

内镜下隐蔽切口治疗颌面部良性肿瘤

Treatment of maxillofacial benign tumors by endoscope-assisted concealed incision

李慧林¹ 谢马先¹ 麦合巴·阿布来提¹ 张志飞¹

[关键词] 内镜外科手术;隐蔽切口;颌面部肿瘤

Key words endoscopic surgical procedures;concealed incision;maxillofacial tumors

DOI:10.13201/j.issn.2096-7993.2021.03.018

[中图分类号] R739.8 [文献标志码] B

内镜手术一般适用于存在自然体腔的部位,如卵巢手术、胆囊手术、结肠手术等^[1-2]。近年来,随着内镜技术的飞速发展,外科医师的观念和思维模式得以改变,特别是微创外科概念被广泛接受和普及。而且,随着内镜技术的不断进步和相关手术器械的创新^[1],一些学者将其用于口咽部肿物切除、唾液腺肿瘤切除、颈淋巴清扫术、髌骨骨折辅助固定等治疗^[3-6]。因颌面部外在瘢痕会影响患者的美观,故一些学者采用隐蔽的发际或耳屏前切口以求减少术后瘢痕,但对于距离切口较远的肿物,则很难做到术野良好的暴露和肿物完整切除^[7-9]。李云霞等^[10]采用耳后切口内镜辅助下治疗颊部良性肿物,张大明等^[11]采用内镜辅助下经耳屏前入路切除颌面部良性肿瘤也取得了较好的效果。本研究根据肿物的不同部位采用内镜下不同位置的隐蔽切口切除颌面部良性肿物36例,取得了良好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2017年3月—2019年9月于我科住院并自愿接受于内镜下隐蔽切口施行手术的颌面部良性肿物患者36例,均为女性,年龄15~39岁,平均

(27.17±6.66)岁。入选标准:①位于颌面部皮下组织内的良性肿物,肿物直径0.8~3.5 cm;②肿物区域皮肤无急性炎症且与皮肤无明显粘连;③身体健康,无系统性疾病。术后病理诊断:额部脂肪瘤3例,纤维瘤4例,颞部皮脂腺囊肿7例,皮样囊肿3例,脂肪瘤2例,腮腺咬肌区皮脂腺囊肿4例,皮样囊肿1例,纤维瘤1例,肌内静脉畸形1例,颊部皮脂腺囊肿5例,皮样囊肿3例,脂肪瘤2例。

1.2 设备与器械

①内镜系统:Karl Storz-Endoskope鼻内镜系统,0°或30°广角内镜(直径4 mm,长175 mm)。②高频电刀:英特BC-50D高频电刀,双极模式,额定功率70 W。③枪状双极电凝镊、特制拉钩、眼科组织剪、鼻组织剪、鼻剥离器。

1.3 手术方法

术前于皮肤上标记肿物位置,根据肿物范围大小,在额部发际内或颞部发际内或耳垂后方设计手术切口(长1.0~2.5 cm),根据肿物范围大小及手术切口标记出皮下隧道路径(图1)。患者取仰卧位,连接心电监护仪进行监测,头偏向健侧或正中位,常规消毒,铺无菌巾。在切口处、皮下隧道路径及肿物周围注射1%利多卡因注射液(含1:20万的肾上腺素注射液)行局部浸润麻醉。按照预先标记的手术切口,依次切开皮肤、皮下组织达浅肌肉腱膜系统(superficial musculo-aponeurotic sys-

¹新疆喀什地区第二人民医院耳鼻咽喉头颈外科(新疆喀什,844000)
通信作者:李慧林,E-mail:lihuilin@yeah.net

[2] Yang XJ,Zhang J,Chu P,et al. Pneumomediastinum Secondary to Foreign Body Aspiration. Clinical Features and Treatment Exploremet in 39 Pediatric Patients[J]. Chin Med J(Engl),2016,129(22):2691-2696.
[3] Udupa S,Hameed T,Kovesi T. Pneumomediastinum and subcutaneous emphysema associated with pandemic(H1N1) influenza in three children[J]. CMAJ,2011,183(2):220-222.
[4] Tortajada-Girbés M,Moreno-Prat M,Ainsa-Laguna D,et al. Spontaneous pneumomediastinum and subcutaneous emphysema as a complication of asthma in children:case report and literature review[J]. Ther

