临床研究 文章编号:0253-3626(2011)06-0891-02

经鼻内镜鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤切除术

母晓松,李 兵,熊俊伟,李 洁,杨 湘
(重庆医科大学附属第一医院耳鼻咽喉科,重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨鼻内窥镜下彻底切除鼻腔-鼻窦内翻性乳头状瘤,降低术后复发率的手术方法及其适应证。方法:2006 年 1 月-2009 年 3 月住院的临床及病理诊断为鼻内翻性乳头状瘤的患者 68 例,采用鼻内窥镜经鼻肿瘤切除或联合上颌窦前壁径路(Caldwell-Luc 术式)肿瘤切除术。手术创腔痊愈后 1、3、6 个月复查,以后随访。全部病例随访 12~40 个月(平均 18.6 个月)。结果:68 例中 2 例术后复发,66 例未复发,治愈率 97.1%。1 例复发病例经再次手术后,随诊 1 年未见复发。结论:未侵及鼻外的内翻性乳头状瘤,均能通过单纯鼻内镜或鼻内镜联合柯-陆术式很好暴露肿瘤根基部,并彻底切除。具体手术方式决定于乳头状瘤根基部所在部位。

【关键词】内窥镜;乳头状瘤,内翻;鼻窦;耳鼻喉外科手术方法
【中国图书分类法分类号】R765.9 【文献标志码】A 【收稿日期】2010-12-08

Endoscopic surgery for sinonasal inverted papilloma

MU Xiao-song, LI Bing, XIONG Jun-wei, LI Jie, YANG Xiang
(*Department of Otorhinolaryngology, the First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To explore surgical methods in endoscopic approach removing completely nasal sinus inverted papilloma in nasal cavity and sinus for a reduced postoperative recurrence rate, and discuss the operative indications. *Methods*: 68 patients with inverted papilloma in nasal cavity and sinus were treated by nasal endoscopic surgery from 2006 to 2009 in our department. The operation of tumor resection through endoscopy, or a combination with Caldwell-Luc procedure was implemented for the patients. The wound surface after operations was healed, with follow-up after 1, 3, and 6 months. All cases were followed up for 12 to 40 months (mean 18.6 months). *Results*: Of all the patients, the recovery rate was 97.1%. Recurrence was found in two of the 68 patients, one of whom received the second operation and found no recurrence after 1 year's follow-up. *Conclusion*: Inverted papilloma with non-involved nasal outside can be completely cut through the operation of nasal endoscopy or a combination with the Caldwell-Luc to expose tumor root. The method is determined by the location of the root.

【Key words】endoscopes; papilloma, inverted; paranasal sinuses; otorhinolaryngological surgery

鼻内翻性乳头状瘤是鼻科常见良性肿瘤,其术后复发率高,容易恶变,传统观点多主张采取鼻侧切开术等鼻外进路以彻底切除肿瘤。目前,临床上多采用鼻内镜下经鼻腔行鼻内翻性乳头状瘤切除术,可彻底切除肿瘤,而且复发率较低。随访 2006 年 1 月至 2009 年 3 月期间,在我科经鼻内镜术后 1 年以上的 68 例鼻内翻性乳头状瘤患者,根据其病变部位和范围采取的不同的手术方式进行了回顾性研究。

1 资料和方法

1.1 临床资料

68 例均经术前病理检查确诊为内翻性乳头状瘤,未发现有恶变。年龄 25~65 岁,平均 50.1 岁。其中男 56 例,女 12 例,男:女=4.3:1。2 例双侧发病,其余均为单侧发病。

作者介绍:母晓松(1985-),男,硕士,
研究方向:阻塞性睡眠呼吸暂停综合征。
通信作者:李 兵,男,副教授,Email:dclibing@sina.com。

68 例中 9 例曾诊断为鼻息肉并行鼻息肉切除术。68 例中肿瘤主要侵及中鼻道、上颌窦口和部分或全部筛窦者 53 例,同时侵及蝶窦者 10 例;12 例肿瘤除侵及中鼻道、上颌窦口和部分/全部筛窦外,同时侵入到上颌窦内,且窦内病变广泛。3 例肿瘤原发于鼻中隔,肿瘤侵及嗅裂下部、中鼻甲、中鼻道和部分筛窦。本组 68 例未见肿瘤侵及额窦、眶内和(或)颅内者。

