

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201401014

· 短篇论著 ·

鼻内镜下辅助其他径路治疗上颌窦癌 25 例疗效观察

张龙芳, 赵 华, 陈 刚, 荆建军, 刘 罡, 王 徽, 郑 亮

(兰州军区乌鲁木齐总医院耳鼻咽喉头颈外科, 新疆 乌鲁木齐 830000)

摘要: **目的** 探讨鼻内镜下辅助其他手术径路治疗上颌窦癌中的疗效。**方法** 回顾性分析采用鼻内镜辅助其他手术径路治疗 25 例上颌窦癌患者的临床资料, 术后均予以放射和(或)化疗。**结果** 术后所有患者均随访 5 年以上, 5 年生存率为 44%, 与文献报道的传统手术疗效相似。**结论** 鼻内镜下辅助其他手术径路治疗上颌窦癌可起到有效减瘤作用, 创伤小, 避免了面容与功能的损毁, 具有微创外科的优点。

关键词: 鼻内镜; 上颌窦肿瘤; 手术

中图分类号: R739.62 **文献标识码:** A **文章编号:** 1007-1520(2014)01-0056-03

The effective observation of 25 cases with nasal endoscope multipath approach in the treatment of maxillary sinus carcinoma

ZHANG Long-fang, ZHAO Hua, CHEN Gang, JING Jiang-jun, LIU Gang, WANG Hui, ZHENG Liang

(Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Urumqi General Hospital, Lanzhou Military District, Urumuqi 830000, China)

Abstract: **Objective** To evaluate clinical application value of endoscope assisted surgical treatment for maxillary sinus carcinoma (MSC). **Methods** Clinical data of 27 patients with MSC was analyzed retrospectively. All cases received tumor resection via endoscope assisted approach and postoperative radiotherapy. **Results** The five-year survival rate was 44%, which was equal to those via traditional approaches reported. **Conclusions** With advantages of effective tumor cytorreduction and minimal invasion, endoscope assisted surgery may play an important role in the treatment of MSC.

Key words: Endoscope; Maxillary sinus neoplasms; Surgery

上颌窦癌是头颈部常见的恶性肿瘤,因所在部位隐蔽不易早期发现,就诊时多为晚期。对上颌窦癌的治疗目前仍采用手术切除为主,辅以术前和(或)术后放疗、化疗的综合治疗方案。上颌窦毗邻重要结构,手术切除范围常受到限制,传统的根治性手术常不同程度造成患者面部外形与功能的损害。近年来,随着鼻内镜技术在国内较快发展,手术范围不断拓展,尤其对鼻腔鼻窦良性病变的处理上具有创伤小、保存结构功能完整的优势^[1]。对于鼻-鼻窦恶性肿瘤是否可在鼻内镜下手术治疗,尚无

统一见解。我科 2004 年 1 月~2008 年 3 月收治 25 例上颌窦癌患者采用鼻内镜下辅助其他手术切除,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

25 例上颌窦癌患者中男 18 例,女 7 例;年龄 33~78 岁,中位年龄 57 岁;病程 1 个月至 2 年,平均 4 个月。其中首发症状以眶下区胀痛、麻木 7 例(28%),颞区胀痛 5 例(20%),鼻阻 8 例(32%),鼻衄 5 例(20%)。所有患者均行 CT 及 MRI 检查,其中肿瘤累及鼻腔 23 例、筛窦 12 例、眶内 5 例、翼腭窝 6 例、硬腭 2 例、蝶窦 2 例。病理类型:鳞癌 16 例,腺癌

基金项目:兰州军区计划课题(CLZ12JB18)。
作者简介:张龙芳,女,博士,副主任医师。
通信作者:赵 华,Email:zhf2006@163.com

5例,腺样囊性癌3例,未分化癌1例。全组患者病理分型见表1。

1.2 临床分期

采用AJCC/UICC2002年TNM分级标准^[2],以临床检查与影像学检查作为临床分期依据:I期为肿瘤局限于上颌窦黏膜,无骨质侵蚀或破坏(T1N0M0);II期为肿瘤导致骨质侵蚀或破坏,包括侵入硬腭或中鼻道,除外侵犯上颌窦后壁和翼板(T2N0M0);III期为肿瘤侵犯下列任何一个部位:上颌窦后壁骨质、皮下组织、眶底或眶内侧壁、翼窝、筛窦,但无明显的淋巴结转移(T3N0M0),或I、II期肿瘤伴有同侧小于3cm的单个淋巴结转移(T1-2N1M0);IV期为肿瘤合并颅内浸润,侵及眼眶包括眶尖,累及蝶窦、额窦、鼻部皮肤,但无明显的淋巴结转移(T4N0M0),或各期肿瘤伴有大于3cm的单个淋巴结转移(T1-3N2-3M0),或任何I期肿瘤伴有远处器官转移(T1-4N0-3M1)。本组中II期患者13例(52%),III期患者8例(32%),IV期患者4例(16%),均未发现颈部淋巴结转移灶。临床分期情况见表1。

