

# 鼻内镜下经鼻入路治疗眶尖部海绵状血管瘤 1 例报道并文献复习

何本超<sup>1</sup> 徐必生<sup>1</sup> 廖红明<sup>1</sup>

(湖北省天门市第一人民医院耳鼻喉头颈外科 湖北天门 431700)

关键词:内窥镜检查;耳鼻喉外科手术;眶肿瘤;血管瘤,海绵状

[中图分类号]R777.5 【文献标识码】A

患者女,60岁。左眼球深部疼痛不适伴视力减退2年,近2月加重。入院检查:左眼向前突出1mm,视力:右眼1.0,左眼0.6,眼球活动外转轻度受限。双眼眼压及眼底检查正常。CT扫描结果:左眼眶内眼球后内方眶尖部有一约1.6cmX1.3cm的肿块影,CT值60.1Hu,肿块密度均匀,边缘光滑,眼球稍前移,视神经轻度受压,周围骨质未见明显异常(见图1)。CT增强扫描显示:左侧眼眶内显示软组织密度影,均匀强化,视神经向外侧受压轻度移位,内直肌向下轻度移位,眼球向眶外突出不明显,眼球完整,未见晶状体位置异常。MRI增强影像显示球后眶尖肿块,呈中等信号稍偏低,椭圆形,周围边界清楚,约1.5cmX1.2cmX0.8cm(见图2)。入院后诊断为左眼眶尖部海绵状血管瘤。患者既往无特殊病史。首诊并入住眼科,经过眼科、神经外科及耳鼻喉科多学科会诊,转耳鼻喉科行鼻内镜下经鼻入路切除眶尖部海绵状血管瘤。

全身麻醉经口气管插管。生理盐水冲洗左侧鼻腔及稀释后活力碘消毒,于0度鼻内镜下,常规切除左侧钩突,从前向后开放左侧前后组筛窦,暴露蝶窦前壁,充分暴露筛窦外侧壁即眶纸板,根据蝶窦前壁解剖标志定位眶尖位置。反向咬骨钳及剥离器咬除眶纸板,镰状刀纵行切开眶骨膜,吸切钳分离眶脂肪软组织,脑棉片向眶内压疝出的眶脂肪,钝性分离肿瘤周围眶脂肪及内直肌,整块切除约1.5cmX1.2cmX0.8cm的肿瘤,肿瘤周围包膜完整,椭圆形(见图3)。充分冲洗,保留完整眶脂肪,将疝出眶脂肪轻轻还纳眼眶,取自体筛骨垂直板并形成缺损大小,嵌于眶纸板缺损部位,重建眶壁结构。用明胶海绵及钠吸棉填充术腔,用碘仿纱条轻松填塞。术后病检,病理诊断:左侧眼眶尖部海绵状血管瘤。术后头孢哌酮钠舒巴坦钠静脉点滴3天,激素冲击治疗,静脉滴注甲泼尼龙1g,连用3天;术后随访,48h抽出鼻腔碘仿纱条,术后7天视力恢复至0.8,1月后视力达到1.0;鼻内镜检查随访2-6个月,术腔上皮化。

讨论:海绵状血管瘤,因肿瘤内呈海绵样血管窦腔而得名,它由许多血管窦和纤维间隔构成,有完整的纤维包膜。是成年人最常见的眼眶内肿瘤,约占10%-23%,多发于女性,女性患者占65%[1]。海绵状血管瘤多发生于一侧眼眶,按解剖部位分为肌锥外及肌锥内,肿瘤多位于肌锥内,占91.7%,肌锥外肿瘤位于肌锥外,约10%,肌锥外以淋巴瘤多见,占30%,海绵状血管瘤仅占7-10%[2]。诊断眼眶肌锥内肿瘤,多层螺旋CT联合MRI的敏感性、特异性比单一多层螺旋CT或者MRI检查的敏感性、特异性高。海绵状血管瘤与动静脉畸形进行鉴别,常规MRI检查不易鉴别,通过磁敏感成像(MSWI)可提高诊断率,根据CT值和增强扫描的强化程度可初步诊断肿瘤的性质,磁敏感成像(MSWI)与MRI的定性定位诊断准确性基本一致。眶内海绵状血管瘤与神经鞘瘤或神经纤维瘤进行鉴别,常规增强扫描难以区别眶内海绵状血管瘤与神经鞘瘤或神经纤维瘤,动态增强扫描眶内海绵状血管瘤不均匀渐进性强化以鉴别。

