

• 病例报告 •

耳源性 Mouret 脓肿 1 例

郝欣平¹ 陈彪¹ 李永新¹

[关键词] Mouret 脓肿;中耳炎;并发症

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2018.06.018

[中图分类号] R764.2 [文献标志码] D

Clinical analysis of otogenic Moure tabscess: a case report

Summary Mouret abscess is a rare extracranial complication of suppurative otitis media. It is generally believed to be a deep neck abscess caused by inflammation leading to the rupture of the bony tip of the mastoid tip. The location of Mouret abscess is deep. The symptoms are insidious at the onset, but may eventually spread to the surrounding tissue, and even lead to mediastinal abscess, cavernous sinus thrombosis, meningitis, dyspnea and other serious complications. At present, with the popularization of antibiotics, the occurrence rate of Mouret abscess is very low, and only sporadic cases have been reported. In this paper, a case of Mouret abscess caused by cholesteatoma was analyzed to explore Mouret abscess in terms of the route of infection, clinical manifestations, imaging features, diagnosis and treatment.

Key words Mouret abscess; otitis media; complication

1 病例报告

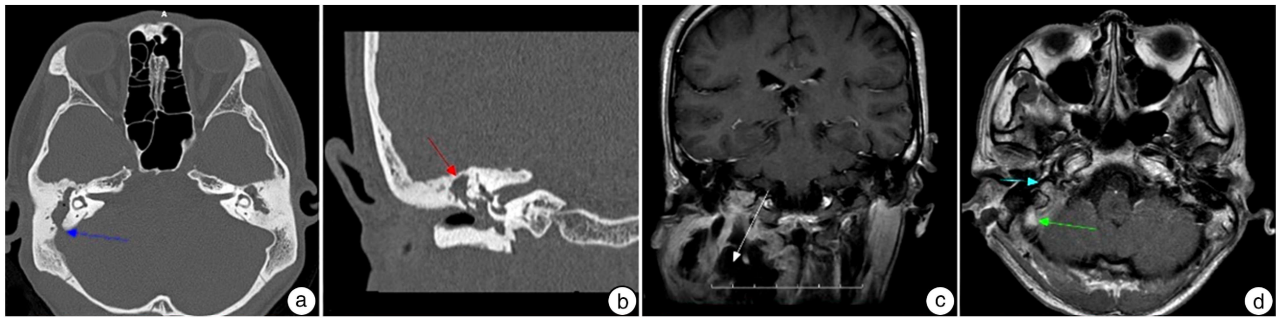
患者,男,22岁,2周前右耳流脓及耳痛,伴发热、头痛,在外院抗生素治疗后上述症状未缓解,病情进行性加重,1周前出现右侧周围性面瘫,颈部肿胀伴疼痛,5天前出现呼吸困难,转入我院治疗。既往双侧慢性中耳炎病史。体检:神志清楚,呼吸困难Ⅱ度,右侧周围性面瘫 H-B Ⅲ级。右乳突区及颈部肿胀,皮温高,压痛明显(图 1a)。口咽部可见右软腭隆起,咽侧壁隆起接近中线,会厌无水肿,双声带活动好。右外耳道肿胀,有脓液,鼓膜窥不清。颞骨 CT 检查结果:双侧中耳乳突炎,右侧乙状窦壁骨质缺损(图 1b)。颈部彩超:颈部有囊实性包块,炎性病变?颈部 MRI:右颈部软组织及深部肌间隙大片长 T1 长 T2 信号区,边缘模糊不清,上至颅底水平,增强后病变不均匀明显强化,内可见囊状未强化区,大小约 1.3 cm×0.8 cm。考虑右颈部软组织弥漫性增厚并局部脓腔形成,考虑炎性病变可能性大(图 1c)。血液常规检查:白细胞 19.10×10⁹,中性粒细胞 90.20%,红细胞 3.68×10¹²,血红蛋白:109 g/L。初步诊断为右慢性化脓性中耳炎、Mouret 脓肿、右侧周围性面瘫、右乙状窦血栓性静脉炎。急诊全身麻醉下行右乳突根治加右鼓膜置管加颈部脓肿切开引流加气管切开术。术中情况:自扁桃体后方切开咽侧壁长约 3 cm,可见大量恶臭灰黄色脓液溢出(脓液约 30 ml)。颈部

弧形切口,分离胸锁乳突肌前缘,大量脓液流出(脓液量约 25 ml)。开放乳突可见鼓室天盖完整,乳突尖无明显病变无骨质缺损,乙状窦表面骨质缺损,大量肉芽形成,磨除乙状窦周围骨质直至乙状窦色泽正常,放置鼓膜通气管。颈部及耳部伤口均未缝合,术后定期换药引流。脓液培养结果为放线菌。术后 3 天患者体温恢复至正常,耳痛、头痛、颈部疼痛均消失,白细胞 5.27×10⁹,中性粒细胞 55.8%,红细胞 4.46×10¹²,血红蛋白:132 g/L。术后配合全身使用头孢曲松钠治疗,术后行内耳 MRI 检查,见右中颅窝底及小脑幕脑膜增厚强化,乙状窦、颈静脉流空信号消失,边缘模糊,增强可见强化(图 1d)。术后 1 周,拔出气管套管,颈部伤口缝合。术后 4 周,再次在全身麻醉下行鼓室成形术。至今随访 1 年,干耳、面瘫恢复,胆脂瘤未复发。

