

改良耳周切口在功能性腮腺切除术中的应用*

吴平安¹ 梁伟英¹ 陆钊群¹ 梁秀妮¹ 曾敬贤¹

[摘要] 目的:评价改良耳周切口在腮腺浅叶肿瘤切除术中的应用价值。方法:采用改良耳周切口,实施功能性腮腺切除术 16 例,观察该入路的术野暴露、美观程度及面瘫、Frey's 综合征、耳垂麻木、涎瘘等并发症的发生率。结果:所有病例术野暴露良好,均完整切除肿瘤。术后面神经暂时性麻痹 2 例(12.5%),暂时性耳垂麻木 6 例(37.5%),均在 1~3 个月后缓解;无涎瘘及 Frey's 综合征发生。术后 3 个月患者平均客观美容满意度评分 9.2 分,所有患者对术后美容效果满意。随访 6~30 个月,中位随访期 22 个月,未见肿瘤复发。结论:改良耳周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] 腮腺良性肿瘤;腮腺手术;改良面部除皱切口;改良耳周切口;美容

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2017.13.006

[中图分类号] R739.6 [文献标志码] A

Functional modified periauricular incision in parotidectomy

WU Pingan LIANG Weiyang LU Zhaoqun LIANG Xiuni RAYMOND K. TSANG

(Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, the University of Hong Kong-Shenzhen Hospital, Shenzhen, 518053, China)

Corresponding author: RAYMOND K. TSANG, E-mail: rkytsang@hku-szh.org

Abstract Objective: The purpose of this study was to present the usefulness of modified periauricular incision in parotid surgical procedures. **Method:** Sixteen consecutive partial superficial parotidectomies were performed using modified periauricular incision. Clinical evaluation of cosmetic satisfaction, incidence of complications such as Frey's syndrome, facial nerve palsy, earlobe numbness and salivary fistula were observed. **Result:** The parotid tumors were removed in all cases with need for any further skin procedures, as the incisions produced a good aesthetic result. The average scale of cosmetic satisfaction are 9.2. Temporary paralysis of the facial nerve were found in two patients, and six patients felt numbness around earlobe after operation. They all recovered in 1 to 3 months after surgery. All patient healed without salivary fistula and Frey's syndrome. No recurrence was happened during follow-up in 6 to 30 months (median follow-up period was 22 months). **Conclusion:** The results of the present study indicate that modified periauricular incision have a high-quality and highly aesthetic option for surgical procedures concerning benign conditions of the parotid gland.

Key words parotid benign tumor; parotidectomy; modified periauricular incision; modified rhytidectomy incision; cosmetic

腮腺肿瘤为常见的头颈部肿瘤,75%是良性,约 80%位于腮腺浅叶。腮腺良性肿瘤的手术方式已从腮腺浅叶切除或全腮腺切除术向部分腮腺切除术转变,即切除肿瘤及周围 0.5~1.0 cm 正常腮腺组织,保留正常的部分腮腺组织,避免了更广泛的面神经解剖的需要^[1-2]。传统腮腺手术采用改良 Blair 切口(modified Blair s-shape incision, MBI),包括耳前切口和颌下颈部切口,术后不可避免地遗留颈面部“S”型切口瘢痕,不仅影响美观,甚至给患者带来社交恐惧。随着社会发展和生活水准的提高,患者对术后颜面部美观的要求也越来越高。腮腺手术切口由经典的改良 Blair 切口向多种改良除皱术切口转变,从而形成具有个性化的手术切口,达到更好的美容效果。近年来,我们应用改良耳周切口进行腮腺良性

肿瘤切除术,取得了理想的治疗效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

病例来源于 2014-01—2016-02 期间我院收治的 16 例未进行过手术治疗的原发性腮腺浅叶良性肿瘤或病变,术前无面神经受累症状。术前均行 CT 或 MRI 检查和细针穿刺细胞学活检证实肿物为良性,且均位于腮腺浅叶。

16 例患者中,男 9 例,女 7 例;年龄 26~62 岁,平均 32.4 岁;病程 2 周~6 年,平均 1.1 年;左腮腺区 9 例,右腮腺区 7 例。肿瘤直径<2 cm 者 13 例,2~3 cm 者 3 例。所有肿瘤位于腮腺浅叶,其中上极 4 例,前份 2 例,中下极 10 例。肿瘤最大直径≤3 cm。均采用部分腮腺浅叶切除术。

