

单鼻孔 - 蝶窦入路垂体瘤切除术的体会

张曙光¹ 庞 华¹ 陈 武¹ 熊 先²

(1 中国核工业北京四零一医院 北京 102413 ;2 北京普仁医院 北京 100020)

摘要 目的 探讨经单鼻孔 - 蝶窦入路垂体瘤切除手术的效果。方法 应用单鼻孔 - 蝶窦入路切除 22 例垂体瘤患者。结果 22 例患者手术均顺利进行并于术后 3 月均获随访,全切除 14 例,次全切除 5 例,部分切除 3 例。结论 经单鼻孔 - 蝶窦入路显微切除垂体瘤属于微侵袭及功能保护性手术,符合现代神经外科的发展方向,严格把握适应症及禁忌症,完善手术技巧是提高手术效果的关键。

关键词 单鼻孔 - 蝶窦入路;垂体瘤;外科手术

中图分类号:R739.41 文献标识码:A 文章编号:1673-6273(2011)08-1542-02

Experience of Hypophysoma Resection Through Single Nostril-Sphenoid Sinus Approach

ZHANG Shu-guang¹, PANG Hua¹, CHEN Wu¹, XIONG Xian²

(1.Beijing Nuclear Industry 401 Hospital of China 102413 2. Beijing PuRen Hospital 100020)

ABSTRACT Objective: To evaluate hypophysoma resection though single nostril-sphenoid sinus approach. **Methods:** Treat 22 cases of hypophysoma using single nostril-sphenoid sinus approach resection. **Results:** 22 cases of hypophysoma were operated successfully including 14 cases of total resection, 5 cases of subtotal resection and 3 cases of partially resection. All patients were followed up after operation in 3 months. **Conclusion:** Hypophysoma resection though single nostril-sphenoid sinus approach is a kind of minimally invasive and functional protected surgery, which comes up with the direction of modern neurosurgery development. The key to improve the surgical results is to control indications and contraindications strictly and improve surgical techniques.

Key Words: Single nostril-sphenoid sinus approach; Hypophysoma; Surgery

Chinese Library Classification(CLC):R739.41 **Document code:**A

Article ID:1673-6273(2011)08-1542-02

前言

垂体瘤是颅内常见的肿瘤之一,约占颅内肿瘤的 10%,发病率仅次于胶质瘤和脑膜瘤,大多数可经手术切除。垂体瘤经蝶手术近年来逐渐被大家认可并得以普及,已成为常用术式之一。我们于 2008 年 7 月 -2009 年 1 月采用单鼻孔 - 蝶窦入路显微镜下切除垂体腺瘤 22 例,效果满意,报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例 22 例,其中女性 12 例,男性 10 例,年龄 20-66 岁,平均 31.4 岁,60 岁以上 3 例。病程 1 个月 -4 年。其中泌乳素腺瘤 9 例,生长激素腺瘤 5 例,ACTH 腺瘤 4 例,混合性腺瘤 2 例,无功能性腺瘤 2 例,肿瘤大小 0.8-3.4cm。头痛、视力视野障碍、性功能异常是其主要症状,总体统计头痛 18 例,视力视野障碍 16 例,性欲减退 8 例,闭经泌乳 3 例,肢端肥大症 1 例,伴有糖尿病 4 例,高血压病 2 例。手术前垂体三项血催乳素(PRL)增高 7 例,生长激素(GH)增高 4 例。手术前均常规行头颅 MRI 增强及冠扫头颅 CT 检查,以便对肿瘤大小、质地侵袭与否以及

蝶窦发育、鼻中隔及鼻腔情况进行充分评估。

1.2 手术方法

气管插管全麻成功后,取平卧位,头部后仰 20-30°,术野及双侧鼻腔碘伏充分消毒,铺巾,双侧鼻腔副肾盐水棉条填塞,安置显微镜,向一侧鼻腔内插入专用鼻窥镜,寻找蝶窦开口,在前庭中隔处电凝粘膜并切开,用窥镜推中隔软骨致折断,连同对侧鼻中隔粘膜一起推入对侧鼻腔,重新安置鼻窥镜显露蝶窦前壁,辨清蝶窦前壁及蝶窦开口并咬除蝶窦前壁进入蝶窦,剥除蝶窦粘膜、蝶窦间隔,充分暴露鞍底并小心磨开直径约 1cm 大小骨窗,旋转咬骨钳稍扩大开口,穿刺抽吸以排除动脉瘤及海绵窦、空蝶鞍等,判断无误后“十”形切开鞍底硬膜,钳取或刮除肿瘤组织,彻底止血后放置明胶海绵棉以生物胶填塞蝶窦腔,鼻腔粘膜复位,若鞍隔破裂,有脑脊液漏,则以阔筋膜片辅以生物胶修补。两侧鼻孔填塞凡士林纱布条。手术结束。

