临床研究 文章编号:0253-3626(2011)02-0213-03

鼻腔鼻窦少见良性肿瘤临床特点及手术径路选择

阿依恒·曲库尔汗,尼力帕尔·阿力木,亚力坤·亚生,刘志连
(新疆医科大学第一附属医院耳鼻咽喉科,新疆 830054)

【摘 要】目的:探讨鼻腔鼻窦少见良性肿瘤的手术径路及临床特点。方法:复习相关文献,回顾性分析 24 例鼻腔鼻窦良性肿瘤的临床资料、手术方法并进行随访。结果:根据病变范围和手术方法的改进,10 例鼻侧切开切除肿瘤,6 例 Caldwell-luc 手术切除肿瘤,6 例鼻内窥镜下手术切除肿瘤,2 例鼻内窥镜联合鼻侧切开切除肿瘤,肿瘤主要发生部位为上颌窦、筛窦,均有包膜,21 例有局部骨质破坏,随访 2~10 年无复发病例。结论:鼻腔鼻窦少见良性肿瘤生长缓慢,以青少年发病为主,临床表现无特异性,诊断以术前 CT 及术后病理为主,手术彻底切除是唯一治疗方法。

【关键词】手术径路;鼻腔鼻窦;良性肿瘤;回顾性分析;随访
【中国图书分类法分类号】R765 【文献标志码】A 【收稿日期】2010-08-21

Analysis of clinical characters of benign tumors in nasosinuses and different surgery approaches

AYIHENG Qu-ku-er-han, et al
(*Department of Otorhinolaryngology, the First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To evaluate the surgery approaches and clinical characters of benign tumors in nasosinuses. *Methods*: Related articles were reviewed; clinical materials and surgery approach were retrospectively analysed, and 24 patients with benign tumors in nasosinuses were followed up. *Results*: 10 of the patients removed the tumor by lateral rhinotomy, 6 with Caldwell-luc surgery, 6 with FESS and 2 of them with FESS combined with lateral rhinotomy according to lesion area and modified surgery approach.the tumors were common in maxillary sinus and ethmoid sinus, both with membrane, bony destruction was found in 21 cases. There was no recurrence after follow-up for 2~10 years. *Conclusion*: Rare benign tumors in nasosinuses is characterized by its slow growth , common occurrence in adolescent and no significant clinical characteristic., Its diagonosis mainly depends on preoperative CT and postoperative biopsy and removal with surgery is the only therapeutic approach.

【Key words】surgery approach; nasosinus; benign tumors; retrospective analysis; follow-up

鼻腔鼻窦良性肿瘤临床比较常见,因生长部位和范围不同,可采取不同手术方法,1977~2004 年,我科收治 24 例直径在 5 cm 以上经手术和病理证实为鼻腔鼻窦少见良性肿瘤患者,年龄 15~49 岁,其中女性 16 例,男性 8 例,均给予手术切除,术后随访 2~10 年,无复发病例,对其临床特性、手术经路及病理特点进行了分析,现报道如下。

1 资料与方法

本组病例均为我科住院患者,术前、术中或术后经病理确诊,包括脑膜瘤、神经鞘瘤、骨母细胞瘤、骨化纤维瘤、黏液瘤等鼻腔鼻窦少见良性肿瘤。患者多因出现明显的鼻塞、面部肿胀、眼球突出、溢泪等症状后而就诊,对其临床特性、手术经路及病理特点等进行了回顾性临床分析并给予随访。

作者介绍:阿依恒·曲库尔汗(1969-),男,副主任医师,硕士,研究方向:耳鼻咽喉头颈肿瘤。
通信作者:亚力坤·亚生,男,主任医师,Email: ylkebh@126.com。