1.2 方法

改良耳周切口定点与操作全身麻醉成功后,患者取仰卧位,头偏向健侧,先标记切口线,起于耳前切迹,转至耳屏缘内侧,沿耳屏内侧向下至耳屏间

* 基金项目:深圳市卫生计生系统科研项目(No: 201607027);深圳市科技计划项目(No: JCYJ20160429190356200)

¹ 香港大学深圳医院耳鼻咽喉头颈外科(广东深圳,518053)
通信作者:曾敬贤, E-mail: rkytsang@hku-szh.org

切迹,转向前方,沿耳垂前皱褶绕过耳垂至耳后沟,在耳后沟中下 1/3~1/2 处至乳突止。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。切开皮肤、皮下组织,沿耳屏软骨表面锐性分离至腮腺筋膜,耳后发际区在胸锁乳突肌浅面、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,减少 Frey's 综合征的发生,若肿块与腮腺咬肌筋膜粘连则从筋膜浅面翻瓣。翻瓣需充分暴露腮腺上缘、前缘及下极,并利用人体皮肤的弹性和延展性,给予适当的牵拉,扩大操作范围。自耳垂下方辨认、保留进入耳垂和乳突区的耳垂支和耳后支,逆向解剖耳大神经主干,切断向前进入腮腺的前支。所有病例采用面神经总干顺式解剖法。腺体后缘与外耳道软骨之间锐性分离,于乳突尖、二腹肌后腹及外耳道软骨交汇交界处,外耳道软骨尖的深面约 1 cm 处解剖、辨认面神经总干,根据肿物的大小和部位,沿面神经总干再顺行解剖手术所需面神经分支,切除病变组织及周围 0.5~1.0 cm 正常腺体。腮腺 Stensen's 导管通常被保留,除非影响肿瘤的切除。肿瘤切除后,评估腮腺区缺损。缺损较小时通过缝合周围残留腺体组织,消灭缺损;如果缺损较大,则通过成形蒂在上的胸锁乳突肌瓣,一般取材大小约为胸锁乳突肌的前 1/2 宽度和表面 1/2 深度即可,转移修复缺损,置负压引流,4-0 vicryl 缝合皮下组织,5-0 prolene 缝合皮肤,术后 3~5 d 拔除引流管。见图 1。

1.3 术后检查及复诊

术后 1 d、1 周及 1、3、6、12 和 24 个月检查及复诊,评估面瘫、Frey's 综合征、耳垂麻木、腮瘻、肿瘤复发率,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],评价治疗效果。

2 结果

16 例患者均采用部分腮腺切除术,所有肿瘤均被完整切除,切缘干净。所有患者的耳垂支成功解剖和保存。14 例患者腮腺区缺损小,缝合残留腺体修复缺损;2 例患者腮腺区缺损稍大,行蒂在上的胸锁乳突肌瓣修复,肌瓣大小约 4.0 cm×3.0 cm。术后病理检查示:多形性腺瘤 10 例,Warthin's 瘤 5 例,基底细胞腺瘤 1 例。手术切口均为 I 期愈合。随访时间 6~30 个月,中位随访期 22 个月,无失访,未见肿瘤复发。术后暂时性面神经麻痹 2 例(均为 House-Brackmann 等级 I 或 II),暂时性耳垂麻木 6 例,均在 1~3 个月后缓解;无 Frey's 综合征及涎瘻发生。术后 3 个月,切口客观美容满意度评分平均为 9.2 分,所有患者对术后美容效果满意,6 个月后仅有不易发现的细微瘢痕。

