上方肿块, 质软, 突出皮肤约3 cm, 直径10 cm(图1)。双眼视力R: 数指/1 m; L: 无光感, 右侧眼球各向运动受限。鼻窦CT示: 右筛窦区见10.0 cm×12.0 cm占位性病变, 呈椭圆形, 边缘光整, 内密度均匀, CT值23~31 HU。右眼球轻度变形, 向前外侧移位, 眼球密度未见异常。右筛窦纸样板向左侧呈外压形改变, 大凹弧形压迹。病灶向外, 致眼眶肌锥受压变形、变窄。冠状位见病灶向右侧额窦、上颌窦内突入, 且右额窦骨壁不完整, 右上颌窦受压变小。视神经变长、变细(图2)。入院诊断: 右侧眶筛前颅底沟通性囊性肿瘤。

入院后行右侧眶筛前颅底沟通性囊性肿瘤切除及右侧前颅底重建术, 根据术前估计所需修补颅底大小设计前额冠状筋膜瓣, 取冠状切口, 术侧经耳屏前方直达颧弓水平, 对侧则根据需要调整切口的止点, 沿骨膜与帽状腱膜间掀起带蒂筋膜瓣10 cm×5 cm大小直至眶额区。穿刺抽取囊液减压, 组织钳提拉囊壁, 分离周边粘连组织, 保护硬脑膜及眶膈, 彻底游离切除囊肿及残余囊壁。取备用筋膜瓣转移至前颅底, 将右侧中鼻甲向上提拉, 与筋膜瓣缝合修补前颅底。双氧水、生理盐水冲洗术腔, 填入油纱1根及碘纺纱条2根, 一端留置于右侧鼻前庭, 对位缝合头皮。分别与眉弓边

缘及右上睑区皮肤做切口, 切除多余皮肤, 整复右眼球, 固定右眼内眦韧带, 右侧眼球复位良好, 缝合切口。术后病理检查示: 囊壁增生伴玻璃纤维组织, 部分区域可见含铁血黄素沉积及钙化, 部分区域淋巴细胞浸润。囊壁广泛出血, 大量红染不定性坏死物、胆固醇结晶及泡沫细胞聚集, 囊肿内分泌物未找到抗酸杆菌。

术后患者I期愈合, 未出现感染、脑脊液鼻漏等并发症; 供区头皮未发生脱发、皮肤坏死等并发症。术后右眼突出度12 mm, 外斜约15°, 下斜约15°, 眼球向下移位约1.5 cm, 向颞侧移位约1.0 cm。术后7 d出院, 出院双眼视力(R: 数指/1米; L: 无光感)。右侧眼球各向运动受限较术前无改善。



图1 右内眦巨大包块

作者简介: 冯宁宇, 男, 硕士研究生。

通讯作者: 李文, Email: church.ent.uc@163.com.



图 2 鼻窦水平位及矢状位 CT



图 3 术后第 7 天

讨论:前颅底肿瘤的手术治疗是临床治疗中的一大难题,要求手术最大限度暴露肿瘤,还应兼顾面容、功能的重建,避免并发症的发生。小的骨性缺损、死腔容积不大以及鼻咽腔污染不明显时可以用骨膜瓣进行颅底重建。当鼻咽腔与脑广泛沟通,死腔容积大需要行骨性重建时最好使用帽状筋膜瓣;当死腔体积超过 40~50 cm<sup>3</sup> 时,患者已经合并有感染或需要手术后术区放疗,吻合血管的游离皮瓣移植更为可靠<sup>[1]</sup>。该患者囊肿死腔面积大,包块上至前颅底,压迫额骨致畸形,与硬脑膜紧密粘连,向下压迫,上颌骨部分吸收,右侧鼻骨破坏致畸形,眼球被推向外下方,但未破坏眼膈,不

合并有感染,且帽状筋膜瓣的血供比较丰富,除了眶上、滑车上血管的深支,还有其前支以及它们之间的交通支供血<sup>[2]</sup>,故考虑使用带蒂帽状筋膜瓣进行颅底重建。

经前颅行颅底手术主要包括经额、筛骨、鼻、口腔、上下颌及面部脱套及移位等手术入路<sup>[3]</sup>。Chandler 等<sup>[4]</sup>采用扩大经颅底入路行颅底肿瘤切除及颅底重建术能获得较好暴露,但创伤仍较大。我们采用冠状-耳前切口、单纯经额部的改良经颅径路<sup>[5]</sup>,其切口较小,术野暴露充分,依病变部位不同可灵活改变辅助切口,术后很快恢复面容和功能。

前颅底良性肿瘤切除术后 I 期重建颅底目的在于重建颅底屏障,预防颅内感染及脑脊液漏的发生。Chang 等<sup>[6]</sup>对行颅底肿瘤切除术后颅底重建的患者进行为期 2 年以上随访,发现术后脑脊液漏、感染及皮瓣坏死等并发症的发生率为 27%。因此,行颅底重建术是预防脑脊液漏和感染的关键,可利用邻近骨膜瓣、颅周筋膜瓣及肌瓣修补,预后较好<sup>[7]</sup>。

参考文献:

[1] 李正勇,岑瑛,杨开勇,等. 经颅径路行前颅底肿瘤切除并双重组织瓣重建颅底一例[J]. 中国修复重建外科杂志,2006,8(4):1673-0860.

[2] Potparic Z, Fukuta K, Colen LB, et al. Galeo-pericranial flaps in the forehead: a study of blood supply and volumes [J]. Br J Plast Surg, 1996, 49(8): 519-528.

[3] 潘力雄,刘运生. 颅底肿瘤的临床治疗现状[J]. 国外医学神经病学、神经外科学分册,2002,29(3): 212-215.

[4] Chandler JP, Pelzer IJJ, Bendok BB, et al. Advances in surgical management of malignancies of the cranial base: the extended transbasal approach [J]. J Neurooncol, 2005, 73(2): 145-152.

[5] 赵素萍,肖健云,刘志雄,等. 改良经颅径路行前颅底肿瘤切除[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2001,7(4): 201-203.

[6] Chang DW, Langenstein HN, Gupta A, et al. Reconstructive management of cranial base defects after tumor ablation [J]. Plast Reconstr Surg, 2001, 107(6): 1346-1355.

[7] 陈杰,单国进,章威,等. 前颅底肿瘤手术及颅底重建[J]. 中国修复重建外科杂志,2004,(4): 290.

(修回日期:2009-09-21)