

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202625285

· 病案报道 ·

视神经-颈内动脉隐窝囊肿 1 例

韩思琪, 金成勋, 杨景朴, 王宗贵, 李金秋

(吉林大学第二医院耳鼻咽喉头颈外科 鼻-颅底外科, 吉林 长春 130000)

中图分类号: R739.91

视神经-颈内动脉隐窝(opticocarotid recess, OCR)是位于蝶窦后外侧的一个固定解剖标志,由颈内动脉(internal carotid artery, ICA)与视神经之间的骨性凹陷构成^[1]。此神经血管连接处的损伤可能导致严重并发症^[2-3]。蝶窦囊肿是一种罕见的临床病症^[4],其症状通常表现为非特异性头痛^[5]。本文患者出现单侧视力下降,经眼科及神经科系统性检查、多学科综合评估及影像学检查,最终明确病变位于 OCR。经鼻内镜成功实现囊肿的完整切除,患者视力恢复。报道如下。

1 临床资料

患者,男,41岁,1周前开始出现左眼视力下降、眼周麻木以及左侧面部疼痛。患者否认鼻塞、流涕或嗅觉障碍,偶有连续喷嚏。否认头痛、头晕或听力下降。在神经内科和眼科接受多学科评估,并经神经影像学及眼科检查排除结构性异常后,因症状持续且眼眶及头部 CT 提示鼻窦炎、鼻中隔偏曲、上颌窦囊肿、蝶窦囊肿,患者转至我院进一步住院诊治。患者既往史无特殊,无高血压、糖尿病、外伤及手术史。无类似病症家族史。

体格检查见双眼外观正常,未见眼球突出或眼球运动受限。瞳孔对光反应及集合反射均正常,未见视野缺损。鼻中隔向右偏曲,双侧鼻黏膜水肿。鼻窦区无压痛。鼻咽镜检查见右侧鼻中隔偏曲伴骨性嵴,双侧下鼻甲肥大,钩突处黏膜苍白(右侧著),双侧鼻腔黏膜肿胀、附着黏液性分泌物。鼻窦 CT(图 1)示双侧上颌窦炎、筛窦炎,左侧蝶窦囊肿,双侧额窦、筛窦黏膜增厚,鼻中隔偏曲伴骨嵴,双侧下

鼻甲肥大。头部 MRI(图 2)示双侧上颌窦、筛窦炎症,左侧蝶窦囊肿,左侧眶尖上方见 T1 短、T2 长信号的线状异常信号(邻近视神经管)。

初步影像学评估显示左上颌窦内低密度软组织影,符合慢性鼻窦炎症影像学表现,且与患者单侧面部疼痛症状相符。同期影像学检查另见右侧上颌窦囊肿、鼻中隔偏曲及左侧蝶窦区小肿块(4.1 mm×5.3 mm),该病变体积通常不足以导致压迫症状。蝶窦病变引发视力障碍者,冠状位 CT 多表现为窦腔完全闭塞;但本例未见此征象,故无法解释其持续性单侧视力模糊的症状。最终经三维 CT 重建,明确病变位于 OCR。术前诊断:左侧蝶窦 OCR 囊肿。

术前检查无手术禁忌证,遂于全麻下行导航辅助鼻内镜手术。先行鼻中隔矫正术,继之开放双侧上颌窦及筛窦,引流脓液并切除窦内囊肿。经筛窦入路进入左侧蝶窦。术中于左侧蝶窦 OCR 处见囊肿(图 3)。囊肿位于黏膜下,以探针穿刺后引流出黄白色黏稠囊液(图 4)。吸净残液后,以负压切割器切除囊壁。术后病理:镜下见急慢性炎症细胞及组织细胞浸润,间质出血,符合临床诊断。

术后第 1 天,患者诉左眼视力下降明显改善,但出现双眼流泪,考虑系鼻腔填塞止血所致。左眼视力 0.4,右眼 0.5(术前:左眼 0.1,右眼 0.5)。术后第 2 日流泪显著减轻,左眼视力升至 0.4,右眼升至 0.6,遂拔除鼻腔填塞物。术后第 3 日,左眼视力进一步恢复至 0.5,右眼 0.6。术后第 4 日,视力稳定(左眼 0.5,右眼 0.6),予以办理出院,视力仍呈持续改善趋势。术后 4 周随访,未发生大出血、眶周瘀斑、脑脊液鼻漏或颅内感染等严重并发症。左眼视力模糊症状完全消失,双眼视力正常对称。术后