表1 25例上颌窦癌不同病理分型的临床分期(例)

病理分型	例数	临床分期		
		II期	III期	IV期
鳞癌	16	8	6	2
腺癌	5	3	2	0
腺样囊性癌	3	1	0	2
未分化癌	1	1	0	0
合计	25	13	8	4

1.3 治疗方法

手术采用鼻内镜辅助下其他手术径路联合方式,方法如下:患者全麻插管,在视频监控内镜下实施鼻腔外侧壁切除术,术中自下鼻甲前端开始,依次切除下鼻甲、上颌窦内侧壁、中鼻甲,充分暴露上颌窦内肿瘤,若肿物侵及筛窦,应行筛窦切除术。之后采取柯-陆氏术式,延长唇龈沟切口,将面部皮瓣分离,暴露上颌窦前壁,行前壁开窗或切除,在内镜直视下切除肿瘤,清除全部上颌窦内黏膜,视肿瘤骨质破坏情况,咬除或凿除病变破坏周围的骨质,包括上颌窦后壁及外侧壁,从而可达到翼腭窝、蝶窦前壁等肿瘤侵犯部位,将肿瘤尽可能彻底清除。缝合唇龈沟切口,鼻腔内填塞含5-Fu纱条,压迫止血,于术后第5天抽出。25例患

者中,有3例侵及上颌窦前下方,用骨凿凿除鼻底部分骨质,咬除部分梨状孔骨质,拔出上列牙1~2颗不等。4例侵及筛窦,术中切除筛窦及部分纸样板,保留眶骨膜。6例上颌窦后壁破坏并突入翼腭窝,在低温等离子刀和电凝充分止血情况下,切除肿瘤及边缘组织。侵犯硬腭者2例,其中1例侵犯1/2以上者行硬腭骨板切除,术中未行一期修复,术后腭托封闭;另1例侵犯尖牙窝者,拔除尖牙,咬除可疑骨质后以电钻打磨,保留硬腭,术后咬合关系保存良好。5例眶底破坏,眶内容未侵及,4例保留眶骨膜及大部分眶下壁,1例因眶下壁缺损较大经鼻侧切开行钛网复合颞肌筋膜瓣修复眶底,术后放疗后出现排异反应,再次手术取出钛网后下睑肉芽肿消失。全部患者均为术后2周左右开始放射治疗,放疗一般采用⁶⁰Co外照射鼻前野和耳前野,平卧位,照射范围包括鼻腔、上颌窦、筛板、颅底。如肿瘤已侵及眶内,放疗范围应包括患侧眼眶,大部分患者照射时加用30°或45°楔形板来调整前野和侧野的剂量比,以达到适宜的剂量分布。在满足靶区剂量的前提下,通过改变入射角度、应用铅挡等尽量保护角膜、晶体、泪腺、脑干等敏感器官。术后放疗的照射剂量为40~72Gy,对IV期患者颈部淋巴引流区常规作预防性照射。III期和IV期患者针对不同病理分型在放疗结束后进行4~6疗程化疗。

2 结果

全部病例随访5年以上,25例患者5年生存率44%(11/25),其中II期5年生存率53.8%(7/13),III、IV期5年生存率33.3%(4/12)。鳞癌5年生存率50%(8/16),腺癌5年生存率40%(2/5),腺样囊性癌5年生存率33%(1/3),1例未分化癌患者于术后3年死亡。

3 讨论

上颌窦恶性肿瘤是耳鼻咽喉头颈外科的常见疾病,以综合治疗为主,病理类型、临床分期和临床治疗方法对预后具有重要影响^[3]。鼻外径路是传统的手术方式^[4],根据肿瘤的部位、

