

保留浅叶的腮腺深叶良性肿瘤切除术临床分析*

李烁¹ 张小萌² 高春生¹ 杜政德¹ 杨琼¹ 刘飞¹

[摘要] 目的:探讨保留浅叶的腮腺深叶良性肿瘤切除术的临床应用价值。方法:回顾性分析 11 例腮腺深叶良性肿瘤患者的临床资料,对术后肿瘤复发率及面瘫、味觉出汗综合征、耳垂麻木感和涎瘘等并发症进行总结分析。结果:所有患者随访 1~3 年,肿瘤无复发。其中 2 例出现耳垂区麻木感,1 例出现涎瘘,1 例出现暂时性面瘫,无一例出现口干、味觉出汗综合征、腮腺区凹陷畸形及永久性面瘫等并发症。结论:保留腮腺浅叶的术式治疗腮腺深叶良性肿瘤可以保证肿瘤根治,同时降低口干、味觉出汗综合征、暂时性面瘫和耳垂麻木感的发生率,改善术后面部凹陷畸形,较大幅度地保留腮腺功能,具有一定的临床意义。

[关键词] 腮腺浅叶;味觉出汗综合征;腮腺肿瘤;腮腺深叶

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2015.15.010

[中图分类号] R739.62 **[文献标志码]** A

A retrospective study on deep lobe tumor parotidectomy with preservation of the superficial lobe

LI Shuo¹ ZHANG Xiaomeng² GAO Chunsheng¹ DU Zhengde¹ YANG Qiong¹ LIU Fei¹

(¹Department of Otolaryngology, Nanshan Affiliated Hospital of Guangdong Medical College, Shenzhen, 518052, China; ²Department of Otolaryngology, Union Hospital, Huazhong University of Science and Technology)

Corresponding author: ZHANG Xiaomeng, E-mail: zhangxiaomeng418@hotmail.com

Abstract Objective: To study our experiences on deep lobe tumor parotidectomy with preservation of the superficial lobe of the parotid gland. **Method:** Eleven cases of benign tumor in the deep lobe of the parotid gland were analyzed retrospectively. Tumour recurrence, Frey's syndrome, paralysis of facial nerve, salivary fistula, dry mouth and feeling around the auricular lobule were evaluated. **Result:** Numbness around the auricular lobule appeared in 2 cases and salivary fistula appeared in 1 case, transient facial paralysis in 1 case. There were no patients appeared Frey's syndrome, dry mouth, permanent facial paralysis and recurrence in the 1—3 years followed up time. **Conclusion:** Deep lobe tumor parotidectomy with preservation of the superficial lobe improves the cosmetics and the feeling around the auricular lobule, reduces the incidence rate of Frey's syndrome, facial paralysis and dry mouth.

Key words superficial lobe of the parotid gland; Frey's syndrome; parotid neoplasms; deep lobe of the parotid gland

腮腺深叶肿瘤较少见,约占腮腺肿瘤的 12%,其中大部分为良性肿瘤,而发生在浅叶的腮腺肿瘤占 85%以上^[1]。手术切除是目前治疗腮腺肿瘤的最常用方式。治疗腮腺深叶良性肿瘤手术的标准术式是解剖面神经,切除腮腺浅叶后暴露腮腺深叶,再行肿瘤和全部腮腺切除。该手术方式因切除全部腮腺,术后患侧腮腺功能丧失,并发症较明显,如腮腺区域凹陷畸形、口干、味觉出汗综合征(Frey's syndrome)、耳垂麻木感和涎瘘、面神经瘫痪等^[2]。

近年来随着对生活质量和腮腺功能的重视,对

腮腺肿瘤的手术方式提出了很多改进,目的是在不增加复发率的基础上,保留腮腺组织和功能,减少并发症的发生。保留腮腺功能的观点已被广泛接受^[3]。但目前关于腮腺的功能性手术,国内外报道主要集中在腮腺浅叶肿瘤,而有关深叶肿瘤的功能性手术则鲜见报道。针对腮腺深叶良性肿瘤,笔者近年来探索以制作并掀起腮腺浅叶组织瓣,在切除腮腺深叶肿瘤后复位浅叶组织瓣的手术方式,以期保留腮腺浅叶、减少对面神经的解剖范围进而保留腮腺功能,取得良好效果,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集 2011-08—2013-09 在武汉协和医院和深圳南山人民医院手术的 11 例腮腺深叶良性肿瘤患者,其中男 7 例,女 4 例;年龄 26~66 岁,平均 46.2 岁;病程 2~6 年,平均 1.6 年。所有患者均无自觉症状,均为单侧发病,肿瘤直径 1.0~3.0 cm,界限

