

鳃源性囊肿及瘘管患者 13 例临床诊治经验

Clinical experience on 13 patients with branchial cleft cyst and fistula

朱敏辉, 郑宏良*, 陈世彩, 刘 锋, 刘 菲

(第二军医大学长海医院耳鼻咽喉科, 上海 200433)

[关键词] 鳃源性囊肿; 瘘管; 诊断; 治疗学

[中图分类号] R 764.7 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2007)12-1387-02

鳃源性囊肿及瘘管为先天性疾病,是由于胚胎发育期中鳃沟没有完全消失而形成的囊肿或瘘管,以第二鳃源性囊肿及瘘管最为常见,第一、三较少见,第四鳃源性囊肿及瘘管极为罕见^[1]。此病发病率较低,临床上较易发生误诊、漏诊^[2]。本研究对我院近年来收治的 13 例鳃源性囊肿及瘘管患者的临床资料进行了回顾性分析,以期为本病的临床诊断及治疗提供一定帮助。

1 临床资料

1.1 一般资料 2001 年 3 月至 2006 年 11 月我院共收治鳃源性囊肿及瘘管患者 13 例,其中男 6 例、女 7 例,年龄为 9~45 岁,平均(28±5.16)岁,左侧 10 例、右侧 3 例,病程为 3 个月至 43 年。误诊为颈部结核患者 1 例,漏诊 5 例。

1.2 临床表现 颈部及耳后包块 12 例,颈部小孔溢液 1 例;13 例患者中反复感染伴有疼痛红肿流脓者 11 例;伴有明显发热者 2 例,其中 1 例误诊为“结核”给予抗结核治疗;咽部不适 5 例,吞咽不适 2 例,无明显吞咽困难者 6 例;13 例患者均无声音嘶哑。

1.3 瘘管口及囊肿部位 9 例患者有明显瘘管外口,耳后乳突尖前方 3 例,胸锁乳突肌中上部前缘 3 例,胸锁乳突肌中下 1/3 前缘处 3 例。术前检查及术中探查发现明显内口者 5 例;梨状窝 2 例,左咽侧壁 1 例,扁桃体 1 例,外耳道 1 例。未探查到内口者 8 例;单纯囊肿 4 例,囊肿伴窦道形成者 4 例;均位于颈阔肌深面,沿颈动脉鞘走行分布;6 例位于颈动脉浅面,2 例位于颈动脉与迷走神经之间。

1.4 影像学检查 13 例患者均行 B 超检查,11 例 B 超呈囊性表现,边界清楚,内有少许回声的液性暗区;1 例患者 B 超呈密度均匀,包膜完整的实性包块表现。8 例患者行碘油造影,其中 3 例患者发现明显内口,与手术中探查所见完全一致。7 例患者行 CT 检查,呈囊性肿块,边界清,增强后囊壁呈不同程度的强化,囊内无明显强化。MRI 检查 5 例,均为球形或类球形信号,T₁WI 中 4 例为低信号,1 例为等信号,T₂WI 均呈高信号。3 例咽部不适及吞咽不适者行电子喉镜检查,未发现明显瘘口。

1.5 治疗 在切开排脓控制炎症后,13 例患者均于全麻下手术治疗,11 例患者美蓝示踪。沿着囊肿及瘘管的走行仔细分离,保护重要的神经及血管,有内口者给予荷包内翻缝合,间断加固。

2 结果

13 例患者在我院手术后随访 1~5 年,其中 1 例患者复发,予再次手术,余随访至今无复发。根据术后的病理,瘘管的走行,内外口的位置,以及囊肿的部位,13 例患者中诊断第一鳃源性囊肿及瘘管者 3 例,第二鳃源性囊肿及瘘管者 8 例,第三鳃源性囊肿及瘘管 2 例。其中孤立性囊肿 4 例,不完全外瘘管 4 例,完全性瘘管者 5 例。

3 讨论

3.1 分型及临床表现 临床上第二鳃源性囊肿及瘘管最为常见,第一、三较少见。本组中第一鳃源性囊肿及瘘管 3 例,第二鳃源性囊肿及瘘管 8 例,第三鳃源性囊肿及瘘管 2 例。Agaton-Bonilla 等^[3]认为这种先天性疾病最常见的临床表现为左侧无痛性颈部肿块。本组病例按临床表现的出现率依次为:颈部或耳后肿块,左侧多见,上感后易发生症状;局部感染疼痛;咽部不适;吞咽不适;无明显吞咽困难及声音嘶哑患者。