2 结 果

24 例鼻腔鼻窦良性肿瘤病例中脑膜瘤 3 例,2 例位于上颌窦、筛窦、鼻腔,行鼻侧切开切除肿瘤,1 例发生于筛窦,行鼻内窥镜下手术切除肿瘤;神经鞘瘤 6 例,3 例位于上颌窦,行 Caldwell-luc 手术切除肿瘤,3 例位于鼻腔、筛窦和蝶窦,2 例行鼻内窥镜下手术切除肿瘤,1 例术中出血较剧烈,行鼻内窥镜联合鼻侧切开切除肿瘤;骨母细胞瘤 4 例,1 例位于上颌窦,行 Caldwell-luc 手术切除肿瘤,3 例位于筛窦、蝶窦,行鼻侧切开切除肿瘤;骨化纤维瘤 8 例,2 例位于上颌窦、鼻腔,行 Caldwell-luc 手术切除肿瘤,3 例位于上颌窦和筛窦,行鼻侧切开切除肿瘤,3 例位于鼻腔、筛窦和蝶窦,行鼻内窥镜下手术切除肿瘤;黏液瘤 3 例,位于上颌窦、筛窦、鼻腔,2 例行行鼻侧切开切除肿瘤,1 例鼻内窥镜联合鼻侧切开切除肿瘤。全部病例术后随访 2~10 年不等,除 3 例失访外,其余病例未发现肿瘤复发。

3 讨 论

脑膜瘤、神经鞘瘤、骨母细胞瘤、骨化纤维瘤、黏液瘤均为鼻腔鼻窦少见的良性肿瘤，分别占鼻腔鼻窦良性肿瘤的0.51%,1.88%,2.74%,2.40%,0.34%[1]。

3.1 鼻腔鼻窦脑膜瘤

脑膜瘤为颅内常见肿瘤之一，颅外极为少见，原发于鼻腔及鼻窦者更为罕见。Wolman 报告 375 例仅 2 例来源于鼻窦。发病原因有：①起自脑膜上的蛛网膜细胞巢，此种细胞突出脑膜向外发展，但硬脑膜内并无肿瘤；②发生在迷走于颅外胚胎性融合线上的蛛网膜细胞巢；③来自视神经鞘经眼眶顶部入静脉窦以及大脑镰的蛛网膜肉芽；④发生于上颌窦者与脑膜无关，可能因外伤或炎症所致。本病多见于儿童及青少年，一般预后良好，多为良性，有少数病例属恶性。病程缓慢，术前不易确诊，应与鼻窦囊肿、血管瘤、纤维血管瘤、鼻窦恶性肿瘤相鉴别。临床上病人常出现进行性眼球突出、鼻塞、阵发性鼻出血或面部畸形等，与其他鼻腔、鼻窦肿瘤并无特异之处。鼻腔鼻窦脑膜瘤 CT 表现均为边界清楚的混杂密度肿块，其内散在分布的点状、条片状钙化，病灶的周围有环状高密度骨化影，鼻腔和窦腔扩大，临近骨壁结构受压变形，但无明确骨质溶解破坏，增强扫描后瘤体多明显增强。因此，若 CT 平扫发现鼻腔或鼻窦区较高的混杂密度影，且灶周有环形骨化，瘤体内出现条片状不规则的钙化灶，增强扫描病灶明显强化，应高度怀疑脑膜瘤的可能[2]。手术切除是唯一治疗方法，只要手术切除彻底，不会复发。本组 3 例均为青少年，其中 2 例病变发生于右上颌窦、筛窦、鼻腔，因为肿瘤范围比较广泛，鼻内镜下无法完整切除肿瘤，而且脑膜瘤血供较丰富，鼻内镜下无法控制大出血，故选择采取鼻侧切开方式方能彻底切除肿瘤；另外 1 例发生于筛窦，肿瘤较局限，鼻内窥镜下暴露充分，采取了鼻内镜手术，术后恢复快，无面部瘢痕形成等优点。术中 3 例未见筛骨水平板及前颅底骨破坏等情况，肿瘤有完整包膜，属原发于鼻腔鼻窦的的异位脑膜瘤。

