

· 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3cm,直径10cm(图1)。双眼视力R:数指/1m;L:无光感,右侧眼球各向运动受限。鼻窦CT示:右筛窦区见10.0cm×12.0cm占位性病变,呈椭圆形,边缘光整,内密度均匀,CT值23~31HU。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10cm×5cm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12mm,外斜约15°,下斜约15°,眼球向下移位约1.5cm,向颞侧移位约1.0cm。术后7d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。

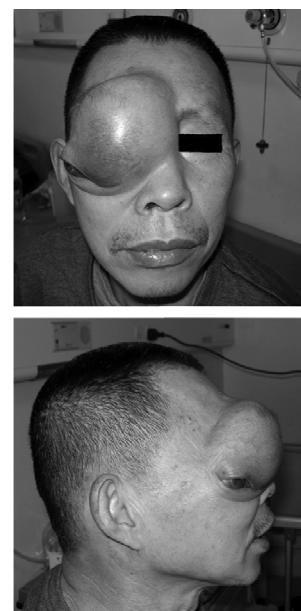


图 1 右内眦巨大包块

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.

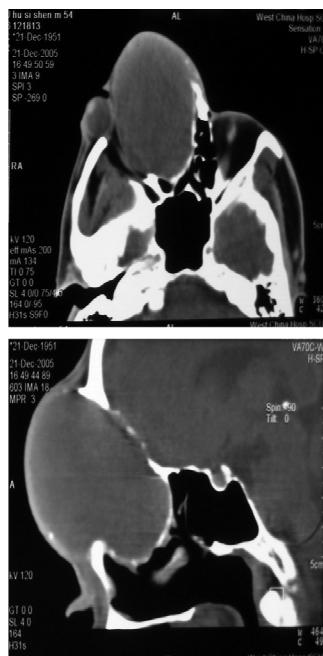


图 2 鼻窦水平位及矢状位 CT



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 cm³ 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^[1]。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，但未破坏眼眶，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^[2]，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^[3]。Chandler 等^[4]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^[5]，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^[6]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^[7]。

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 IIJ, 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, Langstein 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)