

DOI:10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201902009

· 鼻整形专栏 ·

鼻根部基底细胞癌切除后 局部缺损皮瓣 I 期修复的临床观察

赵影颖,王珮华,吴晴伟

(上海交通大学医学院附属第九人民医院 耳鼻咽喉头颈外科 上海交通大学医学院耳科学研究所 上海市耳鼻疾病转化医学重点实验室,上海 200011)

摘要: **目的** 总结临床应用面部局部皮瓣对鼻根部基底细胞癌根治术后局部缺损进行 I 期修复的经验。**方法** 对 2007 年 9 月~2014 年 9 月 22 例鼻根部基底细胞癌根治切除后行局部皮瓣 I 期修复的临床资料进行回顾性分析。选择利用数种局部皮瓣进行 I 期修复和重建。**结果** 22 例患者皮瓣均 I 期存活。随访 6~12 个月均无肿瘤复发。术后外观患者满意。**结论** 在根治性切除外鼻部基底细胞癌的基础上,根据肿瘤切除后遗留的鼻根部缺损的部位、范围和大小,可以选择和设计不同而较为合适的皮瓣进行修复。局部皮瓣具有血供确切、存活率较高、取材灵活、手术操作较为简便等多项优点。可以为鼻部肿瘤切除后缺损提供较好的治疗方案。

关键词:鼻缺损;局部皮瓣;鼻再造;基底细胞癌

中图分类号:R765.9; R622

Primary flap repair of local defects after resection of basal cell carcinoma on nasal root

ZHAO Ying-ying, WANG Pei-hua, WU Qing-wei

(Department of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery, Shanghai Ninth People's Hospital, School of Medicine, Shanghai Jiao Tong University; Ear Institute, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine; Shanghai Key Laboratory of Translational Medicine on Ear and Nose diseases, Shanghai 200011, China)

Abstract: **Objective** To summarize our experience on primary flap repair of local defects caused by the radical excision of basal cell carcinoma in the region of nasal root. **Methods** Clinical data of 22 patients suffering from basal cell carcinoma of nasal root radically excised followed with primary flap repair of local defect in our department between Sept. 2007 and Sept. 2014 were analyzed retrospectively. For the primary repair and reconstruction, several types of local flaps were adopted. **Results** The local flaps survived in all 22 cases. Follow-up for 6 to 12 months revealed satisfactory appearance without neoplasm recurrence. **Conclusions** On the basis of radical excision of basal cell carcinoma of nasal root, various kinds of flaps can be designed and the most appropriate one should be chosen to repair the defect according to its location, range and size. With advantages of definite blood supply, relatively high survival rate, flexible acquisition as well as simplicity and convenience in operation, local flap provides satisfactory therapeutic regimen for repair of defect caused by nasal tumor excision.

Key words:Nasal defect; Local flap; Nasal reconstruction; Basal cell carcinoma

外鼻恶性肿瘤多为原发性。多属皮肤癌,恶性程度低,发展缓慢,且易于发现,可得到早期治疗,预后一般较好。肿瘤小者,病灶彻底切除后可一期整形修复;病变广泛者,不应考虑畸形问题,应根据肿瘤手术的原则,在留有充分安全缘的基础上彻底切除,对可疑受侵犯的骨质也应一并切除。手术后的畸形可在 1 年后,经观察确无复发或转移者,再行外鼻成形术。外鼻基底细胞癌发生于上皮的基底层,很少侵犯黏膜,极少转移^[1]。由于外鼻基底细胞癌有以上特点,我科在临床工作中根据缺损的部位、范围、种类而选择了不同的修复方法来一期修复缺损,

作者简介:赵影颖,女,医学硕士,主治医师。
通信作者:吴晴伟,Email: wuqingwei75@163.com

现将资料和结果总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

对上海交通大学医学院附属第九人民医院耳鼻咽喉头颈外科于2007年9月~2014年9月收治的鼻根部基底细胞癌并行局部皮瓣1期修复22例患者的临床资料进行回顾性分析。其中男13例,女9例;年龄为42~86岁。其中鼻根正中中部缺损10例,鼻根偏内眦区缺损12例。术中冰冻及术后病理结果均为基底细胞癌。