3 讨论

腮腺肿瘤多为位于腮腺浅叶的良性肿瘤,手术

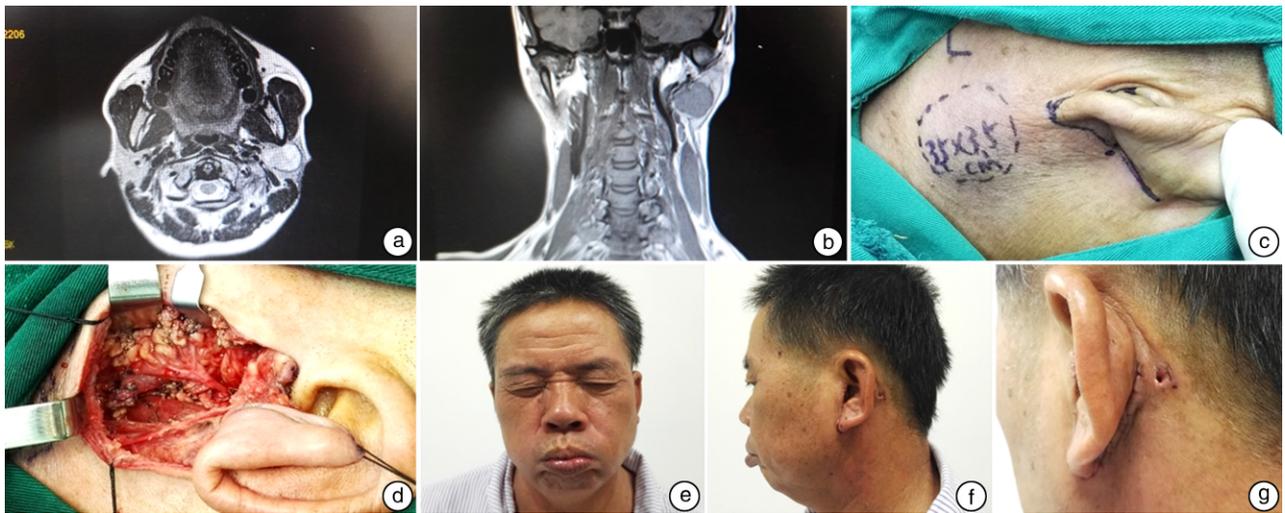
切除是首选的治疗方法。当代医学在包括腮腺肿瘤手术在内的各个外科领域,均强调器官功能保存。自 20 世纪 80 年代以来,部分腮腺切除术逐渐代替了腮腺浅叶切除术及全腮腺切除术,即在正常腮腺组织中距离肿瘤包膜 0.5~1.0 cm 范围区域将肿瘤及部分腺体一并切除,使得在完整切除肿瘤的同时,保留更多的正常腺体组织,从而在解剖学和功能上保护面神经及腺体的分泌功能,面部美观也得到更好的保存。大量研究均表明,部分腮腺浅叶切除术是一种行之有效的、低术后并发症的手术方法,并且不会增加肿瘤的复发率^[1-2]。

腮腺手术观念的演变和切除范围的变化为手术切口的改进创造了可能。传统腮腺外科手术采用 MBI 耳前颌后“S”形切口,可充分暴露手术视野,便于面神经解剖和肿瘤彻底切除。然而,术后面部遗留长的“S”型切口瘢痕是其最大的缺点,不仅影响美观和生活质量,甚至给患者带来社交恐惧。对美容的不懈追求,促使外科医生不断尝试新的手术入路,1967 年 Appiani 首度将面部除皱切口(facelift 切口)应用于腮腺外科,切口类似“N”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分,手术切口相对隐蔽、美观,但是切口较长、分离皮瓣广泛、仍有面部可见瘢痕是其不足。

近年来,笔者在广泛应用改良面部除皱切口行腮腺切除术的基础上,积累经验,并对改良面部除皱切口在设计上做了一些改进,改进的思路包括:尽可能缩短切口长度,将切口置于更隐蔽的部位。本研究中的改良耳周切口是改良面部除皱切口的改进缩短版,改良后切口类似“V”型仅包括耳前段和耳后沟段,并将耳屏前切口改为更加具有隐蔽性耳屏缘内侧切口,省略耳前段及耳后段的发际部分,避免耳前和耳后乳突区皮肤瘢痕。由于人体皮肤具有一定的弹性和延展性,改良耳周切口可以提供足够的手术野暴露。

面神经解剖和保护是腮腺切除术的关键。本改良术式采用了面神经顺向总干法,主要基于以下 2 点:①本改良切口位于腮腺的后方,距面神经总干近,非常适合面神经总干的直接暴露;②面神经总干较周围支更加粗大且解剖位置恒定,更加安全可靠。

