

上颌窦鳞状细胞癌患者上颌骨切除术后的疗效观察

郑莹, 鞠建宝*

青岛大学附属医院耳鼻咽喉头颈外科, 山东 青岛

收稿日期: 2021年12月26日; 录用日期: 2022年1月16日; 发布日期: 2022年1月29日

摘要

目的: 观察上颌骨(次)切除术治疗上颌窦鳞状细胞癌的长期临床疗效, 分析手术预后的影响因素。方法: 回顾性分析23例上颌骨(次)切除术治疗的上颌窦鳞状细胞癌患者的临床诊疗资料。结果: 死亡4例, 1、2、5年生存率分别为56.52% (13/23)、34.78% (8/23)、13.04% (3/23)。Kaplan-Meier单因素分析结果显示患者性别、术后是否辅助治疗对预后的影响有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 上颌骨(次)切除术是一种经典且有效的外科治疗方法, 患者性别、术后是否辅助治疗是手术预后的重要影响因素。

关键词

上颌窦鳞状细胞癌, 上颌骨切除, 疗效观察, 预后

Observation on Curative Effect of Maxillary Sinus Squamous Cell Carcinoma Patient after Maxillectomy

Ying Zheng, Jianbao Ju*

Department of Otorhinolaryngology Head & Neck Surgery, The Affiliated Hospital of Qingdao University, Qingdao Shandong

Received: Dec. 26th, 2021; accepted: Jan. 16th, 2022; published: Jan. 29th, 2022

Abstract

Objective: To observe the long-term clinical effect of maxillectomy for squamous cell carcinoma of

*通讯作者 Email: jb640124@hotmail.com

maxillary sinus, and analyze the influence factors of surgical prognosis. Method: The clinical data of 23 patients with squamous cell carcinoma of maxillary sinus treated by maxillcetomy were retrospectively analyzed. Result: Four cases died, the 1-, 2- and 5-year survival rates were 56.52%, 34.78%, 13.04% respectively. Kaplan-Meier analysis results showed that the influence of adjuvant after sex operation on prognosis was statistically significant. Conclusion: Maxillary resection is a classic and effective surgical treatment, and gender of patients and postoperative adjuvant therapy are important factors affecting the prognosis of surgery.

Keywords

Squamous Cell Carcinoma of Maxillary Sinus, Maxillary Resection, Observation of Curative Effect, Prognosis

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

上颌窦恶性肿瘤是头颈常见肿瘤之一, 其中尤以鳞状细胞癌多见, 对于上颌窦恶性肿瘤的治疗, 目前没有统一的治疗方案, 多以手术为主、结合放化疗为辅的综合治疗多见。治疗方案的选择, 需要根据肿瘤的类型、侵犯的范围、临床分期及患者的全身情况综合考虑。与鼻内镜手术相比, 上颌骨切除具有视野暴露充分、切口大、可有效控制术中出血的优势。因此, 在鼻内镜发展的今天, 鼻外侧径路手术仍为许多临床医师所采纳。为了解上颌窦恶性肿瘤上颌骨切除术后的疗效, 本研究回顾性分析行上颌骨切除手术治疗的上颌窦鳞状细胞癌患者的临床诊疗资料, 包括性别、手术年龄、肿瘤 T 分级、淋巴结转移、TNM 分期、术前术后辅助治疗、术后复发及生存期等, 并分析手术预后的影响因素。