*基金项目:湖北省自然科学基金资助(No: 2012FF-B02311)

¹广东医学院附属深圳南山医院耳鼻咽喉科(广东深圳, 518052)

²华中科技大学同济医学院附属协和医院耳鼻咽喉科

通信作者:张小萌, E-mail: zhangxiaomeng418@hotmail.com

清楚、质地中等,活动度好。术前行增强 MRI 检查排除包膜不完整或浅叶肿瘤(图 1)。术后病理诊断:多形性腺瘤 6 例,腺淋巴瘤 2 例,肌上皮瘤 1 例,乳头状囊腺瘤 1 例,血管瘤 1 例。术后随访观察有无肿瘤复发,有无面瘫、涎瘘、味觉出汗综合征、口干、耳垂区麻木感等并发症发生。

1.2 手术方法

手术均采用全身麻醉,切口采用经典“S”形切口,自耳屏前直向下,弧形绕过耳垂下方至耳后,沿下颌骨升支后缘至颌后区或下颌角下。逐层切开皮肤、皮下组织、颈阔肌,沿腮腺咬肌筋膜表面翻起皮瓣,术中切断耳大神经至腺体的分支,保留耳大神经耳后分支。将腮腺浅叶后缘从胸锁乳突肌上翻起,暴露胸锁乳突肌及二腹肌后腹的乳突附着部,沿二腹肌后腹在乳突尖与外耳道底壁之间、于乳突表面下 1 cm,按面神经行径方向分离,找出面神经主干。顺向解剖出面神经颞面干、颈面干以及面神经各分支后端,至腮腺深叶肿瘤可清晰暴露。沿面神经逐渐向前翻起浅叶后段,形成蒂在前方的腮腺浅叶瓣,游离面神经各分支,以橡皮条向上牵拉,于面神经下距瘤体周围 0.5~1.0 cm 处将肿瘤及周边正常腮腺组织切除,其中包括与瘤体接触的 0.5~1.0 cm 的浅叶,保留腮腺导管和其余浅叶腮腺组织。缝合腮腺残端,复位腮腺浅叶瓣,放置胶管负压引流,逐层缝合伤口。术后放置负压引流 5 d,常规加压包扎 7d(图 2~4)。

2 结果

本组 11 例患者均顺利完成手术,10 例伤口 I 期愈合;1 例涎瘘经穿刺抽液、加压包扎后 3 周愈合;2 例术后出现耳垂麻木感,为术中切断耳大神经所致;1 例暂时性面瘫,经激素、甲钴胺等治疗后 1 个月恢复。无一例出现味觉出汗综合征、口干、永久性面瘫等并发症。所有患者术后面部凹陷畸形及瘢痕均不明显。术后随访 1~3 年,无一例肿瘤复发。

3 典型病例报告

患者,男,32 岁。因“左耳下区无痛性包块半

年”入院,专科查体:左侧耳垂后下方可触及 3.0 cm×2.0 cm 大小肿物,表面光滑,边界清,质韧,活动度好,与周围组织无明显粘连。手术采用保留腮腺浅叶的深叶肿瘤切除术。术后未发生明显并发症,随访 2 年未见肿瘤复发(图 1~4)。

4 讨论

腮腺深叶较腮腺浅叶肿瘤的发生率低,且大部分为良性肿瘤,其中以多形性腺瘤和沃辛瘤最为多见^[4]。大部分良性肿瘤患者以耳垂后下方肿块就诊^[5]。解剖面神经,切除腮腺浅叶后暴露腮腺深叶,再行肿瘤和全部腮腺切除,是腮腺深叶良性肿瘤切除的经典术式,但该术式并发症较多,如味觉出汗综合征、耳垂麻木感、涎瘘、永久性或暂时性面瘫等。值得关注的是,由于牺牲了腮腺浅叶,术后会出现明显的面部凹陷畸形和患侧腮腺功能丧失。