1.2 手术方法

所有病例均接受全身麻醉下手术,手术切除方案有两种,第一种为先沿肿物边缘5 mm切除肿物,基底部切深至下一层组织结构(保留或不保留骨膜层或者深肌层)。然后送切缘,切缘一般每距离10 mm取一份样本,基底切缘一般分4个象限各取一份样本。术中冰冻如提示阳性则边缘再扩大切除5 mm,直至各切缘均阴性。第二种则是针对术前已有病理诊断为基底细胞癌的病例,术中切除肿物时直接扩大安全缘,然后同第一种方案切取切缘样本送冰冻读片,直至切缘均阴性。根据缺损的部位、范围和尺寸来制定局部皮瓣的设计方案。较常选择的方案包括:①额鼻推进瓣:8例鼻额角角度较大的患者;②额鼻部菱形旋转瓣:6例鼻额角角度较小的患者;③额鼻部滑行皮瓣:3例周围皮肤松弛度较大的患者;④内眦动脉供血的鼻额部旋转瓣:5例缺损范围累及稍偏下方的患者。

2 结果

本组患者随访6~12个月,均未接受放疗或者化疗,局部无复发。术后皮瓣全部存活,无局部感染或者坏死的发生。对于近期和远期的鼻部外形,患者及手术医生主观评定均较满意。患者的生活及社交能力均未受到明显影响。

3 典型病例

病例1,女,62岁,2010年5月入住。主诉:鼻根部无痛渐大肿物5年。于半月前外院曾行激光治疗,5 d后局部再次隆起。全麻手术切除,术中提示基底细胞癌,基底及各切缘均阴性。缺损区大小约

25 mm×20 mm。制备额鼻推进瓣,浅肌层下滑行推进。皮瓣设计上方双侧预先切除三角区域,向下方推进后该三角区域闭合。皮瓣受区周围浅肌层下潜行分离约5 mm,使受区周围有一定的移动关闭能力。皮瓣滑行到位后分两层与受区缝合关闭创面。原先上方半圆的凹型边缘予左右对合缝合而使皮瓣的远端呈凸型,并与下方的半圆凹型相吻合。术后适当加压包扎,术后第9天和第10天分两次拆线完全。皮瓣存活,色泽良好。见图1。

病例2,男,52岁,2013年4月入住。主诉:发现鼻背渐大肿物1个月。入院查体:右侧鼻根邻近内眦内下方直径约18 mm红色肿物。全麻手术切除,术中提示为恶性肿瘤,切缘均阴性。缺损部位为鼻根偏右侧内眦,大小约23 mm×20 mm。制备额鼻部滑行皮瓣,带浅肌层向右下方斜行滑行推进。皮瓣设计上方双侧预先切除三角区域,皮瓣向下方推进后该三角区域闭合。皮瓣受区周围浅肌层下潜行分离约5 mm,使受区周围有一定的移动关闭能力。右下方缺损区予延长切口并切除三角区,使缺损区下部可以直接缝合缩小缺损。皮瓣滑行到位后远端修剪至与受区形状相吻合,再分两层与受区缝合关闭创面。术后单眼及鼻部加压包扎24 h。术后7 d完全拆线后出院。术后石蜡报告:基底细胞癌,肿物大小约15 mm×12 mm×9 mm,见神经侵犯。切缘均阴性。见图2。

病例3,男,62岁,2014年6月入住。主诉:右鼻背渐大新生物1年余,伴破溃出血。入院查体:右鼻根偏内眦直径15 mm新生物,色黄黑,质韧,表面溃烂状,呈凹陷性浸润生长。外院局部活检病理:基底细胞癌。全麻手术切除肿物后扩大5 mm送切缘,均阴性。创面彻底止血。测量切除后缺损大小约20 mm×25 mm。翻瓣前受区及供区周围浅肌层下潜行分离10 mm左右。制备蒂位于左内眦区的菱形皮瓣,浅肌层下翻瓣并逆时针旋转覆盖右鼻背缺损区。无张力转移至接收区后分两层缝合皮瓣,直接分两层缝合关闭供区。术后加压包扎24 h。术后4 d出院,术后10 d门诊拆线。见图3。

