

构出现阵发性眩晕以及听力下降,因此极易误诊为慢性化脓性中耳炎伴胆脂瘤形成。确诊靠病检^[2]。鼓室的占位性病变需与中耳胆脂瘤、鼓室球瘤、中耳类 Ca 和中耳 Ca 相鉴别。中耳炎首先发生于蒲氏间隙继而侵犯上鼓室及中耳听小骨。中耳病变产生骨质破坏并穿破骨向颅内侵入时,应同时考虑到脑膜瘤的可能。鼓室球瘤是中耳腔最常见的肿瘤,主要表现为搏动性耳鸣、听力下降。多见于 40 岁以上女性,起源于鼓岬或鼓岬之下的舌咽神经的鼓支,随着鼓室球瘤生长,病灶可包围听小骨,充满中耳腔,进入鼓室或穿破鼓膜进入外耳道等。CT 表现为鼓室内软组织肿块,边界不规则,邻近骨质破坏,有时可见残存小骨片影,增强扫描明显强化^[3]。中耳类癌常被认为源于中耳黏膜内的内胚层多向性干细胞,缺少特异性临床表现,早期主要是中耳症状(耳闷、耳鸣、渐进性听力下降),多数在鼓膜后有肿物,或外耳道内有息肉样肿物。类癌属于恶性病变,但生长缓慢,对周围组织多无侵犯,很少发生转移。影像学无特征性表现,可见中耳占位病变,常伴有听小骨侵蚀^[4]。中耳癌好发于 40~60 岁,常有中耳炎病史,可有脓血水耳漏、耳痛和头痛,侵及面神经可发生面瘫,颈部淋巴结有转移。CT 和 MRI:早期于中耳鼓室内见软组织肿块,强

化明显,听小骨不规则破坏,鼓室壁吸收破坏,肿瘤增大时表现为以鼓室为中心的弥漫性软组织肿块并骨质广泛虫蚀样不规则破坏影。CT 和 MRI 还可显示肿瘤向外耳道、咽鼓管、内耳、乳突窦和乳突甚至颅内侵犯的情况^[4]。

治疗及预后:术前行 MRI 增强扫描,术前病理检查和术中快速冷冻切片有助于选择正确的术式^[4]。由于脑膜瘤对放疗、化疗均不敏感,治疗以手术切除为主。对手术不完全切除的脑膜瘤、复发性脑膜瘤以及病变广泛无法切除的晚期或恶性病变者,可考虑放疗。异位脑膜瘤多为良性肿瘤,组织学特征、影像学表现不能准确预测其预后,一般来说手术完整切除有较好的预后^[2]。

参考文献

- [1] 林闽江,董海波,姚凤明,等.原发性异位脑膜瘤的影像学诊断[J].现代实用医学,2012,22(7):819-821.
- [2] 姚敏,贺广湘.中耳脑膜瘤 1 例并文献分析[J].现代医药卫生,2009,25(2):253-254.
- [3] 白人驹.医学影像诊断学[M].3 版.北京:人民卫生出版社,2012:136-142.
- [4] 石燕,杜波,张岩,等.中耳类癌一例[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2012,47(1):74-75.

(收稿日期:2015-11-10)

面神经鞘膜瘤误诊 1 例

任建军^{1△} 李青峰¹ 李超^{1△} 王晶^{1△} 李强¹ 赵长青¹

[关键词] 面神经鞘膜瘤;误诊

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2016.08.023

[中图分类号] R745.1 [文献标志码] D

Facial nerve Schwannoma misdiagnosed as middle ear cholesteatoma: a case report

Summary Facial nerve Schwannomas(FNS) are uncommon tumors of the temporal bone, which arise from the Schwann cells and may involve any area of the facial nerve. The clinical manifestation of FNS vary based on tumor size and location, mainly presenting hearing loss and FN paralysis. MRI and computed tomography are the main diagnostic test for FNS. Thin-sectioned MRI with gadolinium can positively identify an enhancing lesion along the FN. Because of its lower morbidity, we always misdiagnose it as other middle ear related diseases, such as middle ear cholesteatoma mentioned in this paper.