3.2 病灶位置及走行 第一鳃源性囊肿及瘘管外口开口于乳突尖或下颌角附近,瘘管可穿过腮腺的实质或邻近腮腺后方,内口一般开口于外耳道。本组 3 例第一鳃源性囊肿及瘘管外口位于耳后乳突尖前方,其中 1 例有内口者开口于外耳道。2 例囊肿及瘘管走行于腮腺后方,1 例穿过腮腺实质。第二、三鳃源性囊肿及瘘管外口一般位于胸锁乳突肌前缘。第二鳃源性囊肿及瘘管沿颈动脉鞘走行于颈内、外动脉之间,内口一般开于扁桃体窝;第三鳃源性囊肿及瘘管走行于颈动脉与迷走神经之间,内口开口于梨状窝。本组病例中胸锁乳突肌中上部前缘 3 例,胸锁乳突肌中下 1/3 前缘处 3 例。6 例第二鳃源性囊肿及瘘管均走行于颈动脉浅面,2 例第三鳃源性囊肿及瘘管走行于颈动脉与迷走神经之间。内口位于梨状窝 2 例,左咽侧壁 1 例,扁桃体 1 例。

3.3 影像学检查 鳃源性囊肿及瘘管容易发生误诊及漏诊,本组病例 5 例漏诊,1 例误诊,漏诊误诊率达到 46%。除根据其临床表现外,B 超、碘油造影、CT、MRI 等检查都有助于进一步明确诊断。B 超检查是常规、方便的检查方法,准确率较高,但有些囊肿由于慢性感染,囊液浓缩变稠等原因

[作者简介] 朱敏辉,硕士生. E-mail: zmh197915@yahoo.com.cn
* Corresponding author. E-mail: zhenghl2004@163.com.cn

影响其结果。本组病例中 1 例 B 超检查报告为“密度均匀,包膜完整的实性包块”,从而影响了临床诊断。本组病例中 CT 及 MRI 检查准确率较 B 超高,且能明确肿块与周围血管、组织之间的关系,并可与其他颈部肿块相鉴别,可作为有效的检查手段。鳃源性囊肿在 CT 中呈囊性肿块,边界清,增强后囊壁呈不同程度的强化,囊内无明显强化。MRI 表现为类球形信号, T₁ WI 中为低信号或等信号, T₂ WI 呈高信号。碘油造影检查可在整体上判断瘻管走行及内口的位置,对术中参考及完整切除病变有重要作用。本组 8 例行碘油造影,其中 3 例显示有内口,其位置与术中探查所见完全一致,故碘油造影对于明确内口位置及瘻管的走行尤为重要。

3.4 治疗及预后 此病预后良好,极少发生恶变^[4]。手术切除是目前治疗鳃源性瘻管及囊肿的唯一有效的方法,目前不主张采用其他方法如注射硬化剂等^[3]。本组 13 例患者手术后仅 1 例复发。手术前应该完全控制感染,注射美蓝示踪,根据瘻管或囊肿不同的类型及走行采取不同的手术切口。第一鳃源性囊肿及瘻管可采用耳后“S”型切口以充分暴露腮腺及病变组织,并可防止损伤面神经。第二、三鳃源性囊肿中对于较表浅且较短的瘻管,可沿其走行作纵行切口。对于较长、位置较深的病变可沿其走行顺皮纹方向作多个横

切口,逐段分离瘻管。对于反复感染瘢痕形成者,可沿胸锁乳突肌前缘作切口,追踪分离瘻管。若有内口,切除后必须荷包缝合并加固。第二鳃源性囊肿及瘻管在分离过程中应注意保护颈动脉,第三鳃源性囊肿及瘻管术中除勿损伤颈动脉外还应该注意保护迷走神经。

[参考文献]

[1] Garrel R, Jouzdani E, Gardiner Q, et al. Fourth branchial pouch sinus: from diagnosis to treatment [J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2006, 134: 157-163.

[2] 黄世铮,赵杰. 10 例第一鳃裂囊肿及瘻管误诊原因探讨[J]. *华夏医学杂志*, 2005, 18: 590-591.

[3] Agaton-Bonilla F C, Gay-Escoda C. Diagnosis and treatment of branchial cleft cysts and fistulae. A retrospective study of 183 patients[J]. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 1996, 25: 449-452.

[4] Ulku C H, Kaynak A, Avunduk M C, et al. Thyroid papillary carcinoma arising in ectopic thyroid gland in a secondary branchial cleft cyst[J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2006, 135 (Suppl 1): 228.

[收稿日期] 2007-08-30

[修回日期] 2007-11-20

[本文编辑] 贾泽军