

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202221358

· 临床报道 ·

啮蚀艾肯菌致鼻咽颅底感染 1 例报道

陈瑞恩¹, 林巧如², 李波波², 朱任良²

(1. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州 510405; 2. 广东省中医院耳鼻咽喉头颈外科, 广东 广州 510120)

摘要: **目的** 总结 1 例啮蚀艾肯菌引起鼻咽颅底感染的诊疗经验, 提高对该菌感染病的认识。**方法** 回顾性分析 1 例啮蚀艾肯菌致鼻咽颅底感染患者的病例资料, 并结合文献进行讨论。**结果** 本例患者完善内镜检查、影像学检查以及实验室检查, 鼻咽颅底组织 2 次病理报告均为慢性肉芽肿性炎, 经实验室确诊为啮蚀艾肯菌感染, 予清创引流、口服抗生素 2 个月后, 患者痊愈, 术后随访 3 个月未复发。**结论** 鼻咽颅底感染临床少见, 临床症状、影像学检查与鼻咽癌相似。啮蚀艾肯菌为罕见致病菌, 发病率低。诊治上, 需结合病理学、病原学检查明确诊断, 及早清创引流、选取合适的抗感染药物。

关键词: 鼻咽感染; 颅底感染; 啮蚀艾肯菌

中图分类号: R766.3

Nasopharynx and skull base infection caused by Eikenella corrodens: a case report

CHEN Ruien¹, LIN Qiaoru², LI Bobo², ZHU Renliang²

(1. the Second Clinical Medical College, Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510405, China; 2. Department of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, Guangdong Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510120, China)

Abstract: **Objective** To summarize the diagnostic and therapeutic experience of a case about nasopharynx and skull base infection caused by Eikenella corrodens, and to improve the understanding of this bacterial infection. **Methods** The case data of a patient with nasopharynx and skull base infection caused by Eikenella corrodens suspected of nasopharyngeal carcinoma were retrospectively analyzed and discussed in combination with the literature. **Results** The patient underwent endoscopic examination, imaging examination and laboratory examination were completed in this case. Two pathological reports of nasopharyngeal skull base tissue were chronic granulomatous inflammation. The patient was confirmed to be infected with the infection of Eikenella corrodens by laboratory. The patient was cured after 2 months of debridement and drainage and oral antibiotics, and there was no recurrence after 3 months of follow-up. **Conclusions** Nasopharynx and skull base infection is rare in clinic. The clinical symptoms and imaging findings of this infection are similar to those of nasopharyngeal carcinoma. The incidence rate of Eikenella corrodens is very low. In the diagnosis and treatment of this infection, it is necessary to make a definite diagnosis combined with pathological and etiological examination. The debridement and drainage and appropriate anti-infective drugs should be selected as soon as possible.

Keywords: Nasopharynx infection; Skull base infection; Eikenella corrodens

鼻咽部具有复杂的解剖结构, 该处病变常累及颅底、中耳。在一定的条件下, 定植于鼻咽的微生物会成为致病菌, 引起感染。鼻咽颅底感染临床少见, 临床症状、影像学检查与鼻咽癌相似。本文总结 1 例啮蚀艾肯菌引起鼻咽颅底感染的诊疗经验, 以

