

· 论 著 ·

内镜下与显微镜下经蝶手术治疗症状性 Rathke 囊肿的对比分析

黄 斌 李全才 张庭荣 郭运发 吴 昊 罗 坤

【摘要】目的 探讨内镜下与显微镜下经蝶手术治疗症状性 Rathke 囊肿的有效性和安全性。**方法** 2001~2015 年收治症状性 Rathke 囊肿 34 例,显微镜下经鼻蝶手术 12 例(显微镜组),内镜下经鼻蝶手术 22 例(内镜组)。**结果** 两组术后头痛有效率均为 100%;显微镜组术后视力改善率为 88.9%(8/9),内镜组为 83.3%(5/6),两组无明显差异($P>0.05$);显微镜组术后并发症发生率(16.7%)和复发率(8.3%)与内镜组(分别为 13.5%和 4.5%)均无明显差异($P>0.05$)。**结论** 症状性 Rathke 囊肿的经蝶手术可以借助内镜切除肿瘤也可以借助显微镜下切除,两种手术方法疗效没有明显差异。

【关键词】 Rathke 囊肿;内镜;显微镜;经蝶入路;手术

【文章编号】 1009-153X(2016)05-0264-03 **【文献标志码】** A **【中国图书资料分类号】** R 739.41; R 651.1*1

Surgery through transsphenoidal approach for symptomatic rathke cleft cysts: endoscopic surgery vs microsurgery

HUANG Bin, LI Quan-cai, ZHANG Ting-rong, GUO Yun-fa, WU Hao, LUO Kun. Department of Neurosurgery, First Affiliated Hospital, Xinjiang Medical University, Urumqi 830054, China

【Abstract】Objective To compare effect of endoscope-assisted transsphenoidal surgery on symptomatic Rathke cleft cysts and its safety with those of microsurgery. **Methods** The clinical data of 34 patients with symptomatic Rathke cleft cysts, of whom, 22 underwent endoscope-assisted transsphenoidal surgery and 12 transsphenoidal microsurgery from 2001 to 2015, were analyzed retrospectively. All the patients were followed up for 5 years. **Results** There were insignificant differences in the curative effects and postoperative complication occurrence rate between both the groups ($P>0.05$). But the average hospital stay [(10.67 \pm 2.27) days] after the operation in the microsurgery group was significantly more than that [(7.77 \pm 1.82) days] in the endoscopic group ($P<0.01$). **Conclusions** The curative effects of endoscope-assisted transsphenoidal surgery and transsphenoidal microsurgery on symptomatic Rathke cleft cysts and their safety are good, but the hospital stay after the operation may be reduced in the patients with symptomatic Rathke cleft cysts undergoing endoscope-assisted transsphenoidal surgery compared to that in the patients undergoing transsphenoidal microsurgery.

【Key words】 Rathke cleft cyst; Endoscope-assisted surgery; Microsurgery; Transsphenoidal approach; Curative effects

Rathke 囊肿是起源于颅咽峡残余上皮组织的一类良性疾病,常常不引起症状,仅需观察和随访;仅少数囊肿逐渐长大压迫邻近结构产生症状,如视力下降、内分泌功能紊乱、头痛等。显微镜下经蝶手术是症状性 Rathke 囊肿的标准治疗模式之一。近 20 年来,随着神经影像技术和神经内镜技术的发展,内镜下经蝶手术成为鞍内和部分鞍上病变的可选择方式。与标准显微镜技术相比,内镜有明显的优势,但也有自身内在的缺陷。本文探讨这两种手术方式治疗症状性 Rathke 囊肿的有效性和安全性。

1 资料与方法

1.1 研究对象 2001~2015 年收治 Rathke 囊肿 34 例,其中男 9 例,女 25 例;年龄 14~75 岁,平均 44.4 岁。内镜手术 22 例(内镜组),其中男 16 例,女 6 例;年龄 24~75 岁,中位年龄 48 岁;鞍内为主型 15 例,均衡型 5 例,鞍上为主型 2 例。显微手术 12 例(显微镜组),其中男 9 例,女 3 例;年龄 14~61 岁,中位年龄 44 岁;鞍内为主型 7 例,均衡型 4 例,鞍上为主型 1 例。