基金项目:吉林省科技发展规划项目(20240401069YY)。

第一作者简介:韩思琪,女,在读硕士研究生,住院医师。

通信作者简介:金成勋,男,在读博士研究生,主治医师;李金秋,女,硕士。

5 周复查鼻窦 CT 示左侧蝶窦 OCR 处黏膜增厚 (图 5); 鼻内镜见术腔上皮化良好, 窦口通畅 (图 6)。患者症状缓解且复查满意后, 自认疾病已愈, 拒绝继续随访而失访。

2 讨论

蝶窦囊肿通常为鼻窦内良性病变, 占有鼻窦囊肿的 1%~2%, 好发于 30~40 岁男性^[4]。其临床表现多不具特异性或呈无症状, 最常见症状为头痛, 其次为眼部症状及脑神经功能障碍; 鼻部症状相对少见^[5]。眼部症状多与视神经损伤相关, 但动眼神经、滑车神经和外展神经亦可受累^[6]。常见眼部表现包括眶周肿胀、眼球突出、眶痛、复视、视力障碍, 严重者可致不可逆失明。部分患者可因黏液囊肿急性感染出现一过性眶内炎症^[7]。组织病理学上, 以存在假复层柱状上皮为界定标准^[8]。

此类囊肿多为单发, 渐进性扩张可致周围蝶窦骨质吸收或破坏, 呈局部侵袭性。潜在并发症包括脑脓肿、颅内黏液囊肿、脑膜炎及轻偏瘫^[8]。鉴别诊断涵盖慢性鼻窦炎、真菌性蝶窦炎、蝶骨纤维结构不良、蝶骨骨化纤维瘤、蝶窦恶性肿瘤、脑膜瘤及颅

底软骨瘤^[2-3,9]。确诊后, 建议早期手术干预, 开放囊肿、彻底引流, 以预防复发^[2]。经鼻内镜手术为主要治疗方式, 极少情况下需外部入路。及时治疗预后通常良好。OCR 是识别视神经管与眶尖的关键骨性标志, 位于颈内动脉隆起与视神经隆起之间, 深度 ≥ 1 mm^[1]。OCR 可分为内侧 OCR (medial opticocarotid recess, MOCR) 与外侧 OCR (latero-opticocarotid recess, LOCR)。MOCR 居蝶窦后壁, LOCR 亦称“蝶窦后外侧隐窝”^[1]。Peris-Celda 等^[10]解剖学研究指出, 蝶窦外侧壁骨嵴状 OCR 出现率约 81%, 显著高于手术中其他解剖标志^[11]。虽 LOCR 较常见, 但并非是蝶窦最显著标志^[12]。LOCR 的高出现率亦获多项研究证实^[1,11], 此特性使其成为扩展经鼻蝶窦入路至海绵窦区的可靠解剖标志^[13], OCR 亦是视神经减压术重要标志^[14]。术中精确定位 OCR 至关重要。准确定位与谨慎操作可有效避免损伤周围重要血管神经, 降低视神经损伤风险, 并有助于预防颈内动脉海绵窦瘘、术后血管痉挛、血管闭塞及严重脑损伤等并发症^[2-3]。然而, OCR 的大小与深度因蝶窦气化程度而异^[2-3]。部分情况下, OCR 可被冠状隔遮挡, 需切除邻近颅缝以显露该区域, 优化术野便于识别^[3]。