1.2 手术方法

术前均经鼻内窥镜检查、鼻腔鼻窦 CT(冠状位、轴位),明确病变侵及的范围及肿瘤的根基部,根据肿瘤根基部所在部位选择术式。

1.2.1 鼻内窥镜鼻内肿瘤切除术 共 56 例,肿瘤根基部位于鼻腔、中鼻道、筛窦以及蝶窦。首先探查肿瘤的根基部位,肿瘤较大者可先用吸引切割器去除鼻腔内的肿瘤。在内窥镜下切除钩突,中鼻道内、上颌窦窦口区及筛窦内肿瘤,完成鼻外侧壁组织和筛窦切除术,直至肿瘤病变周围的鼻腔及鼻窦正常组织。肿瘤根基部可疑黏膜应全层剥离刮除,切除的安

全界限为肉眼可见根基部的周围 5 mm，其下骨质以骨钻部分磨除。同时，在彻底切除肿瘤的前提下，尽量保留正常的鼻腔鼻窦黏膜。若术中出血较剧，可采用双极电凝以减少出血、保证视野清晰。

1.2.2 鼻内窥镜联合径路肿瘤切除术 共 12 例，肿瘤根基部位于上颌窦内。手术采用内窥镜下如前切除鼻腔及蝶、筛窦处病变，同时采用内窥镜明视下上颌窦内侧壁切除或经上颌窦前壁（Caldwell-Luc 术式）联合径路，将肿瘤及其窦内粘骨膜一并切除。上颌窦内侧壁切除的具体操作为：在鼻腔外侧壁做纵行切口，上起中鼻甲前附着端，下至下鼻甲前附着端，掀起并去除骨黏膜瓣，暴露上颌窦骨性内壁，以咬骨钳分次咬除，使术野后界达到上颌窦后壁，上界至眶低壁，前界至鼻泪管，并酌情开放或保留鼻泪管。

全部病例均经术后术腔定期清理换药，直至术腔完全上皮化。此期间术腔内如发现可疑瘤样组织，即行彻底切除并送病理检查。

2 结 果

本组 68 例中除 2 例术后复发外，66 例未复发。单纯鼻内镜 56 例中 3 例（5.3%）在术后清理、换药期间发现术腔局部出现瘤样组织，内窥镜下彻底去除全部可疑病变并送病理检查，以低温等离子处理创面。此 3 例病检结果证实为慢性炎症。随诊 1 年此 3 例未再发现有炎性组织增生。此 3 例均系乳头状瘤病变广泛者，肿瘤根基部位于筛窦、蝶筛隐窝，病变除侵及鼻腔和蝶筛窦外，上颌窦亦受侵。

鼻内窥镜联合径路切除 12 例中 2 例复发。1 例为肿瘤组织侵及右侧上颌窦窦口和上颌窦内侧壁、全组筛窦、中鼻甲、蝶窦前壁，肿瘤根基部位于后组筛窦，术后半年右侧筛窦后外侧出现局部复发；另一例复发者乳头状瘤病变范围十分广泛，病变位于右侧鼻腔外侧壁、上颌窦、筛窦、蝶窦及鼻中隔后部并侵及左侧鼻腔后部和左侧蝶窦，术后 2 个月发现右鼻后外侧壁及顶壁复发，均再次经内窥镜手术，完整切除肿物，并行局部低温等离子处理，随访 18 个月未见复发。

