

咽旁间隙肿瘤 25 例临床分析

余燕丽, 陈旭东, 王玥, 王耀文, 俞紫薇

【关键词】 咽旁间隙; 肿瘤; 手术入路

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2024.09.015

【中图分类号】 R739.63 【文献标志码】 A 【文章编号】 1671-0800(2024)09-1172-03

咽旁间隙位于翼内肌、腮腺深部与咽侧壁之间,是颈部的重要解剖间隙,茎突及其附着肌将咽旁间隙分为茎突前间隙及茎突后间隙。咽旁间隙肿瘤约占头颈部肿瘤的 0.5%,其病理类型多样,约 80%为良性肿瘤,以多形性腺瘤、神经鞘瘤为主。因肿瘤大多生长缓慢和解剖位置复杂,患者早期多无明显症状,故易漏诊。多数患者因发现颈部肿物、咽部肿物或出现占位效应压迫与之毗邻的颈内动、静脉以及第IX-XII脑神经等产生相应症状后而就诊。本文回顾性分析 25 例咽旁间隙肿瘤患者的临床资料,总结分析其临床表现、病理类型及术后并发症,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2021 年 3 月至 2024 年 2 月在宁波大学附属第一医院进行手术治疗的 25 例咽旁间隙肿瘤患者的临床资料,包括性别、年龄、临床表现、影像学检查、手术方式、术后住院时间、组织病理学及并发症等。纳入患者首发症状至就诊平均 4.5 年(7 d 至 50 年),临床表现为无明显诱因发现颈部肿物 19 例,出现咽喉部不适(咽干咽痛、咽异物感等) 9 例,进食梗阻感 2 例,出现打鼾(或加重) 2 例,咳痰带血 1 例,局部皮肤破溃 1 例,上肢间歇性麻木感 1 例,因体检时发现咽旁间隙肿瘤 1 例。颈-腮径路纳入标准:靠近颅底、肿瘤向茎突前延伸或位于颈鞘外侧与腮腺联系密切的肿瘤。经口径路纳入标准:肿瘤位于颈鞘内侧、患者无张口受限情况、非血管源性肿瘤等。颈侧径路纳入标准:不适用于经口或经颈-腮径路的肿瘤、考虑恶性倾向需行根治性淋巴结清

扫的肿瘤、包绕颈鞘或与颈鞘关系密切的肿瘤、排除巨大或高位不易安全暴露的肿瘤等。排除标准:(1)患者基础条件差,存在全身麻醉手术禁忌证;(2)存在恶性肿瘤远处转移证据。本研究获得宁波大学附属第一医院伦理委员会批准,豁免/免除知情同意。

1.2 方法 患者术前均行 CT 和(或)MRI 检查,根据肿瘤位置、毗邻关系选择性行 CTA 检查,如血供丰富者术前行介入手术。所有患者在排除手术禁忌后进行手术治疗,手术方式分为颈侧径路、内镜辅助经口径路及颈-腮径路,共行手术治疗 26 次,二次手术患者 1 例。经颈侧、颈-腮径路者术后均留置引流,术后均常规给予抗生素治疗,无禁忌证者给予以激素抗炎消肿、止血针止血、甲钴胺等对症处理,留置引流管患者术后引流量 < 10 ml(连续 2 d 以上)予以拔管后出院。

2 结果

2.1 围手术期情况 25 例中良性肿瘤 21 例(84%),病理类型有 5 种;恶性肿瘤共 4 例(16%),其中 2 例为转移癌,病理类型有 4 种。2 例术前行细针穿刺细胞学检查(FNAC),术后常规病理回报均与 FNAC 结果一致,1 例术中冰冻病理回报多形性腺瘤,术后常规病理提示腺样囊性癌后行二次手术。1 例患者年龄 > 85 岁,合并房颤、肺气肿、肾功能不全等基础疾病,术中出血 100 ml,予以红细胞悬液 2 单位输注,术后送至 ICU 复苏拔管。2 例转移癌患者行颈侧径路咽旁间隙肿物切除术+颈淋巴结清扫+原发肿物切除术。术后住院时间平均 6.16 d(3 ~ 10 d),见表 1。

