

头颈肿瘤与智慧外科专题 • 新技术及应用 •

内镜辅助下耳后发际线内入路腮腺良性肿瘤切除 案例报道*

汪旭, 李超[△], 周雨秋, 蔡永聪, 宁玉东, 姜健, 孙荣昊, 汪茂林, 税春燕

610041 成都, 四川省肿瘤医院·研究所, 四川省癌症防治中心, 电子科技大学医学院 头颈肿瘤外科(汪旭、李超、周雨秋、蔡永聪、宁玉东、姜健、孙荣昊、税春燕); 614000 四川 乐山, 武警四川省总队医院 耳鼻咽喉科(汪茂林)

[摘要] 涎腺肿瘤中腮腺肿瘤的发病率最为常见, 其中约 80% 的腮腺肿瘤为良性, 约 20% 为腮腺恶性肿瘤, 治疗的手段常以开放性的外科手术切除为主。传统手术切口位于颜面部, 常遗留疤痕影响美观。基于如今推广的“生物—心理—社会”模式和快速康复外科理念治疗模式, 作为头颈外科医生我们需要在达到肿瘤根治的基础上, 同时兼顾患者美观需求和术后快速康复。四川省肿瘤医院头颈外科收治的 1 例诊断为右侧腮腺 Warthin 瘤(腺淋巴瘤)患者, 采用内镜辅助下耳后发际线内手术入路完成肿瘤切除, 无围手术期并发症, 患者术后恢复满意, 术后 2 天出院, 美观效果好, 现报道如下。

[关键词] 腮腺; 腺淋巴瘤; 内镜手术; 耳后发际线内入路

[中图分类号] R608; R628; R739.8 **[文献标志码]** B doi:10.3969/j.issn.1674-0904.2021.12.010

引文格式: Wang X, Li C, Zhou YQ, et al. Endoscope-assisted resection of benign parotid tumors via retroauricular hairline approach: A case report[J]. J Cancer Control Treat, 2021, 34(12): 1149-1152. [汪旭, 李超, 周雨秋, 等. 内镜辅助下耳后发际线内入路腮腺良性肿瘤切除案例报道[J]. 肿瘤预防与治疗, 2021, 34(12): 1149-1152.]

腮腺肿瘤是涎腺肿瘤中最常见的, 约 80% 的腮腺肿瘤为良性^[1], 外科手术切除是该疾病主要的治疗手段^[2]。从 1823 年报道第一例腮腺肿瘤切除手术成功实施以来, 该术式已经过一系列的改进和优化, 可在根治肿瘤同时兼顾患者容貌外观、功能及生活质量^[3-4]。课题组早期对腮腺肿瘤包膜特征及术式改良做过系统研究, 发现腮腺改良部分浅叶切除术(modified partial superficial parotidectomy, MPSP)通过对传统“S 型”切口改良, 从耳屏前绕过耳垂至乳突区行“Face-Lift”除皱切口, 在兼顾肿瘤根治的同时可以显著改善患者颜面外观^[5-8]。然而, 经过改良的开放手术依旧会在颜面部遗留疤痕, 不能满足疤痕体质及容貌外观要求较高患者的需求。因此, 临床上一直探索一种颜面部无痕的外科方式以兼顾此类患者的需求。随着内镜技术及设备的不断

完善及拓展, 其在头颈部肿瘤的根治效果和安全性逐步得到业界认可。然而, 全内镜非颜面区腮腺肿瘤切除报道仍比较少见, 本文总结近期完成的 1 例发际线内全内镜辅助下腮腺肿瘤及部分腺体切除如下。

1 病例资料

患者男, 57 岁, 因“发现右侧上颈部肿块 1 年余”于 2021 年 10 月 25 日就诊于四川省肿瘤医院头颈外科。入院专科查体: 颈软, 右上颈部可触及肿块, 约 3.0 cm × 3.0 cm, 质硬, 边界清, 活动度可。入院后彩超提示: 右侧腮腺内查见数个低回声结节, 较大者边界较清, 形态规则, CDFI: 内未见明显血流信号。右侧腮腺内低回声结节, 倾向良性(图 1A)。CT 提示: 右胸锁乳突肌外侧紧贴右侧腮腺下缘见不

[收稿日期] 2021-10-17 **[修回日期]** 2021-12-01

[基金项目] * 国家自然科学基金(编号:81902779); 四川省科技厅重点研发项目(编号:19ZDYF0291); 成都市重点研发支撑计划(编号:2019-YFYF-00038-SN)

