

· 临床报道 ·

耳内镜对中耳炎术后复发患者 中耳通气引流状态的评估

李春艳, 舒畅, 陈建超, 杜晓东, 彭志林

(无锡市第四人民医院耳鼻咽喉科, 江苏 无锡 214062)

摘要: **目的** 通过耳内镜对中耳通气引流的角度考察中耳炎术后复发原因, 以期提高临床中耳炎治疗效果。**方法** 收集2009年1月~2011年1月诊治的显微镜下中耳鼓室成形术后中耳炎复发经1个月以上药物保守治疗无效患者42例, 对其施行耳内镜下探查术。**结果** 耳内镜下确认并解除中耳通气阻塞部位, 术后随访1年, 干耳率98%, 听力提高7~15 dB。**结论** 中耳炎行鼓室成形术后复发与中耳腔的气流通道阻塞有关, 耳内镜可弥补传统显微镜的不足, 较好观察中耳隐匿部位, 改善恢复中耳通气引流。

关键词: 慢性中耳炎; 鼓室成形术; 耳内镜

中图分类号: R764.9

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2012)04-0294-03

慢性中耳炎为耳鼻咽喉科常见病。对药物保守治疗无效的患者, 目前临床多采用耳显微镜下鼓室成形术和(或)乳突根治术, 以期去除中耳病灶, 重建中耳传音结构, 改善听力。但目前国内临床统计中耳炎术后复发率较高^[1-3]。由于中耳整个空间的正常气压引流状态是维持正常中耳结构和功能的重要因素, 因此笔者从中耳通气引流的角度考察中耳炎术后复发原因, 并通过耳内镜以期更好观察中耳隐匿部位, 从而提高临床中耳炎治疗效果, 现将诊治经验报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2009年1月~2011年1月诊治的显微镜下中耳鼓室成形术后中耳炎复发且经1个月以上药物保守治疗无效患者42例, 施行耳内镜下探查术。其中男23例, 女19例; 年龄12~70岁, 平均年龄46岁。术前行全身实验室、电测听及颞骨高清晰度CT检查。电测听显示不同程度混合性听力损失, CT可见中耳腔

局限性或弥漫性炎症表现。

1.2 治疗方法

手术于局麻或全麻下进行。行外耳道皮肤-鼓膜瓣, 电镜下探查鼓室。4例患者存在咽鼓管鼓口周围黏膜瘢痕增生、狭窄, 术中扩张咽鼓管口。23例患者存在鼓峡部阻塞伴完全性张肌皱襞, 其中9例表现为局限于上鼓室的内陷袋, 8例存在上鼓室炎症性肉芽组织, 6例存在局限性上鼓室胆脂瘤囊袋; 术中去除张肌皱襞及上鼓室病灶组织。13例患者存在鼓峡部阻塞伴上鼓室垂直粘连带, 此类患者在锤砧关节处形成黏膜或肉芽样粘连带, 分隔前上鼓室与后上鼓室; 6例存在不完全性张肌皱襞, 其中4例患者上鼓室垂直粘连带后连匙突、上接天盖、前达锤骨头, 阻隔后上鼓室与前上鼓室相通, 2例患者锤砧关节周围的炎症纤维组织占据上鼓室, 阻隔后上鼓室与前上鼓室通气; 术中清理锤砧关节纤维粘连, 畅通前上鼓室与后上鼓室通气; 7例患者存在上鼓室黏膜上皮化封闭鼓峡, 其中2例上鼓室胆脂瘤和5例局限性内陷袋患者鼓室区与张肌皱襞上皮化阻隔了中耳腔与上鼓室乳突的通气引流。所有患者均存在锤骨头坏死和砧骨缺失, 术中彻底剥离上鼓室鳞状上皮组织及坏死听骨, 畅

作者简介: 李春艳, 女, 副主任医师。
通讯作者: 李春艳, Email: alna-156@163.com.