2. 资料与方法

2.1. 临床资料

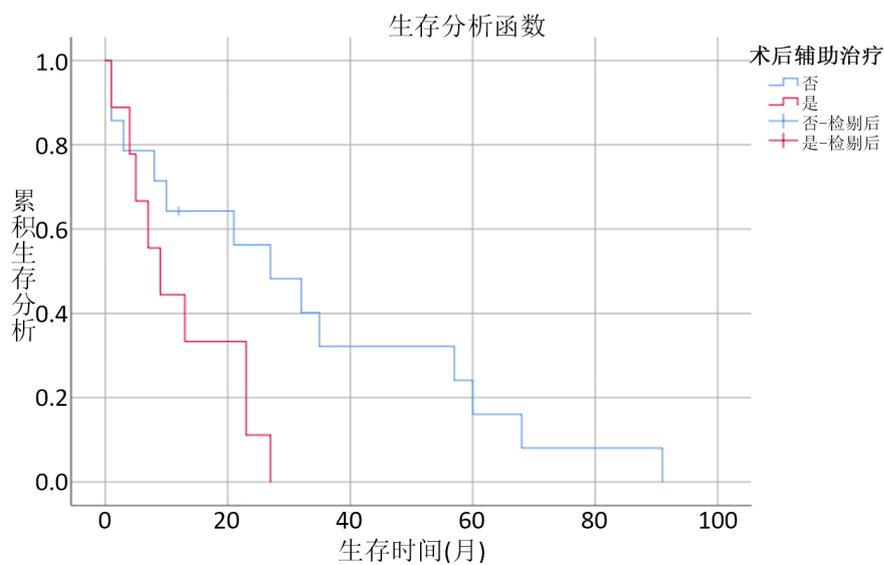
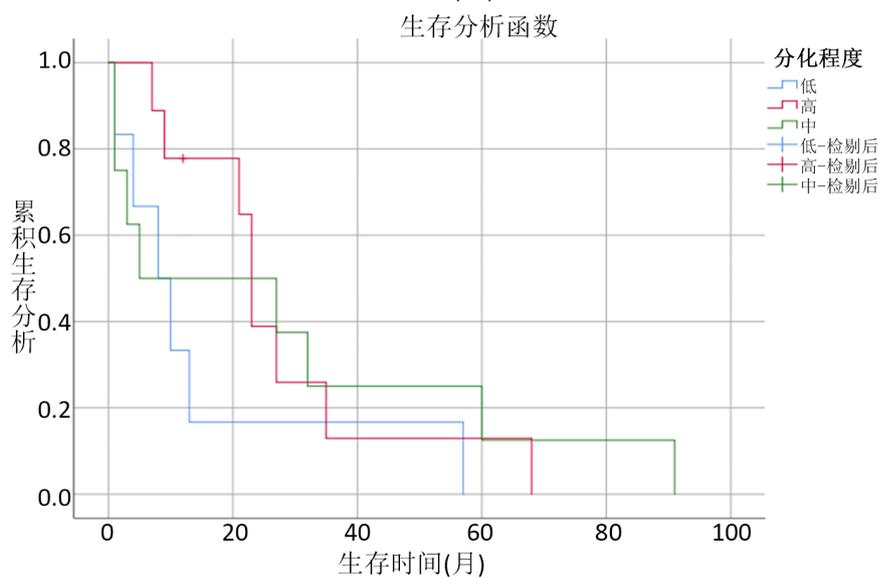
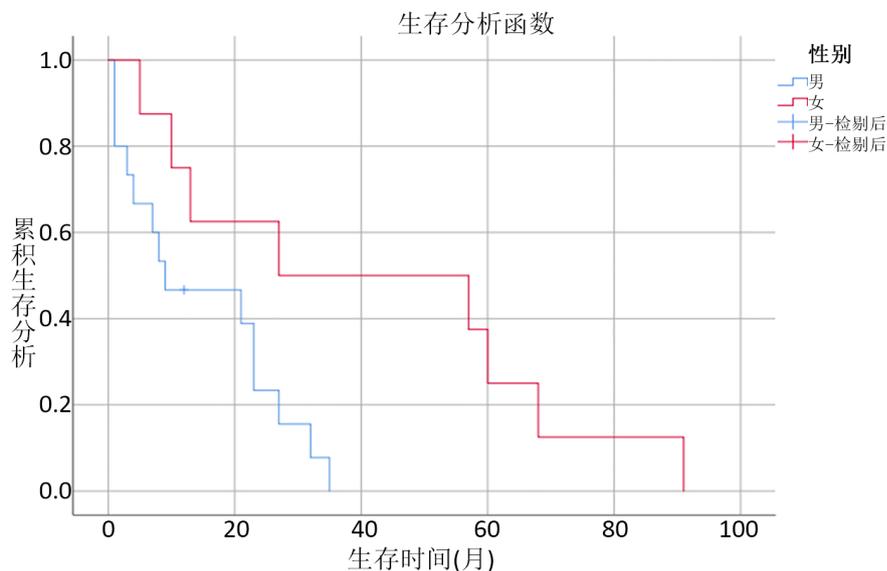
我科 2013~2020 年收治的原发于上颌窦的鳞状细胞癌患者行上颌骨切除术 23 例, 无一失访。其中, 男 15 例, 女 8 例; 年龄 17~88 岁, 平均年龄 57.17 岁。主要临床表现为面部麻木、鼻塞、溢泪、颈部淋巴结肿大、硬腭肿物等。为了解病变范围, 所有患者术前均行鼻内镜、CT、MRI 影像学检查。按 UICC (2002) T 分级, 23 例患者具体分化程度及分期见表 1。高分化鳞状细胞癌 9 例, 中分化 8 例, 低分化 6 例, 未分化 0。

