

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202322358

· 耳科疾病专栏 ·

## 双侧中耳癌 1 例

严文君, 丛林海

(昆明医科大学第一附属医院 耳鼻咽喉科, 云南 昆明 650000)

中图分类号: R739.61

中耳恶性肿瘤是发生在中耳和乳突区的少见恶性肿瘤, 早期临床症状多不典型, 不易发现, 可引起耳痛、耳漏、耳鸣、听力下降、面瘫、眩晕等症状, 晚期可引起脑神经受损<sup>[1-2]</sup>。中耳恶性肿瘤发病率低, 病理上以鳞状细胞癌最常见, 恶性程度高<sup>[2]</sup>。发生在双耳的中耳癌且是不同类型来源者实属罕见。我院收治 1 例双侧不同类型中耳恶性肿瘤患者, 报道如下。

### 1 临床资料

患者, 女, 48 岁, 2019 年 8 月 28 日因反复左耳流脓 20 余年加重 2 个月余, 门诊以中耳炎、左中耳肿瘤可疑收住院。患者 20 余年前无明显诱因反复出现左耳流脓, 在外院予滴耳治疗(具体不详), 流脓症状仍反复发作。2 个月前左耳进水后出现左耳痛及左耳流脓, 流脓呈持续性, 脓液为黄色, 量多, 不带血丝, 有特殊臭味, 伴听力下降及耳鸣, 听力下降进行性加重, 伴低调性虫鸣样耳鸣声, 伴头痛, 呈持续性胀痛, 夜间加重, 以左耳后、枕部及额部尤甚, 于 1 个月前出现左口角歪斜, 伴额纹消失、闭眼不全、鼓腮漏气及口干, 无发热、眩晕。患者至当地医院就诊, 予以抗感染(具体不详)等对症治疗, 耳痛缓解, 流脓症状仍持续, 为进一步诊治来我院就诊。患病以来, 患者精神、饮食状况可, 体重无明显减轻。既往史: 6 个月前曾在外院因右耳反复流脓 1 年余行右中耳手术, 术后病检及经我院病理会诊诊断为神经内分泌癌(右中耳腔、乳突、鼓室), 见图 1。术后在我院放疗, 放疗后在我院复查双耳 MRI 示: ①右耳恶性肿瘤术后改变, 术区不规则片状强化灶并突破颅底骨质及邻近硬脑膜; ②左侧中耳乳突炎可能(图 2)。放疗结束后规律复查, 右耳术后 6 个月在

当地医院复查颞骨 CT 提示右耳神经内分泌癌术后, 右侧颞骨乳突部分骨质缺损, 乳突骨质破坏、毛糙, 累及鼓室盖及乙状窦前壁, 乳突、鼓室及鼓室内见软组织密度影。左侧外耳道通畅, 左侧鼓室、鼓室、乳突区见骨质破坏呈囊样改变, 其内见软组织密度影填充, 左鼓室天盖、面神经管水平段、乳突段、颈静脉球内侧壁骨质破坏, 砧骨体局部骨质破坏, 余听骨链结构形态正常。双侧鼓室、鼓室、半规管及双侧耳蜗、前庭、前庭水管未见明显确切异常征象。双侧内听道无扩大。双侧颈静脉球高位。蝶窦、双侧筛窦、左侧额窦黏膜增厚。本次入院后专科检查双侧外耳廓无畸形; 电耳镜下示左外耳道可见黄白色脓性分泌物, 右外耳道术后改变; 咽喉及鼻腔检查未见异常。颞骨 CT 平扫 + 增强示双侧乳突呈板障型, 鼓室、乳突窦及蜂房内见软组织密度影, 邻近骨质不规则吸收破坏, 右侧乳突区上份最为明显, 局部伴轻微膨胀性骨质破坏, 右侧乙状窦前壁、左侧颈静脉球外侧壁骨质局部缺损, 轻度不均匀强化, 听小骨形态不规则, 周围骨质破坏, 双侧面神经管水平段外缘分界不清(图 3)。双耳、内听道 MRI 平扫示右侧鼓室、乳突窦及蜂房内见等/长 T1、T2 信号, 局部与右侧颅中窝底关系密切, 可见骨质破坏; 左侧鼓室、乳突内见长 T1 长 T2 信号, 周围可见少许等信号, 双侧内听道未见明显异常信号(图 4)。全身淋巴结 B 超检查提示双侧颈部、双侧腋窝、双侧腹股沟区多个淋巴结可见, 皮髓质均分界清。胸部 CT 平扫、腹部 B 超(肝胆胰脾肾, 含门静脉)未见明显异常。术前诊断: ①左中耳肿瘤; ②右中耳癌术后; ③周围性面瘫。2019 年 9 月 3 日在全麻下行左中耳肿瘤切除及耳甲腔成形术, 术中见鼓膜紧张部大穿孔, 鼓室少量黏液。筛区磨开乳突, 开放鼓室, 其内可见质韧肿物组织, 取肿物送冷冻切片检查, 报告提示左中耳