临床常依据肿瘤在眶内部位,选择不同的手术径路,靠近眶尖部肿瘤,手术风险较大,出现并发症也较多,手术前的影像学非常重要,主要是肿瘤定位和定性诊断,来决定肿瘤手术入路,手术入路主要包括:前路开眶术、外侧开眶术、经筛窦内侧开眶术、外侧

结合内侧开眶术以及经颅开眶术等。杨远游[14]报道伽玛刀立体定向放射治疗眶尖部海绵状血管瘤,能改善视功能及眼球突出,由于病例数少,需要扩大病例进一步研究。视神经对单次放射剂量非常敏感,剂量要求在8-10Gy,控制肿瘤需要更大剂量,通过分次立体定向放疗可减轻放射毒副作用,但是,采用何种剂量分割模式需进一步探讨。

累及海绵窦的眶尖海绵状血管瘤常就诊神经外科,额颞颥入路及行肿瘤切除术的效果相对要好[16],主要的并发症有角膜溃疡、面瘫、眼球活动障碍,肢体运动障碍、颅神经损伤、癫痫、伤口局部皮下积液、硬膜下积液、视力损伤等,眼球活动障碍多由于术中过度牵拉动眼神经和肿瘤累及所致。位于眶尖部的海绵状血管瘤,眼科入路显露困难而难以切除,王汉东[17]报道最好经颅入路手术,术中不打开硬脑膜,只隔着硬脑膜将额叶向经颅入路显微外科治疗是眶尖部海绵状血管瘤合适的选择,肿瘤通常可全部切除,预后良好。

结膜入路的适应症:肌锥内肿瘤而且肿瘤位于视神经外侧、下方、外上、内下,需与周围无粘连;肌锥外肿瘤位于眶下方、外侧及内下方中前段者,结膜入路的禁忌证:肿瘤位于视神经内上方[3]。肌锥内病变的眶外径路手术会改变包括眼球在内的眼眶结构,手术的可见度并不理想,术野较深,呈锥形,往往需要切开眼外肌或切断眼肌肌腱,尽管手术结束时重建肌肉连接,但仍有引发眼外肌运动障碍的风险。眶尖部的海绵状血管瘤与周围结构粘连机会很小,如肿瘤较大,与眶尖部或和眶尖周围结构有粘连,CT检查可以鉴别,眶尖部或和眶尖周围结构透明三角区消失,外侧开眶术摘除肿瘤为首选[4]。



图1:CT扫描结果:左眼眶内眼球后内方眶尖部有一约1.6cmX1.3cm的肿块影,CT值60.1Hu,肿块密度均匀,边缘光滑,眼球稍前移,视神经轻度受压,周围骨质未见明显异常。

(下转第102页)

(上接第 249 页)

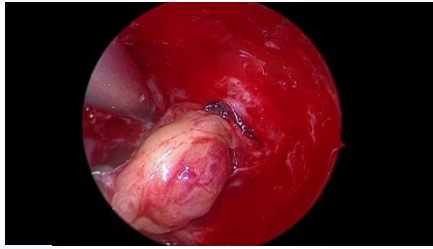


图 2: MRI 增强影像显示球后眶尖肿块, 呈中等信号稍偏低, 椭圆形, 周围边界清楚, 约 1.5cm X 1.2 cm X 0.8cm。

图 3: 整块切除约 1.5 cm X 1.2 cm X 0.8 cm 的肿瘤, 肿瘤周围包膜完整, 椭圆形。

参考文献

[1]杨钧, 雷嘉启, 李美玉, 等.现代眼科手册.北京:人民卫生出版社, 1993. 537-538.

[2]周雷, 崔建萍, 章志扬. 结膜入路摘除眶内海绵状血管瘤的临床分析[J], 临床眼科杂志, 2013, 21 ( 1 ) : 63-65.

[3]Henderson JW.Orbital tumor. 2nd ed New York Thieme 1980.67-74.

[4]张文静, 马敏旺, 宋国祥, 等.CT 动态增强扫描在眼眶海绵状血管瘤诊断中的价值[J].海南医学院学报, 2012, 18 (3) :409-411.

第一作者: 何本超, 湖北省天门市第一人民医院耳鼻喉科  
通信作者: 徐必生, 湖北省天门市第一人民医院耳鼻喉科 鼻及鼻窦疾病的诊断及治疗