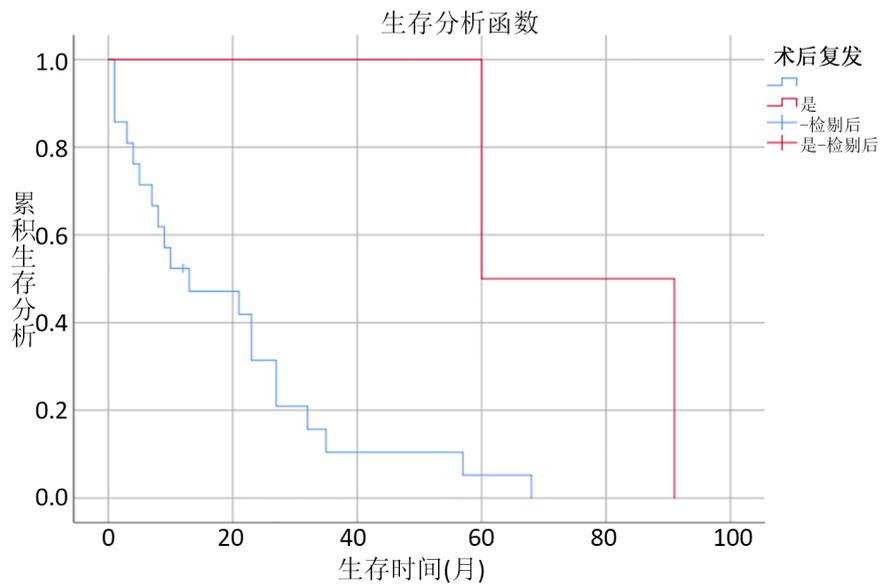
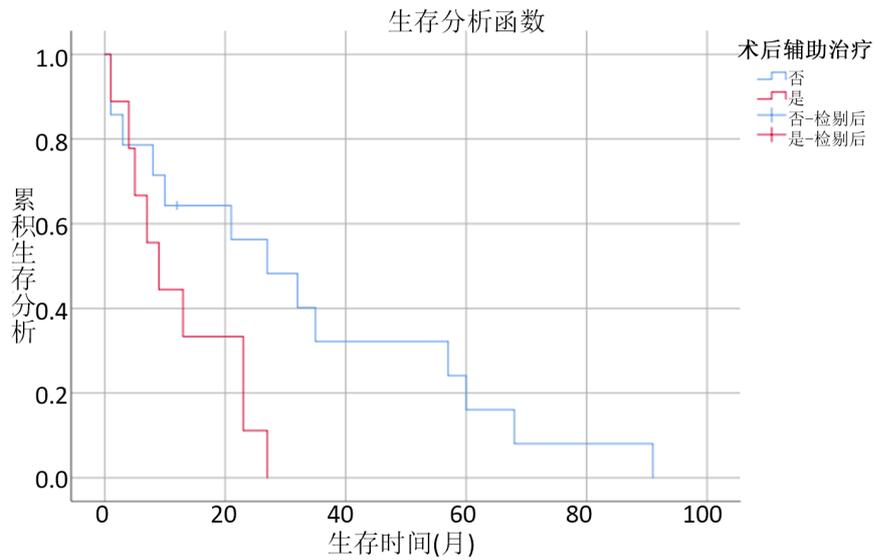
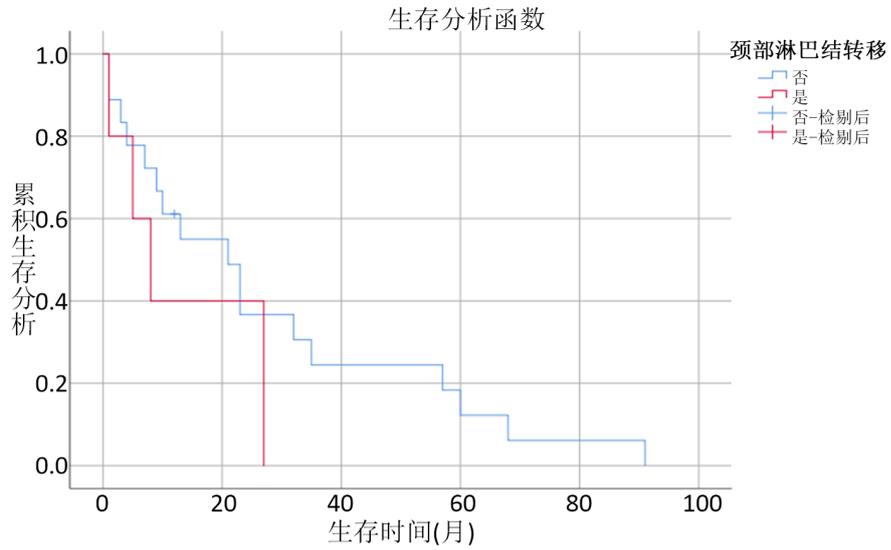
2.2. 影像学资料

