

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201506016

· 临床报道 ·

鼻腔鼻窦恶性黑色素瘤的内镜辅助手术治疗

代学忠¹,何晓光²,解继明¹,周 扬¹,鲍学钰¹,邓 芳¹

(1. 云南省第三人民医院 耳鼻咽喉科,云南 昆明 650011; 2. 昆明医科大学第一附属医院 耳鼻咽喉科,云南 昆明 650032)

摘 要: **目的** 总结 13 例鼻腔鼻窦恶性黑色素瘤患者的内镜辅助传统手术治疗经验。**方法** 2004 年 4 月~2014 年 10 月确诊为鼻腔鼻窦恶性黑色素瘤患者 13 例,其中 1 例行单纯鼻内镜下切除,1 例行颅面联合,9 例行常规的或变通的鼻侧切开术,2 例行上颌骨全切术。手术在传统手术切除大块肿物后联合应用鼻内镜技术对深在、隐蔽、可疑肿瘤残余部分如筛顶、嗅裂、额隐窝、颅底及纸样板等处仔细探查,用打磨、烧灼等方式彻底切除肿瘤,必要时在内镜下修复颅底缺损及脑脊液鼻漏。**结果** 术后随访 3 年以上,其中 4 例死亡(1 例生存 11 个月因颅内复发转移死亡,3 例局部复发全身多处转移后约平均生存 16 个月后死亡),2 例局部复发内镜下切除,其余患者仍在随访中未见复发。**结论** 内镜下辅助传统手术能更完整、彻底地切除鼻腔鼻窦恶性黑色素瘤的局部病灶,降低局部复发率。

关 键 词: 鼻内镜;鼻腔鼻窦;恶性黑色素瘤

中图分类号: R739.62 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2015)06-0496-03

我科自 2004 年 4 月~2014 年 10 月采用鼻内镜辅助传统手术治疗鼻腔鼻窦恶性黑色素瘤 13 例,疗效满意,现报道如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料

本组患者 13 例,其中男 8 例,女 5 例;年龄 34~72 岁,中位年龄 56 岁;均为单侧,1 例颈淋巴结转移。其中局限于鼻腔外侧壁 1 例,肿瘤位于鼻腔外侧壁、筛窦、蝶窦 9 例,上颌窦内肿瘤累及后外壁、下壁 2 例,鼻窦累及颅底 1 例,所有患者均经病理确诊为恶性黑色素瘤。

1.2 方法

手术均在全麻下进行。根据肿瘤的部位及范围(根据美国癌症联合委员会分期法)采用不同手术方法^[1]。①肿物生长于鼻腔外侧壁及筛窦、蝶窦、鼻中隔者 9 例(T2、T3),行鼻侧切开术联合鼻内镜下手术切除肿物。先行鼻侧切开术把大块肿物切除以后在鼻内镜下仔细的探查肿物的生发部位及浸润范围,充分暴露切除眶纸板以及可疑受侵的眶筋膜,电转打磨筛顶及额隐窝,局部的颅底缺损及脑脊液

鼻漏内镜下同期修复(其中 3 例肿瘤累及筛顶、嗅裂处),内镜下从嗅裂处开放打磨筛顶、鼻中隔上方及鸡冠,切除嗅丝及肿物根部,用颞肌筋膜、鼻中隔软骨或鼻中隔黏膜修复颅底。1 例肿瘤局限性硬脑膜浸润者予部分切除硬脑膜,内镜下用颞肌筋膜加肌肉修补缺损。鼻中隔受侵犯者切除部分鼻中隔及同侧的大部分鼻中隔黏膜。术中开放额窦及蝶窦窦口,以利于引流,必要时刮出黏膜送病理;②肿物位于上颌窦内累及后外壁及下壁者 2 例(T2、T3)行上颌骨切除术后,内镜下观察鼻中隔、鼻底及筛顶黏膜情况,有病变者同时彻底切除;③1 例局限于鼻腔外侧壁者采用鼻侧切开联合鼻内镜下切除术,1 例鼻窦肿瘤累及者与神经外科合作行颅面联合手术。

4 例同期行颈淋巴结清扫术。9 例次术后行至少 1 个疗程(氮西咪氨、顺铂、干扰素)化疗及生物治疗,6 例接受总剂量>50 Gy/6~7 周的放射治疗。

2 结果

所有患者术后伤口均一次性愈合,无颅内感染,无脑脊液鼻漏发生。术后免疫组化 S-100 和 Hmb-45 弥漫性强阳性提示为黑色素瘤(图 1)。其中 11 例随访 5 年,2 例随访 3 年以上,随访包括内镜下复查、CT/MRI 等检查,对局部可疑复发处取病理切片。其中有 4 例死亡(1 例生存 11 个月发现颅内复