2.2 并发症情况及随访 9 例患者出现术后并发症。3 例术后永久性声嘶患者,结合术后病理提示神经源性肿瘤,考虑是肿瘤来源于迷走神经造成的结

作者单位: 315010 宁波,宁波大学附属第一医院

通信作者: 陈旭东, Email: wizardxd@163.com

表 1 25例咽旁间隙肿瘤临床资料

指标	总体	手术方案		
		颈侧径路	内镜辅助经口径路	颈-腮径路
例数	25	16	6	3
性别(男/女,例)	12/13	8/8	2/4	2/1
年龄(岁)	57.8(28~86)	57.6(28~86)	60.2(41~75)	57.0(33~77)
侧别(左/右,例)	16/9	11/5	4/2	1/2
辅助检查(例)				
CT+MRI	11	5	4	2
CT	2	2	0	0
MRI	12	10	1	1
CTA	2	2	0	0
FNAC	2	2	0	0
介入栓塞	3	2	1	0
术后并发症(例)	9	7	1	1
声嘶	8	6	1 ^a	1
暂时性	4	3	失访	1
永久性	3	3	失访	0
吞咽困难/呛咳	3	2	1 ^a	0
暂时性	2	2	失访	0
永久性	0	0	0	0
第一口综合征	1	1	0	0
肿瘤复发/转移	1	1	0	0
术后病理(例)				
良性	21			
神经鞘瘤	11	7	3	1
多形性腺瘤	5	1	3	1
淋巴上皮囊肿	2	2	0	0
副神经节瘤	2	2	0	0
脂肪瘤	1	1	0	0
恶性	4			
鳞状细胞癌	1	1	0	0
腺样囊性癌	1	0	0	1
唾液导管癌	1	1	0	0
肌上皮癌	1	1	0	0
住院时间(d)	6.16(3~10)	6.56(4~10)	5.0(3~10)	5.33(5~6)

注:部分患者合并多种并发症。a为同1例失访患者,未纳入统计

果。4例恶性肿瘤患者术后均行放疗,3例随访期间未见肿瘤复发证据;1例唾液导管癌患者行放疗,1年后因脑卒中住院治疗期间发现“脑转移、肺转移”,后续加以化疗、内分泌治疗,现带瘤生存状态。未出现死亡病例。

3 讨论

咽旁间隙肿瘤手术径路方式多样,本研究采用了颈侧径路、颈-腮径路、内镜辅助经口径路三种方式,除此还有颈-下颌骨裂开径路、经鼻径路等^[2]。

颈侧径路适用于大多数咽旁间隙肿瘤,特别是

位于咽旁间隙的下侧、颈动脉鞘和咽缩肌之间的肿瘤^[3]。结合本研究结果,笔者总结颈侧径路的优、缺点如下。优点:(1)充分暴露颈部动、静脉及副神经、迷走神经等;(2)避免骨性结构破坏;(3)必要时易于延长手术切口,与腮腺、下颌骨切口延续。缺点:(1)无法充分暴露咽旁间隙的上侧和内侧的肿瘤;(2)当肿瘤体积大且深时,肿瘤切除后,术区视野暴露差。Riffat等^[4]回顾性统计686例咽旁间隙肿瘤患者的资料,显示采用颈外侧路手术的患者占48%,本次研究结果与其一致。

颈-腮腺径路主要用于切除与腮腺深叶、面神经

密切相关的肿瘤,包括向茎突前延伸、位于颈鞘外侧及咽旁间隙上部的肿瘤,该径路可较好暴露面神经、茎突后间隙的组织结构从而减少面瘫、出血的发生,但同时增加肿瘤包膜破裂复发的风险。本研究3例患者采用颈-腮腺径路,术后随访未见面瘫及肿瘤复发情况。另外可在术中运用 IONM 设备评估面神经功能以降低面瘫风险,以及选择性保护腮腺浅叶,从而降低发生 Frey's 综合征及术区塌陷的风险^[5-6]。

经颈-下颌骨裂开径路术通过切开下颌骨进一步扩大手术视野,适用于巨大良性肿瘤、恶性肿瘤、靠近颅底的肿瘤以及与颈内动脉解剖关系密切的肿瘤。本研究结合内镜辅助放大手术视野,使用创伤更小的方式切除这些部位的肿瘤,从而避免切开下颌骨所带的咬合关系紊乱、下牙槽神经受损、面部瘢痕等后遗症。近年有学者介绍创伤更小的保唇式下颌骨切开术径路,但临床运用较少,缺乏大数据^[7]。

