

鼻硬结病误诊为鼻中隔囊肿 1 例

Rhinoscleroma misdiagnosed as a septal cyst: a case report

张奇雪¹ 阮宏莹² 郑永哲² 张桂敏² 林鹏²

[关键词] 鼻硬结病;鼻中隔囊肿;误诊

Key words rhinoscleroma; nasal septum cysts; diagnostic errors

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2019.06.021

[中图分类号] R765.2 [文献标志码] B

1 病例报告

患者,男,61岁,因双侧持续鼻塞20余天于2018年3月15日就诊。患者无流涕、打喷嚏、头痛及鼻部外伤史,检查可见鼻中隔前端双侧隆起,有波动感。鼻窦CT:鼻中隔居中,其左侧可见囊样软组织密度影,边界清,大小约2.3 cm×1.3 cm,CT值约22 HU,各鼻窦未见异常(图1)。门诊以10 ml注射器在鼻中隔左侧隆起处穿刺抽出黄绿色清亮液体约1 ml。鼻内镜可见双侧鼻中隔隆起,按压无疼痛,右侧鼻腔其他结构未见异常,左侧鼻腔因过窄内镜无法进入(图2)。初步诊断为“鼻中隔囊肿”,收入我院。患者入院后完善相关术前检验及检查,未见明显异常。全身麻醉下行鼻中隔囊肿摘除术,术中见双侧鼻中隔前段向双侧鼻腔膨隆,向双侧挤压鼻阈外侧,空针抽出约2 ml囊液,因囊液颜色清亮,无感染迹象,遂未送细菌培养。囊肿约3 cm²,囊壁厚,中隔软骨被压迫吸收,但囊壁与中隔黏骨膜间界限清晰。彻底切除囊壁及囊肿周围的炎性病变,送病理。术后病理回报:考虑鼻硬结病,累及软骨。免疫组织化学染色示:CD68(+),CD34(-),S-100(-),PAS(-),六胺银(-),抗酸(-)。光镜下见病变组织中出現大量的泡沫样吞噬细胞(Mikulicz细胞),直径20~50 μm,成片或散在分布,周围有大量浆细胞及少数淋巴细胞,考虑鼻硬结病肉芽肿期(图3)。术后予青霉素抗感染治疗1周,确诊鼻硬结病后拟改用链霉素治疗,但患者拒绝继续用药,治疗中断。术后1个月电话随访,见患者诉鼻腔通气状况改善。术后2个月随访,鼻中隔黏膜光滑,切口愈合好,患者无不适主诉。术后半年随访,患者鼻腔通气状况及切口愈合良好,未见复发。

2 讨论

鼻硬结病是一种慢性肉芽肿病变,多认为由鼻

硬结杆菌引起,与卫生条件、贫困、营养不足等外在因素有关。但也有认为鼻硬结杆菌感染与宿主因素密切相关,患者自身免疫系统的功能下降会导致机体对抗鼻硬结杆菌的能力下降,最终染病^[1]。此病以鼻部症状为首发,随病情进展可致鼻部畸形和鼻腔瘢痕,后可逐渐扩展到咽、喉等处,很少累及气管,又称呼吸道硬结病^[2-3]。世界各地均有此病报道,其在我国多发于山东农村,具有轻度传染性,传播途径不确定,但多与患者有长期接触史有关。研究发现,大多数患者有不良挖鼻史,通过环境人手种植染病^[4]。本例术后详细追问患者病史,得知其长期于河北某农场工作且有挖鼻习惯。

鼻硬结病早期缺乏诊断特异性,易误诊,其重要原因之一在于其临床表现及体征多样,主要体现在弥漫性浸润和局限性结节增生。以往报告的病例局部多表现为鼻腔乳头状、结节状、瘢痕样增生物或鼻中隔肿物等实质性病变。以鼻中隔肿物为首发表现者大多致鼻部畸形,但很少影响鼻软骨支架^[5]。以鼻中隔囊肿样表现者罕见,本例患者表现为双侧鼻塞,CT检查见鼻中隔囊肿样表现以及在波动感明显处抽出囊液样物质,一系列表现与鼻中隔囊肿类似^[6],由此造成最初误诊。患者长期于某农场工作,挖鼻习惯致携带鼻硬结杆菌对鼻黏膜进行长期反复刺激,可能是造成病变发生的主要原因,且患者中隔软骨部分破坏,怀疑是鼻硬结杆菌长期浸润致中隔液化吸收所致。

鼻硬结病早期临床表现和鼻炎相似^[7-8],鉴别诊断困难。分泌物及组织细菌培养中鼻硬结杆菌阳性即可确诊此病,但细菌培养阳性率仅为50%~60%^[9]。为避免漏诊、误诊,需对患者进行多次细菌培养。在影像学表现上,鼻硬结病缺乏特异性表现,但可以通过CT和MRI确定病变的范围及骨质侵犯情况,为手术切除范围提供依据^[10]。病理诊断是诊断此病的金标准,病情进展程度不同病理表现有差异,可分为3期:①卡他期:黏膜层以及黏膜下层可见大量浆细胞浸润,组织间隙可见鼻硬结杆菌;②肉芽肿期:临床多见,可见大量泡沫细胞

¹天津医科大学一中心临床学院(天津,300192)

