

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201704023

· 病案报道 ·

上颌窦恶性肿瘤误诊眶内感染 1 例

兰 忠, 杨一兵, 丛林海, 汤 勇, 张 帆

(昆明医科大学第一附属医院耳鼻咽喉头颈外科, 云南 昆明 650032)

中图分类号: R739.62 文献标识码: D

[中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2017, 23(4): 384-386]

1 病例报告

患者男, 70岁, 因右眼视物模糊伴胀痛2周就诊于我院眼科门诊, 患者同时伴有溢泪、畏光、复视, 无面部隆起、眼球突出及牙痛等不适, 精神状态良好, 体力及进食可, 睡眠一般, 体重及大小便正常。期间于当地县医院眼科以右眼球结膜水肿收住院, 予抗感染、脱水、滴眼液滴眼、眼膏涂眼等对症支持治疗1周(具体用药不详), 上述症状无明显好转, 建议转上级医院进一步治疗。我院眼科查体: 右眼Vod: 0.25, 眶压高, 压痛(+), 球结膜充血、水肿明显, 角膜透明, 晶体混浊, 余查体不能配合(图1)。左眼未见异常。行双眼B超检查示: 双眼玻璃体混浊; 右眼“T”征阳性, Tenon积液可疑; 右眼内直肌、外直肌回声减弱并明显增粗; 右眼颞侧球壁后见不规则低回声区域(性质待查)。行眼眶CT平扫检查示: 右眼眶下壁、内侧壁及外侧壁可见条片状软组织密度影, 邻近眶周脂肪间隙模糊不清, 右侧外直肌增粗、右侧泪腺受累显示欠清, 鼻泪管内软组织密度影; 两侧眼球未见异常; 眶壁骨质未见破坏及增生; 附见: 双侧上颌窦、右筛窦及额窦内软组织密度影, 未见骨质破坏吸收(图2)。眼科医生考虑患者眼部感染由上颌窦病变扩展而来, 后以慢性鼻窦炎并发眶内感染收入我科。追问病史, 患者自诉近半年来偶有无明显诱因右侧鼻塞及头痛, 伴流黄色黏稠脓涕, 量不多, 无脓涕中带血丝、鼻痒、鼻干、打喷嚏、嗅觉减退、发热、头晕等不适。患者平素体健, 无高血压、糖尿病及头颅外伤史。我科查体: 体温36.2℃, 意识清楚, 未触及浅表淋巴结肿大。外鼻无畸形, 右鼻腔黏膜充血, 可见少许黏性分泌物, 右中鼻甲息肉

样变阻塞中鼻道。右上颌窦压痛(+), 其余鼻窦压痛(-)。血常规及血生化结果示白细胞总数 $4.50 \times 10^9/L$, 中性粒细胞绝对值 $2.57 \times 10^9/L$, 单核细胞百分数11.30%, 嗜酸性粒细胞百分数7.60%, 红细胞 $3.81 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白127.00 g/L, 总蛋白62.10 g/L。凝血功能、免疫、胸片及心电图未见异常。

排除手术禁忌证后, 在全麻鼻内镜下行右上颌窦、筛窦开放术及中鼻甲成形术。术中切除钩突, 开放筛窦, 吸尽其内少量黄色脓液, 扩大右侧上颌窦开口, 吸尽其内大量黄色稀薄脓液, 30°内镜下可见右上颌窦窦腔上壁黏膜水肿明显, 呈淡红色, 似息肉样组织(临床医师考虑其由上颌窦内长期慢性炎症刺激黏膜上皮炎性息肉样增生形成), 切除病变组织送普通病检, 术中未见上颌窦顶壁骨质侵蚀及破坏。术后予抗感染、激素消肿、鼻腔换药等对症处理。患者术后第6天右眼视物模糊、眼胀痛及球结膜充血、水肿仍未见明显好转。我科医师认为患者眼部病变与上颌窦病变关系不大, 建议转眼科进一步治疗。术后回访, 患者于外院眼科行右眼水肿球结膜穿刺抽出少量血性液体后予缝合上下眼睑消肿处理。术后拆线, 可见眼部病变同前。待术后普通病检回报示: 中-低分化鳞状细胞癌(图3), 此时才认识到患者为鼻窦恶性肿瘤并眶内侵犯。根据AJCC TNM分类标准第7版(2010)分型分期为: III期 T3N0M0。后患者再转我院行放、化疗, 随访至术后半年, 目前患者右眼完全恢复正常, 球结膜无充血、水肿, 视力正常, 未见复发征象, 现仍在继续密切随访中。

