

. 经验介绍 .

经鼻蝶入路显微手术切除垂体腺瘤 36 例

王 璨 喻军华 黄锦峰 陈志勇 刘 斌 袁学刚 吴新宇

【摘要】目的 探讨经鼻蝶入路显微手术切除垂体腺瘤的效果。方法 回顾性分析 36 例垂体腺瘤患者的临床资料,均采用经鼻蝶入路显微手术切除肿瘤。结果 36 例中,肿瘤全切除 32 例,次全切除 4 例。12 例术后出现一过性尿崩,5 例出现轻度脑脊液鼻漏,经对症处理后好转。18 例视力下降者中,术后 16 例恢复正常,2 例好转。结论 经鼻蝶入路显微手术切除垂体腺瘤简便、安全和有效。

【关键词】垂体腺瘤;经鼻蝶入路;显微手术;疗效

【文章编号】1009-153X(2015)09-0547-02 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 739.41; R 651.1*1

经鼻蝶入路显微切除垂体瘤已成为我院垂体瘤治疗的主要方式,该方法操作逐渐成熟,效果满意^[1-3]。2010 年 6 月至 2012 年 6 月,我院开展经鼻蝶手术显微切除垂体瘤患者 36 例,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 36 例中,男 12 例,女 24 例;年龄 22~66 岁,平均 41 岁;病程 3 个月至 1 年,平均 0.6 年。视野缺损 18 例,泌乳 15 例,闭经或月经不调 11 例,不孕 1 例,头痛 28 例。

1.2 影像学及内分泌学检查 36 例患者中,泌乳素升高 26 例,生长激素升高 2 例,促肾上腺皮质激素升高 1 例。所有病人术前均行头部 CT 及 MRI 检查以明确肿瘤大小及侵袭部位,常规术前蝶鞍薄层 CT 扫描以明确蝶窦气化程度及分型。

1.3 手术方法 患者取仰卧位,头部向后仰 15°,取右侧鼻孔手术。0.5% 碘伏消毒皮肤,0.05% 碘伏消毒鼻腔,用稀释去甲肾上腺素棉片填塞鼻腔黏膜 2 min 左右。使用鼻腔扩张器撑开鼻腔,显微镜下将撑开器插入到达蝶窦前壁。找到蝶窦开口处缓慢扩大,钝性分离蝶窦前壁与鼻中隔根部转折处黏膜,经过蝶窦开口处进入蝶窦,清理窦内黏膜,电刀止血。找到鞍底后打开,观察硬膜颜色,用穿刺针探查鞍底,如见肿瘤溢出,则“十”字切开鞍底硬硬膜,进入蝶鞍内切除肿瘤。对于向鞍上发展的中大型肿瘤患者,一般先切除鞍内的肿瘤,待鞍内肿瘤切除后,鞍

隔下陷,再切除鞍上肿瘤。如肿瘤切除完全,则鞍隔下陷,同时要注意辨别保护正常垂体;严密止血,鞍内残腔填塞明胶海绵,用人工硬脑膜以及自体脂肪重建颅底,术毕右侧鼻腔填塞碘仿纱条加压,左侧鼻腔填塞膨胀海绵。

2 结果

术后 12 例出现一过性尿崩,临时使用垂体后叶素或醋酸去氨加压素(弥凝,0.1~0.4 mg/d)1~2 周后尿崩症状缓解。5 例出现轻度脑脊液鼻漏,经卧床休息配合腰椎穿刺治疗 2 周后,鼻漏症状缓解,无手术修补患者。术后 3 个月行 MRI 随访,肿瘤全切除 32 例,次全切除 4 例;术后症状均有不同程度改善;18 例视力下降患者中,16 例恢复正常,2 例好转。

3 讨论

垂体腺瘤是颅内常见的良性肿瘤,人群发病率一般为 1/10 万,占颅内肿瘤的 10%^[4]。目前治疗方法主要为手术治疗,而手术方式主要有经鼻蝶入路显微手术^[5]、开颅显微手术和单鼻孔内镜显微手术^[6]。随着显微神经外科的不断发展,经鼻蝶显微手术切除垂体腺瘤,已经成为大多数神经外科医师的首选治疗手段^[7,8]。

3.1 手术治疗和技术要点 ①蝶窦 CT:显微镜下对每个患者鞍底及蝶窦解剖的正确认识,是术中能否正确找到鞍底的关键^[8],所以,术前蝶窦 CT 的检查就显得非常重要,而且,蝶窦 CT 一般要行轴位和冠状位平扫加上矢状位重建,以便详细了解蝶窦和鞍底的相关解剖。我们认为后鼻道上方的梨骨隆突可以作为中线的标记,而蝶窦开口一般位于其上方的蝶窦隐窝。如果患者合并鼻腔疾病,或者粘连过于严重

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2015.09.012
作者单位:436000 湖北·鄂州市中心医院神经外科(王 璨、喻军华、黄锦峰、陈志勇、刘 斌、袁学刚、吴新宇)
通讯作者:喻军华,E-mail:hbezyjh@126.com

