

改良面部除皱切口在腮腺浅叶肿瘤切除术中的应用*

徐志坚¹ 陈良嗣² 罗小宁² 张思毅² 宋新汉² 詹建东² 卢仲明²

[摘要] 目的:评价改良面部除皱切口在腮腺浅叶肿瘤切除术中的应用价值。方法:采用改良面部除皱切口,实施面神经解剖加腮腺浅叶部分(或腮腺浅叶)切除术 35 例,观察该入路的术野暴露、美观程度及并发症发生率。结果:所有病例术野暴露良好,均完整切除肿瘤。术后面神经下颌缘支暂时性麻痹 5 例(14.3%),暂时性耳垂麻木 6 例(17.1%),均在 1~3 个月后缓解;无涎瘘;术后 3 个月患者平均客观美容满意度评分 8.5 分,所有患者对术后美容效果满意。随访 24~60 个月(中位随访期:48 个月),未见肿瘤复发。结论:改良面部除皱切口应用于腮腺浅叶肿瘤切除,术野暴露良好、切口相对隐蔽、术后美容效果良好、无明显并发症,值得临床推广应用。

[关键词] 腮腺手术;改良面部除皱切口;改良 Blair 切口;面神经;美容

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2014.10.020

[中图分类号] R766 **[文献标志码]** A

The clinical application of modified rhytidectomy incision in superficial parotid tumor surgery

XU Zhijian¹ CHEN Liangsi² LUO Xiaoning² ZHANG Siyi²
SONG Xinhan² ZHAN Jiandong² LU Zhongming²

(¹Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Huizhou Municipal Central People's Hospital of Guangdong, Huizhou, 516001, China;²Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Guangdong General Hospital)

Corresponding author: CHEN Liangsi, E-mail:lancer_chen@21cn.com

Abstract Objective: To evaluate the modified rhytidectomy incision in superficial parotidectomy. **Method:** Thirty-five patients with superficial parotid tumor were included in this study. A modified rhytidectomy incision often used in facial plastic surgery was used for superficial parotidectomy and subtotal superficial parotidectomy with preservation of facial nerve and great auricular nerve. The follow-up study included the exposed region, the cosmetic effect of this approach and the rate of complication. **Result:** All patients healed without salivary fistula, and were satisfied with this modified approach. Temporary paralysis of the marginal mandibular branch of facial nerve were found in five patients, and six patients felt insensible around earlobe after operation. They all recovered in 1 to 3 months after surgery. , no recurrence was happened during follow-up in 36 to 60 months(median follow-up period was 48 months). **Conclusion:** The modified rhytidectomy incision provided good exposure ,had less complication and better cosmetic outcome.

Key words parotidectomy; modified rhytidectomy incision; modified Blair incision;facial nerve; cosmetic

传统腮腺外科手术采用改良 Blair 切口(modified Blair incision, MBI),术后颈面部可视区不可避免地遗留明显的“S”型切口瘢痕,不仅影响美观,甚至带来社交恐惧。随着社会发展和生活水准的提高,患者对术后颜面部美容的要求也日渐增加。国内应用改良面部除皱切口(modified rhytidectomy incision, MRI),实施腮腺手术的文献报道较少。我们采用 MRI,对 35 例腮腺浅叶良性肿瘤,实施“面神经解剖加腮腺浅叶部分(或腮腺浅叶)切除术”,术后美容效果理想,无明显并发症,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

病例源于 2008-01-2011-07 期间广东省人民医院耳鼻咽喉头颈外科收治的 35 例腮腺浅叶良性肿瘤患者。所有患者采用 MRI,实施“面神经解剖加腮腺浅叶部分(或腮腺浅叶)切除术”。其中,男 14 例,女 21 例;年龄 19~68 岁,中位年龄 37.6 岁。并发症:暂时性下颌缘支麻痹 5 例(14.3%),暂时性耳垂麻木 6 例(17.1%),Frey's 综合征 3 例(8.6%)。术前均行影像检查和细针穿刺组织学活检证实肿物为良性。所有肿瘤均位于腮腺浅叶,其中上极 8 例,前份 5 例,中下极 22 例。肿瘤最大直径≤5 cm。采用腮腺浅叶部分切除 29 例,腮腺浅叶切除 6 例。术中常规冷冻,再次明确病理。病理结果显示:多形性腺瘤 22 例(62.8%),Warthin's 瘤 10 例(28.6%);基底细胞腺瘤 2 例(5.7%);乳头