23 例患者影像学表现主要为邻近窦壁的侵袭性骨质破坏, 如图 1, 瘤内坏死也是鳞状细胞癌的特征性影像学表现之一。MRI 上, T1W1 等信号、T2W1 稍高信号、增强 T1W1 中等强化是鳞状细胞癌典型的、非特异性的影像学表现。较小的病变通常是均匀的, 而较大的肿瘤通常更不均匀, 并显示坏死和出血的区域。

2.3. 治疗方法

23 例患者均行鼻外侧入路上颌骨切除术, 根据患者肿瘤侵犯情况选择上颌骨全切、上颌骨次全切及





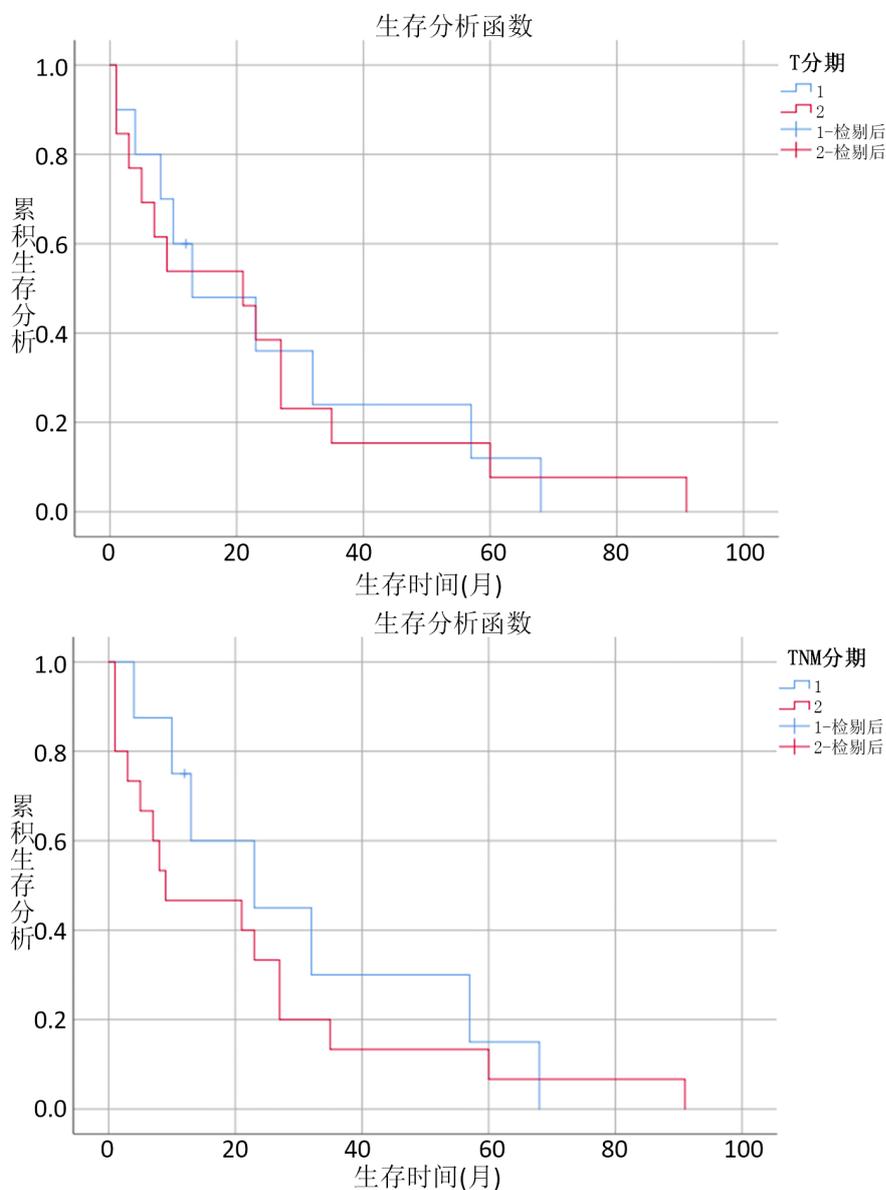


Figure 1. Survival analysis function

图 1. 生存分析函数

上颌骨扩大切除术。术后根据病情需要选择辅助放化疗，其中 9 例选择术后放化疗，余均未辅助治疗。23 例患者均在全麻下接受手术，全麻经口气管插管成功后，患者取仰卧位，常规消毒、铺巾。以 1%利多卡因棉片行鼻腔表面收缩麻醉。