

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202422416

· 病案报道 ·

鼻中线区巨大囊肿致视力下降 1 例

杨慧冰^{1,2}, 李永团²

(1. 大连医科大学研究生院, 辽宁 大连 116000; 2. 青岛市市立医院 耳鼻咽喉头颈外科, 山东 青岛 266000)

中图分类号: R739.62

鼻中线区囊肿多为鼻窦来源,也可来源于鼻部中线骨质气化并囊肿,是一种生长缓慢的良性病变,早期无不适,随着囊肿增大,可有颅眼相关并发症。因肿物生长于鼻部中线区,应与发育畸形、炎性肿块及肿瘤相鉴别。本文报道 1 例鼻部中线区囊肿患者的临床资料,希望能为鼻部中线区肿物的鉴别诊断提供参考。

1 临床资料

患者,女,48岁,以左眼视力下降伴鼻塞 20 余天为主诉入院,患者 20 余天前无明显原因感左眼视力逐渐下降,伴双侧鼻塞,无嗅觉下降、流涕、鼻衄,无头痛、头晕,无发热。患者就诊于当地医院眼科,行颅脑 CT 及颅脑 MRI 检查,报告提示鼻颅底肿物颅咽管瘤可能,建议于耳鼻咽喉科就诊。患者既往高血压病史,个人史、生育史、肿瘤及遗传病史均无特殊。入院检查:视力左眼仅有光感,右眼 1.0(视力右 0.15 +1 矫正 -1.00);双眼底检查基本正常。血常规、肝肾功能、垂体性腺激素检查均正常,排除肝炎、梅毒及艾滋病。鼻内镜下见双侧鼻腔后端鼻中隔局部膨隆,表面黏膜光滑(图 1)。初步诊断:颅底占位、性质待查。入院后行鼻窦 CT(图 2)、MRI(图 3)检查,提示:考虑囊肿,来源于鼻窦及骨组织可能大。予以内镜下病变部分切除、筛窦开窗及蝶窦开窗术,术中见双侧中鼻甲受压变薄、局部外移,双侧后鼻孔上方、鼻中隔后端两侧黏膜向外膨隆,与双侧中鼻甲后端相抵,自隆起处穿刺吸出深褐色略黏稠液体,内含胆固醇结晶,缓慢减压后,沿穿刺处等离子刀切开,切除双侧囊壁前方组织,检查囊肿后壁即鼻中隔后端残余骨性组织,附着的黏膜受压

突入到蝶窦内,从蝶窦内剥离切除突入的蛋壳样骨组织及黏膜,蝶窦内为黏稠白色涕状物,吸除后见蝶窦残余黏膜光滑,检查囊腔上方可见约 3 cm × 3 cm 大小缺损区,局部黏膜光滑、完整,可见脑搏动,未见脑脊液漏。术后囊壁病理检查示:囊壁构成纤维结缔组织及骨组织,可见炎性肉芽组织形成、胆固醇结晶及含铁血黄素沉着,被覆假复层纤毛柱状上皮。结合影像学表现、术中所见及病理报告,术后诊断为鼻部中线区囊肿。患者术后左眼视力明显提高,恢复至 0.8(左 0.4 矫正 -0.75/-0.75 × 80 = 0.8),鼻塞较前减轻,抗生素(头孢唑林钠)及激素(甲泼尼龙)治疗 2 d,复查 CT 见颅内无出血,前颅底占位部分缩小,前颅底局部骨质缺损区略有凹陷,患者无明显不适。术后 3 个月复查,患者鼻腔通气良好,视力良好,鼻窦 CT 平扫较术后第 2 天鼻窦 CT 平扫无明显变化(图 4)。

2 讨论

鼻腔鼻窦的黏液囊肿好发于上颌窦、额窦和前组筛窦,后组筛窦及蝶窦者不到 1% ~ 2%^[1]。病变初期症状不明显,后期可因囊液积聚、囊肿增大致周围骨质压迫变薄或吸收,视其压迫方向不同而产生相应症状,如鼻塞、头痛、视力下降、复视、眼球移位、面部隆起等。蝶筛窦囊肿紧邻颅底及眼眶,由于鼻部症状不明显,患者常常以头痛或眼部症状为首发症状就诊于神经内科或眼科,造成疾病的误诊及延误治疗。