Frey's 综合征即味觉出汗综合征,是腮腺术后较常见的并发症,其发生率为 23.5%~60.0%^[4-5],目前尚无有效的治疗方法,预防其发生是手术的重要步骤。同将 SMAS 筋膜和腮腺浅叶一起切除的传统手术方法不同,本改良术式从腮腺咬肌筋膜深面翻瓣,将 SMAS 筋膜及其浅面皮肤皮下组织一起从腮腺表面翻起保护,术后将其复位缝合。将腮腺咬肌筋膜作为天然屏障,阻断了支



a、b:术前 MRI 显示腮腺下极一约 3.0 cm×3.0 cm 肿块;c:标记切口位置,圆圈显示肿瘤位置;d:解剖、保留耳大神经主干及耳垂支,顺式解剖面神经颈面干及分支,行腮腺浅叶部分切除,保留腮腺导管;e~g:术后 1 周手术瘢痕。

图 1 应用耳周切口行腮腺浅叶部分切除术

配腮腺分泌功能的副交感神经纤维和支配汗腺和皮下血管的交感神经末梢发生错位连接愈合,避免了 Frey's 综合征的发生,起到了良好的效果^[6]。

腮腺切除术后术区的凹陷畸形较常见,本研究由于术中保留了大部分的正常腮腺组织及腮腺导管,从而保存了部分腮腺的分泌功能,并且减轻了面部的凹陷畸形。对于术区小的缺损,通过缝合保留的腺体与胸锁乳突肌来关闭缺损;对于较大的缺损,运用蒂在上的胸锁乳突肌瓣填充修复缺损区,该肌瓣能够满足腮腺术后缺损区的填充要求,且不会影响胸锁乳突肌功能^[7]。

根据文献与常规腮腺 Blair 切口相比较,本研究手术切口并不增加并发症的发生率,暂时性面瘫和耳垂麻木均是腮腺术后常见的并发症并具有自限性,均能在术后几个月恢复^[8]。改良耳周切口具有明显的美观效果,患者的容貌没有明显缺陷,患者对治疗的满意率显著提高。

本研究结果表明,此切口设计对于美观要求较高的腮腺手术患者是一种理想的选择。此术式要求术者具有较丰富的腮腺手术经验,否则易造成面神经的损伤,对初学者不宜提倡,任何对手术切口的美学要求都不能以牺牲手术安全为代价。需强调的是,此切口只适用于体积相对较小的腮腺良性肿瘤;对于肿物体积较大者(>3 cm),由于在术区暴露上的局限性,一般不宜选择,仍需要采用改良除皱切口。临床应用中,依据改良除皱切口设计原则,改良耳周切口可以灵活地在耳前区向上方延长,在耳后乳突区向发际内延长,来增加术区暴露。在本研究中,所有患者均通过改良耳周切口顺利完成肿瘤切除手术,而无需通过延长手术切口来增加暴露。总之,对于大多数腮腺浅叶良性肿瘤,改良耳周切口具有术野暴露良好、切口相对隐蔽、术后

美容效果良好、无明显并发症等优点,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 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):6-9.
- [2] PAPA DOGEOGAKIS N, SKOUTERIS C A, MYLONAS A I, et al. Superficial parotidectomy: technical modifications based on tumour characteristics[J]. J Craniomaxillofac Surg, 2004, 32: 350-353.
- [3] LIU H, LI Y, DAI X. Modified face-lift approach combined with a superficially anterior and superior-based sternocleidomastoid muscle flap in total parotidectomy[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, 2012, 113: 593-599.
- [4] RUSTEMEYER J, EUFINGER H, BREMERICH A. The incidence of Frey's syndrome[J]. J Craniomaxillofac Surg, 2008, 36: 34-37.
- [5] GROSHEVA M, HORSTMANN L, VOLK G F, et al. Frey's syndrome after superficial parotidectomy: role of the sternocleidomastoid muscle flap: a prospective nonrandomized controlled trial[J]. Am J Surg, 2016, 212: 740-747.
- [6] DELL' AVERSANA ORABONA G, SALZANO G, ABBATE V, et al. Use of the SMAS flap for reconstruction of the parotid lodge[J]. Acta Otorhinolaryngol Ital, 2015, 35: 406-411.
- [7] IRVINE L E, LARIAN B, AZIZZADEH B. Locoregional parotid reconstruction [J]. Otolaryngol Clin North Am, 2016, 49: 435-446.
- [8] 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:2017-04-28)