

[DOI] 10.12016/j.issn.2096-1456.2020.12.005

· 临床研究 ·

耳后隐蔽切口入路切除腮腺下极良性肿瘤疗效评价

吴平凡, 陈林林, 陈芬, 郭凌燕, 李羽, 雷振革, 柯星, 谭伟兵

南昌大学附属口腔医院, 江西省口腔生物医学重点实验室, 江西 南昌(330006)

【摘要】 **目的** 采用耳后隐蔽切口对腮腺下极小型良性肿瘤实施切除, 探讨该手术入路安全性及可行性, 为腮腺良性肿瘤切除手术的美学考虑提供新思路。**方法** 18例腮腺下极良性肿瘤患者, 均采用耳后隐蔽切口行腮腺肿瘤切除术, 其中多形性腺瘤9例, 肌上皮瘤2例, Warthin瘤5例, 基底细胞腺瘤1例, 嗜酸细胞瘤1例。术后3个月随访面瘫、涎瘘情况, 采取视觉模拟量表对手术切口外观进行满意度评分。术后6~12个月随访肿瘤复发情况。**结果** 18例腮腺下极良性肿瘤, 肿瘤直径1.0~3.1 cm, 平均2.5 cm。所有患者均可通过耳后隐蔽切口顺利完成手术, 术后伤口均一期愈合。术后3个月均未出现永久性面瘫及肿瘤复发等严重并发症。患者对外观较满意(美学评分 9.3 ± 0.4), 达到预期美容效果。**结论** 耳后隐蔽切口对于腮腺下极、颌后区的小型良性肿瘤是一种安全可行的手术入路, 因手术瘢痕主要位于耳后沟内, 较好满足了患者术后美观的需求。

【关键词】 腮腺切除; 美容切口; 耳后沟; 除皱术; 隐蔽切口; 功能性外科;
腮腺肿瘤; 面神经

【中图分类号】 R78 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 2096-1456(2020)12-0781-04



开放科学(资源服务)标识码(OSID)

【引用著录格式】 吴平凡, 陈林林, 陈芬, 等. 耳后隐蔽切口入路切除腮腺下极良性肿瘤疗效评价[J]. 口腔疾病防治, 2020, 28(12): 781-784.

Removal of benign tumor in the lower pole of the parotid gland through concealed incision in the retroauricular sulcus WU Pingfan, CHEN Linlin, CHEN Fen, GUO Lingyan, LI Yu, LEI Zhenge, KE Xing, TAN Weibing. The Affiliated Stomatological Hospital of Nanchang University, Jiangxi Key Laboratory of Oral Biomedicine, Nanchang 330006, China

Corresponding author: CHEN Linlin, Email: oral_surgery@sina.com, Tel: 86-791-86361890

【Abstract】 **Objective** To assess the safety and feasibility of incision in the retroauricular sulcus for removal of benign tumors in the lower pole of the parotid gland and to provide some ideas for aesthetic consideration of parotidectomy. **Methods** In total, 18 cases with benign tumors of the lower pole regions of the parotid gland were included in this study, including 9 pleomorphic adenomas, 2 myoepitheliomas, 5 Warthin tumors, 1 basal cell adenoma and 1 oncocytoma. Three months after the operation, facial paralysis and salivary fistula were assessed. A visual analog scale was used to score the cosmetic satisfaction of the surgical incision. Tumor recurrence was followed up 6 ~ 12 months after operation. **Results** In 18 patients with benign tumors the lower pole regions of the parotid gland, the tumor diameter ranges from 1.0 to 3.1 cm, with an average value of 2.5 cm. All patients experienced successful complete removal of the parotid mass with the minimally invasive retroauricular approach, and all wounds healed in one stage after operation. No serious complications, such as permanent facial paralysis and tumor recurrence, occurred 3 months after the operation. The patients were satisfied with the appearance of the surgical incision (aesthetic score 9.3 ± 0.4), achieving the expected aesthetic effect. **Conclusion** This approach is feasible and safe for most small benign parotid tumors located in the lower pole region of the parotid gland and in the posterior region of the jaw. The scar is located in the retroauricular sulcus, which significantly meets the aesthetic needs of the concealed incision for patients.