通上中鼓室通气。8例患者鼓室入口处因炎症肉芽组织或骨质增生引起鼓室入口狭窄,术中去除鼓室入口病灶。11例已行完壁式乳突根治一期鼓室成形术后复发存在面神经隐窝未完全开放或肉芽组织包裹砧镫关节,致后鼓室引流不畅,术中开放面神经隐窝,探查砧镫关节活动。7例患者存在乳突尖、面后气房或窦脑膜角气房内炎症肉芽及渗出,术中清理残存病灶。

2 结果

42例患者中均有单一部位阻塞,部分也存在2处以上部位阻塞情况。术中解除阻塞部位,检查咽鼓管功能、前上鼓室、后上鼓室、后鼓室、鼓室及乳突通气引流状态。术后随访1年,干耳率98%,气导提高7~15 dB。

3 讨论

鼓室成形术是治疗慢性中耳炎、提高听力的有效治疗方法。中耳的正常通气引流状态是维持正常中耳结构和功能的重要因素,因此也决定了鼓室成形术的效果。改善与恢复中耳的通气引流,保持听力传导通路的正常状态是中耳手术的关键因素。Aimi^[4]通过新鲜颞骨解剖切片,描述出鼓峡是位于咽鼓管鼓室腔与上鼓室之间的狭窄间隙,观察到鼓峡的阻塞在各种中耳疾病中广泛存在,并引起颞骨通气系统的严重紊乱。同时还注意到,引起鼓峡阻塞的原因有黏膜皱襞改变、炎症纤维和渗出、鼓膜内陷、病变的上鼓室黏膜和胆脂瘤。近年Palva等^[5-9]提出上鼓室隔膜的解剖概念,包括锤骨前韧带皱襞、锤骨外侧韧带皱襞、锤骨后韧带皱襞、砧骨后韧带皱襞、张肌皱襞、锤砧皱襞及锤骨和砧骨。笔者观察从咽鼓管进入的气体通道直接进入中鼓室和下鼓室,然而上鼓室不能得到直接气流,而仅通过鼓峡通气。最近Sadé等^[10-11]发现上鼓室乳突腔具有防止中耳气压急剧变化的气体储备功能,而鼓峡阻塞的患者此功能丧失,通过鼓室隔膜作用致鼓室上部处于持续负压状态。中耳的压力状态不仅与咽鼓管功能有关,同时与鼓室乳突黏膜的气体交换有关,而黏膜的气体交换需要乳突的

良好气化^[12]。

传统显微镜下鼓室成形术后中耳炎复发的原因多为术中病灶清理不彻底、中耳通气功能未恢复^[1-3,13]。由于显微镜的光线轴性照射的弱点,对中耳腔部分隐匿部位暴露不佳,如听骨链、咽鼓管鼓口、鼓峡、张肌皱襞及后鼓室,造成病灶残留,中耳通气引流受阻。因耳内镜具有清晰放大图像并能从不同角度观察中耳隐蔽部位的特点,通过耳道外侧进路,笔者将耳内镜置于中耳腔,可以良好暴露鼓峡、张肌皱襞,掌握上鼓室隔膜情况。0°镜可以放大观察砧镫关节与匙突张肌皱襞之间的区域(前鼓峡);30°镜可以放大观察砧镫关节、卵圆窗和后、下鼓室内结构;45°镜可于上鼓室切开后放大锥隆起与砧骨短突之间的区域(后鼓峡),还可经开放的乳突腔从后方观察鼓峡。45°镜对张肌皱襞的观察可通过两个方向,一是从下方,即内镜置入前鼓室,可良好显示咽鼓管、管上隐窝及张肌皱襞的下面;还可通过前上鼓室切开后经前上鼓室全面观察张肌皱襞的上面。

既往文献对中耳炎失败原因多以显微镜对病变残留情况总结,分析较为粗糙^[1-3]。本研究对中耳炎行鼓室成形术后复发的患者,通过耳内镜,从中耳通气引流的角度探查中耳阻塞部位,畅通中耳引流,获得满意治疗效果。总结术中所见,显微镜下鼓室成形术易残留病灶依次阻塞通气部位为咽鼓管鼓口、鼓峡、鼓室入口、面神经隐窝、乳突尖、面后气房或窦脑膜角气房,导致进入咽鼓管的气流不能顺利到达上鼓室、鼓室、乳突及后鼓室。Palva等^[7-8]强调在慢性中耳疾病的中耳手术中张肌皱襞的重要性,建议在鼓峡阻塞的患者中去除张肌皱襞以获得宽敞的上鼓室气化通道,从而恢复上鼓室正常通气。在传统显微镜手术中,有学者^[14-15]也提出过一些不同的手术径路来显示张肌皱襞,然而通过显微镜仍很难观察到这一特殊结构。通过耳内镜可以对张肌皱襞区域、锤砧关节、鼓峡及咽鼓管上隐窝提供很好视野,准确判定通气障碍原因,并去除张肌皱襞和锤砧关节周围显微组织,畅通鼓峡及上鼓室乳突通气引流。后鼓室也是中耳病变复发手术失败的重要部位^[1-3]。因后鼓室临近两窗、面神经及显微镜下光线轴性照射的缺点,传统手术径路对面神经隐窝、鼓室窦的显露狭窄,难以确保清