时,可以行术中X线定位。我们用长针头先经验定位一处,然后进行X线检查,根据检查结果细微调整,这样可以准确找到鞍底。手术前用稀释去甲肾上腺素棉片缓解鼻甲的充血,这既可以扩大通路,而且可以减少出血。遇到气化不好的蝶窦可以用高速磨钻磨去骨质,相对于咬骨钳而言,磨钻磨去的骨质很少出血。②打开蝶窦前壁:经鼻蝶显微手术切除垂体腺瘤的术中,准确和恰当的磨除蝶窦前壁非常重要。如果暴露不充分就容易伤及颅底的颈内动脉和视神经等重要结构,特别是颈内动脉。统计表明少数患者的颈内动脉上方缺少骨性结构,所以这部分患者术中血管的保护更为重要,打开蝶窦前壁时要注意蝶窦内隔有时不在中线,甚至有可能斜附在颈内动脉的突起后部。这些结构如果损伤,将导致严重的术后并发症。③打开鞍底硬膜:关于鞍底硬膜膜打开的大小,我们觉得应该因人而异。并不一定伴蝶鞍扩大的大腺瘤就一定要打开过大,也不一定垂体微腺瘤的鞍底打开一定要小。鞍底打开过大后,颅底重建时重建材料不容易与颅底黏合,这也是术后脑脊液漏的重要原因^[8]。而太小的开口可能导致术中无法顺利找到肿瘤;或者偏离了肿瘤的术野,导致术后复发。所以,我们遇到垂体微腺瘤的患者,一般选择术前仔细分析蝶窦CT、MRI影像学资料,以了解肿瘤的具体位置。术中X线定位是双保险。而对于一些气化良好的患者,也不一定是手术成功的标志,因为气化好的蝶窦中前置的蝶鞍会和鼻孔撑开器互相阻碍,而如果定位不准,可能打开斜坡导致相关并发症。④颅底重建:颅底重建是经鼻蝶显微手术切除垂体腺瘤的必要步骤,良好的颅底重建能积极预防术后脑脊液漏的发生^[9]。我们主要使用明胶海绵作为第一层,然后第二层填塞人工硬脑膜,第三层填塞自体脂肪的“三明治”方法。最后用碘仿纱条加压,对侧鼻腔填塞膨胀海绵。

3.2 手术并发症及术后处理

经单鼻孔蝶窦入路手术切除垂体腺瘤最常见的并发症是尿崩症、脑脊液鼻漏、视力减退等,这方面的报道也很多^[9]。本组18例视力下降患者中,术后16例恢复正常,2例好转。12例术后出现一过性尿崩,给予口服弥凝片(0.1~0.4 mg/d)1~2周后尿量逐渐正常。5例出现轻度脑脊液鼻漏,经卧床休息2周后配合腰椎穿刺术后痊愈,无手术修补患者。部分患者因鼻黏膜损伤,

分泌物较多,并非脑脊液漏,应注意观察区分。脑脊液漏主要为术中鞍隔蛛网膜的完整性遭到破坏所致,术中如果出现脑脊液漏,除了合理重建颅底外,术后应严密观察鼻漏情况,如经平卧5 d后仍未停止,可行腰椎穿刺术或者腰大池持续引流术,一般可痊愈。

经鼻蝶入路显微手术切除垂体腺瘤简便、安全和有效。但手术操作过程之中仍然有不足之处,如在术野宽度和角落的观察上,一些主要的蝶窦内解剖标志可能隐藏在管状视野之外,鞍内角落盲区较多等,特别对于复发垂体腺瘤的处理,原本存在的解剖标志丧失,均给此类患者的显微手术带来了困难。

【参考文献】

- [1] 胡军民,秦尚振,秦海林,等. 经单鼻孔蝶窦入路显微切除垂体腺瘤[J]. 中国临床神经外科杂志, 2013, 18: 26-27.
- [2] 高飞,衡立君,贾栋,等. 神经内镜下经鼻蝶垂体腺瘤切除术中鞍底重建[J]. 中国临床神经外科杂志, 2014, 19: 403-405.
- [3] 袁辉胜,张红波,穆林森,等. 神经内镜下经鼻蝶入路手术治疗ACTH垂体腺瘤[J]. 中国临床神经外科杂志, 2014, 19: 611-613.
- [4] 王忠诚. 王忠诚神经外科学[M]. 第1版. 武汉:湖北科学技术出版社, 2005. 620.
- [5] 曹长军,江普查,张捷,等. 经单鼻孔蝶窦入路显微手术切除大型垂体腺瘤[J]. 中国临床神经外科杂志, 2012, 17(5): 267-269.
- [6] 裴傲,崔壮,王作伟,等. 内镜经鼻蝶入路手术治疗急性卒中垂体腺瘤[J]. 中华神经外科杂志, 2012, 28(3): 229-231.
- [7] 李俊,王雷,王俊文,等. 经鼻蝶入路显微手术切除垂体腺瘤63例[J]. 中国临床神经外科杂志, 2010, 15(12): 726-728.
- [8] 王守森,张进朝,魏梁锋,等. 单鼻孔经蝶入路手术的切口选择及其解剖依据[J]. 中华神经外科疾病研究杂志, 2008, 7(2): 111-115.
- [9] 杨军,任铭,于春江,等. 单鼻孔经蝶入路切除垂体腺瘤并发症的预防和治疗[J]. 中华神经外科杂志, 2008, 24(11): 805-807.

(2014-03-19收稿, 2015-01-08修回)