

• 病例报告 •

## 以鼓室积液为首表现的结核性中耳炎 1 例

徐明芳<sup>1</sup> 沈敏<sup>1</sup> 万俐佳<sup>1</sup> 余腊枝<sup>1</sup> 姜义道<sup>1</sup>

[关键词] 中耳炎,化脓性;结核;鼓室积液

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2019.09.022

[中图分类号] R764.21 [文献标志码] D

### Tuberculous otomastoiditis presenting as hydrotympanum: one case report

**Summary** To study the clinical features, diagnosis and treatments of tuberculous otomastoiditis. One case is reported and literatures are reviewed. In this report, the specimen of the middle ear revealed the presence of acid fast bacilli(AFB), grew mycobacterium tuberculosis on a culture. Lung CT scans demonstrated tuberculosis. After anti-tuberculosis therapy, the symptoms disappeared and did not recur in 3 years. Hydrotympanum can be the early symptom of tuberculous otomastoiditis. When persistent otorrhea can not be improved by conventional therapy, tuberculous otomastoiditis should be considered as one of the differential diagnosis.

**Key words** otitis media, suppurative; tuberculosis; hydrotympanum

结核性中耳炎是结核杆菌感染所致的鼓室及乳突病变,多继发于肺结核、淋巴结核或骨关节结核等。我国是结核病高发地区,近几十年,随着抗结核治疗的普遍应用,结核病患者率呈逐年下降趋势。但随着耐药性的增加,近几年肺外结核在很多地区呈上升趋势。耳鼻咽喉结核中最常见的是喉结核,咽结核及耳结核次之,鼻结核最少见<sup>[1]</sup>。结核性中耳炎临床上少见,并且临床表现常不典型,为耳鼻咽喉疾病中误诊率最高者之一<sup>[2]</sup>。结核性中耳炎典型临床表现为无痛性耳漏、多发性鼓膜穿孔、同侧面神经麻痹、大量苍白肉芽及早期严重的听力下降<sup>[3]</sup>。但由于目前抗生素的广泛应用,这些典型的临床表现已较难见到。现报道 1 例以中耳积液为首表现的结核性中耳炎患者资料,并对相关文献进行复习。

#### 1 病例报告

患者,男,62岁,因左耳闭塞感 1 周于 2015 年 2 月 16 日到医院就诊。否认耳痛、耳流水、鼻塞、多涕、咳嗽等相关症状,无发热,无体重减轻,无结核、肝炎等传染病史。查体见左侧鼓膜完整、凹陷,颈部未触及肿大淋巴结。行声导抗检查示左侧 B 型鼓室图,右侧 A 型鼓室图。纯音测听示左侧传导性聋,气骨导差 20 dB。电子鼻咽镜检查未见明显异常(图 1)。诊断为分泌性中耳炎(左)。行左侧鼓膜穿刺,抽出稀薄液性分泌物 0.2 ml,抗炎治疗 1 周。第 2 周复诊时仍诉左耳闭塞感,查体见左侧鼓膜完整、透黄,可见液平,再次行鼓膜穿刺,抽

出稀薄液性分泌物 0.15 ml,自觉穿刺后耳闭症状缓解不如前两次明显。第 3 周复诊时诉左耳流脓并听力进一步下降,抗炎治疗效果欠佳。颞骨 CT 示:中耳乳突腔软组织密度影,骨质无明显破坏(图 2)。左耳分泌物细菌培养加药物敏感试验未见明显致病菌。追问病史,患者诉 3 个月前曾低热 2 周,无鼻塞、多涕、咳嗽,无耳流水、流脓或听力下降等,自行口服抗生素后好转。否认既往中耳炎病史。完善胸部 CT 示肺结核。左耳分泌物镜检提示抗酸染色阳性;行分泌物结核杆菌培养,回报阳性。诊断为结核性中耳炎,肺结核。转入胸科医院,其后患者出现低热、盗汗症状,PPD 试验示强阳性;复查左耳分泌物镜检及培养提示结核杆菌感染。行四联抗结核治疗半年,并 1%利福平滴耳治疗。治疗结束后症状好转,左耳干燥、听力提高。半年前于我院复诊,电耳镜检查示左侧鼓膜紧张部大穿孔。