2 讨论

上颌窦恶性肿瘤在全身恶性肿瘤中不足1%, 在头颈部恶性肿瘤中仅占3%^[1], 相对少见, 且早期症状较少。许多医生对其缺乏足够的认识, 不熟悉其临床特征, 导致误诊率较高, 早期诊断、早期治疗

作者简介: 兰 忠, 男, 在读硕士研究生。
通信作者: 杨一兵, Email: 369300770@qq.com

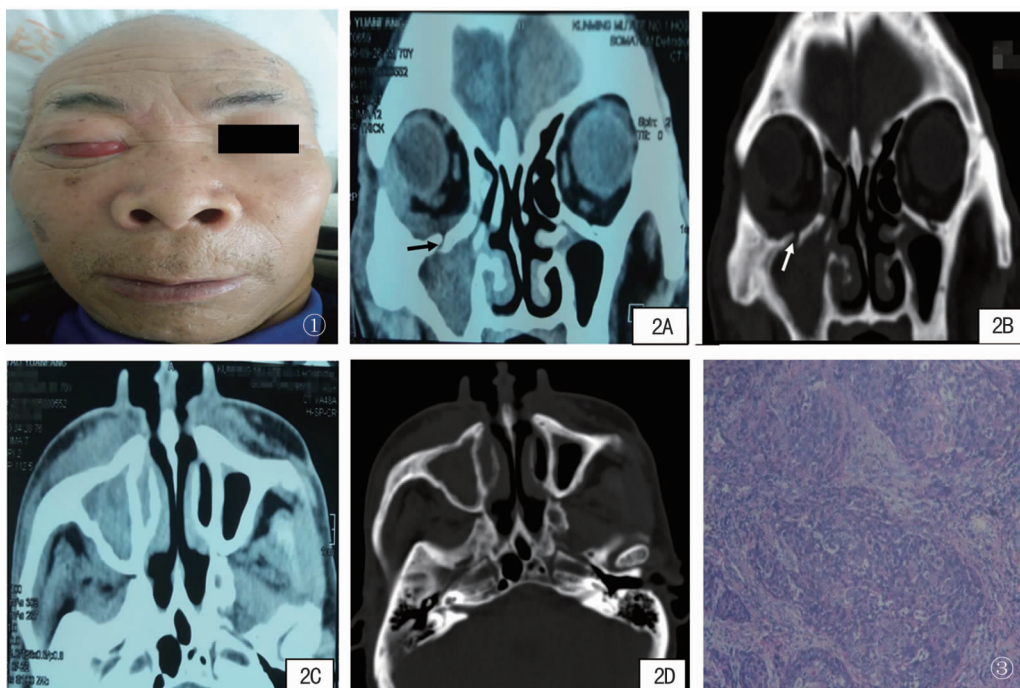


图 1 右眼球结膜充血、水肿明显 **图 2** 眼眶 CT 平扫示右眼眶下壁、内侧壁及外侧壁可见条片状软组织密度影,邻近眶周脂肪间隙模糊不清,眶壁骨质未见破坏及增生现象;双侧上颌窦、右筛窦及额窦内软组织密度影,未见骨质破坏吸收;右上颌窦病灶沿眶下管(A、B 图片箭头所示)向上扩展侵犯眶内 A:冠状位软组织窗;B:冠状位骨窗;C:轴位软组织窗;D:轴位骨窗 **图 3** 术后病理结果显示中-低分化鳞状细胞癌 (HE ×100)