【Key words】 parotidectomy; cosmetic incision; retroauricular sulcus; rhytidectomy; concealed incision; functional surgery; parotid tumor; facial nerve

J Prev Treat Stomatol Dis, 2020, 28(12): 781-784.

【收稿日期】 2020-05-06; **【修回日期】** 2020-06-17

【基金项目】 江西省科技计划项目(20161BBG70151)

【作者简介】 吴平凡, 硕士, 主治医师, Email: wupingfankq@163.com

【通信作者】 陈林林, 教授, 硕士, Email: oral_surgery@sina.com, Tel: 86-791-86361890

传统的腮腺肿瘤手术采取改良Blair S形切口,由于该切口在颈部留有疤痕影响美观。随着人们生活水平不断提高,患者对于术后美观的需求越来越高,专科医师则更加注重手术切口的隐蔽性或使用小切口通过内镜完成手术^[1]。为此国内外学者提出各种改良除皱切口^[2-5],利用发际遮蔽瘢痕。然而在短发特别还有瘢痕体质的患者耳前和发际线区域仍可见明显疤痕。笔者所在科室采取耳后沟切口对腮腺下极或颌后区的腮腺良性肿瘤行手术治疗,现报告如下。

1 资料和方法

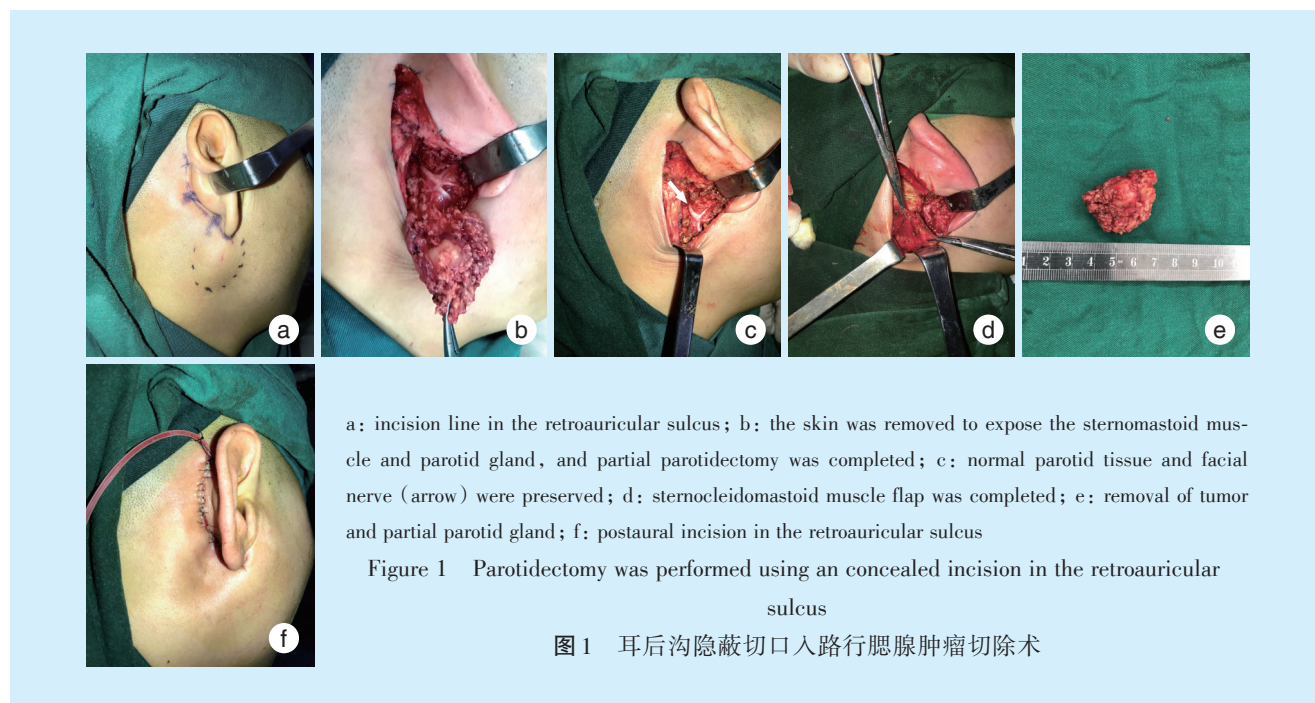
1.1 临床资料

选取2018年2月~2019年2月在南昌大学附属口腔医院收治的腮腺原发良性肿瘤患者共18例纳入本研究,其中男性15例,女性3例,平均年龄42岁(21~65岁)。所有患者术前均行细针吸取活检证实为良性肿瘤,其中多形性腺瘤9例,肌上皮瘤2例,Warthin瘤5例,基底细胞腺瘤1例,嗜酸细胞瘤1例。B超检查所有肿瘤均位于腮腺下极或颌后区,肿瘤直径1.0~3.0 cm。本研究得到南昌大学附属口腔医院医学伦理委员会批准。术前与患者