除阻塞恢复通气。耳内镜能够通过调整角度及放大作用,清晰显示面神经隐窝、鼓室窦、砧镫关节,充分开放后鼓室。

中耳炎行鼓室成形术后复发与中耳腔的通气引流阻塞有关,耳内镜可弥补传统显微镜的不足,较好观察中耳隐匿部位,改善恢复中耳通气引流。

参考文献:

[1] 古庆家,周水洪,林山,等. 乳突根治术失败的原因分析及相关因素探讨[J]. 西部医学,2006, 18(2): 192 - 193.

[2] 姜玉秋,黄碧杰,魏日富,等. 乳突根治术后复发再手术治疗体会[J]. 中国实用医药,2007, 2(1): 94 - 95.

[3] 单春光,任秀敏,蒋新霞. 乳突根治术失败原因分析[J]. 现代中西医结合杂志,2007, 16(36): 5476 - 5477.

[4] Aimi K. The tympanic isthmus; its anatomy and clinical significance[J]. Laryngoscope, 1978, 88(7 Pt 1): 1067 - 1081.

[5] Palva T, Johnsson LG. Epitympanic compartment surgical considerations; reevaluation[J]. Am J Otol, 1995, 16(4): 505 - 513.

[6] Palva T, Ramsay H. Incudal folds and epitympanic aeration[J]. Am J Otol, 1996, 17(5): 700 - 708.

[7] Palva T, Ramsay H, Böhling T. Tensor fold and anterior epitympanum[J]. Am J Otol, 1997, 18(3): 307 - 316.

[8] Palva T, Johnsson LG, Ramsay H. Attic aeration in temporal bones from children with recurring otitis media: tympanostomy tubes did not curedisease in Prussak's space[J]. Am J Otol, 2000, 21(4): 485 - 493.

[9] Palva T, Ramsay H. Aeration of Prussak's space is independent of the supradiaphragmatic epytimpanic compartments[J]. Otol Neurotol, 2007, 28(2): 264 - 268.

[10] Sadé J. The buffering effect of middle ear negative pressure by retraction of the pars tensa[J]. Am J Otol, 2000, 21(1): 20 - 23.

[11] Sadé J. On the function of the pars flaccida; retraction of the parsflaccida and buffering of negative middle ear pressure[J]. Acta Otolaryngol, 1997, 117(2): 289 - 292.

[12] Tanabe M, Takahashi H, Honjo I, et al. Gas exchange function of middle ear in patients with otitis media with effusion[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 1997, 254(9 - 10): 453 - 455.

[13] 刘谦虚,刘均辉,赵晓明,等. 慢性化脓性中耳炎患者听骨链病变与听力变化的关系[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2011, 17(1): 37 - 40.

[14] Morimitzu T, Tono T, Makino K, et al. Improvement of the surgical technique of anterior tympanostomy in cholesteatoma[J]. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord), 1995, 116(5): 369 - 371.

[15] Palva T, Ramsey H, Bohlurg J. Lateral and anterior view to tensor fold and supratubal recess[J]. Am J Otol, 1998, 19(4): 405 - 414.