作者简介:代学忠,男,副主任医师。
通信作者:何晓光,Email:1660993438@qq.com

发转移后死亡,3 例局部复发及全身多处转移后约平均生存 16 个月后死亡),2 例局部复发予单纯内镜下局部切除后随访,其余患者仍在随访中未见复发。

典型病例 1:鼻腔鼻窦恶性黑色素瘤 T3 患者,行颈淋巴清扫、鼻侧切开术、联合鼻内镜技术及颅底修复术,手术前后影像学检查及术中内镜下影像见图 2。

典型病例 2:鼻腔、上颌窦恶性黑色素瘤患者,行上颌骨切除术联合鼻内镜技术,影像学资料见图 3。

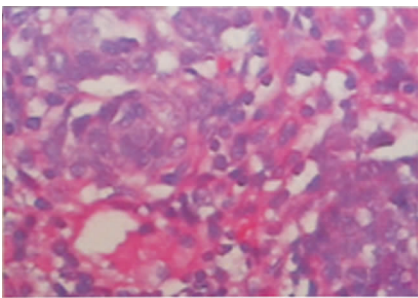


图 1 免疫组化: S-100 (+), ki-67 (+) 40% , Hmb45 (+) (HE ×400)

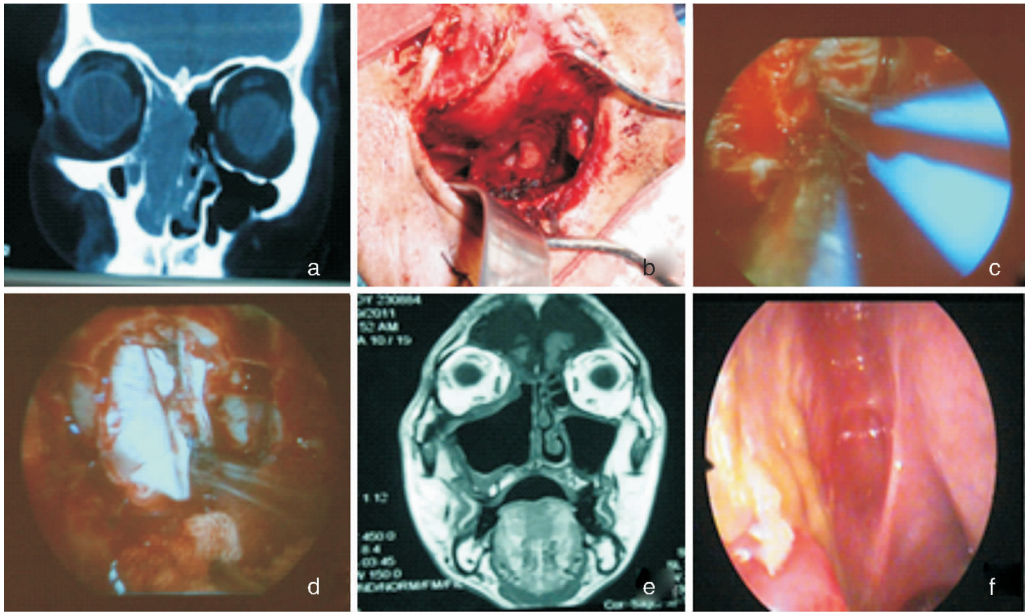


图 2 典型病例 1 患者影像学资料 a:术前 CT;b:鼻侧切开术中; c:鼻内镜下示筛顶颅底缺损;d:鼻内镜下颅底缺损修复; e:术后 3 个月 MRI;f:术后颅底鼻内镜复查

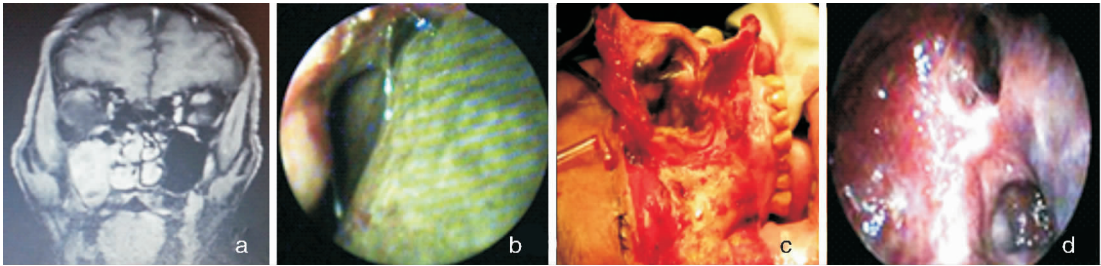


图 3 典型病例 2 患者影像学资料 a:术前 MRI;b:术前鼻内镜像;c:上颌骨切除术中;d:术后 3 个月鼻内镜复查

3 讨论

鼻腔鼻窦恶性黑色素瘤一经诊断需尽早治疗。目前治疗方法主要是手术切除肿物、化疗、放射治

疗、生物治疗等。发展快、浸润深而广、易转移是恶性黑色素瘤的生物学特性。目前多倾向于以手术广泛彻底切除肿物为主的综合性治疗^[2]。但鼻腔鼻窦恶性黑色素瘤的复杂性、鼻腔鼻窦的解剖特殊性 及血液淋巴丰富等特征,使得该病术后易复发。单纯的内镜下手术因鼻孔小不能同时伸入器械,不利