有学者研究发现^[6],腮腺区多形性腺瘤术后复发的原因在于常有突破至包膜外的浸润性生长,在包膜外形成肉眼不可见的瘤灶。病理学研究发现,其包膜外最大的浸润深度是 0.26 cm,出芽生长最长的距离是 0.29 cm,因此腮腺深叶良性肿瘤只要能达到距肿瘤边缘 0.5~1.0 cm 正常腮腺内切除肿瘤的要求,可以保留腮腺浅叶^[7]。本文随访期间未见肿瘤复发,亦一定程度上支持了保留腮腺浅叶并不增加肿瘤复发率这一观点。

腮腺浅叶占腮腺组织的 80%,浅叶的全部切除会造成腺体分泌功能的明显下降^[8],在浅叶切除术后 1 年,腺体分泌功能仅能恢复到术前的 20%^[9]。如果保留浅叶组织及腮腺导管组织,残留的腮腺浅叶组织能继续分泌唾液,这样既可保存更多的腮腺正常分泌功能,减少口干发生率,减轻面部凹陷畸形,又可简化手术操作缩短手术时间,减少手术中出血量。由于腮腺呈锥形,浅叶面积较大,而深叶面积较小位于浅叶深部下颌骨升支后方,我们设计制作了蒂在前方的浅叶组织瓣并向前翻起,暴露深叶切除肿瘤后再复位浅叶组织瓣,因此最大限度地保留了浅叶组织和腮腺导管。术后患者双侧颌面部外观对称,无明显凹陷。本文虽

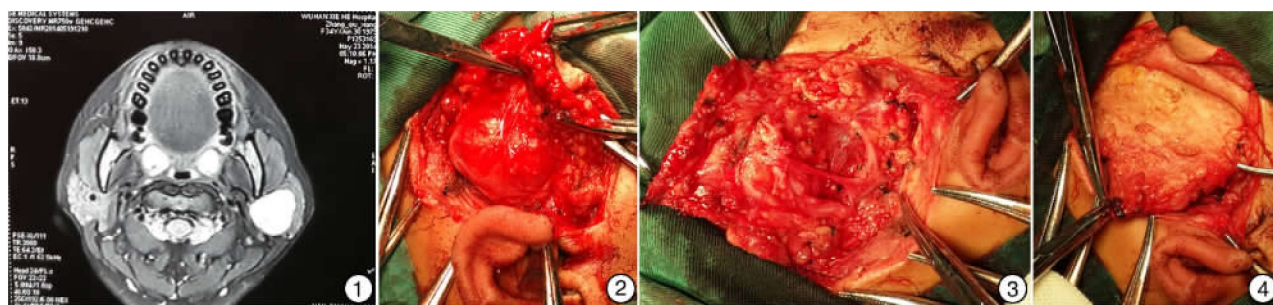


图 1 腮腺深叶肿瘤增强 MRI 所示; 图 2 翻起浅叶瓣暴露深叶肿瘤及面神经; 图 3 保留腮腺浅叶及面神经; 图 4 腮腺浅叶瓣复位

未进行腮腺分泌功能的定量检测,但本组患者术后无一例诉发生口干,仍间接提供了保留腮腺浅叶在保留腮腺功能方面的证据。

面瘫是腮腺区手术常见的并发症。腮腺手术中解剖面神经通常可选择从主干起始的顺行解剖法或从颊支起始的逆行解剖法。面神经损伤会引起永久性面瘫,而术中对面神经,尤其是分支远端的过度分离解剖和牵拉是术后暂时性面瘫的重要原因。我们设计的术式仅需暴露面神经后段,故采用从主干起始的顺行解剖法。由于术中通常只需在面神经颈面干和颞面干表面将浅叶后部组织瓣掀起暴露深叶肿瘤,并不需要解剖各分支远端的细小神经纤维,避免了过多地游离面神经,从而大大减少了损伤面神经的机会。本组患者术后仅1例发生暂时性面瘫,无永久性面瘫发生。

味觉出汗综合征是腮腺手术的另一常见并发症,目前多认为发病原因是手术中切断的原支配腮腺分泌功能的副交感神经纤维再生时,与切断的原支配皮下血管和汗腺的交感神经末梢发生了错位的连接愈合,因此当味觉和咀嚼刺激时引起面部出汗和潮红。有学者采用颞筋膜瓣、胸锁乳突肌肌瓣等移植腮腺术腔中阻止两神经断端的错位连接,或术中保留腮腺咬肌筋膜,预防味觉出汗综合征的发生,有一定的预防效果^[10-12]。但这些肌瓣或筋膜瓣增加了手术切口和术后感染的机会,容易导致术后面部畸形、瘢痕等^[13]。我们在手术中保留了腮腺浅叶组织并在最后复位,这样隔离了手术切除的腺体残端与皮下组织,阻断分布于腮腺的副交感神经纤维与分布于汗腺及皮肤血管的错位连接。结果显示本组患者无一例术后出现味觉出汗综合征。