Key words facial nerve schwannomas; diagnostic errors

1 病例报告

患者,男,43 岁。4 个月前出现右耳溢液,黏液性,不伴耳痛及耳痒症状,就诊于当地诊所,考虑外

耳道炎,给予局部和全身抗炎治疗 1 周,效果不佳。1 个月前出现右耳听力下降,遂入我院。查体:右侧外耳道内肉芽样肿物充塞,肿物表面有黏液附着,耳道深部及鼓膜不可见(图 1);额纹对称,双眼睑闭合好,双鼻唇沟对称,口角无歪斜,鼓腮无漏气。纯音测听示:右耳平均气导值 70 dB (0.5 kHz、

¹山西医科大学第二医院耳鼻咽喉头颈外科(太原,030001)
[△]研究生

通信作者:赵长青, E-mail: fahyj@126.com

1 kHz、2 kHz), 平均骨导值 25 dB, 气骨导差为 45 dB。颞骨 CT 示: 右侧外耳道、中耳鼓室、乳突腔软组织影, 锤骨外移征(图 2), 诊断为中耳胆脂瘤(右)。于局部麻醉强化下行乳突根治术, 术中所见: 外耳道内充满肉芽样肿物, 取耳后切口, 沿筛区入路开放鼓室及乳突腔, 可见其内充满积液, 鼓室内黏膜水肿, 锤砧关节暴露不清。取耳道径路逐步清理耳道内肿物, 清理脓液, 鼓膜水肿肥厚呈中央型大穿孔, 肿物骑跨鼓膜进入鼓室。进一步清除肿物, 可见面神经鼓室段骨管缺如, 面神经纤维连续, 术腔渗血严重, 境界不清, 显露锤骨柄, 砧骨长脚及蹬骨缺如, 取颞肌筋膜, 鼓室成形。术中患者曾出现一过性面肌抽动症状; 术毕无面瘫表现; 术后第 3 天右侧额纹消失, 右眼闭眼露白, 右侧口角无力, 鼓腮漏气, House-Brackmann 分级Ⅳ级(中重度功能障碍)。考虑为术腔黏膜肿胀、渗出压迫面神经所致, 遂取出外耳道碘纺纱条, 并给予激素、营养神经治疗 3 d, 面瘫症状无明显好转。术后 6 d 病理结果显示面神经鞘膜瘤(图 3)。建议进一步治疗。患者不同意再次手术。随访半年, House-Brackmann 分级Ⅰ级, 1 年后面神经功能恢复正常。

2 讨论

面神经鞘膜瘤是起源于面神经纤维膜雪旺细胞的良性肿瘤, 生长缓慢, 主要见于青壮年, 其在颅内肿瘤中的发病率为 0.15%~0.8%^[1]。按其发生部位依次为面神经的乳突段(59%)、迷路段(20%)、鼓室段及颞骨外(10%)^[2]。面神经鞘膜瘤的临床症状与肿瘤累及部位和大小有关。其首发症状中面神经麻痹占 50%~60%, 听力损失占 33%~78.6%, 耳鸣占 7%~51.8%, 眩晕占 46%, 在伴面神经麻痹患者中有 20% 表现为一过性麻痹^[3]。颞骨 CT 及 MRI 结合能较准确地显示肿瘤累及的部位和范围, 对定性诊断及临床制定手术方案有重要意义。术后病理活组织检查为诊断该病的金标准。其治疗方案仍存争议, 包括保守观察(定期的影像学检查)、去骨减压、肿瘤减积、切除移