咽旁间隙肿瘤经口切除多在内镜辅助下进行,早期认为口腔有菌环境会增加肿瘤切除术后感染的风险,且有限的手术视野会增加术中神经、血管等的损伤。但是有学者从肿瘤的全切率、术后并发症以及复发率等方面将内侧经口径路与外侧径路进行比较,发现二者差异无统计学意义^[8]。当肿瘤明显突出咽腔和位于颈动脉内侧的早期小肿瘤可采用经口径路^[9]。结合本文结果显示,内镜辅助下经口径路血管破裂风险高,术前应完善颈部增强 CT/MRI、CTA 等充分评估颈内动脉与肿瘤的关系,如肿瘤血供丰富,可先行血管介入手术,提高手术的安全性^[10]。本文有2例内镜辅助经口径路患者术前行介入手术。为了降低肿瘤外溢的风险,Dallan 等^[11]提出先在可视条件下从茎突前间隙内部分离病灶,然后再沿包膜进行解剖的手术方法。另外 Liu 等^[12]提出当肿瘤过大且伴随咽部狭窄时可预防性行气管切开术提高手术的安全性。除前文提到的路径之外,还有其他路径与方法,如经口机器人手术(TORS)、经鼻径路等,受限与经济及设备条件的限制,本研究没有相关病例。

综上所述,咽旁间隙肿瘤首选手术治疗,颈侧径路为首选方式,由于解剖位置的特性,术前应结合影像学检查,选择安全的手术径路,随着内镜系统的发

生发展和技术的进步,可通过内镜辅助下行经鼻径路、经口径路、TORS 手术等,为降低手术并发症提供了可能。虽然咽旁间隙肿瘤多为良性肿瘤,但术后仍需注意随访,减少肿瘤的复发、转移,进而提高远期生存率。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

- [1] KANZAKI S, NAMEKI H. Standardised method of selecting surgical approaches to benign parapharyngeal space tumours, based on pre-operative images[J]. J Laryngol Otol, 2008, 122(6): 628-634.
- [2] 陈学军,房居高,陈晓红,等.颈侧径路切除咽旁间隙良性肿瘤[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2009,16(9):469-471.
- [3] LÓPEZ F, SU C, VANDER POORTEN V, et al. Contemporary management of primary parapharyngeal space tumors[J]. Head Neck, 2019, 41(2): 522-535.
- [4] RIFFAT F, DWIVEDI R C, PALME C, et al. A systematic review of 1143 parapharyngeal space tumors reported over 20 years[J]. Oral Oncol, 2014, 50(5): 421-430.
- [5] PADERNO A, PIAZZA C, NICOLAI P. Recent advances in surgical management of parapharyngeal space tumors[J]. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg, 2015, 23(2): 83-90.
- [6] VAN HEES T, VAN WEERT S, WITTE B, et al. Tumors of the parapharyngeal space: The VU University Medical Center experience over a 20-year period[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2018, 275(4): 967-972.
- [7] BAEK C H, LEE S W, JEONG H S. New modification of the mandibulotomy approach without lip splitting[J]. Head Neck, 2006, 28(7): 580-586.
- [8] ISERI M, OZTURK M, KARA A, et al. Endoscope-assisted transoral approach to parapharyngeal space tumors[J]. Head Neck, 2015, 37(2): 243-248.
- [9] 郑春歌,姜彦.内镜辅助治疗咽旁间隙肿瘤研究进展[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2022,29(4):236-238.
- [10] 田文栋,李湘平,李丹凤,等.咽旁间隙良性肿瘤的影像学特征及经口手术进路分析[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2010,24(21): 983-986.
- [11] DALLAN I, FIACCHINI G, TURRI-ZANONI M, et al. Endoscopic-assisted transoral-transpharyngeal approach to parapharyngeal space and infratemporal fossa: Focus on feasibility and lessons learned[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2016, 273(11): 3965-3972.
- [12] LIU Y, YU H J, ZHEN H T. Transoral and endoscope-assisted transoral approaches to resecting benign tumours of the parapharyngeal space located in the medial portion of the carotid sheaths and extending toward the skull base: Our experience[J]. J Laryngol Otol, 2018, 132(8): 748-752.

收稿日期:2024-04-02

(本文编辑:吴迪汉)