提高临床医师对该菌感染病的认识。报道如下。

1 临床资料

患者, 女, 63 岁。因左侧头痛 1 个月, 于 2021 年

第一作者简介: 陈瑞恩, 女, 硕士。
通信作者: 朱任良, Email: entzrl@126.com

3 月 29 日入院。1 个月前患者无明显诱因出现左侧头痛,呈持续性剧痛,需服用止痛药,能部分缓解,遂来医院就诊,查颅脑 CT 平扫示鼻咽左侧壁变平、咽隐窝消失,颅脑多发腔隙样脑梗死,未见急性脑出血;纤维鼻咽镜示左侧咽隐窝变浅(图 1),建议行鼻咽活检,患者拒绝。期间患者头痛反复发作,自服止痛药后症状部分缓解。入院症状见:左侧头面部、颈部疼痛,呈持续性,左耳疼痛、耳痒、耳闷塞感、听力下降,无鼻塞、涕中带血、痰中带血,伸舌偏左,张口及吞咽受限,声音嘶哑,无发热不适。专科检查:鼻咽左侧顶后壁见隆起,表面光滑,左侧咽隐窝消失;左侧声带活动不良,双声带未见新生物、闭合欠佳,会厌、双侧梨状窝黏膜光滑、未见新生物;双侧外耳道通畅,左耳鼓膜完整,有充血、积液征,右耳鼓膜完整、标志清晰;颈部浅表淋巴结未触及明显肿大。既往糖尿病病史 28 年,自服降糖药物,控制欠佳;高血压病、双肺多发结节病史。

入院检查血常规示白细胞计数 $13.73 \times 10^9/L$,中性粒细胞 71.0%,淋巴细胞 22.4%,单核细胞 5.5%。C-反应蛋白 39.10 mg/L,降钙素原 0.08 ng/mL。EB 病毒血清学检测示 EB 病毒衣壳抗原 IgA 抗体、EB 病毒核心抗原 IgA 抗体、EB 病毒早期抗体、EB 病毒核酸均为阴性。纯音听阈示右耳正常听力、左耳传导性听力损失。声导抗示右耳鼓室图 A 型、左耳鼓室图 B 型。腹部、泌尿系彩超未见明显异常。胸部 CT 平扫示双肺支气管-血管束走形清晰,双肺多发结节状影,肺门结构清晰。鼻窦 CT 平扫示鼻咽腔不对称,鼻咽左侧顶后壁明显增厚形成肿块,突入鼻咽腔,左侧咽隐窝消失,肿块向深部浸润,左侧咽旁间隙闭塞,左侧翼内肌及翼外肌受侵犯;颅底左侧翼内板、岩尖、枕骨斜坡、卵圆孔骨质破坏,局部软组织肿物侵犯(图 2)。鼻咽部 MRI 平扫及增强检查示鼻咽左侧壁及顶后壁见片状异常信号影,累及左侧咽旁隙、腭帆张肌、腭帆提肌、头状肌,T1WI 呈低信号,T2WI 呈混杂稍高信号,增强扫描边缘强化,中心见强化坏死区,鼻咽腔变窄,左侧颈内动脉被病变包绕;左侧乳突小房 T2WI 信号增高(图 3)。颈部 MRI 平扫及增强示双侧颈动脉鞘区、下颌下腺区见多发淋巴结。初步诊断:①鼻咽部病变(性质待定);②2 型糖尿病;③高血压 3 级(很高危组);④双肺多发结节。

4 月 8 日在表面麻醉下行鼻咽组织活检,鼻咽黏膜光滑,黏膜下脓腔,腔内见脓液及坏死组织(图 4)。4 月 16 日在全麻气管插管下行鼻咽颅底

病损清创引流(图 5)及左耳鼓膜穿刺抽液,术中见鼻咽颅底脓腔,腔内大量脓性分泌物及坏死组织,深达颅底筋膜及颅底骨,予彻底清创,留取全部病变组织及脓液送病理及病原学检查。术后患者头痛及耳痛症状缓解。术后 2 次病理结果均示慢性肉芽肿性炎,分子病理结果示 EBER(-),免疫组化结果示 CK(-)、CD68(+),抗酸染色(-);两次细菌培养均见嗜蚀艾肯菌,真菌培养、分枝杆菌培养阴性。给予阿莫西林克拉维酸钾片 0.914 g 口服,每 12 小时 1 次,持续用药 1 个月。

术后 1 个月复查,患者左侧头颈部、左耳无疼痛,伸舌居中,吞咽及张口无明显受限,声音嘶哑减轻;查鼻内镜检查示鼻咽左侧顶后壁隆起较前明显减轻,表面见肉芽及少许假膜(图 6);耳内镜检查见左耳鼓膜充血,鼓室仍见积液。继续术后 2 个月复查鼻咽镜示鼻咽部见少许瘢痕(图 7);耳内镜见左耳鼓膜完整,未见积液征。术后 3 个月复查鼻咽部 CT 平扫示鼻咽左侧顶后壁稍肿胀,未见鼻咽肿块,达到痊愈状态(图 8)。