12 例行上颌骨全切(显露鼻底、鼻腔外侧壁、上颌骨前壁、颧骨，经鼻底至硬腭后缘将上颌正中断开，来复锯加骨凿在颧颌缝后断开，骨凿将上颌骨后外侧份断开，将上颌骨、鼻底及肿瘤完整切除)，上颌骨次全切 8 例(分离暴露上颌骨额突及上颌骨前壁，以纱条分离上颌骨后外侧，硬腭正中稍偏 2 mm 切口，软硬腭交界处切向外侧，与牙龈接口相接，分离粘骨膜，骨凿正中凿开硬腭，咬骨剪剪开上颌结节。持骨器加持上颌骨，游离周围组织，将上颌骨大部分取下。将鼻腔外侧壁连同上颌窦腔内肿瘤组织及粘膜一并切除，探查翼腭窝、颞下窝。)，上颌骨扩大切除 3 例(暴露梨状孔缘至上颌窦前壁，切除范围包括硬腭齿槽突、上颌窦内壁及外壁、部分眶底壁、翼突、翼腭窝和颞下窝受累组织及软腭后缘受累组织)。

2.4. 统计学分析

采用 SPSS 软件进行数据分析, 用 Kaplan-Meier 法统计平均生存期及累积生存率, Log-rank 检验进行单因素分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1. 手术结果