[通讯作者] [△]李超, E-mail: headneck@qq.com

开放科学(资源服务)标识码(OSID)

本文开放的科学数据与内容:

内镜辅助耳后入路腮腺肿瘤及部分腺体切除及面神经解剖



规则软组织肿块影,呈结节融合状,较大截面大小约 2.2 cm × 2.5 cm,病灶增强呈不均匀强化,与腮腺组织分界欠清,邻近右侧颈外静脉受压变窄。左侧腮腺未见异常密度影。诊断:考虑肿瘤可能,系腮腺来源? 淋巴结转移灶? 结合其他检查(图 1B)。排除手术禁忌症后于 2021 年 10 月 29 日行内镜下经耳后发际线内入路腮腺及肿物探查切除术 + 内镜下颈深肿块切除术。本新技术已通过四川省肿瘤医院伦理委员会审批。手术过程:常规全身麻醉,消毒铺巾,仰卧位,肩部垫高,头向健侧稍偏,做患侧发际线内顺发际线走形弧形切口,长约 4.0 cm,切开皮肤,皮下,向前翻开皮瓣(图 2),置入拉钩建立手术腔隙,显露胸锁乳突肌,顺肌肉浅面分离向前显露腮腺

下极及肿瘤,在腺体下极寻找下颌后静脉,顺静脉向上分离,在下颌角下方区域寻找与之交叉的面神经下颌缘支(图 3)。顺下颌缘支向前分离,行面神经顺行解剖,注意解剖保护神经,分离神经尽量使用腔镜分离钳钝性分离,减少能量器械导致的神经热损伤。神经解剖同期将肿瘤连同部分腺体下极腺体一并完整切除(图 4A)。冲洗,术腔留置负压引流(图 4B)。术中冰冻提示(右腮腺肿块及部分腺体) Warthin 瘤(腺淋巴瘤),手术时间约 90 min,术中出血量 30 mL。术后病理:(右侧腮腺肿块及部分腺体) Warthin 瘤(腺淋巴瘤);另见淋巴结 1 枚,其内可见异位的涎腺组织,灶区伴嗜酸性变。患者术后恢复良好,美观效果好,术后 2 日出院。

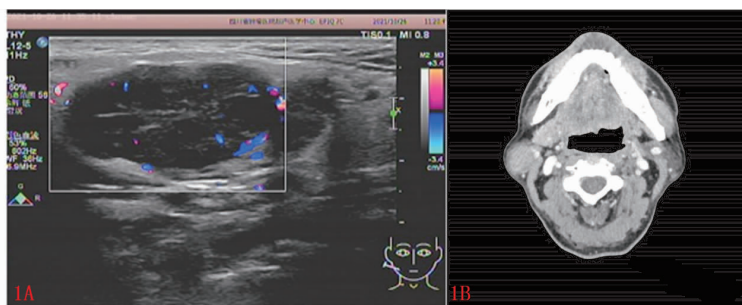


图 1 肿瘤的影像资料
Figure 1. Images of the Tumor
A. Colour Doppler ultrasound; B. CT.



图 2 患者的手术前图片
Figure 2. The Patient before Surgery
A. Surface of the tumor; B. Surgical incision in the hairline behind the ear.

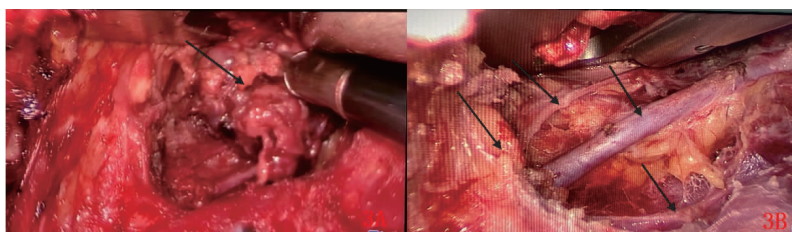


图 3 患者的术中手术图片
Figure 3. Intraoperative Surgical Field
A. Some glands and the tumor; B. The lower pole of parotid gland, marginal mandibular branch, retromandibular vein and internal jugular vein (as indicated by the arrows from left to right).