因肿物发生于鼻部中线,且肿物较大,周围骨质被压迫吸收,很难判断其来源,根据影像学表现来看,病变符合蝶筛窦巨大囊肿,因患者患病前影像学资料

第一作者简介:杨慧冰,女,硕士研究生。
通信作者:李永团,Email:lytent@126.com

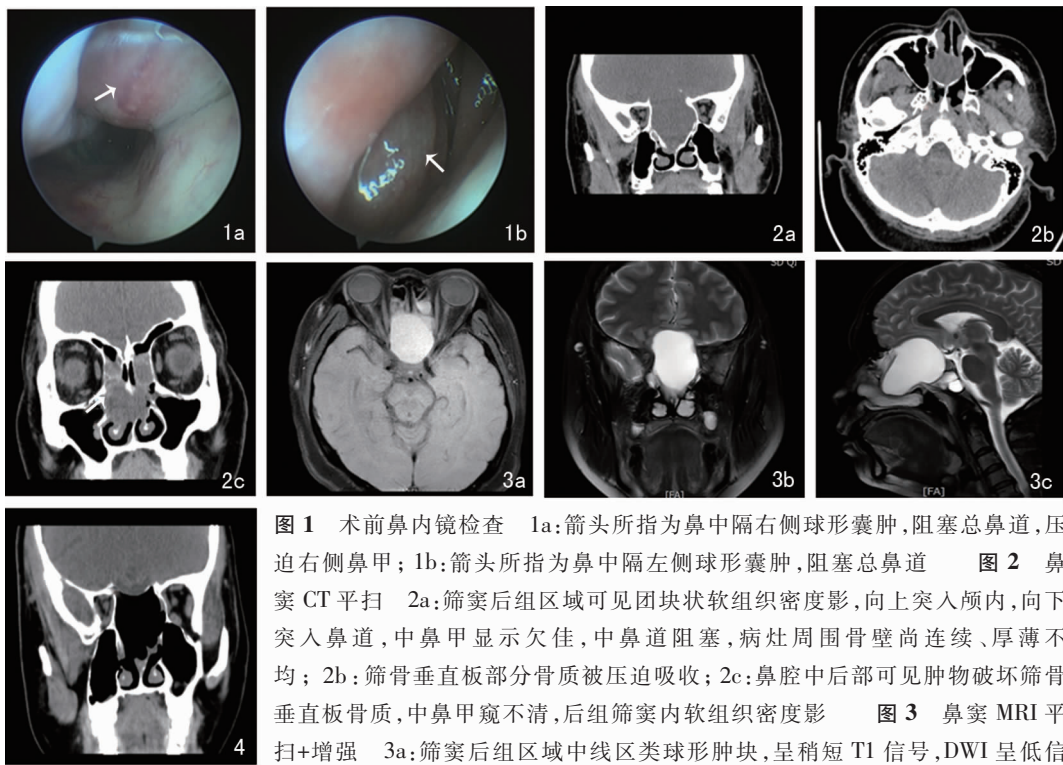


图1 术前鼻内镜检查 1a:箭头所指为鼻中隔右侧球形囊肿,阻塞总鼻道,压迫右侧鼻甲; 1b:箭头所指为鼻中隔左侧球形囊肿,阻塞总鼻道 图2 鼻窦 CT 平扫 2a:筛窦后组区域可见团块状软组织密度影,向上突入颅内,向下突入鼻道,中鼻甲显示欠佳,中鼻道阻塞,病灶周围骨壁尚连续、厚薄不均; 2b:筛骨垂直板部分骨质被压迫吸收; 2c:鼻腔中后部可见肿物破坏筛骨垂直板骨质,中鼻甲窥不清,后组筛窦内软组织密度影 图3 鼻窦 MRI 平扫+增强 3a:筛窦后组区域中线区类球形肿块,呈稍短 T1 信号, DWI 呈低信号,增强扫描边缘见环形强化,病灶推压邻近视交叉及视神经(视神经管段); 3b:筛窦后组区域肿物,呈稍长 T2 信号,病灶来源于鼻腔鼻窦,突入颅内; 3c:肿物上达颅底,下至鼻腔,尚未累及鞍区 图4 术后3个月鼻窦 CT 平扫示肿物突入颅内部分消失,前颅底局部骨质缺损区略有凹陷