2 讨论

鼻咽颅底感染为细菌、真菌等病原菌引起的鼻咽部及颅底组织的炎症感染,发病位置为鼻咽癌好发部位,临床表现、影像学图像与鼻咽癌伴颅底受累相类似,缺乏特异性。颅底感染因病灶位置而呈现出不同的症状,具有多变性,但有关文献调查发现其最常见的临床表现为疼痛、脑神经损伤,尤其对于免疫力低下的患者会表现出持续性疼痛^[1]。鼻咽癌患者早期可见涕中带血、鼻塞,随着病情进展呈现出不同症状。二者均可见头痛、后组脑神经麻痹表现^[2-3]、中耳炎症状,但鼻咽颅底感染症状以疼痛为主,鼻咽癌颅底侵犯多有前驱症状,部分患者有家族史。

本例患者以持续性剧烈头痛为主要症状,左耳相关症状提示感染蔓延至中耳,伸舌左偏为舌下神经麻痹表现,吞咽受限、声音嘶哑考虑与迷走神经麻痹相关。该患者发病至今无发热、脓涕等症状,仅见头痛、中耳炎、后组脑神经麻痹的表现,与鼻咽癌伴颅底受累的症状高度相似。

影像学检查,鼻咽颅底感染、鼻咽癌均见鼻咽部占位性病变,若鼻咽癌病情发展则可见颅底骨质破坏、中耳炎症表现。目前 CT 及 MRI 检查广泛应用于协助明确鼻咽部病变。鼻咽颅底感染影像学表现