是提高其治愈率的关键。我科收治的本例患者,外院单纯诊断为右眼球结膜水肿,转我科后诊断为慢性鼻窦炎并发眶内感染,因术后疗效差,考虑眼科病变与鼻窦病变无关后,建议患者出院继续诊治眼科病变。

上颌窦恶性肿瘤早期鼻部症状不典型,而面颊部疼痛或麻木感属常见症状^[2],易被忽视而误诊。早期肿瘤较小,局限于上颌窦窦腔某一部位,鼻部症状隐匿且缺乏特异性,包括鼻塞、血涕、头痛等,与慢性炎症难以鉴别。该患者近半年来仅有右鼻间断鼻塞及头痛,伴流少量黄脓涕。术后待病检结果回报提示恶性肿瘤,我科医师回顾分析该患者临床表现(右鼻偶有鼻塞及流少量脓涕)、CT 资料(无骨质破坏)及术中所见(右上颌窦窦腔上壁黏膜水肿明显,术中未见上颌窦顶壁骨质侵蚀及破坏),考虑其病理结果与临床资料存在较大差距。因为其既没有眼眶压迫症状,又没有骨质破坏影像征象,同时术中上颌窦未见明显肿物。再次追问病史,患者自诉半年来同时有右面颊部间歇性针刺样疼痛及麻木感,曾在外院就诊,因其年龄较大,未系统检查,诊断为三叉神经痛,仅予口服止痛、抗炎、营养神经等药物保守治疗,疗效不佳。因而耳鼻咽喉科、口腔科应熟悉上颌窦恶性肿瘤临床表现,认真、系统询问病史,仔

细、全面查体,以便及时发现可疑的症状和体征。

上颌窦恶性肿瘤大部分因在晚期出现眼眶压迫症状而发现,本例患者经眶下管途径侵犯眶内出现球结膜水肿实属少见。上颌窦通过菲薄的骨板与眼眶相隔,并且骨板上存在自然孔道和裂隙,这些裂隙可促使上颌窦肿瘤蔓延和侵犯眼眶。结合该患者 CT 所见,其右上颌窦上壁并不薄弱,且无骨质破坏与吸收。因而笔者认为,肿瘤侵犯了眶下神经导致患侧面颊部疼痛及麻木感,并沿眶下管(图 2A、2B 箭头所示)向上扩展至眶内出现眼部症状。该患者发病机制应引起耳鼻咽喉科、眼科及放射科广大医生的重视。

上颌窦恶性肿瘤常以眼部症状突出,如突眼、复视、溢泪、眼球运动及视力障碍等就疹于眼科,眼科医生不注意眼眶周围病变,容易误诊^[3]。由于上颌窦和眼眶相互间紧密的毗邻解剖学关系,上颌窦肿瘤常侵犯眼眶,出现眼部症状。在未查明眼部病来源且抗炎治疗无效的情况下,应常规请耳鼻咽喉科会诊,尽早行鼻腔、鼻窦影像学检查,排除鼻腔鼻窦肿瘤^[4],以免诊断错误,耽误病情。本例患者于外院眼科诊断不明确,导致治疗效果不佳。后结合我科术后病检结果行放、化疗,目前右眼完全恢复正常,未见复发征象。

CT等辅助检查对于上颌窦恶性肿瘤早期诊断无特异性。鉴于上颌窦恶性肿瘤与炎症、息肉早期CT表现无明显区别,均表现为局部软组织密度影,CT值也无明显差异,因而鉴别较困难。上颌窦癌以鳞癌最多,初期在窦内黏膜生长,中晚期才可见骨质破坏,况且良性肿瘤或炎性病变有时也可见骨质吸收破坏征象^[5],诊断时应注意,以免误诊。对于术前CT不能确诊或怀疑恶性肿瘤者,则术前必须进行病理活检以明确诊断^[6]。