* 基金项目:广东省科技计划项目(No:2011B080701035)
¹ 惠州市中心人民医院耳鼻咽喉-头颈外科(广东惠州, 516001)
² 广东省人民医院(广东省医学科学院)耳鼻咽喉-头颈外科
通信作者:陈良嗣, E-mail:lancer_chen@21cn.com

状囊腺瘤 1 例(2.9%)。

1.2 手术方法

切口起自耳屏切迹前缘,于耳前皮纹内顺耳屏前缘向下,绕耳垂至耳后沟,在耳后沟中下 1/3 至 1/2 处,呈圆弧型转入耳后发际内约 1 cm,平行耳后发际延伸至枕部发际下缘(图 1a)。术中根据暴露范围,必要时耳前切口可向上延伸至耳轮脚前缘。耳后发际区在表浅肌肉腱膜系统深面翻瓣,腮腺区在腮腺咬肌筋膜深面翻瓣。

在胸锁乳突肌中上段浅面前缘,辨认由后下走向前上的耳大神经主干,沿主干向耳垂方向解剖,切断向前进入腮腺的前支,辨认、保留进入耳垂和乳突区的耳垂支和耳后支^[1](图 1b)。

所有病例采用面神经总干顺式解剖法(图 1c)。于乳突尖、二腹肌后腹及外耳道软骨交汇界处,外耳道软骨三角脊的深面约 1 cm 处解剖、辨认面神经总干,追溯、辨认颈面干、颞面干和各分支。根据瘤体大小,采用不同术式^[2],肿瘤直径 > 4 cm 者采用腮腺浅叶切除术(6 例);肿瘤直径 ≤ 4 cm 者行腮腺浅叶部分切除术^[1](29 例),瘤体周围保留 0.5~1.0 cm 正常组织。

1.3 术后处理

术后常规留置负压引流管,引流量 < 20 ml 时,拔出引流,同时口服阿托品(0.3 mg/次,tid)和佩戴腮腺套加压包扎 7 d。术后 3 个月采用视觉模拟量表(0~10 分,数值递增,满意度递增),对手术切口进行客观美容满意度评分^[3]。

2 结果

术后病理检查示:多形性腺瘤 22 例,Warthin's 瘤 10 例,基底细胞腺瘤 2 例,乳头状囊腺瘤 1 例。所有病例随访 24~60 个月(中位随访期 48 个月),未见复发。所有病例手术切口 I 期愈合。术后面神经下颌缘支暂时性麻痹 5 例(14.3%),暂时性耳垂麻木 6 例(17.1%),均在 1~3 个月缓解;

Frey's 综合征 3 例(8.6%);无涎痿。术后 3 个月,切口客观美容满意度评分平均为 8.5 分,所有患者对术后美容效果满意。

3 讨论

传统腮腺外科手术采用 MBI,可有效暴露手术视野,便于面神经解剖和肿瘤彻底切除。但是,术后颈面部“S”型切口瘢痕,不仅影响美观和生活质量,甚至带来社交恐惧^[3]。对美容的追求,促使外科医生尝试新的手术入路,1967 年 Appiani^[4]首度将整形外科颈面部除皱术的面部除皱切口应用于腮腺外科,切口类似“M”型,包括耳前段、耳后沟段和乳突段。与 MBI 比较,面部除皱切口术野暴露充裕,相对隐蔽、美观,但是切口较长、分离皮瓣广泛是其不足^[5]。

基于腮腺外科显露的实际需要,MRI 应运而生^[6-10],改良包括省略耳前段的发际部分,以及将乳突段的平行切口变更为平行耳后发际下延。与 MBI 比较,MRI 的最大优势在于避免上颈部的可视切口,同时耳后发际切口又可完全被耳廓和头发遮盖。多个研究显示^[7-10],MRI 术后美容效果良好。本研究中,术后 3 个月,手术切口客观美容满意度评分平均高达 8.5 分,与已有研究结果一致。