植^[4]。

误诊分析: ① 该病临床症状不典型, 在面神经鞘膜瘤的首发症状中, 以面神经功能障碍多见, 其次依次为听力下降, 鼓室或外耳道肿瘤, 耳痛, 耳闷胀感或耳漏、耳鸣。本例患者不伴面神经功能障碍, 其主要临床表现为外耳道肉芽样肿物、右耳溢液、右耳混合性聋。其首发临床表现不易与中耳胆脂瘤相鉴别。② 影像学表现不易与中耳胆脂瘤鉴别。面神经鞘膜瘤的 CT、MRI 表现与肿瘤部位及受累范围密切相关。内听道段肿瘤表现为内耳道增宽或桥小脑角区肿块; 迷路段肿瘤表现为面神经管扩大(>1 mm); 膝状神经节处肿瘤表现为岩骨前缘中部膝状神经节窝区骨质破坏^[5]; 鼓室段肿瘤表现为沿面神经管的水平分布, 可生长到鼓室中耳腔内, 因面神经鼓室段位于上鼓室内壁, 因此锤、砧骨可受压外移或破坏^[6]。乳突段表现为面神经管垂直段骨管扩大, 乳突内相应的面神经走行区软组织肿块影, 病变边缘清楚, 周围骨质无明显硬化边, 且软组织肿块常可自外耳道后壁突入外耳道, 肿瘤向下生长可见茎乳孔扩大, 并侵及颅外腮腺段。局限于腮腺内的肿瘤表现为腮腺内软组织肿块。③ 鉴别诊断不全面。发生于鼓室内的面神经鞘膜瘤要与中耳胆脂瘤、胆固醇肉芽肿、颈静脉球体瘤鉴别。面神经鞘膜瘤与胆脂瘤及胆固醇肉芽肿 CT 表现均为骨质破坏和软组织影, 鉴别较难。面神经鞘膜瘤 MRI 多呈长或稍长 T₁、长 T₂ 信号, 部分可囊变, 不均匀强化^[7]。胆脂瘤为等短 T₁、长 T₂ 信号, 增强后无强化。胆固醇肉芽肿 T₁ 加权像(T₁WI)和 T₂ 加权像(T₂WI)均表现为高信号, 弥散成像有助于鉴别^[8]。鼓室段和垂直段面神经鞘膜瘤常累及颈静脉窝, 需与颈静脉球体瘤相鉴别。颈静脉球体瘤在 MRI 上有特征性的信号, 即肿瘤内出现血管流空现象。④ 术前未行病理组织活检, 术中术野不清, 未及时行术中冷冻检查。⑤ 经验不足, 未及时考虑该病。

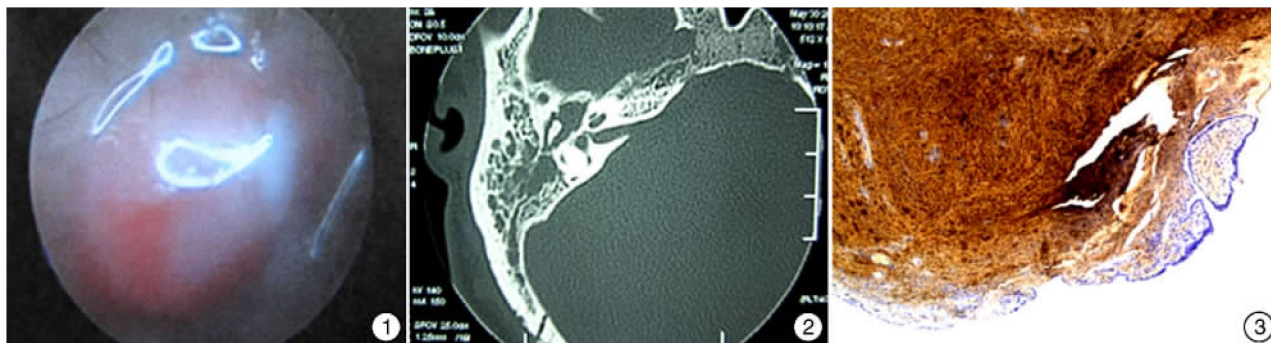


图1 耳内镜检查 肿物充满外耳道, 表面可见黏液附着; 图2 颞骨 CT 所示 锤砧关节外移, 面神经鼓室段骨管缺如, 软组织影充满上鼓室; 图3 术后 6 d 病理结果示面神经鞘膜瘤