于止血,而且仅能小块多次切除肿瘤,不能整块完整切除,若有血液、淋巴侵犯则违背肿瘤整块完整切除的原则,目前我们仅用于相对局限的 T1 期病变^[3]。传统或变通的鼻侧切开术及上颌骨切除术对颅底及隐蔽深在的部位如筛顶、嗅裂、上鼻道、翼腭窝及硬脑膜等处不能清楚地观察,以致很难做到完整切除肿物^[4]。本组病例传统手术后,在内镜下仔细探查、切除病变残留组织后送冰冻病理检查,切缘阳性者4例,若未行内镜下探查局部可能残留肿瘤。因此,笔者在传统手术基础上同时联合应用鼻内镜技术,相互取长补短,发挥各自优点,在保证肿瘤尽可能彻底切除的同时尽量保护正常器官的功能^[3],体会如下:①先行传统或变通的鼻侧切开术或上颌骨切除术,大块肿物切除后,在鼻内镜下仔细探查肿物的生长部位,对中鼻道、上鼻道、嗅裂、筛顶、翼腭窝、鼻咽部、额隐窝等隐蔽、深在的部位仔细观察,明视下看清前颅底、眶纸板、眶筋膜、筛板、硬脑膜是否有肿瘤侵犯残留,若有肿物侵犯以上部位可在内镜下用鼻刨、电转打磨,必要时切除部分可疑的筛板、硬脑膜或眶纸板、眶筋膜,局部的颅底缺损及脑脊液漏在内镜下同期修复;②同时可开放额窦、蝶窦口充分引流,必要时刮出窦内黏膜送病检,若额窦及蝶窦黏膜有侵犯,在鼻侧切开同时向上开放额窦,完全去除窦腔黏膜,局部电钻打磨骨壁。尽量暴露出相邻的神经如眶下神经,切除翼腭窝等可疑组织行冰冻切片,直到明确安全切缘;③若肿瘤侵犯嗅裂、筛顶及筛凹等处,需在内镜下切除部分筛顶及鼻中隔上部才能完整切除肿物,必要时可暴露切除嗅丝、嗅球。若肿瘤侵犯眼眶内或颅内需行联合眶内容物切除术或与神经外科联合行颅面联合术;④鼻腔鼻窦恶性黑色素瘤有随黏膜形成卫星灶生长或跳跃生长的特性,需彻底切除所有病灶^[4];⑤术后复查可在内镜

下明视病变部位有无复发,做到早期发现、早处理。目前综合治疗已获广泛认可,特别是手术加放疗或(和)化疗是局部控制的主要方法。黑色素瘤对放疗敏感,但放疗剂量仍有争议,有研究表明大于 50 Gy 的规程放疗下肿瘤局部控制率得到改善,复发率降低,但 5 年生存率并未有明显改善。化疗主要应用氮西咪氨、顺铂、亚硝酸制剂等辅助治疗及姑息治疗,同时可采用卡介苗、干扰素、白介素等生物免疫辅助治疗降低复发率^[5]。总之,尽量彻底切除肿物是鼻腔鼻窦恶性黑色素瘤治疗的重要前提,同时采取特异性的综合治疗包括必要的术前、术后放化疗、生物治疗等。我们在治疗过程中需要不断总结经验教训,把内镜技术与传统手术有机结合,相互取长补短,开展多中心、大样本、长期随访分析,探寻鼻腔鼻窦恶性黑色素瘤治疗的最佳方案。

参考文献:

[1] Snyderman CH, Pant H, Carrau RL, et al. What are the limits of endoscopic sinus surgery? The expanded endonasal approach to the skull base[J]. Keio J Med, 2009, 58(3):152-160.

[2] 尼力帕尔·阿力木,阿依恒·曲库尔汗,亚力坤·亚生. 鼻内镜手术切除鼻及鼻窦恶性肿瘤[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2008, 15(4):240-241.

[3] 江文,冯永,孙正良,等. 累及前颅底的鼻腔鼻窦恶性肿瘤术式选择及颅底重建方法的探讨[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2003, 17(5):259-260.

[4] 于焕新,刘刚. 影响鼻粘膜恶性肿瘤预后的多因素分析[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志. 2014, 49(11):916-919.

[5] 王荣光,雷磊,韩东一. 内镜或内镜辅助下鼻腔鼻窦恶性肿瘤手术[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2004, 39(9):520-523.

(修回日期:2015-03-05)