所有患者手术均顺利进行, 术中肿瘤达到肉眼完整切除并手术切缘均阴性, 无术中死亡病例, 无术中大出血病例, 所有患者均无术后并发症, 除 1 例患者术后 1 年出现术区修补材料感染外, 均无其他严重并发症。

3.2. 随访结果

所有病例随访截至 2021 年 4 月, 其中死亡 4 例, 1、2、5 年生存率分别为 56.52% (13/23)、34.78% (8/23)、13.04% (3/23)。局部早期患者(T1~T2) 1、2、5 年生存率分别为 60% (6/10)、30% (3/10)、10% (1/10), 局部晚期患者(T3~T4) 1、2、5 年生存率分别为 53.85% (7/13)、30.77% (4/13)、15.38% (2/13)。其中 2 例患者术后 24 月鼻窦 CT 提示复发, 患者进一步放疗。

3.3. 手术预后影响因素的生存分析

Kaplan-Meier 单因素分析结果显示患者性别、术后辅助治疗对预后的影响有统计学意义($P < 0.05$)。上颌窦鳞状细胞癌患者上颌骨(次)切除术后生存期女性高于男性, 均值分别为 60 个月和 23 个月。术后未辅助放化疗患者比辅助放化疗患者生存期较长, 均值分别为 33.063 个月和 12.444 个月。分化程度、颈部淋巴结转移、TNM 分期、T 分期对术后生存率的影响无统计学意义($P > 0.05$)。

4. 讨论

鼻窦鳞状细胞癌是最罕见的上皮性肿瘤之一, 约占头颈部恶性肿瘤的 3%。它主要发生在上颌窦(60%~70%), 少见於鼻腔(12%~25%)、筛窦(10%~15%)和蝶窦/额窦(1%)。上颌窦鳞状细胞癌主要影响东方国家的中年男性(55~65 岁), 这种疾病的发生存在地理差异, 东欧的发病率最高, 英国和爱尔兰的发病率最低。与其他头颈部肿瘤相比也是最差的预后之一。其中一个原因是大量的患者在报告时被诊断为晚期[1]。本文中纳入病例临床分期为 1、2 期的患者有(8/23)。

在一项研究中, Dulguerov 发现 T 分类、组织学、定位和治疗是影响生存的独立预后因素。T1、T2、T3 和 T4 肿瘤患者的 5 年精算生存率分别为 91%、64%、72%和 49%; 鼻腔、上颌窦和筛窦肿瘤患者分别为 77%、62%和 48% [2]。在我们的研究中, 局部早期(T1, T2)患者 5 年生存率为 10%, 局部晚期(T3, T4)患者 5 年生存率为 15.38%。总体患者 5 年生存率为 13.04%, 这一差距可能是由于上述报道未区分病理学类型, 而本组资料均为鳞状细胞癌, 预后较其他类型较差。Lee 等人对 150 名在加州大学旧金山分校接受调强放疗的头颈部癌症患者进行了研究。接受明确放射治疗的患者 3 年局部无进展率为 95% [3], 在本组数据中, 3 年局部无进展率为 76.92%。

Kaplan-Meier 单因素分析结果显示上颌骨切除治疗上颌窦鳞状细胞癌预后存在性别差异($P = 0.017$), 女性优于男性。术后未辅助治疗预后差于术后辅助治疗($P = 0.031$), Miyaguchi 等(1995)报道 34 例鼻腔鼻窦鳞状细胞癌患者, 经手术、化疗和(或)放疗后的 5 年生存率为 53.0% [4], 本组中术后辅助放化疗患者 5 年生存率为 11.1%。这一差距可能是与本研究样本量小有关。Hanna 等回归分析了 120 例鼻腔鼻窦恶性肿瘤的临床病例, 其中 93 例行内镜手术, 27 例行开放性手术, 5 年生存率分别为 87.0%和 80%, 两组对