签订了知情同意书,且告知患者术中切口可能向耳前或发际内延伸。

1.2 手术操作

所有患者均采用耳后沟切口入路(图1),手术步骤如下。①切口划线:起自耳垂后方,沿耳后沟向上做一长约4~5 cm切口。②翻瓣、暴露术区:耳后区在表浅肌肉腱膜系统深面翻瓣,腮腺区在腮腺咬肌筋膜深面翻瓣,后下方在胸锁乳突肌表面翻瓣。通过助手拉钩,在整个翻瓣皮下区彻底潜形分离,形成一个隧道,使得术区得到较好的暴露。③解断面神经:采用面神经总干顺式解剖法。将腮腺与胸锁乳突肌、二腹肌后腹、外耳道软骨及鼓乳裂分开,由助手用拉钩将腮腺后份用力向前牵拉充分显露面神经主干解剖区域,在腺体后缘与外耳道软骨之间钝性分离至软骨三角尖,于其深面约1 cm处解剖、辨认面神经总干,术中根据肿瘤的位置和大小解剖所需暴露的面神经分支,切除肿瘤及周围部分正常腺体,送冰冻切片检查。④关闭术创:双极电凝烧灼腺体残端,止血。如果缺损较大,则在乳突处切断胸锁乳突肌部分附着,通过旋转形成蒂在下方的胸锁乳突肌瓣转移修复缺损。放置负压引流管,分层缝合伤口。



1.3 术后处理

术后嘱患者使用复方氯己定含漱,1周后间断拆线,1个月内禁食酸性或刺激性食物。

1.4 随访

术后3个月随访面瘫、涎痿情况,采取视觉模拟量表^[6]对手术切口进行美容满意度评分,1~10

分,数值越高满意度越高。术后6~12个月随访肿瘤复发情况。

2 结果

所有患者均采用耳后沟切口顺利完成手术,肿瘤直径1.0~3.1 cm,平均2.5 cm。术中冰冻与术后病理结果一致,都为良性肿瘤,术后伤口均获一期愈合。2例患者出现暂时性面瘫(口角歪斜),指导患者接受面肌功能训练3个月后基本恢复正常。1例患者术后出现涎瘘,口服阿托品和局部加压包扎1周后症状消失。术后3个月随访,均未出现永久性面瘫及涎瘘,因瘢痕位于耳后沟内(图2),所有患者对外观均较满意:美学评分 9.3 ± 0.4 ,达到预期美容效果。随访6~12个月,肿瘤均未复发。