病例4,女,81岁,2007年10月入住。主诉:发现鼻根肿块3月余。初为针尖大小,近1个月来增大迅速,直径达8 mm左右。1年前相同位置曾有类似肿物出现,外院不规范切除,无病理。全麻手术切除肿物。术中冰冻:基底细胞癌。左下睑肿物倾向脂溢性角化病。故行扩大切除至切缘均阴性,创面彻底止血,测量缺损区大小为20 mm×20 mm。制

备蒂位于左侧的鼻额瓣逆时针滑行修复缺损区,肌层下翻瓣,充分止血,翻瓣后右侧边缘予错位缝合,赢得可向下方旋转的皮瓣长度,并与接收区周围已

经行浅肌层下潜行分离的边缘相吻合,从而关闭缺损区;分两层缝合。术后右侧单眼及鼻根部加压包扎 24 h。术后 10 d 完全拆线后出院。见图 4。



图1 病例1鼻根部基底细胞癌患者 1a:术前;1b:缺损区;1c:翻瓣层次;1d:切除双侧上方三角区域;1e:术后即刻;1f:术后10 d复查 图2 病例2鼻背部基底细胞癌患者 2a:术中缺损;2b:皮瓣设计图;2c:术后即刻;2d:术后半年 图3 病例3右鼻背部基底细胞癌患者 3a:术前;3b:缺损区及皮瓣设计;3c:术后即刻;3d:术后3 d;3e:术后1个月



图 4 病例 4 鼻根部基底细胞癌患者 a:术前;b:缺损区及皮瓣设计;c:实际皮瓣切口;d:术后即刻;e:术后 10 d; f:术后 1 个月

所有患者术中创面均彻底止血,术后局部适当加压 24 ~ 36 h。术后不用止血药物,术后常规应用活血药物 3 ~ 7 d、抗生素 7 ~ 10 d、激素 1 ~ 3 d,缝合处每日除痂并清洁 1 ~ 2 次,抗生素软膏每日使用 1 ~ 2 次,术后 7 ~ 12 d 分次或完全拆线。

4 讨论

外鼻基底细胞癌早期一般不直接威胁患者的生命,部分高龄患者肿瘤发展也较为缓慢,但是肿瘤常破坏患者鼻面部的外观,同时手术切除肿瘤后也多会导致面部解剖结构的破坏,加重患者精神和心理上的创伤。因此,在完全切除肿瘤的前提下,减少鼻面部的畸形也应当是临床医师积极努力和争取的目标^[2-4]。所以怀疑外鼻部恶性肿瘤患者都需要术前检查头颈部增强 CT、正位胸片、肝胆脾超声检查,以排除有无颈部及远处转移^[5]。本组患者均未发现转移证据。由于恶性肿瘤患者中老年患者较多,所以全麻术前耐受力的评估也是必不可少的。

肿瘤切除后形成的缺损常常合并皮下软组织甚至肌层甚至软硬骨的缺损。鼻部病变周围可利用修复的组织较少,如直接关闭创面,易致鼻小柱、鼻孔、鼻翼变形,局部牵拉也会致眼睑变形,严重影响患者外观^[3,6]。在进行面部皮瓣的修补时,应当遵循就近取材原则,同时应当尽可能将手术对患者造成的