Adv Respir Dis,2016,10(5):402-409.
[5] Dontu VS,Kramer D. Spontaneous pneumothorax, pneumomediastinum, and epidural emphysema presenting as neck pain suspicious for meningitis[J]. Pediatr Emerg Care,2007,23(7):469-471.
[6] Lee WS,Chong VE,Victorino GP. Computed Tomographic Findings and Mortality in Patients With Pneumomediastinum From Blunt Trauma[J]. JAMA Surg,2015,150(8):757-762.
[7] 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会小儿学组. 中国儿童气管支气管异物诊断与治疗专家共识[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2018,53(5):325-338.

(收稿日期:2020-01-21)

tem, SMAS)筋膜浅层,在 SMAS 筋膜表面与浅层皮肤皮下组织层之间沿预先标记的皮下隧道路径方向进行分离,同时置入内镜,在内镜监视器的视野下进行直视操作(图 2),操作过程中仔细观察层次解剖结构,防止损伤血管及神经。通过钝性分离和锐性分离相结合的方式,形成一个到达肿物周围的一体化单通道通路,用特制拉钩拉起分离好的皮肤、皮下组织形成一个操作腔隙,在操作腔隙不够充足的情况下,可以使用悬吊法来辅助扩大腔隙,以满足内镜下操作所需要的空间。操作过程中充分止血,以保持术野的清晰,用组织剪锐性分离肿物周围正常组织解剖,遇到血管时预先用双极电凝进行电凝,然后再剪断,仔细分离肿物四周,保护好周围组织,将肿物完整摘除(图 3)。在分离皮脂腺

囊肿及皮样囊肿时可以在肿物表面保留一少许纤维结缔组织以便牵拉肿物,方便分离。用生理盐水冲洗术腔,检查有无出血点,彻底止血后,逐层间断缝合皮肤切口,不放置引流,术区用绷带加压包扎。

2 结果

所有肿物均完整切除,手术时间为 40~80 min,平均(60.36±11.78) min;术中出血量 5~15 mL,平均(9.92±2.91) mL。患者均在内镜下顺利完成手术,术后肿物表面皮肤均无破损(图 4),术后无面神经及耳大神经损伤的临床症状,未出现皮下血肿、皮下积液、感染等并发症,手术切口均达到一期愈合。术后随访 3~12 个月,无一例肿物复发,手术切口瘢痕隐蔽,美容效果良好(图 5)。