美容改观的前提必须是切口的手术暴露不受掣肘。Lohuis 等^[10]曾认为 MRI 难以显露腮腺上极及腮腺前缘区域的肿瘤,可能增加面神经损伤的风险和肿瘤的不完全切除。Upile 等^[11]的尸体解剖测量回答了质疑,其研究显示在处理腮腺不同区域肿物(上极、前缘及下极)时,MRI 与 MBI 具有等同的暴露效果。一项针对 344 例腮腺不同区域良性肿瘤的回溯性对照研究进一步证实^[7],MRI 和 MBI 在显露腮腺上极及前缘区域的肿瘤时,无显著性差异,并且术后并发症发生率亦无不同。本研究也证实 MRI 不仅可充分解剖面神经,并且可完整切除腮腺浅叶不同区域的肿瘤。

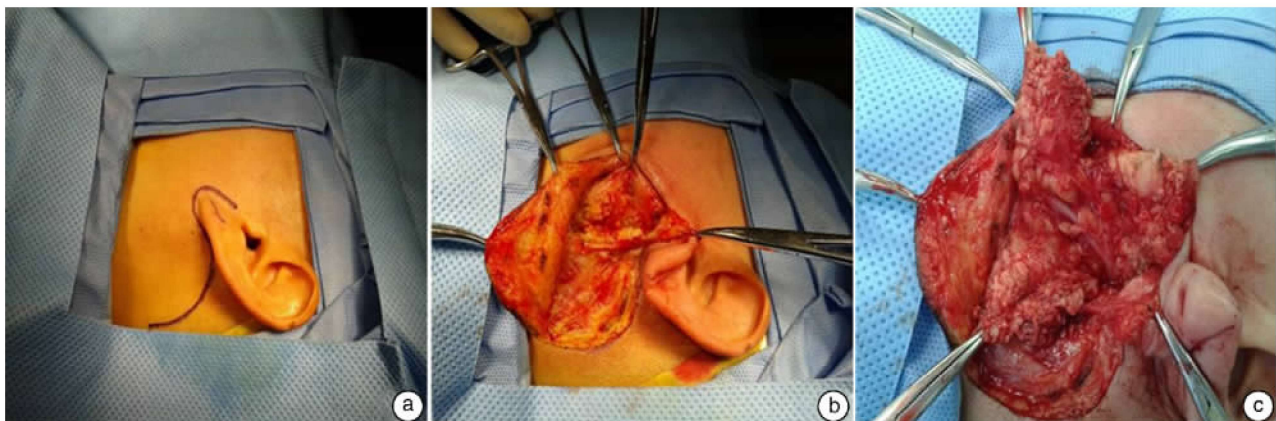


图 1 应用改良面部除皱切口行“面神经解剖加腮腺浅叶部分切除术”过程 a:手术切口设计;b:解剖、保留耳大神经主干及耳垂支;c:顺式解剖面神经加腮腺浅叶部分切除,保留腮腺导管。

既然 MRI 适用于腮腺浅叶不同区域的肿瘤,但是否受肿瘤大小、深叶肿瘤或肿瘤性质等影响?在 Lee 等^[7]的研究中,尽管腮腺浅叶肿瘤的瘤体直径 MBI 组 $[(24.22 \pm 10.40 \text{ mm})]$ 稍大于 MRI 组 $[(22.51 \pm 9.86 \text{ mm})]$,但无统计学差异。Amin 等^[12]报道,经 MRI 处理的腮腺肿瘤最大直径为 5 cm。本研究中,有 6 例腮腺浅叶肿瘤直径超过 4 cm,其中最大 1 例为 5 cm,均采用 MRI 顺利切除。因此,根据文献和我们的经验,可初步认为 MRI 适用于肿瘤直径 $\leq 5 \text{ cm}$ 的腮腺浅叶肿瘤。此外, Lee 等^[7]还报道应用 MRI 行 35 例腮腺深叶良性肿瘤切除的经验,并且瘤体直径最大可达 4.5 cm。本研究虽未纳入腮腺深叶肿瘤病例,但是基于解剖学的可行性, MRI 应可适用于腮腺深叶良性肿瘤手术。目前,尚未见 MRI 应用于腮腺恶性肿瘤的报道,对于腮腺浅叶的低度恶性肿瘤,一般仅需全腮腺切除而无需择区性清扫^[13],因此, MRI 的术野暴露理论上足够的,当然这仍需后续研究未证实。