总之,通过本例误诊原因分析,希望以后能给遇到类似疾病的广大同仁一些启示,使患者可以及时地获得正确的诊断及治疗,防止病情继续发展。

参考文献:

[1] Alessandra Rinaldo, Alfio Ferlito, Ashok R Shaha, et al. Is elective

treatment indicated in patients with squamous cell carcinoma of the maxillary sinus[J]. Acta Otolaryngol, 2002, 122(4): 443-447.
[2] 彭振兴,徐先发,魏伯俊,等. 上颌窦癌并发上颌窦真菌性鼻窦炎1例[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016, 30(2): 155-156.
[3] 张梅凤,杜铁流. 鼻窦肿瘤致眼球突出的临床诊治分析[J]. 中国实用医药, 2010, 5(10): 48-49.
[4] 汪琼,陈敏,孙群. 首诊于眼科的鼻腔鼻窦疾病39例临床分析[J]. 国际眼科杂志, 2014, 14(7): 1358-1360.
[5] Chmielewski R, Paprocki A, Morawski K, et al. Sphenoid sinus mucocele penetrating to the orbit, anterior and middle cranial fossae and parapharyngeal space: a case report[J]. Otolaryngol Pol, 2010, 64(1): 47-50.
[6] 刘少峰,王文,伍丽娟,等. 单侧鼻腔鼻窦病变CT诊断与临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2012, 18(4): 307-309.

(收稿日期:2017-03-13)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201704024

· 病案报道 ·

MRI 报告前庭蜗神经缺如 1 例

白治丽,杨花荣,张 转

(延安大学附属医院 耳鼻咽喉科,陕西 延安 716000)

中图分类号:R764.4 文献标识码:D

[中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2017,23(4):386-387]

1 病例报告

患者男,35岁,因右耳耳鸣2月余,加重伴听力下降1周,门诊以耳聋待查收住院。患者诉自幼左侧耳聋,家族中外婆、母亲均自幼单侧耳聋。查体:双侧外耳道通畅,鼓膜完整,标志清楚。纯音测听示右耳平均听阈75dBHL;左耳平均听阈120dBHL。声阻抗示双耳呈“A”型曲线。ABR示左耳100dBnHL未引出可重复的V波;右耳80dBnHL。DPOAE示右耳0.75、1.0kHz记录到DPOAE,2.0、4.0、8.0kHz未记录到DPOAE;左耳0.75、1.0、2.0kHz记录到DPOAE,4.0、8.0kHz未记录到

DPOAE。颞骨HRCT扫描未见异常。内耳MRI示左侧蜗神经及前庭神经显示不清,考虑缺如,请结合临床(图1)。心电图大致正常。胸片示右肺硬结病灶,请结合临床必要时进一步检查。入院后给予高压氧、改善循环等对症治疗,1个疗程后患者及家属自觉治疗效果不佳,要求出院。出院诊断:①感音神经性耳聋(双);②先天性内耳畸形(左)。

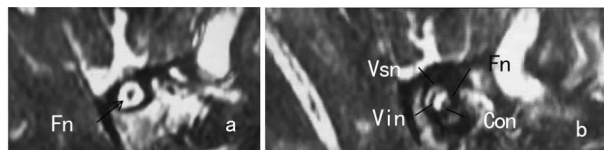


图1 内听道MRI(斜矢状位) a:左侧内耳道蜗神经及前庭神经显示不清,内部仅见一条面神经;b:右侧内耳道内前庭、蜗神经、面神经走行及形态正常 Fn:面神经;Con:蜗神经;Vsn:前庭上神经;Vin:前庭下神经

作者简介:白治丽,女,在读硕士研究生。
通信作者:杨花荣,Email: yanghuarong_197307@medicine360.net