图 4 患者的手术后图片

Figure 4. Postoperative Surgical Incision

A. Resected specimen; B. Postoperative surgical incision and the drainage tube.

2 讨论

涎腺肿瘤中腮腺肿瘤最为常见,约 80% 的腮腺肿瘤为良性,约 20% 为恶性^[1]。针对腮腺肿瘤治疗的手段常为外科手术切除^[2],从 1823 年 Bernard^[3] 创先实施了腮腺肿瘤切除术开始,后手术方式逐渐演变为:腮腺肿瘤的剝除术、腮腺浅叶切除术、腮腺全切术以及腮腺的部分切除术等。1956 年 Perzik^[4] 针对腮腺肿瘤单纯行肿瘤的剝除术提出质疑,该术式虽有利于保护面神经,但术中肿瘤易残留导致复发。本研究组早期研究证实:在肿瘤最大径小于 4 cm 的情况下,手术的安全切缘为 1 cm;对于肿瘤直径超过 4 cm 的腮腺肿瘤,手术方式应为腮腺浅叶切除术^[5-6]。腮腺手术常见的并发症包含:Frey 综合征、耳廓区麻木感、颜面部外形改变等。传统的腮腺外科手术切口设计为耳屏前切口向下延至颌后区绕下颌角向前至颌下区形成 S 形,可以良好地显露手术视野行腺体及肿瘤切除,但由于切口外显,常遗留疤痕影响美观。课题组早期研究报道 MPSP 手术通过对传统“S 型”切口的改良,切口从耳屏前绕过耳垂至乳突区行“Face-Lift”除皱切口,此切口通过主观与客观评估均较传统切口在外观上具有显著的改善^[7-8]。然而,改良“Face-Lift”切口仍需要在面部外显区域遗留手术切口疤痕,对于疤痕体质或美观要求较高的患者仍无法做到颜面部“无痕”的需求。同时,采取传统的手术切口,术中游离皮瓣显露肿瘤及腮腺腺体会造成手术区域创面大,手术中的出血量较多,影响手术视野,一定程度上不利于面神经分支的保护,且术后的恢复时间相对较长。Moori 等^[9] 对腔镜辅助腮腺手术与传统腮腺切除术的文献进行了 Meta 分析,证明了腔镜辅助下完成手术的优势,其能有效减少手术出血量,同时术后并发症也相对发生较少,最为重要的优点是患者术后颜面部美容的改善。在手术中借助腔镜设备的“放大作用”条

件下,能够清晰探查肿瘤、面神经分支的解剖位置,达到精准化的操作,避免对面神经分支的损伤以及周围重要组织的损伤,在保证手术效果的基础上达到对肿瘤的根治。同时也有相关研究证实在超声刀辅助下开展腔镜下腮腺肿瘤切除术具有术野更加清晰,出血更少,从而更有利于保护面神经,降低面神经分支损伤的风险^[10]。近年来,伴随着快速康复外科理论和腔镜技术的成熟^[11],腔镜辅助下完成头颈部肿瘤切除技术在临床工作中已完全成熟开展,例如本中心开展的腔镜辅助下经腋窝入路甲状腺癌切除术已完全开展临床实践工作,该术式与传统开放手术相比具有胸锁乳突肌后缘入路组中央区完整显露率更高、淋巴结清扫数目更多等优势^[12]。并且在此基础上总结手术技术难点归纳手术步骤等,发布了李式六步法—腔镜辅助下经腋窝入路甲状腺肿瘤切除术^[13]。国外学者 Lin 等^[14]于 2000 年首次报道了采取腔镜辅助下的改良 S 形切口完成 16 例腮腺肿瘤切除术,尽管改良后的手术切口有所缩小,但手术切口仍然在患者的外显部位可见。2011 年国内学者^[15]将手术切口设计在下颌角下方约 2.0 cm 与皮肤自然皮纹一致处,手术切口长度约 3.0 cm,采取腔镜辅助下完成腮腺肿瘤手术,虽然该手术将手术切口缩短且手术位置下移至颌下区,但手术切口仍然在外显部位;为了进一步改良该术式,Chen 等^[16]将手术切口设计在耳垂后沟,长度约 2.0~2.5 cm,采取腔镜辅助下完成腮腺肿瘤的切除术,尽管该术式将手术切口设计在耳后位置,但手术切口同样位于人体外显部位,无法达到真正意义上体表无痕手术。本案例中,我们将手术切口进一步的后延,把手术切口设计在耳后发际线处,利用患者术后头发的自然遮盖能力遮挡手术切口,达到术后体表的无痕。腔镜辅助下发际线内切口,将切口完全设计在发际线内,颜面部无切口,美观效果极佳。通过利用腔镜的放大作用,将重要结构如细小的面神经下