2 讨论

随着抗生素的使用以及卫生医疗条件的改善,化脓性中耳炎引起的颅内外并发症发病率明显降低。Mouret 脓肿是化脓性中耳炎引起的罕见的颅外并发症^[1],因位置较深,故早期乳突尖及其下方可无明显异常,只有明显的高热症状,后随病变进一步发展,脓肿逐渐增大,以至咽侧壁向咽腔隆起,扁桃体被推向中线,同时引起喉水肿,故患者后期出现张口及呼吸困难,也可以引起纵隔脓肿,具有一定的致死性。临床表现可以为:①高热全身中毒表症状;②头部活动受限;③呼吸、吞咽疼痛,甚至张口受限;④可与中耳炎其他颅内外并发症同时存在。该病例同时符合以上 4 点表现,同时合并有面瘫、乙状窦血栓性静脉炎。该病例炎症状态极为严

¹首都医科大学附属北京同仁医院耳鼻咽喉头颈外科(北京,100730)
通信作者:李永新,E-mail:entlyx@sina.com



a:颞骨 CT 水平位,箭头所示为乙状窦区骨质缺损;b:颞骨冠状位;c:颈部增强 MRI,可见巨大的低信号区域,咽侧壁突至中线;d:内耳增强 MRI,可见乙状窦(下方箭头)、颈内静脉(上方箭头)明显强化,流空信号消失。

图1 术前及术后所见

重,除了出现白细胞升高之外,还出现了血红蛋白的下降,在感染控制之后,患者的白细胞以及血红蛋白均恢复至正常。

一般认为耳源性颈部脓肿,多发生于乳突尖部气化良好的化脓性中耳炎患者。如乳突腔脓液破溃至胸锁乳突肌深面形成 Bezold 脓肿。如乳突尖的骨质破溃区位于二腹肌沟处,脓液在二腹肌后腹下流,再沿颈部大血管鞘发展到咽侧隙,则形成颈深部脓肿,称为 Mouret 脓肿。有趣的是在此病例中,不论是术前颞骨 CT 还是术中探查,乳突尖骨质完好,因此,通过乳突尖破溃直接导致 Mouret 脓肿的途径被排除了。推测此 Mouret 脓肿的感染途径可能是由于乙状窦血栓性静脉炎导致颈内静脉炎性改变,从而引起血管鞘周围感染。复习国内外文献,报道有 1 例右侧中耳胆脂瘤感染引起了右侧的乙状窦血栓性静脉炎以及对侧的乙状窦血栓性静脉炎、对侧的颈深部的脓肿^[2],此文献分析对侧颈深部脓肿形成的原因可能为右侧的乙状窦血栓性静脉炎通过横窦的逆行以致于感染对侧的颈静脉及其静脉周围的组织,最终形成对侧的 Mouret 脓肿。也有学者提出颈内静脉上部的淋巴结或者继发于乙状窦血栓性静脉炎蔓延形成颈内静脉血栓均会导致颈深部的脓肿形成^[3]。结合本病例可以总结出 Mouret 脓肿的感染途径除了乳突尖的骨质破溃直接导致之外,还可以由乙状窦炎症延及颈部血管鞘的感染间接引起。因此,即使是对于乳突尖骨质完整的患者,颈深部感染仍然可以是耳源性的,需积极进行耳科的专科检查。

该病例的颞骨 CT 提示中耳乳突炎以及乙状窦周围骨质缺损,与以往文献稍有不同的是此病例乳突气化的程度并不高。该病例的内耳 MRI 提示脑膜炎、乙状窦血栓性静脉炎,颈部 MRI 提示颈部炎性病变,并可见脓腔形成,与文献报道基本一致,但此病例同时合并有乙状窦血栓性静脉炎。不应忽视的是在颈部感染的同时患者可以同时合并颅内感染,应该同时行内耳 MRI 的检查,以免颅内并发症的漏诊。

此病例就诊于我院时已经出现呼吸困难,如不及时治疗必将导致患者窒息或者脓毒症的形成。分析此病例治疗成功的关键在于详细的病史咨询与体检、及时的影像学辅助诊断,准确的术前诊断、积极的切开引流、去除原发病灶,并配合使用了敏感抗生素治疗。

参考文献

- [1] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳.实用耳鼻咽喉头颈外科学[J].北京:人民卫生出版社,2008:909-911.
- [2] RIJUNEETA, PARIDA P K, BHAGAT S. Parapharyngeal and retropharyngeal space abscess: an unusual complication of chronic suppurative otitis media[J]. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, 2008, 60: 252-255.
- [3] YEOH X Y, LIM P S, PUA K C. Case of chronic otitis media with intracranial complication and contralateral extracranial presentation[J]. Case Rep Otolaryngol, 2016, 2016: 7810857.

(收稿日期:2017-07-16)