性质及其累及范围,可分为上颌骨部分切除、上颌骨全切、扩大上颌骨切除与颅颌面切除术。这些手术虽能做到对肿瘤的大块切除,但均为破坏性外科手术,术后会造成不同程度的面容损毁及功能缺失,术后修复困难,或修复后出现不适感,患者不易接受。

随着鼻内镜的广泛临床使用、患者对生存质量要求的提高以及放、化疗的水平提高,使鼻窦恶性肿瘤手术向微创化发展成为可能。2004年王荣光等^[5]报道在鼻内镜或鼻内镜辅助下治疗鼻-鼻窦恶性肿瘤11例,术后放疗,随访3年,均无局部复发,近期效果满意。继而李建胜等^[1]也探讨了双径路鼻内镜手术治疗上颌窦癌的可行性。2011年蒋卫红报道^[6],选择不同内镜手术入路处理不同范围的翼腭窝及颞下窝病变将有利于充分显露和有效切除病变,并尽可能避免不必要的手术损伤和并发症。如病变局限,甚至可采用经鼻腔外侧壁切开入路,以保留下鼻甲和鼻泪管,维护鼻腔和泪道的形态结构与功能^[7]。

本科自2004年开始开展了鼻内镜下辅助其他手术径路治疗上颌窦癌25例,并进行了长期的随访,5年生存率为44%,与李建胜报道的45.5%相近。手术在电视内镜下,切除上颌窦内侧壁,依据病变范围,同时又采取传统的上颌窦根治径路、鼻侧切开径路等,能充分暴露上颌窦的各个位置。鼻内镜下手术有照明好、多角度、视野清新等优势,能放大一些肉眼难以辨清的残留瘤体组织,术中完整切除肿瘤及其周围组织的同时,最大限度地保留了正常面颅部框架结构,从而保留了上颌骨功能,克服了传统手术带来的面容损毁的缺点,并保留了正常视力。上颌窦癌治疗失败的原因多为局部复发,所以对局部病灶的控制率有待提高。近年来,放疗技术不断进步,诸如立体定向放疗和适形放疗的出现给提高肿瘤局部控制率带来了希望。以往认为,鼻窦癌较少出现颈淋巴结转移,故不主张颈部淋巴引流区的预防照射,但是近来已有多家报道,上颌窦癌的淋巴结转移率并不如想象的那么低,特别

是晚期病例,可达28.9%~33.0%^[8]。因此,建议对Ⅲ~Ⅳ期上颌窦癌常规进行颈部预防性照射。

本研究表明:①术前明确肿瘤分期并制订详细手术及综合治疗方案是提高上颌窦癌生存率的关键;②鼻内镜下结合其他手术径路可充分显露整个上颌窦腔,便于观察和清除窦内病灶,并尽可能保留重要解剖结构及功能;③鼻内镜下辅助其他手术径路治疗上颌窦癌继以放疗及化疗的综合治疗方案,可提高患者生存质量。

总之,确定上颌窦癌的最佳治疗模式,尽可能保全患者面部功能和外形,同时获得更好的肿瘤局部控制率和提高患者生存率是今后进一步研究的方向,预期鼻内镜辅助技术将在上颌窦癌的手术治疗中发挥越来越重要的作用。

参考文献:

- [1] 李建胜,乔秀军,牟善宇,等.双径路鼻内镜手术治疗上颌窦癌的临床探讨[J].中国当代医药,2011,18(17):92-93.
- [2] 孙彦,王琪.2002年AJCC鼻腔和鼻窦癌分期方案[J].国外医学耳鼻咽喉科学分册,2004,28(2):123-124.
- [3] 文之斐,刘庆深,蔡舜吼,等.上颌窦癌的治疗与预后因素分析[J].实用癌症杂志,2006,21(5):509-511.
- [4] 何琪懿,苏炳泽,周学军.改良面中部掀翻进路上颌骨切除术的临床探讨[J].山东医药,2009,49(36):82-83.
- [5] 王荣光,雷磊,韩东一,等.内镜下或内镜辅助下的鼻腔-鼻窦恶性肿瘤手术[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2004,39(9):520-523.
- [6] 蒋卫红,方兴,章华,等.不同内镜手术入路对翼腭窝及颞下窝的显露程度比较及其临床应用价值探讨[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2011,17(4):259-267.
- [7] 施芳.经鼻内镜鼻腔外侧壁切开后上颌窦手术[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2011,17(1):72-73.
- [8] 殷蔚伯,谷钺之.肿瘤放射治疗学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2002:532.

(修回日期:2013-06-15)