3 讨 论

内翻性乳头状瘤是鼻腔鼻窦常见的良性肿瘤之一，常为单侧发病，且绝大多数为仅有 1 个原发部位，晚近有 Dubin和 Kuhn 报告 1 例病变同时位于上颌窦和额窦[1]。其主要临床特征有：复发倾向；破坏周围解剖结构和骨质重塑；与鳞状细胞癌相关[2]。其中尤以复发最为重要，临床常以之作为手术疗效的重要指标。如果不考虑手术径路因素，复发率可达 20%~47%[3]。复发常见于上次手术部位，因此复发可能与手术不彻底密切相关[3]。Mayers 等指出，术后复发并不是鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤的生物学特性，而是手术切除不够彻底，导致病变残留[4]。Lawson W 等因此主张采用鼻侧切开术作为主要术式[5]，强调此术式视野清晰，可清楚观察鼻内乳头状瘤病变范围，有助于彻底切除肿瘤。但鼻外径路手术存在面部遗留瘤痕和术后恢复时间长等缺陷。一方面，手术范围的扩大可能加大对局部结构和功能的破坏，另一方面，仍未能彻底解决术后肿瘤复发的难题[6]。随着鼻内镜外科技术和相关手术器械的成熟，其优势在内翻性乳头状瘤切除手术中逐渐显现，包括：①避免了面部切口和瘢痕，术后并发症少；②术野清晰，具备图像放大功能，有利于区分肿瘤组织和正常黏膜；③术中出血减少；④缩短住院时间；⑤复发率处于合理范围，优于鼻外径路手术等。Landsberg 认为，尽管病变的范围可能较广泛，但其根蒂部位的范围常不超过 1.5 cm 左右，决定手术疗效的关键因素是能否清晰地暴露肿瘤根基部并实现对其彻底清除，其临床意义高于肿瘤侵及的范围[7]。但鼻外手术径路依然有其适用范围，选择手术径路的主要依据是能否实现对肿瘤根基部的清除，肿瘤的范围并不是主要参考因素[3]。国内何甫成等[8]认为鼻乳头状瘤患者术后鼻黏膜下植入 5-Fu 缓释剂也可有效防止肿瘤复发。但尚缺乏大样本临床研究。

我们的体会是，鼻内镜能够直接暴露根基部位于鼻腔、中鼻道、筛窦以及蝶窦的肿瘤。根基位于上颌窦内侧壁、后壁、下壁，甚至外侧壁者，鼻内镜下通过上颌窦内侧壁切除术，也可以达到很好的暴露效果。对位于上颌窦前壁者，由于内镜视角及手术器械的限制，常需联合柯-陆术式，才能较好的暴露肿瘤根基部。

综上所述，对于未侵及鼻外的内翻性乳头状瘤，单纯鼻内镜径路或鼻内镜联合上颌窦前壁（Caldwell-Luc 术式）径路均能很好暴露肿瘤根基部，并彻底切除之。此外，我们是否可以探寻以肿瘤根基部所在部位为基础的新的临床分期，并以之作为选择手术方式的依据？这是一个值得探讨的问题。

参 考 文 献

[1] Dubin M G, Kuhn F A. Unilateral mutifocal inverted papil-loma of the maxillary and frontal sinus[J]. AM J Otolaryngol, 2006, 31(27): 263-265.

[2] Von Buchwald C, Bradley P J. Risks of malignancy in inve-rted papilloma of the nose and paranasal sinuses[J]. Curr Opin O-tolaryngol Head Neck Surg, 2007, 15(2): 95-98.

[3] Busquets J M, Hwang P H. Endoscopic resection of sinonas-al inverted papilloma: a metaanalysis[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2006, 134(3): 476-482.

[4] Mayers E N, Schramm V L Jr, Barnes E L Jr. Management of i-nverted papilloma of the nose and paranasal sinuses[J]. Laryngos-cope, 1981, 91(12): 2071-2079.

[5] Lawson W, Ho B T, Shaari C M, et al. Inverted papilloma: a report of 112 cases[J]. Laryngoscope, 1995, 105(3): 282-287.

[6] 张 罗，韩德民，张盛忠，等. 鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科杂志，2008，15(10)：601-603.

[7] Landsberg R. Attachment-oriented endoscopic surgical a-pproach for sinonasal inverted papilloma[J]. Opertech Otolaryngol Head Neck Surg, 2006, 17(2): 87-96.

[8] 何甫成，陈特锐，钟真珍，等. 氟尿嘧啶缓释剂对鼻乳头状瘤患者术后辅助治疗的研究[J]. 临床和实验医学杂志，2006，5(2)：115-116.

（责任编辑：关蕴良）