耳垂麻木感是由于传统腮腺全叶切除时为了游离腮腺下极而切断耳大神经所致。研究表明,如果保留耳大神经后支,大部分患者并不会出现耳垂区麻木症状^[14]。我们在保留腮腺浅叶手术组中切断耳大神经至腺体的分支,保留了耳大神经耳后分支,可大大减少耳垂麻木感的发生率。

由于在掀起腮腺浅叶组织瓣过程中不可避免地会切断部分腺体组织,故术后涎痿的可能性在理论上大于传统的腮腺全切除术。为预防该并发症的发生,我们的体会是,仔细结扎腺体组织和导管分支断端,并在术后加强负压引流,放置5 d并加压包扎。术后仅1例发生涎痿,经穿刺抽液和加压包扎后愈合。

本文设计的手术方法要求术者掌握面神经的顺行解剖,并严格掌握适应证。术前检查疑为恶性,瘤体>3 cm,以及肿瘤突向咽旁间隙的患者,均应考虑行经典的腮腺全切除术。我们认为,治疗腮腺深叶良性肿瘤,在严格掌握适应证的基础上,保留腮腺浅叶手术的术后口干、暂时性面瘫、耳垂麻

木感、味觉出汗综合征等并发症发生率降低,对患者术后面部凹陷畸形也有明显改善,而未明显增加肿瘤复发率,能够较大限度地保留腮腺功能,具有一定的临床意义。

参考文献

- [1] TRESSERRA L, TRESSERRA F. Tumors of the parotid gland[J]. Rev Stomatol Chir Maxillofac, 1997, 98:220-230.
- [2] LI C, YANG X, PAN J, et al. Graft for prevention of Frey syndrome after parotidectomy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2013, 71:419-427.
- [3] 俞光岩,马大权. 腮腺肿瘤切除术的改进和发展[J]. 中华口腔医学杂志, 2007, 42(1):6-8.
- [4] 张小萌,杨成章. 腮腺浅叶良性肿瘤功能性手术的初步探讨[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 25(15):678-680.
- [5] 李烁,高春生,杜政德. 解剖面神经下颌缘支在腮腺部分切除术中的应用[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2014, 28(24):1949-1951.
- [6] 温玉明,陈润良,王昌美. 腮腺多形性腺瘤腺体切除范围的病理依据[J]. 华西口腔医学杂志, 2003, 21(5):359-360.
- [7] KIM D Y, PARK G C, CHO Y W, et al. Partial Superficial Parotidectomy via Retroauricular Hairline Incision[J]. Clin Exp Otorhinolaryngol, 2014, 7:119-122.
- [8] CHAUSHU G, DORI S, SELA B A, et al. Salivary flow dynamics after parotid surgery: a preliminary report[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2001, 124:270-273.
- [9] HELMUS C. Subtotal parotidectomy: a 10-year review(1985 to 1994) [J]. Laryngoscope, 1997, 107:1024-1027.
- [10] DEMIRCI U, BASUT O, NOYAN B, et al. The Efficacy of Sternocleidomastoid Muscle Flap on Frey's Syndrome via a Novel Test: Galvanic Skin Response [J]. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, 2014, 66:291-298.
- [11] LIU D Y, TIAN X J, LI C, et al. The sternocleidomastoid muscle flap for the prevention of Frey syndrome and cosmetic deformity following parotidectomy: A systematic review and meta-analysis[J]. Oncol Lett, 2013, 5:1335-1342.
- [12] GIANNONE N, LO MUZIO L, POLITI M. Extracapsular lumpectomy and SMAS flap for benign parotid tumours: an early outcome in a small number of cases on Frey's syndrome and facial nerve dysfunction [J]. J Craniomaxillofac Surg, 2008, 36:239-243.
- [13] WITT R L, PRIBITKIN E A. How can Frey's syndrome be prevented or treated following parotid surgery[J]? Laryngoscope, 2013, 123:1573-1574.
- [14] BECELLI R, MORELLO R, RENZI G, et al. Great auricular nerve preservation during parotidectomy for benign tumors[J]. J Craniofac Surg, 2014, 25:422-424.

(收稿日期:2014-05-17)