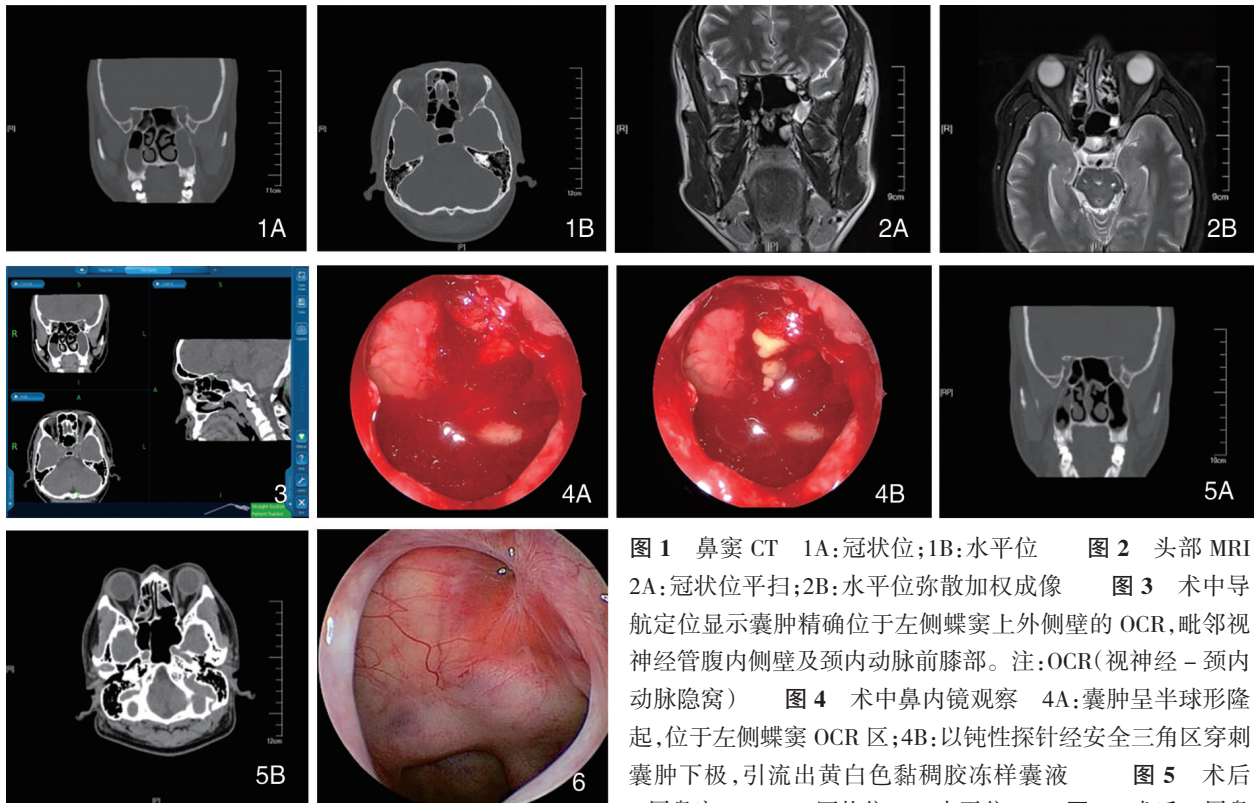


图 1 鼻窦 CT 1A: 冠状位; 1B: 水平位 图 2 头部 MRI 2A: 冠状位平扫; 2B: 水平位弥散加权成像 图 3 术中导航定位显示囊肿精确位于左侧蝶窦上外侧壁的 OCR, 毗邻视神经管腹内侧壁及颈内动脉前膝部。注: OCR (视神经 - 颈内动脉隐窝) 图 4 术中鼻内镜观察 4A: 囊肿呈半球形隆起, 位于左侧蝶窦 OCR 区; 4B: 以钝性探针经安全三角区穿刺囊肿下极, 引流出黄白色黏稠胶冻样囊液 图 5 术后 5 周鼻窦 CT 5A: 冠状位; 5B: 水平位 图 6 术后 5 周鼻内镜检查

该病例是根据临床表现、体格检查以及辅助诊断工具(包括CT和MRI扫描)确诊。MRI检查结果显示,黏液囊肿在T1加权图像上呈现不均匀信号,在T2加权图像上呈现高信号,这有助于将其与其他鼻窦病变区分开来^[15]。该病例代表了一种罕见的蝶窦囊肿类型,位于OCR内,具体为LOCR。OCR前界为视神经,后内侧界为颈内动脉,本例患者左侧视柱气化形成囊肿,进一步压迫视神经导致患侧视力下降,此关键解剖毗邻关系为视力障碍提供了解释。组织病理学证实为黏液囊肿,内镜切除预后良好。本病例提示,面对诊断困境时,对关键解剖区域的小病灶进行细致评估至关重要。

较大的蝶窦囊肿会压迫视神经,导致单侧失明,有些病例还会出现因囊肿引起的骨壁吸收和破坏所导致的症状。囊肿可能大到足以充满整个蝶窦腔,术后视力改善可能有限或无法完全恢复。由于蝶窦囊肿的症状通常包括头痛和与视力相关的问题,患者通常首先咨询神经科,然后是眼科,很少会到耳鼻咽喉科就诊^[16]。从而容易被忽视或误诊,错过最佳治疗时间,囊肿持续增大并造成不可逆的视力丧失。因此,耳鼻咽喉科医生应将此类病例视为诊断的典型参考案例。

对于来自其他专科的医生而言,当患者出现头痛和眼部症状时,应考虑蝶窦病变,并及时进行影像学检查以进行鉴别诊断^[17]。本例患者视力下降很可能是由于视柱气化形成囊肿,囊肿进一步对视神经的压迫所致,也可能与血液循环障碍或视神经的间接炎症有关^[18]。术后,患者视力改善显著并完全恢复正常。