3.2 鼻腔鼻窦神经鞘瘤

神经鞘瘤来源于神经鞘的雪旺细胞，生长缓慢，有包膜，多为良性。10%～45%发生于头颅部，鼻腔鼻窦神经鞘瘤少见，源发于三叉神经的眼神经和上颌神经或源发于自主神经。神经鞘瘤在各年龄段均可发病，女性偏多。临床表现通常与其发生部位和肿瘤大小有关，常有压迫性骨侵蚀，引起鼻、鼻窦的骨质破坏，并向颅内侵蚀，故不能根据这一点判定是否为良、恶性。根据病史、临床表现及病理检查，诊断不难，但发生于鼻窦者诊断困难，是因为鼻窦位置深，周围没有骨质破坏的情况下无法取活检来证实病理。本文 3 例位于上颌窦神经鞘瘤，其中 1 例术前根据普通 X 片结果临床诊断为右上颌窦囊肿，通过 CT 检查诊断高度怀疑为右上颌窦癌，虽有局部骨质的破坏，而临床症状及专科检查均不支持恶性肿瘤，无法取活检来证实，因此采取 Caldwell-luc 手术，打开上颌窦术中送快速冰冻病理检查未提示恶性病变，故按良性病变手术切除，而术后病理诊断为右上颌窦神经鞘瘤。神经鞘瘤发展缓慢，当生长过大或在某种因素作用下生长速度加快时即可出现中央出血、坏死而发生囊性变，临床上应与血管瘤相鉴别。鼻窦 CT 扫描对显示其发生部位、大小、形状，侵及范围与邻近组织和结构的解剖关系有重要作用[3]。非增强 CT 表现为肿瘤比周围组织 CT 值低，增强 CT 中神经鞘瘤常表现为斑点状中心透光区而边缘增强的图像，本组 3 例病例临床症状、专科检查等无明显差异，就 CT 检查方面因肿瘤局部变化可引起不同的影像学变化。另外位于鼻腔、筛窦和蝶窦 3 例神经鞘瘤，肿瘤范围局限在鼻腔和鼻窦的相应部位，没有周围侵犯及破坏等情况，在鼻内镜下完整切除，避免了面部切口，缩短了住院时间及费用。神经鞘瘤对放疗不敏感，治疗以手术为主，手术进路应根据肿瘤部位、范围而加以选择。神经鞘瘤虽属良性，若不及早手术，随瘤体增大可出现一系列并发症。如肿瘤恶变，应行根治性手术切除，并给予放疗和化疗。

3.3 鼻腔鼻窦骨母细胞瘤

骨母细胞瘤是成骨细胞的良性肿瘤之一，是一种不常见的骨的良性肿瘤，常见于脊柱和长的管状骨。约占骨的良性肿瘤的 3%，以 20～30 岁的青年患者为高发。发生于头颈部者极少见，以发生于下颌骨为最多，发生于鼻腔及鼻窦者罕见[4-6]。4 例为均为 16～19 岁男性，1 例位于上颌窦，行 Caldwell-luc 手术完整切除肿瘤；3 例位于筛窦、蝶窦，因为临床症状不典型，在鼻窦 CT 才诊断为筛窦、蝶窦的高密度肿物，鼻内镜下无法完全暴露，而且部分肿瘤在蝶窦，一旦术中大出血等情况下，很难完整切除肿瘤，故采取鼻侧切开切除肿瘤。由于病变部位深在，尤其是原发于鼻窦者，早期常症状不明显、不典型而故未引起重视，未能来就诊，常规鼻部检查不易发现。鼻窦 CT 除显示病变范围外，影像学表现多示高密度肿块影，CT 值可高达 200～400 Hu。肿块多呈膨胀性生长，边界较清楚，中心可见液体密度及软组织密度区。肿瘤内可见不规则粗大骨化影及钙化影。局部彻底切除，同时保留邻近的重要器官如眼球等，是治疗骨母细胞瘤的最佳治疗方案[7]。

3.4 鼻腔鼻窦骨化纤维瘤

骨化纤维瘤可发生于身体各部位的骨组织，长骨多见，生长缓慢，有自限性。鼻腔鼻窦骨化纤维瘤是以青少年发病为主、进行性生长的良性肿瘤，发病年龄多在 11～30 岁。该肿瘤好发于颌骨，额骨、筛骨、蝶骨均可发病，偶见于枕骨和颞骨[8]。临床上常见的典型表现是无痛性、进行性面部肿胀，眼球突出和移位。其他症状为鼻塞、流涕、鼻出血、头痛，无明确特异性。鼻窦 CT 与组织病理检查相结合是临床确诊的可靠方法[9]。CT 检查较清楚地显示了本病特点：圆形或椭圆形高密度肿块，部分区域可见低密度影，其周边和瘤内有钙化和骨化，外壁边缘可见一清晰、光滑、厚度不均匀的骨壳，界限清楚。病理检查见边界分明、纤维间质中纤维骨病变和沙粒样物质的分布，始终是骨化纤维瘤的重要特征。应与骨纤维结构不良鉴别。本文位于上颌窦、鼻腔骨化纤维瘤 2 例，术前 2 次穿刺抽取肿瘤内容物，病理学诊断均为骨纤维结构不良，行 Caldwell-luc 手术切除肿瘤，术后病理诊断维骨化纤维瘤，3 例位于上颌窦和筛窦，肿物比较大，范围广泛，故行鼻侧切开完整切除肿瘤，另外位于鼻腔、筛窦和蝶窦的 3 例，因为范围较局限，无明显周围组织推压等改变，故行鼻内窥镜下彻底手术切除肿瘤。骨化纤维瘤组织学上属于良性肿瘤，但临床上则具有侵袭性。一经确诊，应尽早手术，并尽可能地彻底切除，以减少复发。关于手术径路的选择，文献报道要