1.2 手术方法 显微镜下经蝶手术详见王忠诚主编的《王忠诚神经外科学》^[1],内镜下经蝶手术详见张亚卓主编的《神经内镜手术技术》^[2]。术中表现见图 1。

2 结果

2.1 两组术后头痛的恢复 内镜组术前头痛 16 例,术后头痛缓解 4 例(25.0%),治愈 12 例(75.0%)。显

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2016.05.003

基金项目:新疆维吾尔自治区高技术研究发展项目(201417103)

作者单位:830054 乌鲁木齐,新疆医科大学第一附属医院神经外科

(黄 斌、李全才、张庭荣、郭运发、吴 昊、罗 坤)

通讯作者:罗 坤, E-mail:luokun-2822@sohu.com

显微镜组:术前头痛 9 例,术后头痛缓解 3 例(33.3%),治愈 6 例(66.7%)。两组无明显差异($P>0.05$)。

2.2 两组术后视觉功能的恢复 内镜组术前存在视力下降 9 例,术后完全恢复 3 例,好转 5 例,无恢复 1 例。显微镜组术前存在视力下降 6 例,术后完全恢复 2 例,好转 3 例,无恢复 1 例。两组术后视力预后无明显差异($P>0.05$)。

2.3 两组术后内分泌的恢复 内镜组:21 例术前存在内分泌功能紊乱,其中 2 例出现垂体后叶功能受损,表现为多饮多尿,术后多饮多尿症状明显好转;术后 2 例(9.5%)内分泌功能立即恢复正常;1 例出现永久性尿崩。9 例出现一过性甲状腺激素降低,孕酮、FSH、LH、生长激素及泌乳素全部恢复正常。显微镜组:9 例术前有内分泌功能紊乱,术后 1 例出现垂体前叶功能低下,4 例出现一过性甲状腺激素降低,孕酮、FSH、LH、生长激素及泌乳素全部恢复正常。

2.4 两组术后并发症及复发 术后平均随访 5 年。内镜组发生垂体前叶功能低下 1 例,永久性尿崩 1 例,脑脊液漏 1 例;术后并发症发生率为 13.5%。显微镜组发生垂体前叶功能低下 1 例,脑脊液漏 1 例;术后并发症发生率为 16.7%。两组术后并发症发生率无明显差异($P>0.05$)。内镜组术后复发率(4.5%, 1/22)与显微镜组(8.3%, 1/12)无明显差异($P>0.05$)。

2.5 病理特点 本组 34 症状性 Rathke 囊肿术后病理检查显示,囊液肉眼所见呈透明状至胶冻状,颜色可见从清亮、淡黄色到暗褐色不等。镜检示粘稠的囊液为嗜伊红无定形组织,其中 3 例可见少量炎性细胞或泡沫样组织细胞。部分患者囊液镜检仅见胶原、纤维素及含铁血黄素。2 例囊壁镜检可见单层立方上皮、被覆纤毛柱状上皮及鳞状上皮。

3 讨论

1913 年,Goldzieher 在尸检中偶然发现 Rathke 囊肿,并首次报道^[3]。Rathke 囊肿一般占垂体手术的 2%~22%,女性多见。本组病例占同期垂体手术的 2.51%,女性约是男性的 2.78 倍。病变常位于鞍内或鞍旁,常常不引起症状^[4,5]。偶尔病变可以增大或压迫周围结构如垂体、垂体柄、下丘脑或视交叉引起临床症状和体征,最常见的临床表现是头痛、视力下降和内分泌功能紊乱。有学者报道少数病人可表现为垂体卒中、垂体脓肿及无菌性脑膜炎等特殊症状^[5]。本组病例内分泌功能紊乱最常见,占 88.2%(30/34);其次是头痛(73.5%, 25/34),视力下降最少(44.1%, 15/34)。