面神经鞘膜瘤罕见,很多临床医生对该病认识不足,我们总结经验如下:①在接诊以外耳道肿物及传导性听力下降为首发临床表现的患者时,需要考虑中耳肿瘤突破鼓膜、进入外耳道的情况。颞骨高分辨率 CT 能准确显示面神经鞘膜瘤产生的中耳及内耳的骨质改变;MRI 对软组织分辨力高,不受骨结构干扰,不但能发现早期肿瘤,对较大的肿瘤可准确确定其部位和范围,而且还可了解肿瘤的内部结构特征以及与周围结构的关系^[9]。二者结合能较准确地显示肿瘤累及的部位和范围,对定性诊断及临床制定手术方案有重要意义。②在鉴别中耳胆脂瘤或胆固醇肉芽肿与中耳肿瘤时,可行颞骨增强 CT,了解肿物的良、恶性程度。③若怀疑有面神经肿瘤可行面肌电图检查,了解面神经变性程度;并仔细询问病史,是否有一过性或持续性面神经功能障碍症状。④对于耳道肿物合并中耳占位者,应常规行术前病理活组织检查,以减少面神经鞘膜瘤的误诊及误治率。⑤目前关于面神经鞘膜瘤的治疗方式仍存在争议。本例患者术中切除瘤体范围达 60%~80%,符合面神经鞘膜瘤减瘤术要求^[10],术后 1 年随访,患者听力恢复正常,无面神经功能障碍。

参考文献

- [1] MCRACKAN T R, WILKINSON E P, BRACKMANN D E, et al. Stereotactic radiosurgery for facial nerve schwannomas: meta-analysis and clinical review[J]. Otol Neurotol, 2015,36:393-398.
- [2] 王登元,卜行宽,邢光前,等. 小儿听神经瘤神经生理学特点及意义[J]. 中华医学杂志,2003,83(4):281-284.
- [3] MCRACKAN T R, WILKINSON E P, RIVAS A. Primary tumors of the facial nerve[J]. Otolaryngol Clin North Am,2015,48:491-500.
- [4] MCRACKAN T R, RIVAS A R, WANNA G B, et al. Facial nerve outcomes in facial nerve schwannomas[J]. Otol Neurotol, 2011,33:78-82.
- [5] MA Q, SONG H, ZHANG P, et al. Diagnosis and management of intraparotid facial nerve schwannoma[J]. J Craniomaxillofac Surg,2010,38:271-273.
- [6] GINSBERG L E, DEMONTE F. Diagnosis please. Case 16: facial nerve schwannoma with middle cranial fossa involvement[J]. Radiology,1999,213:364-368.
- [7] JAGER L, REISER M. CT and MR imaging of the normal and pathologic conditions of the facial nerve[J]. Eur J Radiol,2001,40:133-146.
- [8] 宦怡,荆自芳,张和国. 颞内面神经瘤的 CT 诊断[J]. 中华放射学杂志,1995,29(6):409-411.
- [9] 张骥,罗道天. 面神经瘤的 CT 和 MRI 诊断[J]. 中华放射学杂志,2001,35(7):491-493.
- [10] PARK S H, KIM J, MOON I S, et al. The best candidates for nerve-sparing stripping surgery for facial nerve schwannoma [J]. Laryngoscope, 2014, 124: 2610-2615.

(收稿日期:2015-11-19)

以鼻出血为首发症状的颈内动脉瘤 1 例

吴海燕¹ 陈金湘¹ 朱海¹ 周宁霞¹

[关键词] 鼻出血;动脉瘤;内镜检查

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2016.08.024

[中图分类号] R765.23 [文献标志码] D

Internal carotid artery aneurysms with the initial symptom of epistaxis: a case report

Summary The patient has complained of twice left nose bleeding. Nasal endoscope examination found blood-stain in recessus sphenothmoidalis, while nasal sinuses MR examination showed moderate and slightly high signal in left sphenoid sinus on T₁WI and T₂WI. Then, she was underwent nasal endoscopic surgery to stop bleeding. A dark red, pulsating tissue was found above the lateral wall of the sphenoid sinus during the surgery. After the surgery, the patient did a cerebral digital vascular angiography and the diagnosis was internal carotid artery aneurysms rupture.

Key words epistaxis; aneurysm; endoscopy

¹ 江苏省江阴市人民医院耳鼻咽喉科(江苏江阴,214400)
通信作者:吴海燕, E-mail: haiyanwu_cool@163.com