Figure 2 Postaural concealed scar of pleomorphic adenoma postoperation

图2 多形性腺瘤术后耳后瘢痕隐蔽

3 讨论

传统的腮腺肿瘤切除术一般采取经典“S”形切口,这种切口对术区暴露充分,有利于操作,因而被广泛应用于临床^[7]。然而该切口在颌下及颈部留有明显瘢痕影响美观^[8],使得这种常规腮腺手术切口目前难以满足患者的需求。研究证实^[9-11],对腮腺良性肿瘤实行腮腺部分切除术是安全有效的,并不会增加肿瘤的复发率,从而为腮腺切除术采用小切口入路创造了可能。同时有学者提出,需根据腮腺肿瘤位置、深浅及大小等设计个性化手术切口^[12]。

以往对于腮腺下极及颌后区良性肿瘤一般采用耳后发际美容切口^[13-14],发际线区域由于手术对毛囊的破坏有时仍可见明显疤痕,特别是对于短

头发的男性。因此笔者针对这些部位的肿瘤设计耳后沟切口,即仅进行4~5 cm长的耳后隐蔽切口行腮腺切除术。手术的关键是对术区的充分暴露,借助人体皮肤具有一定的弹性和延展性,翻瓣后对皮下进行广泛潜形剥离,足以暴露大多数腮腺肿瘤所在的腮腺下极、颌后区域。翻瓣时要把握好层次,特别是组织较薄的耳后区。影响耳后沟入路另一个主要因素就是肿瘤大小,本研究中18例腮腺肿瘤最大直径约3.1 cm,均能顺利完成手术,因此笔者认为一般对于小于3 cm的小型良性肿瘤该切口可提供足够的暴露。当然患者年龄及皮下脂肪都可影响皮肤弹性和延展性,如年龄大、皮下脂肪少的人,皮肤的可移动性更强,有利于皮瓣皮下空间的扩展,对于肿瘤大小限制可适当放宽。术中对于面神经的解剖,笔者建议采用顺行解剖法,因翻瓣后可直接暴露腮腺后缘,有利于寻找面神经总干。术中根据手术需要解剖面神经分支,尽量减少面神经暴露时间及范围。对于腮腺组织切除过多造成局部凹陷的患者,因耳后沟切口将胸锁乳突肌上端暴露,可直接利用胸锁乳突肌瓣进行转位修复^[15]。以往一般采取蒂在上方的胸锁乳突肌瓣^[16],而笔者更倾向采取蒂在下方的胸锁乳突肌瓣,可在乳突附着处切断胸锁乳突肌,既可减少肌肉出血,又可保留整个胸锁乳突肌完整性,血供更安全,同时不用担心副神经的损伤,使得制备过程既安全又简便。当然耳后沟切口也有它的局限性^[17],它对腮腺上极和前区的暴露有限,但术中亦可根据情况延展和改良,如肿瘤靠前、过大或术中冰冻结果为恶性肿瘤需扩大暴露范围时,可将切口向耳前^[18]或耳后发际内延伸^[13],甚至直接变成美容除皱切口^[19],也可将耳后沟切口向下延伸至颌后、颈部完成腮颈联合根治术。

综上,耳后沟切口对于腮腺下极、颌后区的小型良性肿瘤是一种可行且安全的手术方法,切口隐蔽,尤其适用于对外观要求极高的患者。当然,本研究样本量有限,术后随访时间较短,还需要对术后患者进行更长时间的随访观察。

参考文献

- [1] Li TC, Liu YH, Wang QG, et al. Parotidectomy by an endoscopic-assisted postauricular-groove approach[J]. *Head Neck*, 2019, 41(9): 2851-2859.
- [2] Jo MG, Lee DJ, Cha W. A modified V-shaped incision combined with superficial musculo-aponeurotic system flap for parotidectomy [J]. *Acta Otolaryngol*, 2019, 139(2): 178-183.