与采用 MBI 比较, MRI 并未增加腮腺外科手术并发症的发生率^[7-8, 14]。面神经麻痹是腮腺外科最常见的并发症。尽管 Lee 等^[7]的研究中, MRI 组(11.0%)与 MBI 组(14.8%)比较,面神经麻痹发生率差异无统计学意义。但是, Graciano 等^[8]和 Wasson 等^[14]的 2 个对照研究均提示, MRI 组暂时性面神经麻痹的发生率显著低于 MBI 组。本研究中面神经下颌缘支暂时性麻痹 5 例(14.3%),也低于传统术式的发生率(42.7%)^[1]。究其原因,可能与以下因素有关: MRI 有利于面神经顺式解剖暴露,从而规避逆式解剖时面神经分支较小、解剖位置变异较大而引起的损伤;其次, MRI 避免了 MBI 的上颈部切口对面神经下颌缘支的潜在损伤。耳垂麻木也是腮腺外科的常见并发症,已有的几个对照研究中,均未涉及耳垂麻木发生率的对比^[7-8, 14]。本研究中暂时性耳垂麻木 6 例(17.1%),均在术后 1~3 个月后缓解。理论上, MRI 有利于直接显露和解剖耳大神经主干及分支,避免了 MBI 横断耳大神经主干的风险;其次耳大神经分支保留技术,也大大降低了术后耳垂麻木的发生率。此外, MRI 腮腺外科的并发症尚与切口设计和皮瓣分离相关。耳后发际区皮瓣如果设计厚度太薄,或游离缘夹角太小($< 45^\circ$),则皮瓣远端皮肤有发生坏死可能^[3]。发际内切口设计,如横断发根、损伤毛囊,可导致的发际切口局部脱发^[3]。本研究无皮瓣坏死和局部脱发发生。

综上所述,我们认为 MRI 可适用于腮腺浅叶不同部位良性肿瘤(瘤体直径 $\leq 5 \text{ cm}$)的切除,优点是切口相对隐蔽,术后美容效果良好,无明显并发症,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 詹建东, 陈良嗣, 张思毅, 等. 腮腺浅叶下极良性肿瘤微创切除术[J]. 广东医学, 2011, 32(7): 109-111.
- [2] 周梁, 李采, 张孝通. 腮腺多形性腺瘤手术方式的选择[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 40(12): 922-924.
- [3] 陈良嗣, 张思毅, 黄晓明, 等. 内镜辅助耳后发际入路上颈良性肿物切除术[J]. 中国内镜杂志, 2011, 17(4): 365-369.
- [4] APPIANI E. Handling of a parotidectomy and muscular graft[J]. Prensa Med Argent, 1967, 54: 1242-1243.
- [5] 郭传斌, 俞光岩, 毛驰, 等. 腮腺肿瘤手术入路的选择[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 40(5): 396-398.
- [6] TERRIS D J, TUFFO K M, FEE W E. Modified facelift incision for parotidectomy [J]. J Laryngol Otol, 1994, 108: 574-578.
- [7] LEE S Y, KOH Y W, KIM B G, et al. The extended Indication of parotidectomy using the modified facelift incision in benign lesions; retrospective analysis of a single institution[J]. World J Surg, 2011, 35: 2228-2237.
- [8] GRACIANO A J, CHONE C T, FISCHER C A, et al. Cervicomastoidfacial versus modified rhytidectomy incision for benign parotid tumors[J]. Braz J Otorhinolaryngol. 2013, 79: 168-172.
- [9] GROVER N, D'SOUZA A. Facelift approach for parotidectomy: an evolving aesthetic technique[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2013, 148: 548-556.
- [10] LOHUIS P J, TAN M L, BONTE K, et al. Superficial parotidectomy via facelift incision[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2009, 118: 276-280.
- [11] UPILE T, JERJES W K, NOURAEI S A, et al. Further anatomical approaches to parotid surgery[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2010, 267: 793-800.
- [12] AMIN A, MOSTAFA A, RIFAAT M, et al. Parotidectomy for benign parotid tumors: an aesthetic approach[J]. J Egypt Natl Canc Inst, 2011, 23: 67-72.
- [13] 屠规益, 唐平章, 徐震纲. 颈部淋巴结转移癌临床——经典与现代理念[J]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 189-189.
- [14] WASSON J, KARIM H, YEO J, et al. Cervicomastoidfacial versus modified facelift incision for parotid surgery: a patient feedback comparison[J]. Ann R Coll Surg Engl, 2010, 92: 40-43.

(收稿日期: 2013-09-23)