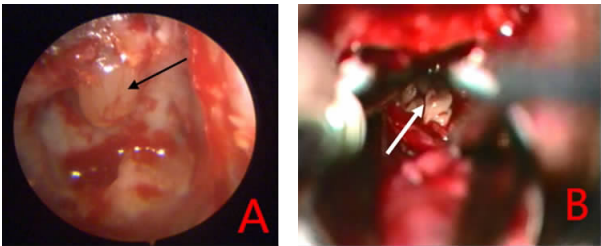


图 1 Rathke 囊肿术中表现

- A. 内镜下经蝶手术切除 Rathke 囊肿,淡黄色粘稠囊液(↑示);
B. 显微镜下经蝶手术切除 Rathke 囊肿,灰白色粘稠囊液(↑示)

目前,手术是症状性 Rathke 囊肿唯一有效治愈方法。显微镜下经蝶手术已经是垂体腺瘤手术治疗的标准术式。显微镜下经蝶手术治疗 Rathke 囊肿优势:①囊肿切除较彻底;②视力视野治愈改善率不低于经颅手术;③避免经颅手术时对额叶、嗅神经、视神经等的损伤;④术后并发症低。不足:①不能直视 Rathke 囊肿鞍上发展部分及附近视神经、血管、下丘脑等结构。②需在筛窦垂直板和鼻中隔根部进行手术,距蝶窦距离远,手术路径较长,造成骨折及黏膜撕裂较多,因此手术对组织损伤多,创伤大,手术时间长并且鼻腔填塞纱条,故增加鼻腔并发症,如鼻窦炎、鼻出血、鼻中隔穿孔等。③过分剥离 Rathke 囊肿的囊壁易引起垂体功能低下。④需行骨性鞍底重建,术后容易引起脑脊液鼻漏,必要时需行腰大池引流术或脑脊液漏修补术。

随着照明、成像、手术技术和手术器械得到了充分的发展,神经内镜技术开始较好地应用于临床。经过 20 多年的迅猛发展,内镜下经蝶手术治疗垂体腺瘤基本达到了标准显微镜下经蝶手术的疗效^[7-11],由于内镜的放大、更好的照明、全景手术视野使得内镜手术有更好的舒适度,并发症更少。内镜下经蝶手术治疗症状性 Rathke 囊肿的优势:①手术路径短,手术器械一般直接从相同鼻孔内镜旁直接到达术区,鼻腔内伤口小,术中损伤更小,进一步改善了术后呼吸道功能,减少并发症,加快术后恢复。②内镜越靠近术区,术野越清晰,可提供良好的持续清晰的全景视野,使手术更容易进行,更利于病灶的准确切除。③内镜下经蝶手术时使用硬质内镜作为术者的“眼睛”,通过内镜灵活的多视角观察及“绕角观察”功能提供优越的视野,内镜伸进蝶鞍内直接观察肿瘤切除后瘤腔内情况,用多角度内镜直接了解鞍旁结构。④进行鞍底的软重建,有效的不透水封闭,有利于预防脑脊液漏。其不足:①目前国内使用的大多数为二维内镜,相比显微镜缺乏立体感,缺乏手术

的深度感。②内镜下经蝶手术时,一手持内镜,一手持其他手术器械,这种单手操作加大了手术的难度,对术者内镜操作技术要求比较高,且需要助手配合默契的进行手术。③内镜视物焦距短,镜头容易受污染和气雾遮盖,影响术者视线,需要良好的冲洗设备支持,增加手术难度。④内镜下止血的工具,包括双极电凝和单极电凝尚不够理想,增加术中止血的困难,尚需进一步改进。

从缓解症状和防止复发来看,Rathke 囊肿手术治疗是全切还是部分切除加充分引流存在很大争议。Aho 等^[4]发现,与单纯引流加部分囊壁切除相比,根治性切除囊壁并不能降低术后复发率。最近一项 Meta 分析研究表明,根治性切除囊壁和单纯引流加部分囊壁切除两组的复发率相似^[12]。内镜下经蝶手术治疗症状性 Rathke 囊肿能够有效的实现了囊肿的引流及囊壁部分的切除,并且创伤小、安全及术后复发率低。因此,近年来神经内镜技术的发展及神经导航系统、扩大经蝶入路、多角度神经内镜等设备临床应用,进一步扩大了经蝶入路的应用范畴,并增强了内镜手术的安全性。本研究内镜下和显微镜下经蝶手术切除症状性 Rathke 囊肿在头痛缓解、内分泌缓解、视力恢复、术后并发症、复发率等方面没有明显差别($P>0.05$)。