2 结果

本组 22 例患者手术均顺利进行,定位准确,手术时间 50-100 分钟,平均 80 分钟。住院时间 5-12 天,平均 8 天。术后脑脊液鼻漏 2 例,平卧一周后亦痊愈。早期尿崩 5 例,予“弥宁”治疗后均痊愈。无一例颅内感染或死亡。手术后 3 个月得到随访,复查头颅增强 MRI,全切除 14 例,次全切除 5 例,部分切除 3 例,其中 2 例为巨大腺瘤,1 例为微腺瘤,全切率 68.2%(15/22)。术后复查垂体三项,有 9 例完全恢复正常,11 例明显好转,2 例无明显变化。病理结果显示嗜酸性细胞腺瘤 12 例,嗜碱性

作者简介 张曙光(1968.12-),男,副主任医师,主要研究方向:神经外科临床和基础研究。

电话:010-69357035,Email:zsg9124@sina.com

(收稿日期:2010-11-10 接受日期:2010-11-30)

细胞腺瘤 5 例, 嫌色性细胞性腺瘤 5 例。免疫组化测定 PRL9 例, GH7 例, 无功能 6 例。

3 讨论

3.1 手术适应证

经单鼻孔 - 蝶窦显微手术切除垂体瘤现今已是治疗垂体瘤的经典手术之一, 最初仅用于肿瘤无明显向鞍上扩展者, 近些年来, 不少大宗病例报道开展向鞍上生长的大腺瘤甚至巨大腺瘤经蝶窦手术切除^[1], 全切率达 74.3%^[2], 取得了较满意的效果。本组也有 2 例巨大腺瘤。我们体会: 1. 微腺瘤尽可能还是以内分泌药物治疗为主, 对于偏一侧生长的能够定位准确的肿瘤可考虑手术; 2. 向鞍上扩展的垂体腺瘤能否经蝶窦手术切除, 取决于肿瘤主体或其宽基是否仍位于鞍内, 从而鞍上部分肿瘤易于向鞍内有效塌陷; 3. 侵袭性腺瘤可先用药物治疗, 有报道指出溴隐亭多能较快有效缩小肿瘤体积和控制 PRL 水平, 且性别对疗效无影响^[3,4,5], 但也可考虑经蝶手术; 4. 出现脑脊液漏, 或鞍上部分肿瘤影像学检查有囊变, 出血等改变, 鞍上扩展 < 3cm 垂体瘤, 经蝶入路手术仍可获得良好效果^[6]; 5. 巨大腺瘤或大腺瘤, 仅行部分切除, 改善视力, 为开颅手术或放疗准备。

3.2 手术禁忌症

1) 蝶窦发育不良、鼻中隔手术史者; 2). 有鼻部感染性炎症或蝶窦炎者; 3). 巨大垂体腺瘤侵袭海绵窦者; 4. 肿瘤向侧方生长明显, 达颈内动脉外侧, 凸向颞叶或向颞叶、视丘、脚间窝方向生长者; 5. 凸向后方达鞍背面恐预计难以切除者; 6. 肿瘤与视交叉、三脑室或垂体柄粘连较重者; 7. 全身情况差, 主要器官功能障碍者。

3.3 围手术期的体会

1) 术前需与蝶鞍区其他肿瘤明确鉴别, 应当重视术前垂体激素水平, 必要时适量补充激素; 另外, 应与患者充分交流, 告知术后早期鼻腔填塞后经口呼吸的重要性。2). 鼻中隔粘膜的切开要完整, 以减少渗血, 但勿过度分离, 以免术后鼻中隔穿孔。3). 骨性中隔作为解剖标志帮助判断中线, 蝶嵴是蝶窦前壁中线的标志, 犁骨可作为蝶窦开口较难寻找时的标志, 而蝶窦开口是蝶窦前壁的标志, 应仔细寻找。4). 需重视间窦闭合不全, 以防过多出血, 造成不必要损伤。5). 术中应尽量暴露整个蝶鞍, 从而易于直视下切除肿瘤, 并保护垂体和垂体柄。6). 肿瘤切除过程一般要先鞍内的再鞍上的, 依中央 - 两侧 - 后部 - 前部的顺序, 勿使鞍隔或鞍上池蛛网膜塌陷过快, 从而影响肿瘤切除。遇有鞍隔下陷不良, 可用麻醉机增加胸腔压力或按压颈静脉, 使鞍隔向鞍内下陷。7). 遇有海绵窦出血可用明胶海绵外裹强生止血纱布填塞压迫。8). 术后鼻腔内用凡士林纱条填塞, 以利止血和粘膜愈合。9). 术后早期需仔细观察, 防止鼻咽部渗血误吸入气管。10). 术后注意出入量, 尤其是尿量, 尿崩一般给予弥宁均能数日内纠正。11). 如果出现脑脊液鼻漏, 常规给予抗生素的同时, 应严格卧床 5-7 天, 必要时行腰大池引流或修补。总之, 经单鼻孔 - 蝶窦入路显微切除垂体瘤据报道死亡率为 0.4%-2%^[7], 属于微侵袭及功能保护性手术, 符合现代神经外科