根据病变范围不同而选择不同术式。一般来说,单独发生于上颌窦的病变,可选择上颌窦进路,行上颌窦根治术,发生于筛窦、额窦、蝶窦及侵及颅底等部位的病变,可选择鼻侧切开术及扩大鼻侧切开术,能达到彻底切除肿块的目的。此种方法术野较大,能清楚地暴露肿块,术中尽可能沿着骨壳分离及切除肿块。一旦破坏包膜,进入瘤体内,则易出血,影响手术操作,难以彻底切除肿块。病灶残留是复发的根本原因。由于肿瘤的侵袭性,广泛彻底地切除肿瘤是惟一有效的治疗方法,放疗和化疗对本病无效,且放疗还可促其恶变导致骨肉瘤形成[10]。本病预后较好,一般彻底切除后无复发,复发病例均为手术切除不彻底所致[9]。

3.5 鼻腔鼻窦黏液瘤

黏液瘤发生自胚胎残存的黏液组织,原发于骨的粘黏瘤很少见,而发生于鼻及鼻窦的黏液瘤尤为少见。黏液瘤的病因不明,属良性肿物,有局部浸润侵袭力,可以呈浸润性生长,使窦壁骨质破坏,易误诊为低度恶性肿瘤。有人[11]认为应列为低度恶性肿瘤,但无病理依据。本组 3 例均位于上颌窦、筛窦、鼻腔,其中 2 例 CT 显示病变范围广,为了完整切除选择行鼻侧切开切除肿瘤,1 例术前考虑肿瘤较局限故选择鼻内镜手术,可在术中筛窦内病变无法完整切除,而且出血较多,因此联合鼻侧切开方能切除肿瘤。本病与其他一般鼻窦良性肿瘤相似,发展缓慢,早期无明显症状。CT 扫描有助于观察肿瘤大小、范围及周围骨质受侵犯的情况,确诊靠病理检查。手术要彻底切除病变组织,以减少复发机会,术后应长期随访,警惕恶变成为黏液肉瘤。

鼻腔鼻窦良性肿瘤早期无明显临床症状,当肿瘤长大充满鼻腔鼻窦时才有症状。如鼻阻、面部隆起、眼球突出、移位、头痛等。所以鼻腔鼻窦良性肿瘤不以早期发现,就诊时肿瘤都比较大。本文 1 例脑膜瘤,就诊时肿瘤大小为 8.0 cm × 5.0 cm × 5.0 cm,1 例骨化纤维瘤就诊时肿瘤大小为 7.0 cm × 6.0 cm × 5.0 cm。鼻窦良性肿瘤呈生长缓慢,但可以压迫周围骨质引起骨破坏,临床上常误诊为恶性肿瘤。本文 1 例上颌窦神经鞘瘤,因肿瘤充满窦腔,CT 示上颌窦骨壁、齿槽骨有破坏,诊断为右上颌窦癌。由于上颌窦、筛窦、鼻腔骨化纤维瘤,上颌窦外、前、上、内各壁骨质均显示破坏。故易误诊为上颌窦恶性肿瘤。

鼻、鼻窦 X 线摄片,CT、磁共振成像(Magnetic resonance imaging,MRI)等检查对诊断肿瘤的范围、性质,是否有骨质破坏,有一定帮助。由于鼻腔、鼻窦形态不规则,肿瘤与囊肿的 CT 值区别不大。加之良性肿瘤呈膨胀性生长,并易压迫骨质而造成骨破坏。实践证实 X 线摄片、CT、MRI 检查有一定局限性。病变的明确诊断仍主要依靠术中探查和手术后的病理诊断结果。