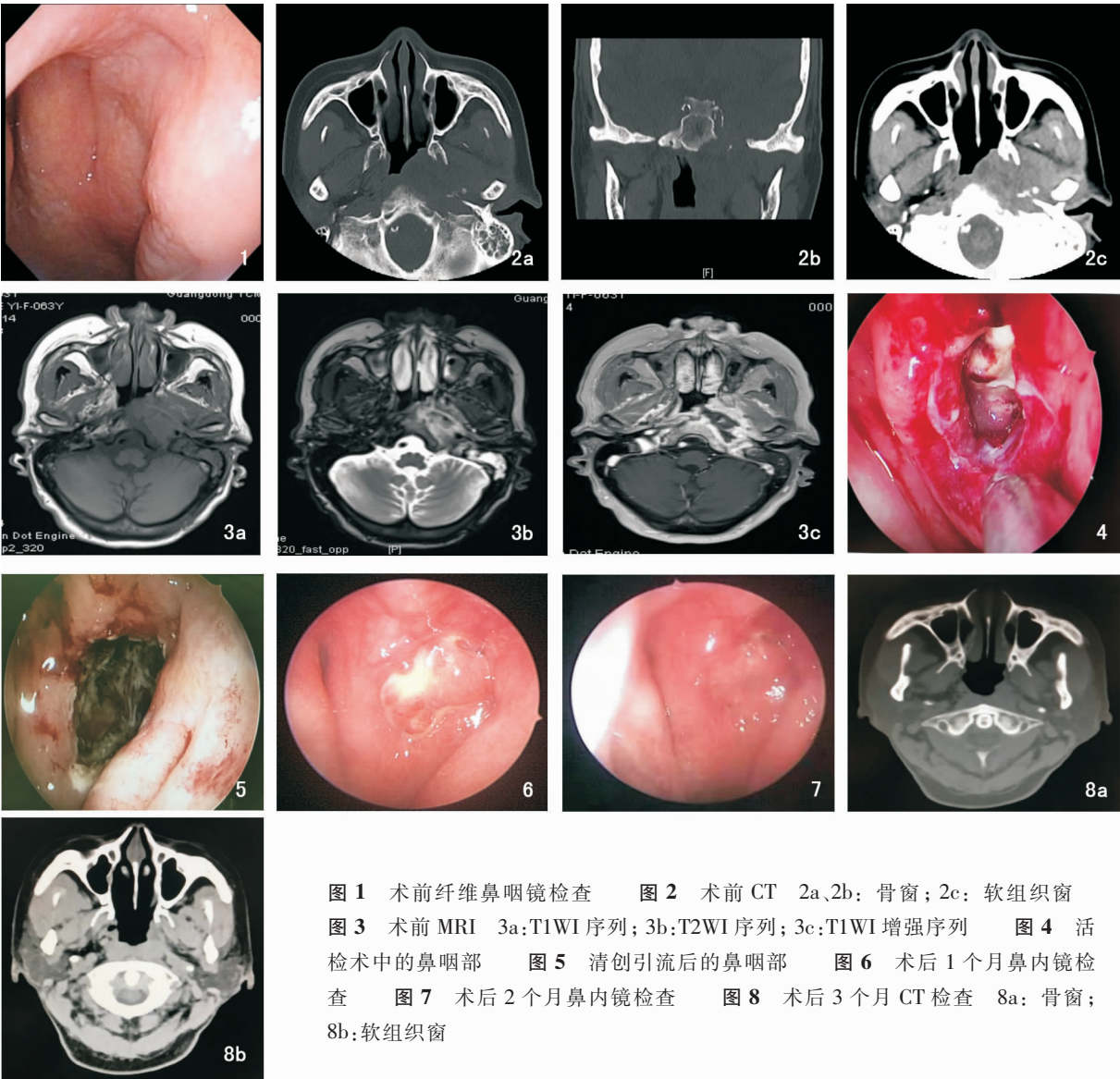


图 1 术前纤维鼻咽镜检查 图 2 术前 CT 2a、2b: 骨窗; 2c: 软组织窗
图 3 术前 MRI 3a:T1WI 序列; 3b:T2WI 序列; 3c:T1WI 增强序列 图 4 活
检术中的鼻咽部 图 5 清创引流后的鼻咽部 图 6 术后 1 个月鼻内镜检
查 图 7 术后 2 个月鼻内镜检查 图 8 术后 3 个月 CT 检查 8a: 骨窗;
8b: 软组织窗

与鼻咽癌相似,容易造成误诊^[4]。感染病灶主要由炎症、水肿、渗液形成,鼻咽部软组织信号异常是其主要特征,大多文献推荐 MRI 检查用于确定颅底以下软组织感染程度^[5]。回顾本病例,CT 见鼻咽左侧顶后壁肿块形成,周围软组织及颅底骨质见侵犯;MRI 示鼻咽左侧顶后壁占位性病变,影像学图像与鼻咽癌伴颅底侵犯相类似。但 MRI 主要是以肌肉及黏膜相对均匀的长 T2 压脂水肿信号,咽鼓管形态尚规整,增强扫描以黏膜均匀增强水肿,未见明显软组织信号,淋巴结增多、增大但未见融合。虽然双肺见多发结节影,但既往有肺结节病史,暂不支持肿瘤远处转移。患者短期内病灶影像学图像变化大,结合两次病理及细菌培养结果,考虑感染可能性大。所以诊断上不可仅依靠影像学检查,需配合病理学、病原学检查协助诊断^[6],必要时还需多次深部取材

提高准确率^[7]。

嗜蚀艾肯菌是 HACEK 组的一种革兰阴性兼性厌氧菌,属于奈瑟氏菌科 Eikenella 属^[8],为罕见菌、苛养菌。该菌是人类黏膜表面固有菌群的一部分,常分布于上呼吸道。在免疫力低下或黏膜表面破损的情况下,该菌可侵入周围组织导致人体多种感染,常见于头颈部感染^[8]。嗜蚀艾肯菌对阿莫西林克拉维酸、氨苄西林舒巴坦、大部分第 2 代和第 3 代头孢类和碳青霉烯类抗生素敏感;对克林霉素、大环内酯类、甲硝唑和氨基糖苷类抗生素耐药。糖尿病是一组以高血糖为特征的代谢性疾病,是引起人体感染的风险因素。控制不良的糖尿病会影响免疫反应,导致细菌感染的易感性增加^[9-10]。本例患者年迈,既往有糖尿病病史,且血糖控制较差,导致免疫防御功能下降。基于以上条件,定植鼻咽的嗜蚀艾