的发展方向, 具有创伤小, 手术时间短, 相对安全, 并发症少, 长期生存质量佳^[8,9] 的优点, 且患者头面部无手术疤痕, 容易被接受。而且肿瘤全切除率高, 内分泌障碍的缓解/治愈率高。虽然开展内镜经鼻蝶手术逐渐增多, 副作用较以往经鼻蝶手术有所改进, 国内外文献也多数阐明同样观点^[10,11], 但一段时间内对绝大多数单位来说仍难以迅速普及。总之, 对于经单鼻孔 - 蝶窦入路显微切除垂体瘤这一术式, 严格把握适应症及禁忌症, 完善手术技巧仍是提高手术效果的关键。

参考文献(References)

- [1] 王忠诚. 神经外科学 [M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 1998, 502-506
- [2] Wang ZC. neurosurgery [M]. Hubei Science and Technology Press, 1998, 502-506
- [3] 陈明振, 柯春龙, 王海军, 等. 大及巨大垂体瘤经蝶显微术中正常垂体的保护[J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2003, 8(2): 57-58
- [4] Chen MZ, Ke CL, Wang HJ, et al. Normal Pituitary Protection in Large and Giant Hypophysoma Transsphenoidal Microsurgery [J], Chinese Journal of Minimally Invasive Neurosurgery, 2003, 8(2): 57-58
- [5] Touraine P, Plu-Bureau G, Beji G, et al. Long-term follow up of 246 hyperprolactinemic patients [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2001, 80: 162-168
- [6] Ciccarella A, Daly AF, Beckers A. The epidemiology of prolactinomas. Pituitary, 2005, 8: 3-6
- [7] 吴寰哲, 于春江. 溴隐亭治疗侵袭性巨大泌乳素腺瘤的长期随访结果[J]. 中华神经外科杂志, 2005, 21: 131-137
- [8] Wu BZ, Yu, CJ. Long Term Follow-up Results of The Treatment of Invasive Giant Prolactinomas by Using Bromocriptine [J]. Chinese Journal of Neurosurgery, 2005, 21: 131-137
- [9] 任祖渊. 努力提高垂体腺瘤的诊断和治疗水平[J]. 中华神经外科杂志, 2000, 16 (3) : 135
- [10] Ren ZY. Efforts to Improve The Diagnosis and Treatment Level of Pituitary Adenomas [J]. Chinese Journal of Neurosurgery, 2000, 16(3) : 135
- [11] 张自发, 陈来照, 李守斌, 等. 垂体瘤的外科治疗及进展[J]. 亚太传统医药, 2008, 11: 106-108
- [12] Zhang ZF, Chen LZ, Li SJ, et al. Progress of Surgical Treatment of Pituitary Tumors [J]. Asia-Pacific Traditional Medicine, 2008, 11: 106-108
- [13] Tumer HC, Wass J A. Pituitary tumors in the elderly: a 20-year experience [J]. Eur J Endocrinol, 1999, 140(3): 383-389
- [14] Benbow SJ, Foy P, Jones B, et al. Pituitary tumors presenting in the elderly: management and outcome [J]. Clin Endocrinol, 1997, 46 (6): 657-660
- [15] 张亚卓, 王忠诚, 刘业剑, 等. 内镜经鼻蝶入路手术治疗垂体瘤[J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2007, 12: 51-54
- [16] Zhang YZ, Wang ZC, Liu YJ, et al. Transsphenoidal Endoscopic Surgical Treatment of Pituitary Tumors [J]. Chinese Journal of Minimally Invasive Neurosurgery, 2007, 12: 51-54
- [17] Shou XF, Li SQ, Wang YF, et al. Treatment of Pituitary adenomas with a transsphenoidal approach [J]. Neurosurgery, 2005, 56: 249-256