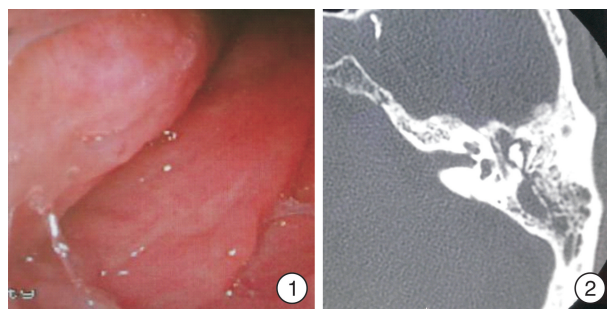


图 1 电子鼻咽镜检查所示 鼻咽部未见明显异常;  
图 2 颞骨 CT 所示 中耳乳突腔软组织密度影,骨质无明显破坏。

<sup>1</sup>华中科技大学同济医学院附属荆州医院耳鼻咽喉头颈外科(湖北荆州,434020)

通信作者:姜义道,E-mail:1069670346@qq.com

## 2 讨论

结核病在我国仍然是一个重大的健康问题。其致病菌为结核杆菌,属分枝杆菌,因其具有染色抗酸性,亦称为抗酸杆菌。文献报道肺外结核占结核病的 5%~30%<sup>[4]</sup>。耳结核仅占中耳慢性疾病的 0.05%~0.9%<sup>[5-6]</sup>。结核性中耳炎多继发于身体其他部位的结核,亦可单独原发于耳。其发病机制包括 3 种:病原菌经咽鼓管侵入中耳;其他部位病灶中的病原菌经血液或淋巴系统传入中耳;病原菌经外耳道及鼓膜穿孔直接种植致中耳感染。3 种发病机制所占比例各文献报道不一,Cho 等<sup>[5]</sup>认为最主要的感染途径为经外耳道及鼓膜穿孔种植感染;而 Nishiike 等<sup>[7]</sup>认为经咽鼓管侵入中耳为主要途径。本例患者肺部有结核病灶,耳部以中耳积液为首表现,可能为疾病早期,结核杆菌感染鼻咽部,影响咽鼓管功能,呈现分泌性中耳炎类似表现;其后结核杆菌循咽鼓管路径感染中耳,致鼓膜穿孔、持续耳漏。

结核性中耳炎可发生于任何年龄,男女患病比例各文献报道不一。有文献报道男女患病比例为 1.4:1~2:1<sup>[2,6]</sup>,但 Cho 等<sup>[5]</sup>报道 50 例患者中女性患者占 30 例。Wallner<sup>[3]</sup>于 1953 年首次描述了典型的结核性中耳炎的临床表现,即无痛性耳漏、同侧面神经麻痹、多发性鼓膜穿孔、大量苍白肉芽以及早期严重的听力损害。其临床表现类似于慢性中耳炎,包括耳漏和听力下降。但结核性中耳炎可表现为早期严重的听力下降,包括传导性聋或混合性聋。耳漏多为无痛性,且为稀薄分泌物,当合并细菌感染时表现为脓性或黏性分泌物。多发性鼓膜穿孔较少见文献报道<sup>[7-8]</sup>,可能因其仅为疾病发展过程中的一个短期表现,多数迅速融合为一个穿孔,亦有少数病例表现为鼓膜完整、内陷<sup>[9]</sup>。面神经麻痹的发病率各家报道有所不同,为 0~20%<sup>[6,10]</sup>。Cho 等<sup>[5]</sup>报道,52 例结核性中耳炎患者中,面神经麻痹的发生率为 9.6%,较慢性非结核性中耳炎患者高。对于非胆脂瘤型中耳炎,出现面神经麻痹时应考虑到结核性中耳炎的可能。大量文献报道鼓室及乳突腔发现大量苍白肉芽,部分病例的最终确诊正是依靠肉芽组织的病理检查<sup>[10-12]</sup>。其并发症包括局部皮肤瘻口形成,迷路炎,结核性骨髓炎和中枢神经系统感染等。