Harrison 等^[13]认为 Rathke 囊肿与颅咽管瘤由同一起源细胞发展而来,表现为不同程度的侵袭性。也有学者认为 Rathke 囊肿病理学上鳞状细胞化生、炎性细胞的浸润与术后复发有密切相关。炎症细胞浸润可能是刺激鳞状细胞化生的原因,促使囊壁的形成,导致囊液聚积。本研究 3 例(8.8%)可见少量炎性细胞或泡沫样组织细胞,2 例(5.9%)囊壁镜检可见单层立方上皮、被覆纤毛柱状上皮及鳞状上皮。因此,如病理学上有炎症细胞浸润及鳞状上皮化生,术后应密切观察,延长随访时间。

无论是内镜下还是显微镜下经鼻蝶手术都与术者的技巧和经验、器械的完善有很大关系,经验丰富的医师无论采用哪种术式都可能收到较好的效果,显微镜下经蝶手术是症状性 Rathke 囊肿的标准术式,从安全性及有效性上,内镜下经蝶手术可代替显微镜下经蝶手术。

【参考文献】

[1] 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. 634-635.

- [2] 张亚卓. 神经内镜手术技术[M]. 第 1 版. 北京:北京大学医学出版社, 2004. 51.
- [3] Voelker JL, Campbell RL, Muller J. Clinical, radiographic, and pathological features of symptomatic Rathke's cleft cysts [J]. J Neurosurg, 1991, 74(4): 535-544.
- [4] Aho CJ, Liu C, Zelman V, *et al.* Surgical outcomes in 118 patients with Rathke cleft cysts [J]. J Neurosurg, 2005, 102(2): 189-193.
- [5] Kim JE, Kim JH, Kim OL, *et al.* Surgical treatment of symptomatic Rathke cleft cysts: clinical features and results with special attention to recurrence [J]. J Neurosurg, 2004, 100(1): 33-40.
- [6] Pawar SJ, Sharma RR, Lad SD, *et al.* Rathke's cleft cyst presenting as pituitary apoplexy [J]. J Clin Neurosci, 2002, 9(1): 76-79.
- [7] Xie T, Hu F, Yu Y, *et al.* Endoscopic endonasal resection of symptomatic Rathke cleft cysts [J]. J Clin Neurosci, 2011, 18(6): 760-762.
- [8] Frank G, Sciarretta V, Mazzatenta D, *et al.* Transsphenoidal endoscopic approach in the treatment of Rathke's cleft cyst [J]. Neurosurgery, 2005, 56(1): 124-129.
- [9] Madhok R, Prevedello D M, Gardner P, *et al.* Endoscopic endonasal resection of Rathke cleft cysts: clinical outcomes and surgical nuances [J]. J Neurosurg, 2010, 112(6): 1333-1339.
- [10] Koutourousiou M, Grotenhuis A, Kontogeorgos G, *et al.* Treatment of Rathke's cleft cysts: experience at a single centre [J]. J Clin Neurosci, 2009, 16(7): 900-903.
- [11] Svider PF, Keeley BR, Husain Q, *et al.* Regional disparities and practice patterns in surgical approaches to pituitary tumors in the United States [J]. Int Forum Allergy Rhinol, 2013, 3(12): 1007-1012.
- [12] Mendelson Z S, Husain Q, Elmoursi S, *et al.* Rathke's cleft cyst recurrence after transsphenoidal surgery: a meta-analysis of 1 151 cases [J]. J Clin Neurosci, 2014, 21(3): 378-385.
- [13] Harrison MJ, Morgello S, Post KD. Epithelial cystic lesions of the sellar and parasellar region: a continuum of ectodermal derivatives [J]? J Neurosurg, 1994, 80(6): 1018-1025.

(2015-08-05 收稿, 2016-02-25 修回)