上颌窦为最常见发病部位,其次为筛窦,多可累及同侧鼻腔。本文肿瘤虽体积较大,但均有包膜,提示可手术完整摘除,避免复发。根据病变范围可选择不同手术方式,如病变局限于上颌窦,可行上颌窦根治术。病变范围大,可行鼻侧切开术。国内外有报道[12,13]鼻窦镜手术可有效切除鼻窦良性肿瘤,可结合上颌窦根治术、鼻侧切开术以鼻内镜为主,根据病变范围结合上述手术方式。有人[14]认为鼻内镜手术切除良性肿瘤适应症并不完全取决于肿瘤的种类,主要应考虑肿瘤侵犯范围,病变局限于上颌窦、筛窦、鼻腔的各种良性肿瘤均可考虑鼻内镜手术,如病变广泛,可联合柯陆氏径路。但鼻内镜手术多应用于常见鼻腔鼻窦良性肿瘤,多见内翻性乳头状瘤和血管瘤。防止术后复发的唯一方法是手术彻底切除肿瘤。有作者[9]认为考虑患者面容及功能而行保守切口,未行广泛切除是造成术后复发的另一主要原因。鼻窦肿瘤多呈膨胀性、侵袭性生长,术前 CT 扫描肿瘤边界多清楚,有时显示局部骨质破坏,故时有易误诊为恶性肿瘤,因此诊断以 CT 检查是重要的手段外,注意观察典型临床表现,而最后确诊需要病理学依据。而手术方式的选择以病变范围、肿瘤与周围组织器官的关系以及手术需要基本条件为依据,不能盲目以小切口、微损伤等主观想法左右,必须以尽可能彻底切除肿瘤的前提下,可以采取保留功能、少损伤以及面部美容等方面的考虑。

参 考 文 献

[1] 周光耀,刘亚峰,张贤良,等. 2353 例鼻腔鼻窦肿瘤临床病理分析[J].耳鼻咽喉 - 头颈外科,2003,10(1):11-12.

[2] 魏文洲,李 俊,王晓玲,等.CT 诊断鼻腔鼻窦脑膜瘤的[J].放射学实践,2002,17(1):38-39.

[3] 毛明荣,鲍学礼. 鼻腔上颌窦神经鞘瘤 4 例报告[J]. 临床耳鼻咽喉科学杂志,2003,17(2):112.

[4] Velegrakis G A,Prokopakis E P,Papadakis C E,et al. Osteoblastoma of the nasal cavity arising from the perpendicular plate of the ethmoid bone[J]. J Laryngol Otol,1997,111(9):865-868.

[5] Chen K T, Weinberg R A, Simpson R P,et al. Osteoblastoma of the nasal cavity [J]. J Laryngol Otol,1993,107(8):737-739.

[6] Imai K,Tsujiguchi K,Toda C,et al. Osteoblastoma of the nasal cavity invading the anterior skull base in a yong child[J].J neurosurg,1997,87(4):625-628.

[7] 郑 虹,刘荣波,杨 慧,等. 鼻腔鼻窦骨母细胞瘤(附 6 例报告)[J]. 华西医学,2001,16(2):143.

[8] 沙素华,薛兴尧.鼻窦骨化纤维瘤[J].临床耳鼻咽喉科杂志,1990,4(5):211-213.

[9] 杨秀英,苏克虎,张惠贤,等. 鼻腔鼻窦骨化纤维瘤 9 例[J].临床耳鼻咽喉科学杂志,2004,18(5):266-267.

[10] Rosen C A, Cohe J L, Coal F S. Psammotoid ossifying fibroma of the ethmoid sinus [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg,1992,118(10):1128-1131.

[11] 卜国铉.鼻科学[M].第 2 版.上海:科学技术出版社.2000.540-541.

[12] Pasquini E, Sciarretta V,Frank G,et al. Endoscopic treatment of benign tumors of the nose and paranasal sinuses[J].OtolaryngolHeadNeck-Surg,2004,131(3):180-186.

[13] London S D,Schlosser R J,Gross C W. Endoscopic management of benign sinonasal tumors: a decade of experience[J].Am J Rhinol,2002,16(4):221-227.

[14] 谢民强,许 庚,李 源,等.经鼻内镜切除鼻窦良性肿瘤疗效的比较[J].中华医学杂志,2002,82(17):1165-1167.

(责任编辑:张学颖)