²天津市第一中心医院耳鼻咽喉头颈外科 天津市耳鼻咽喉科研究所

通信作者:张桂敏,E-mail:zh_gm@163.com

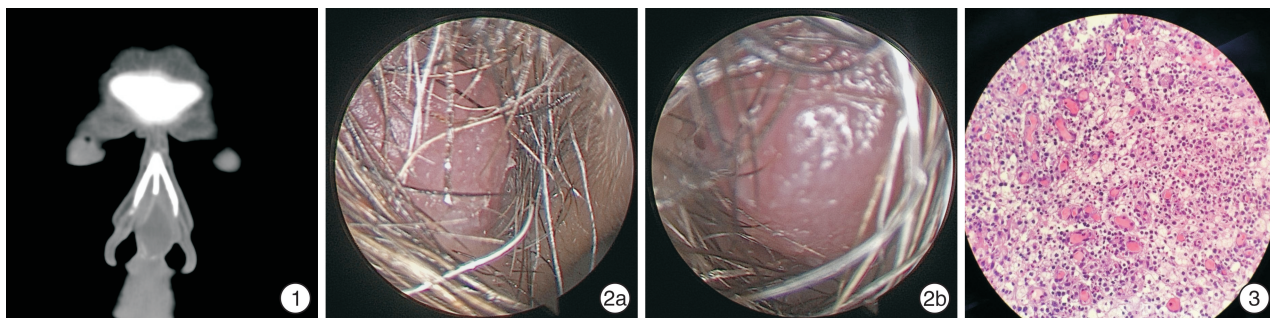


图 1 鼻窦 CT 所示 鼻中隔左侧可见囊样软组织密度影,边界清; 图 2 鼻内镜下示双侧鼻中隔隆起 2a:左侧鼻腔;2b:右侧鼻腔; 图 3 术后组织病理检查 大量的泡沫样吞噬细胞(Mikulicz 细胞)成片或散在分布,周围有大量浆细胞及少数淋巴细胞浸润。

(Mikulicz 细胞)和品红小体(Russel 小体),目前认为是浆细胞发生水肿和玻璃样变性所致,是鼻硬结病主要病理特征,也是鼻硬结病的病理诊断依据; ③瘢痕期:结缔组织增生,泡沫细胞与品红小体减少消失,血管、淋巴管消失,结缔组织变性硬化,形成瘢痕^[23]。在临床表现上此分期表示病情进展的过程,没有明确的界限。鼻硬结病患者往往在肉芽肿期和瘢痕期前来就诊,应与鼻腔肿瘤、肉芽肿疾病及系统性的传染性疾病相鉴别,其中包括结核、放线菌病、梅毒、组织胞浆菌病、淋巴瘤、皮肤结节病及韦格纳肉芽肿等^[9]。

目前本病以抗菌药物治疗为主,其次为放疗,对于瘢痕闭锁或新生物生长致鼻腔狭窄所引起的功能障碍者,可选择手术治疗,但仅仅手术不能达到根治目的,术后应正规予以抗生素治疗。

鼻硬结病是一种慢性感染性疾病,因治疗周期长,导致患者的依从性差,最终疾病的复发率很高^[3]。若要彻底治愈,治疗时机的选择与把握尤为重要,研究发现在慢性卡他期及肉芽肿期进行积极治疗效果明显,若病情拖延至瘢痕期,对抗生素的敏感性将大幅降低,治疗效果不佳^[4]。早期治疗也是避免疾病传播的重要因素,深刻了解该病的特点及多样化的表现形式有利于提高对此病的认识,达到早期诊断早期治疗的目的。

参考文献

[1] FUSCONI M, GRECO A, CATTANEO C G, et al. Social geography of Rhinoscleroma and qualitatively

and quantitatively abnormal cell-mediated immunity [J]. *Infect Genet Evol*, 2018, 62: 17-19.

[2] 孔维佳,周梁.耳鼻咽喉头颈外科学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2015:653-653.

[3] EFARED B, HAMMAS N, GABRIELLE A E, et al. Rhinoscleroma; a chronic infectious disease of poor areas with characteristic histological features-report of a series of six cases[J]. *Trop Doct*, 2018, 48: 33-35.

[4] 钟琦,郭伟,张盛忠.鼻硬结病的临床及病理研究[J]. *中国耳鼻咽喉头颈外科*, 2016, 23(7): 374-376.

[5] SHOEIB M A. Septal rhinoscleroma [J]. *Indian J Plast Surg*, 2010, 43: 219-221.

[6] 姜元芹,林志翔,赖世佳,等.鼻中隔黏液囊肿 7 例临床分析[J]. *临床军医杂志*, 2012, 40(5): 1262-1262.

[7] MUKARA B K, MUNYARUGAMBA P, DAZERT S, et al. Rhinoscleroma; a case series report and review of the literature [J]. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2014, 271: 1851-1856.

[8] NGATTIA K V, KACOUCHIA N, KOFFI-NGUESAN L, et al. Retrospective study of the rhinoscleroma about 14 cases in ENT departments of university hospitals(Côte d'Ivoire)[J]. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*, 2011, 128: 7-10.

[9] BONACINA E, CHIANURA L, SBERNA M, et al. Rhinoscleroma in an immigrant from Egypt: a case report[J]. *J Travel Med*, 2012, 19: 387-390.

[10] 李艺,张勉,叶辉信,等.鼻硬结病累及鼻腔鼻窦 2 例[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2016, 30(20): 1652-1655.

(收稿日期:2018-07-17)