创伤减小^[7-8]。如本组 3 例患者缺损区累及一侧内眦区,如直接拉拢的话必然会导致内眦及眼睑的变形,所以应该妥善设计皮瓣进行修复。鼻部损伤后要求是修复后的外形及皮肤的色泽相协调,手术痕迹小、隐蔽^[9-10]。单纯的植皮无法满足对于该类创面的良好修复。局部皮瓣与缺损皮肤组织相似,是最常用的修复鼻部缺损的方法^[11]。皮瓣的设计方法不同有很多种,但应注意对鼻面部外观的影响,尽可能使之与皮纹一致,与局部血管的走向一致,绝对无张力缝合^[12-13]。局部皮瓣面积要稍大于缺损创面 10% ~ 15%,蒂部出现皮肤皱褶时,可待Ⅱ期修整,以优先保证皮瓣血运^[14]。皮瓣设计需要充分考虑血供,需要预留足够长度以供转移途中的长度损耗^[15]。鼻根部位置偏高,用鼻唇沟修复所需要的转移距离较长,故鼻根部的缺损目前我们较少选择鼻唇沟瓣。

本组患者皮瓣设计的选择,相近部位范围病例修复皮瓣的选择是基于以下几点考量:①病例 1 鼻根眉间平坦光滑,选择整体的向下方推移。缝合时凹面型改缝合成为凸面型并恰好与下方凹面型吻合。这样既可以减少了将上方凹面修成凸面而增加长度损耗的要求,又可将下方凹面硬性拉拢迎合上方的凹面而造成的局部较大张力的产生消于无形;②病例 2 由于其缺损部位其实更向下睑方向延伸,而眼袋区皮肤有较好的延伸性,所以选择切除下方

小三角区域然后对缝关闭部分下方三角形缺损明显缩小了缺损范围,选择斜行的推进瓣则是考虑到患者眉间皮肤皱纹并不明显,而且其鼻梁较高也比较适合推进,故后期患者皮瓣也较为平整,病痕不明显;③病例 3 眉间“川”字纹较为明显,推进瓣会不平整,而且鼻额间落差较大,故而选择了菱形瓣做了一个“Z”交叉,将皮瓣交叉后旋转至鼻根区缝合,将供区切口隐藏在“川”字纹内。拆线时鼻根收缩较为明显,而术后 1 个月瘢痕不明显,而且没有臃肿不平的改变;④病例 4 鼻根部皮肤的松弛度特别大,术中尝试错位缝合逐渐将皮瓣右缘向下方旋转推移,最终达到了与右侧创缘完美对合,故术中未予切除弧形皮肤,这也为后期患者局部皮肤病痕的修复减少了张力这一大难题。如图 4f 患者术后 1 个月时照片上显示的手术瘢痕已经很不明显。

术区创面的止血要充分,以防术后皮瓣下血肿形成,最终影响皮瓣的存活。皮瓣制备中要选择锐性切割和分离,不要用电刀分离,也不要钝性分离而造成皮瓣本身血供的损伤。局部止血可选择双极电凝。分离皮瓣时,越是靠近蒂部对于软组织越是要有所保留,以免影响蒂部血供而危及皮瓣存活。术中选择和处理皮瓣的受区也需要其血供良好,对于创面内没有活力的组织比如止血后形成的焦痂要尽量清除。

鼻面部居于面部中央,局部的瘢痕对面容影响较大,缝合时要注意不同缝合方式和技巧的使用^[5]。本组病例中为浅肌层下层次分离制备皮瓣,且未有骨质的切除或者缺损,故缝合关闭创面为浅肌层和皮肤共两层。先关闭供区,期间可以观察皮瓣的色泽与血供,然后再缝合皮瓣至受区进针与出针间距尽量减小。间断缝合时打结切勿过紧。

本组病例术后均采用了局部适当加压包扎 24 ~ 36 h 的处理。初次换药时皮瓣均已较为平整。之后每日清痂换药也是维护皮瓣非常重要的措施。

在根治性切除外鼻部基底细胞癌的基础上,根据肿瘤切除后遗留的鼻根部缺损的部位、范围和大小,可以选择和设计不同而较为合适的皮瓣进行修复。本组介绍的局部皮瓣具有血供确切、存活率较高、取材灵活、手术操作较为简便等多项优点。这些经验在临床治疗工作中可以被较好地接受和推广。

参考文献:

[1] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳.实用耳鼻咽喉头颈外科学[M].第 2

版.北京:人民卫生出版社,2014:241-242.