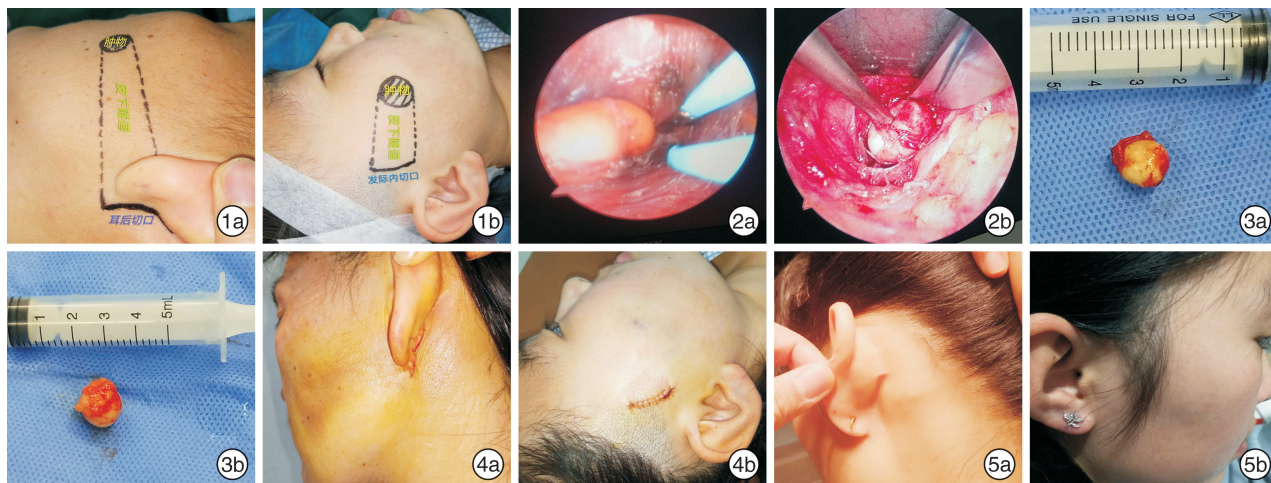


图 1 手术切口标记 1a:肿物位于颊部,切口位于耳后,虚线表示隧道路径;1b:肿物位于额部,切口位于额部发际内,虚线表示隧道路径; 图 2 内镜监视器的视野 2a:行直视下双极电凝止血操作;2b:行直视下分离操作; 图 3 完整摘除的肿物标本 3a:位于颊部的肿物;3b:位于额部的肿物; 图 4 术后肿物表面皮肤完整 4a:颊部肿物切除后;4b:额部肿物切除后; 图 5 术后 6 个月瘢痕情况 5a:耳后切口瘢痕隐蔽,瘢痕不明显;5b:额部发际内切口瘢痕已被生长的毛发遮盖。

3 讨论

良性肿物在颌面部肿物中所占的比例较大,手术切除是其治疗的主要手段,然而术后瘢痕的存在很难满足对美观要求甚高的患者,尤其会给一些年轻的女性患者带来心理负担。随着手术设备、器械的改进以及内镜技术的不断发展,手术的方式已经发生了很大的变化。内镜技术因具有微创、美观等特点^[12-13],在外科领域中的应用也越来越广,如内镜技术用于腮腺肿瘤包膜外切除术的报道^[14-16]。通过内镜技术可以提供一个宽大而明亮的手术视野,使外科医生更容易清晰分辨解剖结构,以施展更精细的手术^[17]。然而,由于颌面部的位置特殊,患者对美观的要求较高,手术切口常需选择在隐蔽的部位,因而会使肿物与切口之间的距离增大,增加手术操作的难度,故而选择合适位置的手术切口

也是保证手术顺利完成的关键所在。而且,由于颌面部结构复杂、神经血管丰富,需要较高水平的精细化手术操作,加之不存在自然腔隙,所能提供的手术操作空间狭小,使内镜技术在颌面部的应用需要更高的要求,这也是内镜技术在颌面部手术中应用较少见的主要原因。

本研究中,对于位于前额部的肿物,采用额部发际内手术切口;位于额部两侧及颞部的肿物,采用颞部发际内手术切口;位于腮腺咬肌区及颊部的肿物,采用耳垂后方手术切口,所有患者均顺利完成手术,取得了预期的手术效果。术后肿物表面皮肤均无破损,无面神经及耳大神经损伤的临床症状,术后未出现皮下血肿、皮下积液及感染等并发症,手术切口均达到一期愈合。术后随访 3~12 个月,无一例肿物复发,手术切口瘢痕隐蔽。因此,对

于部分颌面部的良性肿物采取内镜下隐蔽切口进行手术切除是一种安全、可靠的手术方式,且术后瘢痕隐蔽,美容效果良好。由此可见,内镜下采用隐蔽切口治疗颌面部良性肿物兼顾了治疗与美学,在一定程度上来说其应用前景广泛。

根据笔者的体会,在实际手术操作过程中应注意以下几个方面:①具备熟练的内镜系统操作经验,能够清楚识别内镜监视器显示下的各种组织类型;②在肿物表面标记肿物的位置及范围大小,同时根据肿物情况选择合适的手术切口,并标记出切口与肿物之间的皮下隧道路径,通过合适的手术入路,能够安全避开重要的组织结构,取得安全、美观的手术效果;③术中操作要精细,止血要彻底,保持清晰的手术视野至关重要;④手术操作的层次必须在SMAS筋膜浅层,这也是保证面神经及耳大神经不受损伤的前提条件;⑤对于皮脂腺囊肿及皮样囊肿病例的选择,其肿物直径不宜过大,直径<2.5 cm较合适,太大的肿物在皮下隧道远距离分离过程中较难保持肿物囊壁的完整性;⑥对于皮脂腺囊肿及皮样囊肿采取锐性分离是保证囊壁完整的重要步骤,而且在其表面保留一少纤维结缔组织便于牵拉肿物,方便分离;⑦术后术区必须进行严密加压包扎,也是预防术后出现皮下血肿、积液而导致感染的重要方法。另外,对于肿物区域皮肤存在急性炎症与皮肤有明显粘连的情况可视为该手术的禁忌证,因为在分离肿物的过程中易破坏肿物的完整性,造成肿物瘤壁的残留及复发,而且在分离过程中也极易穿破皮肤,出现皮肤的破损,而造成更大的创伤及瘢痕。