颌缘支充分放大,提升肉眼识别能力;通过精细化的解剖分离使得手术变得细腻、精准,结合超声刀等能量器械做到手术全程无缝线结扎,几乎“无血化”肿瘤切除,肿瘤完整切除的同时既符合患者美容需求,又符合快速康复的目标。但考虑到掌握腔镜辅助下完成肿瘤切除术的技术难度较高,学习曲线时间较长,正常的解剖结构在腔镜显示下与传统开放手术存在差异,寻找面神经分支难度上升,建议在临床开展工作中应熟练掌握该技术后才得以开展;同时该术式作为一种新的外科治疗模式,临床工作中还需要系统性回顾分析接受该术式患者出现神经并发症、Frey 综合征发生率、肿瘤复发、疤痕等指标,与传统术式比较分析后得出更有利的临床证据。同时需个体化针对有美观要求的患者开展该术式。

结合如今推广“生物—心理—社会”新的治疗模式下,作为头颈外科医生我们需要在达到肿瘤根治的基础下,兼顾患者美观需求以及追求微创快速康复的新的外科理念。因此,腔镜辅助下耳后发际线内手术入路腮腺良性肿瘤切除作为一种新兴的替代手术方式应运而生,该技术提供了更清晰的手术视野和手术操作的准确性,同时最大限度地降低手术带给患者的创伤,提高了患者的整体美观和患者满意度。

作者声明:本文全部作者对于研究和撰写的论文出现的不端行为承担相应责任;并承诺论文中涉及的原始图片、数据资料等已按照有关规定保存,可接受核查。

学术不端:本文在初审、返修及出版前均通过中国知网(CNKI)科技期刊学术不端文献检测系统的学术不端检测。

同行评议:经同行专家双盲外审,达到刊发要求。

利益冲突:所有作者均声明不存在利益冲突。

文章版权:本文出版前已与全体作者签署了论文授权书等协议。

[参考文献]

[1] Lewis AG, Tong T, Maghami E. Diagnosis and management of

malignant salivary gland tumors of the parotid gland[J]. *Otolaryngol Clin North Am*, 2016,49(2):343-80.

- [2] Stathopoulos P, Igoumenakis D, Smith WP. Partial superficial, superficial, and total parotidectomy in the management of benign parotid gland tumors: A 10-year prospective study of 205 patients [J]. *J Oral Maxillofac Surg*, 2018,76(2):455-459.
- [3] Bernard M. Extirpation de la Parotide[J]. *Memoires Observations Extraits*, 1823, 2:60-66.
- [4] Perzik SL. Parotid tumor operations: The case against enucleation [J]. *Calif Med*, 1956,85(1):26-29.
- [5] 徐义全. 腮腺多形性腺瘤改良性外科治疗的临床和基础研究 [D]. 南宁:广西医科大学,2012.
- [6] 徐义全,李超,樊晋川,等. 腮腺多形性腺瘤安全手术切缘的界定[J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*,2012,47(2):137-141.
- [7] Li C, Xu Y, Zhang C, et al. Modified partial superficial parotidectomy versus conventional superficial parotidectomy improves treatment of pleomorphic adenoma of the parotid gland [J]. *Am J Surg*, 2014, 208(1):112-118.
- [8] 刘洪,李超,王少新,等. 腮腺多形性腺瘤外科术式的演变及发展[J]. *中国肿瘤临床*,2014,41(9):604-607.
- [9] Moori PL, Rahman S. Endoscopic versus conventional parotid gland excision: A systematic review and meta-analysis[J]. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 2021,59(3):272-280.
- [10] Chen JM, Chen WX, Zhang JL, et al. Modified endoscope-assisted partial-superficial parotidectomy through a retroauricular incision[J]. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*,2014,76(3):121-126.
- [11] 孙涛,傅卫. 快速康复外科的现状与展望[J]. *中国微创外科杂志*,2007, 17(6):564-566.
- [12] 周雨秋,李超,蔡永聪,等. 无充气经腋完全腔镜下胸锁乳突肌后缘与胸锁乳突肌间隙入路治疗甲状腺乳头状癌的比较[J]. *中华外科杂志*,2021,59(8):686-690.
- [13] Zhou YQ, Cai YC, Sun RH, et al. Gasless transaxillary endoscopic thyroidectomy for unilateral low-risk thyroid cancer: Li's six-step method[J]. *Gland Surg*,2021,10(5):1456-1766.
- [14] Lin SD, Tsai CC, Lai CS, et al. Endoscope-assisted parotidectomy for benign parotid tumors [J]. *Ann Plast Surg*, 2000, 45(3):269-273.
- [15] 梁秦龙,冯海波,赵华,等. 腔镜辅助下小切口腮腺浅叶良性肿瘤切除术体会[J]. *现代肿瘤医学*,2011,19(10):1964-1965.
- [16] 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.