Huang XZ, Wang JB, Kong WJ. Practical Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery [M]. 2nd Edition. Beijing: People's Medical Publishing House, 2014: 241-242.

[2] 吴晴伟,王珮华,徐洲,等.鼻外伤的急诊处理及整形[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2008,14(6):439-442.

Wu QW, Wang PW, Xu Z, et al. Emergency treatment and plastic management of nasal trauma [J]. Chin J Otorhinolaryngol Skull Base Surg, 2008, 14(6): 439-442.

[3] 方震,陈振鹤,张劲松,等.161 例面部基底细胞癌微创切除术后一期皮瓣修复[J].辽宁医学杂志,2013,27(5):225-227.

Fang Z, Chen ZH, Zhang JS, et al. Primary skin flap repair after minimally invasive surgery of facial basal cell carcinoma in 161 cases [J]. Medical Journal of Liaoning, 2013, 27(5): 225-227.

[4] 许雯,曹亦军,汤玮,等.外鼻基底细胞癌切除后的创面修复 26 例临床分析[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2014,28(19):1505-1507.

Xu W, Cao YJ, Tang W, et al. Twenty-six clinical case analysis of defect repairing after the resection of basal cell carcinoma on external nose [J]. Journal of Clinical Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 2014, 28(19): 1505-1507.

[5] 李宗枝.鼻唇沟皮瓣在修复面中部皮肤肿瘤术后缺损中的应用[J].中外医疗,2018,17(6):49-50,53.

Li ZZ. Application of nasolabial fold flap in repairing the postoperative defect of central skin tumor [J]. China Foreign Medical Treatment, 2018, 17(6): 49-50, 53.

[6] 朱华锋,柏正群,李曼.改良鼻唇沟皮瓣修复鼻部皮肤肿瘤术后缺损的临床总结[J].中国美容整形外科杂志,2015,26(2):95-97.

Zhu HF, Bai ZQ, Li M. Clinical summary of modified nasolabial groove flaps for defect repair after surgical resection of nasal cutaneous tumors [J]. Chinese Journal of Aesthetic and Plastic Surgery, 2015, 26(2): 95-97.

[7] 郑永生,许莲姬.面部皮瓣的临床应用[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2016,23(3):142-145.

Zheng YS, Xu LJ. Clinical application of facial skin flaps [J]. Chinese Archives of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 2016, 23(3): 142-145.

[8] 陈树鑫,宁晔,蒋崇慧,等.皮下蒂鼻唇沟皮瓣对面部急诊外伤患者面部形态和功能的疗效[J].中国医药科学,2018,8(15):241-243.

Chen SX, Ning Y, Jiang CH, et al. Effect of subcutaneous pedicle nasolabial flap on facial morphology and function in patients with emergency facial trauma [J]. China Medicine and Pharmacy, 2018, 8(15): 241-243.

[9] Iida N, Ohsumi N, Tsutsumi Y. Use of bilateral retroangular flaps for reconstruction of the glabella and nose [J]. Br J Plast Surg, 2001, 54(5): 451-454.

[10] 郑万玲,沈嘉威,魏韩笑,等.修复鼻缺损的皮瓣类型总结[J].实用医学杂志,2017,33(24):4186-4188.

Zheng WL, Shen JW, Wei HX, et al. Summary of the types of surgical flaps for nasal defect repair [J]. Journal of Practical Medicine,

2017,33(24):4186-4188.

[11] 赵冬菊,陈东,王珮华,等. 511 例外鼻病变临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2015,21(1):18-23.

Zhao DJ,Chen D,Wang PH,et al. Clinical analysis of external nasal cutaneous tumors in 511 cases[J]. Chin J Otorhinolaryngol Skull Base Surg,2015,21(1):18-23.

[12] 陈东,王珮华,石润杰,等. 97 例开放性鼻外伤的功能和形态重建[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2010,16(5):366-369.

Chen D,Wang PH,Shi RJ,et al. Functional and morphological reconstruction of open trauma of nose(a review of 97 cases)[J]. Chin J Otorhinolaryngol Skull Base Surg,2010,16(5):366-369.