颞骨 CT 与慢性化脓性中耳炎表现类似,包括软组织影填充整个中耳乳突腔,可见骨质破坏,甚至死骨形成。区别在于,结核性中耳炎中硬化型乳突所占比例要明显低于慢性化脓性中耳炎<sup>[5,13]</sup>,这也提示结核杆菌容易通过功能正常的咽鼓管感染中耳乳突腔。因疾病的严重程度及病程的不同,其骨质破坏程度可不一样,甚至无明显骨质破坏。胆脂瘤性中耳炎的骨质破坏多包括鼓室盾板,可与结

核性中耳炎骨质的骨质破坏相区分。一旦有死骨形成,结核性中耳炎的诊断可渐趋明朗。以上这些变化均非诊断性,准确的诊断仍依赖于组织病理学或结核杆菌的培养或涂片镜检。但需注意的是活组织检查提示阴性时不能排除诊断,因结核性肉芽组织常在中耳黏膜下散在分布,活检并不一定能取到阳性标本。结核性中耳炎分泌物中结核分枝杆菌计数往往较低,且由于局部抗生素的应用,分泌物镜检及培养亦较难获得准确结果。故临床上漏诊、误诊率高<sup>[6,14]</sup>。本例患者第 1 次分泌物镜检及培养即阴性;第 2 次停用抗生素 1 周后,再次行分泌物镜检及结核杆菌培养提示阳性。聚合酶链反应及 DNA 探针等分子生物学技术更具敏感性和特异性,为有条件者更优的选择<sup>[15]</sup>。

结核性中耳炎首选抗结核治疗。当中耳引流不畅、抗结核无效或已有死骨形成、骨膜下脓肿等其他严重并发症时,乳突开放手术很有必要,手术联合抗结核治疗可迅速控制病情,明显缩短病程<sup>[5,12,16]</sup>。手术亦可为可疑的患者提供一个更快速、准确的诊断,避免严重并发症的发生<sup>[5]</sup>。抗结核治疗常采用四联药物,即异烟肼、利福平、吡嗪酰胺及链霉素,疗程半年。

## 参考文献

- [1] 黄选兆,汪吉宝.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,1998:1118-1119.
- [2] 丁滨,陈晓红.2004-2013 年耳鼻咽喉疾病中国误诊大数据概要分析[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2016,30(15):1195-1200.
- [3] WALLNER L J. Tuberculous otitis media[J]. Laryngoscope,1953,63:1058-1077.
- [4] 朱莉贞.加强对肺外结核病的协作研究[J].中华结核和呼吸杂志,2008,31(2):81-82.
- [5] CHO Y S,LEE H S,KIM S W,et al. Tuberculous otitis media;a clinical and radiologic analysis of 52 patients[J]. Laryngoscope,2006,116:921-927.
- [6] VAAMONDE P,CASTRO C,GARCIA-SOTO N,et al. Tuberculous otitis media: a significant diagnostic challenge[J]. Otolaryngol Head Neck Surg,2004,130:759-766.
- [7] NISHIIKE S,IRIFUNE M,OSAKI Y,et al. Tuberculous otitis media;clinical aspects of 12 cases[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol,2003,112:935-938.
- [8] DALE O T,CLARKE A R,DRYSDALE A J. Challenges encountered in the diagnosis of tuberculous otitis media;case report and literature review[J]. J Laryngol Otol,2011,125:738-740.
- [9] OH S J,YI K I,LEE C H,et al. Primary tuberculosis of the eustachian tube causing otitis media with effusion[J]. Am J Otolaryngol,2015,36:575-577.
- [10] 李志勇,刘世喜,邹剑,等.结核性中耳乳突炎的误诊原因探讨[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,27(22):1252-1254.

- [11] CHIRCH L M, AHMAD K, SPINNER W, et al. Tuberculous otitis media: report of 2 cases on Long Island, N. Y., and a review of all cases reported in the United States from 1990 through 2003[J]. *Ear Nose Throat J*, 2005, 84:1060-1066.
- [12] 黄石, 赵宇, 杨奉玲, 等. 结核性中耳乳突炎 13 例临床分析并文献复习[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2014, 28(4):243-245.
- [13] CAVALLIN L, MUREN C. CT findings in tuberculous otomastoiditis: A case report[J]. *Acta Radiol*, 2000, 41:49-51.
- [14] KAMESWARAN M, NATARAJAN K, PARTHI-BAN M, et al. Tuberculous otitis media: a resurgence [J]? *J Laryngol Otol*, 2017, 131:785-792.
- [15] GARCOVICH A, ROMANO L, ZAMPETTI A, et al. Tumour-like ear lesion due to *Mycobacterium tuberculosis* diagnosed by polymerase chain reaction-reverse hybridization [J]. *Br J Dermatol*, 2004, 150:370-371.
- [16] SAUNDERS N C, ALBERT D M. Tuberculous mastoiditis: when is surgery indicated [J]? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2002, 65:59-63.