综上所述,对于部分颌面部的良性肿物采用内镜下隐蔽切口进行手术切除是一种安全、可靠的手术方式,且术后瘢痕隐蔽,美容效果良好,在临床上具有较好的应用前景。但对于位于眶下区、唇部及颊部的良性肿物,其手术切口入路的选择亟待进一步的探索研究。

参考文献

- [1] Uraoka T, Saito Y, Matsuda T, et al. Detectability of colorectal neoplastic lesions using a narrow-band imaging system: a pilot study[J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2008, 23(12): 1810-1815.
- [2] 纪光伟, 纪文君, 陈闻. 迎接外科新技术的挑战[J]. *中华外科杂志*, 2007, 45(19): 1302-1304.
- [3] Chen WL, Wang YY, Zhang DM, et al. Endoscopy-assisted transoral resection of large benign parapharyngeal space tumors[J]. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 2014, 52(10): 970-973.
- [4] Chen J, Chen W, Zhang J, et al. Modified endoscope-assisted partial-superficial parotidectomy through a retroauricular incision[J]. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*, 2014, 76(3): 121-126.
- [5] Fan S, Liang FY, Chen WL, et al. Minimally invasive selective neck dissection: a prospective study of endoscopically assisted dissection via a small submandibular approach in cT(1-2_N(0) oral squamous cell carcinoma[J]. *Ann Surg Oncol*, 2014, 21(12): 3876-3881.
- [6] Lauer G, Schmelzeisen R. Endoscope-assisted fixation of mandibular condylar process fractures[J]. *J Oral Maxillofac Surg*, 1999, 57(1): 36-39.
- [7] Li JS, Chen WL, Zhang DM, et al. Extracapsular dissection of pleomorphic adenoma of the parotid gland through minimal preauricular and retroauricular incisions in children[J]. *J Craniofac Surg*, 2012, 23(3): 661-663.
- [8] Roh JL. Extracapsular dissection of benign parotid tumors using a retroauricular hairline incision approach[J]. *Am J Surg*, 2009, 197(5): e53-56.
- [9] Grover N, DSouza A. Facelift approach for parotidectomy: an evolving aesthetic technique[J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2013, 148(4): 548-556.
- [10] 李云霞, 么文博, 李敬东, 等. 耳后切口内镜辅助下治疗颊部良性肿物的体会[J]. *河北医药*, 2011, 33(6): 898-899.
- [11] 张大明, 杨朝晖, 王友元, 等. 内镜辅助下切除颌面部良性肿瘤的效果评价[J]. *中国口腔颌面外科杂志*, 2015, 13(6): 554-557.
- [12] 邱蔚六. 口腔颌面部微创手术之我见[J]. *微创医学*, 2008, 3(1): 1-2.
- [13] Pearl JP, Ponsky JL. Natural orifice transluminal endoscopic surgery: a critical review[J]. *J Gastrointest Surg*, 2008, 12(7): 1293-1300.
- [14] Yan Y, Chen X. Endoscopic Resection for Benign Parotid Tumor Through a Cosmetic Retroauricular Incision with Water Sac Establishing Operative Space: A New Approach[J]. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 2015, 25(6): 508-513.
- [15] Woo SH, Kim JP, Baek CH. Endoscope-assisted extracapsular dissection of benign parotid tumors using hairline incision[J]. *Head Neck*, 2016, 38(3): 375-379.
- [16] Xie L, Zhang D, Lu MM, et al. Minimally invasive endoscopic-assisted resection of benign tumors in the accessory parotid gland: 5 case studies[J]. *Head Neck*, 2012, 34(8): 1194-1197.
- [17] 李群星, 范松, 张汉卿, 等. 内镜辅助下经颅耳沟切口行腮腺良性肿瘤包膜外切除术[J]. *中华口腔医学研究杂志(电子版)*, 2016, 10(6): 408-413.

(收稿日期: 2020-02-03)