[13] 刘先伟,武媛,潘剑,等. 鼻唇沟皮瓣修复口腔颌面部软组织缺损的临床研究[J]. 口腔医学研究,2013,29(2):159-163.

Liu XW,Wu Y,Pan J,et al. Repair of soft tissue defects in oromaxillo-facial region with nasolabial flaps[J]. Journal of Oral Science Research,2013,29(2):159-163.

[14] 张胜利,张佳,苏伟霞,等. 局部皮瓣在鼻部皮肤肿瘤切除后创面修复中的应用[J]. 中国药物与临床,2016,16(9):1337-1338.

Zhang SL,Zhang J,Su WX,et al. Application of local flaps for

wound repair after resection of nasal cutaneous tumors[J]. Chinese Remedies and Clinics,2016,16(9):1337-1338.

[15] 张帆,张扬,高竞逾. 局部皮瓣在鼻部皮肤恶性肿瘤切除后创面修复中的临床应用[J]. 中国美容医学,2014,23(21):1778-1781.

Zhang F,Zhang Y,Gao JY. Reconstruction of nose defect with local flap after cutaneous carcinoma excision [J]. Chinese Journal of Aesthetic Medicine,2014,23(21):1778-1781.

(收稿日期:2018-11-13)

本文引用格式:赵影颖,王珮华,吴晴伟. 鼻根部基底细胞癌切除后局部缺损皮瓣 I 期修复的临床观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2019,25(2):143-148. DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201902009

Cite this article as:ZHAO Ying-ying, WANG Pei-hua, WU Qing-wei. Primary flap repair of local defects after resection of basal cell carcinoma on nasal root[J]. Chin J Otorhinolaryngol Skull Base Surg, 2019, 25(2):143-148. DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201902009

(上接第 142 页)

[8] 薛志强,曾高,高占巍,等. 歪鼻畸形的综合整复[J]. 中华整形外科杂志,2011,27(2):129-130.

Xue ZQ,Zeng G,Gao ZW,et al. Comprehensive repair of nasal deformity[J]. Chinese Journal of Plastic Surgery,2011,27(2):129-130.

[9] Ozdogan F, Ozel HE, Esen E, et al. Medial lamnectomy of the large concha bullosa in crooked nose[J]. World J Plast Surg, 2018,7(1):132-135.

[10] Farrior EH, Eisler LS. Cosmetic concerns related to the posttraumatic nose without nasal obstruction[J]. Facial Plast Surg,2015,31(3):270-279.

[11] Shadfar S, Farag A, Jarchow AM, et al. Safety and efficacy of expanded polytetrafluoroethylene implants in the surgical management of traumatic nasal deformity[J]. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg,2015,141(8):710-715.

[12] Koçak I, Senturk E. Osteoplasty in crooked nose deformity: a novel approach[J]. Aesthetic Plast Surg,2017,41(3):628-636.

[13] Rohrich RJ, Ahmad J. A practical approach to rhinoplasty[J].

Plast Reconstr Surg,2016,137(4):725e-746e.

[14] Haack J, Papel ID. Caudal septal deviation[J]. Otolaryngol Clin North Am, 2009,42(3):427-436.

[15] Momeni A, Gruber RP. Primary open rhinoplasty[J]. Aesthet Surg J,2016,36(9):983-992.

(收稿日期:2018-12-26)

本文引用格式:侯凤艳,杨俊慧,曾婉婷,等. 鼻内镜下自体软骨鼻整形同期鼻中隔偏曲矫正治疗外伤性歪鼻畸形的临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2019,25(2):139-142,148. DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201902008

Cite this article as:HOU Feng-yan, YANG Jun-hui, ZENG Wan-ting, et al. Clinical analysis of endoscopic autologous cartilage rhinoplasty with simultaneous deviation correction of nasal septum for the treatment of posttraumatic nasal deformity[J]. Chin J Otorhinolaryngol Skull Base Surg, 2019,25(2):139-142,148. DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201902008