肯菌向周围组织侵袭,引起鼻咽部及颅底感染,菌群沿咽鼓管蔓延,进一步导致左侧中耳感染。治疗上,本病关键在于感染病灶的清创引流以及有效抗感染药的应用。

本病诊治难点在于诊断及鉴别诊断、有效抗生素的选用。第一,鼻咽颅底感染的发病位置位于鼻咽癌好发部位,其临床症状、体征及影像学图像与鼻咽癌伴颅底侵犯高度相似,二者容易混淆;第二,鼻咽颅底感染需要与鼻咽癌合并感染相鉴别,后者多见于鼻咽癌放疗后。本患者否认既往鼻咽肿瘤诊断及放射接触史,两次病理未见恶性细胞,考虑单纯性感染可能较大;第三,嗜蚀艾肯菌属于罕见菌,临床缺乏相关治疗经验,这对抗感染方案的制定造成一定困扰。

综上所述,鼻咽颅底感染必须要行病理学检查,排除恶性肿瘤的可能性,通过病原学检查找出致病菌,及早诊断,及早制定恰当的治疗方案,避免误诊、延误诊断的情况出现。

参考文献:

[1] Schreiber A, Ravanelli M, Rampinelli V, et al. Skull base osteomyelitis: clinical and radiologic analysis of a rare and multifaceted pathological entity[J]. Neurosurg Rev, 2021, 44(1): 555 – 569.

[2] Patmore H, Jebreel A, Uppal S, et al. Skull base infection presenting with multiple lower cranial nerve palsies[J]. Am J Otolaryngol, 2010, 31(5): 376 – 380.

[3] Khan MA, Quadri SAQ, Kazmi AS, et al. A comprehensive review of skull base osteomyelitis: diagnostic and therapeutic chal-

lenges among various presentations[J]. Asian J Neurosurg, 2018, 13(4): 959 – 970.

[4] Lasso M, Alegria C, Aquevedo A, et al. Commitment of the central nervous system by Eikenella corrodens. Literature review about a clinical case[J]. Rev Chilena Infectol, 2021, 38(1): 119 – 125.

[5] Chapman PR, Choudhary G, Singhal A. Skull base osteomyelitis: a comprehensive imaging review[J]. AJNR Am J Neuroradiol, 2021, 42(3): 404 – 413.

[6] Ridder GJ, Breunig C, Kaminsky J, et al. Central skull base osteomyelitis: new insights and implications for diagnosis and treatment[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2015, 272(5): 1269 – 1276.

[7] 白云丹,李重,刘鹤,等. 鼻咽结核 1 例并文献复习[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志 2020,26(6):695 – 697.

[8] Mühlhauser M. Eikenella corrodens[J]. Rev Chilena Infectol, 2013, 30(2): 163 – 164.

[9] Calvet HM, Yoshikawa TT. Infections in diabetes[J]. Infect Dis Clin North Am, 2001, 15(2): 407 – 421.

[10] Pearson-Stuttard J, Blundell S, Harris T, et al. Diabetes and infection: assessing the association with glycaemic control in population-based studies[J]. Lancet Diabetes Endocrinol, 2016, 4(2): 148 – 158.

(收稿日期:2021 – 09 – 22)

本文引用格式:陈瑞恩,林巧如,李波波,等. 嗜蚀艾肯菌致鼻咽颅底感染 1 例报道[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2022,28(4): 100 – 103. DOI:10. 11798/j. issn. 1007 – 1520. 202221358

Cite this article as:CHEN Ruiren, LIN Qiaoru, LI Bobo, et al. Nasopharynx and skull base infection caused by Eikenella corrodens: a case report[J]. Chin J Otorhinolaryngol Skull Base Surg, 2022, 28(4): 100 – 103. DOI:10. 11798/j. issn. 1007 – 1520. 202221358