- [3] Zhang Q, Yang Y, Yang P, et al. Cosmetic approach selection in parotidectomy for benign parotid gland tumour according to its location[J]. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2019, 73(5): 921-926.
- [4] 吴平安, 陆钊群, 关亚峰, 等. 改良耳后发际切口在腮腺浅叶肿瘤切除术中的应用[J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2017, 52(12): 905-908.
- Wu PA, Lu DQ, Guan YF, et al. Application of functional parotidectomy *via* retroauricular hairline incision in the excising superficial parotid tumor[J]. *Chin J Otorhinolaryngol Head Neck Surg*, 2017, 52(12): 905-908.
- [5] Movassaghi K, Lewis M, Shahzad F, et al. Optimizing the aesthetic result of parotidectomy with a facelift incision and temporoparietal fascia flap[J]. *Plast Reconstr Surg*, 2019, 7(2): e2067.
- [6] Bulut OC, Plinkert P, Federspil PA. Modified facelift incision for partial parotidectomy *versus* bayonet-shaped incision: a comparison using visual analog scale[J]. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2016, 273(10): 3269-3275.
- [7] Takahiro S, Fumi S, Naoya N, et al. S-shaped incision *versus* facelift incision for parotid surgery[J]. *Pract Otorhinolaryngol*, 2019, 112(3): 165-171.
- [8] Zhang J, Jiang Q, Na S, et al. Minimal scar dissection for partial parotidectomy *via* a modified cosmetic incision and an advanced wound closure method[J]. *J Oral Maxillofac Surg*, 2019, 77(6): 1317.
- [9] Lin YQ, Wang Y, Ou YM, et al. Extracapsular dissection *versus* partial superficial parotidectomy for the treatment of benign parotid tumours[J]. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 2019, 48(7): 895-901.
- [10] Liu H, Pei J, He Y, et al. Comparison of functional change in parotid gland after surgical excision of pleomorphic adenoma by two different types of parotidectomy[J]. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, 2016, 122(4): 385-391.
- [11] Kilavuz AE, Songu M, Pinar E, et al. Superficial parotidectomy *versus* partial superficial parotidectomy: a comparison of complication rates, operative time, and hospital stay[J]. *J Oral Maxillofac Surg*, 2018, 76(9): 2027-2032.
- [12] 张强, 陈凯瑞, 谭艳林, 等. 腮腺良性肿瘤手术不同美容切口的选择[J]. *中华整形外科杂志*, 2018, 34(6): 449-452.
- Zhang Q, Chen KQ, Tan YL, et al. Different cosmetic incision selection in parotidectomy[J]. *Chin J Plast Surg*, 2018, 34(6): 449-452.
- [13] Tomiyama Y. Retroauricular hairline incision for parotidectomy [J]. *Nihon Jibiinkoka Gakkai Kaiho*, 2016, 119(10): 1305-1311.
- [14] Jung YJ, Lee GJ, Sohn JH, et al. Partial superficial parotidectomy *via* retroauricular hairline incision[J]. *Clin Exp Otorhinolaryngol*, 2018, 61(1): 42-46.
- [15] Ramraj R, Vishnu ML. Sternocleidomastoid (SCM) muscle flap after parotidectomy[J]. *J Evol Med Dent Sci*, 2018, 7(6): 714-718.
- [16] 杨何平, 张洪武, 王锡榜, 等. 胸锁乳突肌瓣与美容切口在腮腺肿瘤术中的应用[J]. *口腔医学*, 2018, 38(8): 704-707.
- Yang HP, Zhang HW, Wang XB, et al. The application of sternocleidomastoid muscle flap and cosmetic incision for resection of parotid tumor[J]. *Stomatology*, 2018, 38(8): 704-707.
- [17] Yuen AP. Small access postaural parotidectomy: an analysis of techniques, feasibility and safety[J]. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2016, 273(7): 1879-1883.
- [18] Ahn D, Sohn JH, Lee GJ. Feasibility of a new V-shaped incision for parotidectomy: a preliminary report[J]. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 2018, 56(5): 406-410.
- [19] Cummins AJ, Surek CC, Charafeddine AH, et al. Facelift surgery following superficial parotidectomy: is it safe?[J]. *Aesthetic Plast Surg*, 2020, 44(4): 354-358.

(编辑 张琳, 栾修文)



官网



公众号