缺失,故也不除外鼻部中线骨质气化并囊肿的可能。

常见的鼻部中线骨质气化包括鸡冠气化与鼻中隔气化^[2],未发现有犁骨气化的相关报道。鼻中隔气化即为鼻中隔发育过程中气化而成的一种解剖变异。在解剖学上,鼻中隔气房的发生并不罕见,临床发生率约 10%^[3],王荣光等^[4]对 32 例鼻中隔偏曲患者窦口复合体 CT 观察,发现筛骨垂直板气化 6 例,在鼻中隔偏曲中的发生率为 18%。鼻中隔气化并囊肿则罕见。关于鼻腔内鼻中隔气化的机制尚不清楚,但有学者认为,鼻中隔起源于软骨性鼻囊,故在生长发育过程中,其周围的黏膜可以长入鼻囊中,进而形成气化。鼻中隔气化可分为筛骨垂直板前部气化及后部气化^[5],也有将鼻中隔气化分为上型和中型两种类型^[6]。鼻腔鼻窦区域,任何部位的气化,只要气化腔开口阻塞,均有可能造成黏液囊肿^[7-8]。这也给鼻中隔术后黏液囊肿的形成机制提供了理论支持,即术后鼻中隔间隙内残留的鼻黏膜向内折叠,形成“滞留囊肿”^[9]。

结合本病例 CT 及 MRI,此病变可符合蝶筛窦囊肿,也可符合筛骨垂直板后部气化并囊肿(鼻中隔后上部气房并囊肿),囊肿的顶壁是颅底,下界是

筛骨垂直板,向后突入筛窦及右侧蝶窦,左侧蝶窦受压,筛顶或蝶窦挤压视神经管致患者左眼视力丧失,患者垂体性腺激素大致正常,说明囊肿尚未压迫脑垂体。无论囊肿来源如何,囊肿增大均可导致气房扩张,骨壁变薄,增大的囊肿很容易通过最薄的部分延伸到重要的邻近结构:鼻窦、鼻腔、眶内及颅内,造成相应的临床症状。若囊肿感染则成为脓囊肿,且有骨质破坏,更易引起严重并发症^[10]。

患者因眼部症状首先于当地医院眼科就诊,行颅脑 CT 检查后,示颅咽管瘤可能,遂转至我院,再次行鼻窦 CT 检查,示鼻腔鼻窦肿瘤可能,说明该病较易被漏诊及误诊,正因如此,伴发眼部症状的鼻部中线区巨大囊肿需要与侵及前颅底的肿瘤及鼻腔鼻窦良恶性肿瘤相鉴别^[11]。前颅窝底骨质菲薄,来自颅骨本身、颅内、鼻腔鼻窦和眼眶肿瘤容易累及前颅窝,另外累及前颅窝底肿瘤常较大,突破解剖边界,难以发现肿瘤来源^[12]。因此本病例需与以下颅底肿瘤相鉴别:①颅咽管瘤 CT 上常表现为囊性,囊壁“蛋壳样”钙化为其特征性影像学表现,且囊内常多见点状高密度钙化灶^[13]。②嗅神经母细胞瘤好发于鼻腔顶部或鼻中隔后上方,有沿嗅神经走行区生

长的特点,并常跨越颅内、外生长,CT 上常见骨质破坏。③脑膜瘤附着于脑膜,T1WI 上呈等或稍低信号,T2WI 上呈稍高信号,增强扫描多有“脑膜尾征”,可见明显强化。④脑膜膨出是指颅内容物经缺损的颅骨和硬脑膜疝出颅外,疝出的组织与蛛网膜下腔相延续,好发于颅底或颅顶中线。本病也应与鼻腔鼻窦恶性肿瘤鉴别:①鼻腔鼻窦恶性肿瘤常有涕中带血,鼻腔或中鼻道息肉样或菜花样肿物,肿瘤常侵及周围间隙,伴邻近骨质侵蚀性破坏,CT 上显示肿物密度不均,钙化少见。②鼻皮样囊肿多发生于儿童,主要表现为鼻尖至眉间中线局部皮肤细小瘘管或肿块突起。CT 常能显示病变周围骨骼解剖异常,MRI 多为长 T1 信号,短 T2 信号。囊肿内含真皮细胞及皮肤附属器。③鼻中隔多形性腺瘤因其包含基质与上皮两种成分,在 CT 上常表现密度不均,其内可见明显低密度区,无明显钙化。④鼻中隔毛细血管瘤多数体积较小且有蒂,色鲜红或暗红,患者常以反复鼻出血入院治疗,MRI 多为 T1 中等信号,T2 中高信号,常见肿块内点状无信号区。⑤鼻中隔肌上皮瘤、鼻中隔神经纤维瘤、鼻中隔神经鞘膜瘤在影像学上无特异表现,确诊需要病理活检,必要时需行免疫组织化学检查。CT 及 MRI 检查对于鼻中线区巨大囊肿的鉴别诊断非常有意义。黏液囊肿的 CT 表现多为均匀低密度影,边缘光滑,邻近骨质有压迫吸收现象,但无明显浸润性破坏,周围组织可受压变形;MRI 多为均匀一致的短 T1 信号,长 T2 信号。CT 轴位图及 MRI 可协助判断囊肿与周围解剖结构关系,是对前者的有利补充,但确诊仍需要病理组织活检。