基金项目: 云南省科技厅-昆明医科大学应用基础研究联合专项(202001AY070001-211)。

第一作者简介: 严文君, 女, 在读硕士研究生。

通信作者: 丛林海, Email: conglinhai2008@126.com



图 1 右中耳神经内分泌癌, KI-67 (50%+) (免疫组化 ×200) 图 2 右耳术后 3 个月 MRI 检查 图 3 左耳术前 CT 检查 图 4 左耳术前 MRI 检查 图 5 左中耳中分化鳞癌 (HE ×200) 图 6 术后 3 年 CT 复查

肿物,考虑鳞状细胞癌。清除肿物组织,面神经水平段骨质破坏,面神经裸露,进一步轮廓化术腔,中鼓室、后鼓室、下鼓室见肿物组织,清除肿物组织。“Y”型切口行耳甲腔成形术,明胶海绵及碘仿纱条 5 根填塞术腔,切口间断逐层缝合,加压包扎,术毕。术中出血约 20 mL。术后诊断:①左中耳肿瘤(鳞状细胞癌?);②右中耳癌术后;③周围性面瘫。术后免疫组化:CK(+)、Vim(-)、KI-67(50%+)、P63(+),P40(+),Syn(-)、CgA(-)、CD56(灶+),结论:(左中耳肿物)中分化鳞状细胞癌(图 5)。术后在外院予放射治疗。进行视频电话随访,术后 3 年患者在当地医院复查双耳 CT 平扫提示双耳术后改变,纤维组织增生,未见肿瘤复发征象(图 6)。

## 2 讨论

中耳恶性肿瘤临床少见,其治疗是以外科手术为主补充放疗的综合治疗<sup>[2-4]</sup>。本例患者系双侧不同类型中耳恶性肿瘤,右耳为神经内分泌癌(T2N0M0),左耳为中分化鳞状细胞癌(T2N0M0)。追问患者既往有左耳流脓病史 20 余年,右耳流脓病史 1 年余,因经济条件等所限未系统诊治,患者双侧中耳癌发病可能与长期流脓病史有关。患者右耳术后放疗后行双耳 MRI 平扫提示左耳慢性中耳炎,嘱患者定期复查,但右耳术后 6 个月出现左耳流脓及耳痛情况加重,且出现周围性面瘫,外院 CT 提示左中耳肿瘤可能,左耳鳞状细胞癌发病机制与右耳癌术后放疗是否有相关性,考虑目前放疗为耳前耳后两野交叉照射,部位精准,左中耳癌发生机制与放疗相关性应较小,但目前缺乏相关研究支持。

双侧中耳癌尤其是双侧不同病理类型中耳癌很罕见,目前国内少有文献报道,其病因及发病机制

尚未明确。此病例提示我们,在慢性中耳炎病程中如出现耳痛流脓加重、面瘫、头痛等症状,要考虑中耳恶性肿瘤的发生,同时对于中耳炎病程中影像学有明显骨质侵蚀征象的也一定要警惕。通过对该患者回顾分析,提示我们在单侧中耳癌患者诊治时,若对侧存在慢性中耳炎情况,也应警惕是否有癌变可能。对于双耳患中耳癌且为来源不同的病例目前国内未见报道,临床应予以重视。

## 参考文献:

- [1] Devaney KO, Boschman CR, Willard SC, et al. Tumours of the external ear and temporal bone[J]. Lancet Oncol, 2005, 6(6): 411-420.
- [2] 邹苑斌, 黄健男, 赵晓明, 等. 24 例中耳癌的临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2004, 10(3): 153-155.
- [3] 吴振恭, 熊俊, 王成龙, 等. 术前颞骨 CT 扫描影像测量参数预测耳显微外科手术颞骨暴露难易程度的临床价值[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2020, 26(2): 158-162.
- [4] Michael MG, Daniel DG, Michael MJ, et al. Management outcomes following lateral temporal bone resection for ear and temporal bone malignancies[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2007, 137(6): 893-898.
- [5] Ogawa K, Nakamura K, Hatano K, et al. Treatment and prognosis of squamous cell carcinoma of the external auditory canal and middle ear: A multi-Institutional retrospective review of 87 patients[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2007, 68(5): 1326-1334.
- [6] 安常明, 李正江, 徐震纲. 外耳道及中耳鳞癌疗效分析[J]. 中华耳科学杂志, 2012, 10(4): 416-420.
- [7] Shinomiya H, Uehara N, Fujita T, et al. New proposal to revise the classification for squamous cell carcinoma of the external auditory canal and middle ear[J]. J Laryngol Otol, 2021, 135(4): 297-303.

(收稿日期: 2022-09-01; 网络首发: 2023-03-03)

本文引用格式: 严文君, 丛林海. 双侧中耳癌 1 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2023, 29(4): 58-59. DOI: 10.11798/j.issn.1007-1520.202322358