参考文献:

- [1] Andrianakis A, Tomazic PV, Wolf A, et al. Optico-carotid recess and anterior clinoid process pneumatization-proposal for a novel classification and unified terminology; an anatomic and radiologic study[J]. *Rhinology*, 2019, 57(6): 444-450.
- [2] Labib MA, Prevedello DM, Fernandez-Miranda JC, et al. The medial opticocarotid recess; an anatomic study of an endoscopic "key landmark" for the ventral cranial base[J]. *Operative Neurosurg*, 2013, 72: 66-76.
- [3] Nunes CF, Prevedello DMS, Carrau RL, et al. Morphometric analysis of the medial opticocarotid recess and its anatomical relations relevant to the transsphenoidal endoscopic endonasal approaches[J]. *Acta Neurochirurgica*, 2016, 158(2): 319-324.
- [4] Khademi B, Gandomi B, Tarzi M. A huge sphenoid sinus mucocoele; Report of a case[J]. *Ear Nose Throat J*, 2009, 88(5): E5.
- [5] Chen K, Cao Y, Wu J, et al. Clinical analysis of sphenoid sinus mucocoele with initial neurological symptoms [J]. *Headache*, 2019, 59(8): 1270-1278.
- [6] Bahgat M, Bahgat Y, Bahgat A. Sphenoid sinus mucocoele[J]. *Case Reports*, 2012, 2012: bcr2012007130.
- [7] Malik M, Vahdani K, Rose GE. Ophthalmic presentation and outcome for sinonasal mucocoeles [J]. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*, 2023, 39(1): 44-48.
- [8] Giovannetti F, Filiaci F, Ramieri V, et al. Isolated sphenoid sinus mucocoele; etiology and management[J]. *J Craniofac Surg*, 2008, 19(5): 1381-1384.
- [9] Ng YH, Sethi DS. Isolated sphenoid sinus disease; Differential diagnosis and management[J]. *Current Opinion Otolaryngol Head Neck Surg*, 2011, 19(1): 16-20.
- [10] Peris-Celda M, Kucukyuruk B, Monroy-Sosa A, et al. The recesses of the sellar wall of the sphenoid sinus and their intracranial relationships[J]. *Operative Neurosurg*, 2013, 73: 117-131.
- [11] Xiao L, Xie S, Tang B, et al. Endoscopic endonasal anterior clinoidectomy: surgical anatomy, technique nuance, and case series [J]. *J Neurosurg*, 2019, 133(2): 451-461.
- [12] Cavallo LM, De Divitiis O, Aydin S, et al. Extended endoscopic endonasal transsphenoidal approach to the suprasellar area; anatomic considerations—part 1 [J]. *Neurosurg*, 2008, 62(6): SHC1202-SHC1212.
- [13] Li J, Wang J, Jing X, et al. Transsphenoidal optic nerve decompression; an endoscopic anatomic study[J]. *J Craniofac Surg*, 2008, 19(6): 1670-1674.
- [14] Yilmazlar S, Saraydaroglu O, Korfali E. Anatomical aspects in the transsphenoidal-transethmoidal approach to the optic canal; An anatomic-cadaveric study[J]. *J Cranio-Maxillofac Surg*, 2012, 40(7): e198-e205.
- [15] Gavioli C, Grasso DL, Carinci F, et al. Mucocoeles of the frontal sinus. Clinical and therapeutical considerations[J]. *Minerva Stomatologica*, 2002, 51(9): 385-390.
- [16] Villemure-Poliquin N, Nadeau S. Surgical treatment of isolated sphenoid sinusitis-A case series and review of literature[J]. *Int J Surg Case Reports*, 2021, 79: 18-23.
- [17] Ashida N, Maeda Y, Kitamura T, et al. Isolated sphenoid sinus opacification is often asymptomatic and is not referred for otolaryngology consultation [J]. *Scientific Reports*, 2021, 11(1): 11902.
- [18] Yoshida H, Kihara C, Kumai Y. Bilateral rhinogenous optic neuropathy caused by the regrowth of a large sphenoid sinus mucocoele [J]. *J Craniofac Surg*, 2023, 34(5): e503-e505.

(收稿日期:2025-06-21)

本文引用格式:韩思琪,金成勋,杨景朴,等. 视神经-颈内动脉隐窝囊肿1例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2026, 32(1): 103-105. DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202625285