对于鼻窦及鼻腔黏液囊肿来说,鼻内镜下鼻窦开窗术为首选治疗方案,鼻中隔黏液囊肿也同样适用,原则为使病变窦腔与鼻腔间能够通畅引流^[10]。巨大的囊肿可压迫吸收颅底或眶壁骨质,并可与邻近组织粘连,彻底清除囊壁可导致严重并发症,该病例术中仅切除下半部分囊壁及附着的骨组织,解除对脑组织、视神经管以及蝶筛窦的压迫,而不切除上方囊内黏膜组织,使其保留完整,避免出现脑脊液鼻漏和术后颅内感染,术后当天视力即恢复,证明经鼻内镜囊肿开窗术在病例因病史较长,囊肿压迫致不可逆损伤前可取得较理想的效果。由于囊肿开窗处

在短时间内被上皮覆盖,其下又有足够大的骨口,因此囊肿开口再封闭的可能性较小^[14]。需要注意的是,该囊肿压迫吸收颅底骨质,故术中抽取囊液要放慢速度,勿引起脑疝。

参考文献:

[1] Djambazov KB, Kitov BD, Zhelyazkov CB, et al. Mucocele of the sphenoid sinus[J]. Folia Med (Plovdiv), 2017,59(4):481 - 485.

[2] 肇越, 赵雅慧, 周金慧, 等. 前颅底鸡冠和筛骨垂直板黏液囊肿 1 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2019,25(4):436 - 437.

[3] 孙伟元, 赵承亮, 刘洪军, 等. 鼻中隔气化合并囊肿致单纯鼻源性头痛一例[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2007,42(7):540.

[4] 王荣光, 邹艺辉, 韩东一. 筛骨垂直板气化与黏液囊肿[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2003,38(4):279 - 281.

[5] Lei L, Wang R, Han D. Pneumatization of perpendicular plate of the ethmoid bone and nasal septal mucocele[J]. Acta Otolaryngol, 2004,124(2):221 - 222.

[6] 黄定强, 徐艳红, 杨海波, 等. 鼻中隔气房影像学特点及相关疾病鼻内镜治疗[J]. 中国内镜杂志, 2009,15(9):902 - 904.

[7] 王荣光, 孙建和, 孙正良, 等. 钩突组织学与影像学观察[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1997,32(6):44 - 46.

[8] 范静平, 陆书昌, 吴建廖, 等. 筛窦顶壁的形态及其临床意义[J]. 中国临床解剖学杂志, 1996,(2):81 - 83.

[9] Ibrahimov M, Yilmaz M, Akil F, et al. Nasal septal cyst: a rare complication of nasal septal surgery[J]. J Craniofac Surg, 2012, 23(6):1933 - 1934.

[10] 黄选兆, 汪吉宝, 孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:230 - 231.

[11] 赵志雄, 杜进涛, 巴罗, 等. 以失明为首发症状的后组鼻窦囊肿 3 例及文献复习[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2021, 27(2):157 - 160.

[12] Casselman JW. The skull base: tumoral lesions[J]. Eur Radiol, 2005,15(3):534 - 542.

[13] Hermann L, Müller TEMM, Puget JMAS. Craniopharyngioma[J]. Nature Reviews Disease Primers, 2019,5(1):76.

[14] 邹剑, 刘世喜, 张勤修, 等. 经鼻内镜治疗蝶、筛窦囊肿 21 例分析[J]. 中国内镜杂志, 2006,12(2):159 - 160.

(收稿日期:2022 - 10 - 13)

本文引用格式:杨慧冰,李永团. 鼻中线区巨大囊肿致视力下降 1 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2024,30(1):98 - 100. DOI: 10.11798/j.issn.1007-1520.202422416