比差异无统计学意义。因此, 我们认为上颌骨切除是一种有效的手术方式。

鼻内镜的发展为治疗鼻窦恶性肿瘤提供了新的选择, 其利用人体自然腔隙为手术进路, 不仅达到了微创的要求, 而且减少患者手术损伤, 缩短了手术时间。内镜手术也有其弊端, 其无法完整切除肿瘤, 因此无法保证切缘阴性。内镜治疗也有其禁忌症: 内镜下肿瘤无法完全切除的病例; 侵犯颈静脉孔区域或颞下窝的恶性肿瘤; 涉及眶内容物摘除的恶性肿瘤; 肿瘤广泛侵犯颅底和脑实质的病例[5]。但本组个别患者, 无上述内镜手术禁忌症, 但也接受了传统的上颌骨切除治疗, 随访至今, 预后可。传统的上颌骨(次)切除手术, 可以完整的切除包括侵及鼻腔、鼻窦的肿瘤, 保证患者的生存率, 尤其是向前面和(或)向下方发展的(即昂仁线以下)上颌窦恶性肿瘤, 上颌骨(次)切除术更为合适[6]。然而, 上颌骨切除往往创伤较大, 除了颜面部遗留瘢痕和畸形外, 还有很多的术后并发症, 在外观、活动、娱乐、咀嚼等方面严重影响患者的生活质量。一项关于 61 例晚期上颌骨恶性肿瘤生活质量的研究, 保守上颌骨切除术组与根治性上颌骨切除术组治疗前年龄、性别、病理类型、临床分期均无差异。两组总生存率无显著性差异。两组患者术后 UW-QOL 问卷得分比较显示, 保守手术组的综合评分明显高于根治性手术组, 外观、活动、娱乐、咀嚼 4 个维度的评分也明显高于根治性手术组[7]。传统上, 评价恶性肿瘤治疗效果的标准只有生存率。在过去的 20 年里, 生活质量在肿瘤医疗保健中的重要性越来越大, 现在被普遍认为是评估治疗结果的预测指标。因此, 在保证生存率的基础上, 尽量减小手术范围, 保留患者的基本功能和外形被认为是合理的。

5. 总结

本研究观察了上颌骨(次)切除术治疗上颌窦恶性肿瘤的长期临床疗效, 分析了手术预后的影响因素。但由于样本量少, 可能会造成结果偏差, 仍需加大样本量, 或进行前瞻性研究, 以获得更加可靠的研究结果。

参考文献

- [1] Santos, M.R.M., Servato, J.P.S., Cardoso, S.V., *et al.* (2014) Squamous Cell Carcinoma at Maxillary Sinus: Clinicopathologic Data in a Single Brazilian Institution with Review of Literature. *International Journal of Clinical and Experimental Pathology*, **7**, 8823-8832.
- [2] Paolo, B., Davide, F., Gemma, G., *et al.* (2016) Paranasal Sinus Cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, **98**, 45-61. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2015.09.009>
- [3] Brennan, P.A., Bradley, K.L. and Brands, M. (2017) Intensity-Modulated Radiotherapy in Head and Neck Cancer—An Update for Oral and Maxillofacial Surgeons. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, **55**, 770-774. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2017.07.019>
- [4] 叶宇东, 邱前辉, 张水兴, 黄艳, 詹建东, 许咪咪. 原发鼻腔鼻窦恶性肿瘤内镜术后的长期疗效观察[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015, 29(12): 1105-1110.
- [5] 张秋航. 鼻内镜颅底外科的适应症[J]. 中国医学文摘(耳鼻咽喉科学), 2006, 21(3): 76-78.
- [6] Dooley, L. and Shah, J. (2015) Management of the Neck in Maxillary Sinus Carcinomas. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, **23**, 107-114. <https://doi.org/10.1097/MOO.000000000000138>
- [7] Liu, L., Liu, D., Guo, Q., *et al.* (2013) Quality of Life in Advanced Maxillary Sinus Cancer after Radical versus Conservative Maxillectomy. *Journal of Craniofacial Surgery*, **24**, 1368-1372. <https://doi.org/10.1097/SCS.0b013e31828601d6>