(收稿日期:2018-09-28)

## 复发性上颌窦多形性腺瘤恶变为肌上皮癌 1 例

胡真真<sup>1</sup> 李道明<sup>2</sup> 金晓朗<sup>1</sup> 王英<sup>1</sup>

[关键词] 上颌窦;腺瘤,多形性;肌上皮癌

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2019.09.023

[中图分类号] R739.62 [文献标志码] D

### Recurrent maxillary sinus pleomorphic gonadoma into myoepithelial carcinoma: a case report

**Summary** A 44-year-old woman with left nasal obstruction and facial numbness for 4 months was admitted to hospital. The patient did not have amblyopia, vision loss, runny nose with blood, dizziness, headache or other discomfort. In 1991 and 2001, the patient were pathologically diagnosed as pleomorphic adenomas. CT of nasal cavity and paranasal sinuses showed that in the left maxillary sinus there was an about 4.4 cm×4.5 cm×4.7 cm large mass soft tissue density, showing expansive growth protruding into the left orbital floor. MRI showed that the lumped short T1 signal was seen in the left maxillary sinus and the linear long T1 signal was seen in the left nasal cavity, and the liquid accumulation signal foci could be seen in the left maxillary sinus. Postoperative pathological findings: (left maxillary sinus mass) Combining morphology, immunohistochemical results and medical history, consistent with pleomorphic adenoma carcinogenesis (cancer in pleomorphic adenoma), carcinogenesis type is myoepithelial carcinoma.

**Key words** maxillary sinus; adenoma, pleomorphic; myoepithelioma

#### 1 病例报告

患者,女,44岁,因左侧鼻塞、面部麻木4月余于2018年6月入院,不伴复视、视力下降、涕中带血、头晕头痛等不适。患者曾于1991年在当地医院行左侧上颌黏膜囊肿切除术,术后病理回示:多形性腺瘤;2001年病情复发,于外院再次行左侧上颌黏膜囊肿切除术,病理回示:上颌多形性腺瘤。本次入院查体:左侧鼻腔狭窄,仅见下鼻甲前端部分,表面黏膜尚光滑,其余结构被肿物挤压不能窥视,左侧上颌窦区压痛+;双侧颈部浅表淋巴结无肿大。鼻腔鼻窦CT(图1):左侧上颌窦内可见4.4 cm×4.5 cm×4.7 cm团块状软组织密度影,

呈膨胀性生长突入左侧眶底,并向内推挤鼻腔外侧壁至鼻中隔,左侧眶下壁、上颌窦前壁、内侧壁、后外侧壁可见不规则骨质缺损,并有少量软组织突入颌面部皮下。MRI(图2):左侧上颌窦、左侧鼻腔内可见团块状短T1信号,内可见线样长T1信号;左侧上颌窦内可见积液样信号灶。初步诊断为左侧上颌窦占位并骨质破坏。患者完善术前检查后,全身麻醉行鼻内镜下左侧鼻窦肿物切除术。手术沿泪前隐窝进路切开下鼻甲前端鼻腔外侧壁黏膜,可见10~15 ml灰黄色液体流出,吸引干净后见上颌窦内壁骨质破坏,一囊实性肿物自窦腔脱出,扩大上颌窦内壁开窗口完整暴露肿物,可见肿物边界尚清,色暗红、触之质韧。取部分肿物组织送快速冷冻,病理示:(左侧上颌窦肿物)考虑为肌上皮源性肿瘤,倾向低度恶性,待常规及免疫组织化学明

<sup>1</sup> 郑州大学第一附属医院鼻科(郑州,450052)

<sup>2</sup> 郑州大学第一附属医院病理科

通信作者:王英, E-mail: fccwangy@zzu.edu.cn