(修回日期:2012-03-31)

· 临床报道 ·

鼻腔血管周细胞瘤 1 例报告并文献复习

周长波,亓晓茗

(济南军区第 88 医院 耳鼻咽喉科,山东 泰安 271000)

摘 要: **目的** 探讨鼻血管周细胞瘤临床的特征及诊治,提高对该病的认识,减少误诊。**方法** 总结分析 1 例鼻血管周细胞瘤患者的临床资料,病理特征并复习相关文献。**结果** 该病发病原因尚未明确,临床无特异性,病理特征瘤细胞排列在多数壁薄的血管周围,这些血管常呈典型的鹿角状或珊瑚状。**结论** 该肿瘤临床上发生于鼻腔者罕见,确诊依赖于病理诊断,免疫组化是一种重要的病理诊断手段。

关 键 词: 血管周细胞瘤;病例报告;诊断;治疗;文献复习
中图分类号: R765.2 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2012)04-0296-03

血管周细胞瘤(hemangiopericytoma, HP)又称血管外皮细胞瘤,是较为少见的软组织肿

作者简介:周长波,男,主治医师。
通讯作者:周长波,Email:ta88zcb.0208@163.com.

瘤,可发生于身体任何部位,发生于鼻腔者罕见,本文将济南军区第88医院耳鼻咽喉科曾收治的1例鼻腔血管周细胞瘤进行报道,复习相关文献,并对本病的来源、临床表现、诊断及治疗进行讨论。

1 病例报告

患者女,36岁。因主诉右侧鼻塞4个月就诊。患者无明显诱因出现右侧鼻塞,进行性加重伴涕中带血、嗅觉减退。曾在当地医院诊断为鼻息肉。入院后检查:右鼻腔充满暗红色新生物,质脆,易出血,表面有伪膜及坏死组织。鼻窦CT扫描:右侧鼻腔见一不均质软组织肿块,侵及同侧上颌窦、筛窦及蝶窦。CT值约34~40 HU,右侧上颌窦内侧壁部分骨质吸收、破坏。诊断右鼻腔占位。鼻腔新生物病理报告鼻血管周细胞瘤伴大量出血坏死。免疫组化:CK(-),NSE(±),CD34(±),Vimentin(+),Actin(-),LCA(-),Masson(±),PAS(-),网织纤维(+)。行右鼻侧切开、鼻腔鼻窦肿瘤切除术。术中见右侧鼻腔充满暗红色质脆新生物伴出血坏死,且向后生长垂至鼻咽部,约6 cm×6 cm×8 cm大小。上颌窦内侧壁部分骨质吸收、破坏,但鼻腔外侧壁黏膜保留完好,上颌窦、筛窦、蝶窦内非肿瘤组织,为呈息肉样变的增厚黏膜且术后病理证实。切除肿瘤送病理与术前活检报告相同,发现瘤细胞增生活跃,可见核分裂相4~7个/10 HPF。术后1周出院,出院后患者行门诊放疗(具体照射剂量不祥)。随访2年患者一般情况可,鼻部局部肿瘤无复发,2年后失访。

2 讨论

HP是一种发生在间叶组织的血管源性肿瘤,可发生在人体任何部位,多见于后腹膜、下肢,约占血管源性肿瘤的1%,其中约15%~30%发生于头颈部^[1],但发生于鼻腔鼻窦的仅占头颈部的5%^[2-3]。发病原因尚未明确^[4],可能与外伤、长期使用皮质类固醇激素、妊娠及高血压等有关。各个年龄段都可发病,其峰值年龄在30~40岁,无性别和种族差异。因为在临床上它既有良性肿瘤的表现及经过,又有

恶性肿瘤的表现及经过。因此诊断名称不统一,有血管周细胞瘤、血管外皮细胞瘤、血管外皮细胞肉瘤、恶性血管周细胞瘤等诊断名称。由于良恶性在病理形态上有时难以区别,也有学者建议统称为血管外皮细胞瘤或血管周细胞瘤,在临床上主要根据临床表现和病理来判断良恶性。有学者根据核分裂相及细胞间变程度将本病分为组织学上良性、交界恶性及恶性。良性者称血管周细胞瘤(外皮细胞瘤),恶性者称为周细胞性血管肉瘤或血管外皮细胞肉瘤。也有学者以核分裂相的多少作为诊断恶性的标准,认为瘤细胞丰富和有明显核分裂相及坏死、出血灶者常属恶性^[5]。肿瘤的分级是根据组织形态学的情况。有核分裂的为低度恶性;细胞生长活跃,异型性明显,核分裂多见,并有浸润性生长为高度恶性;偶见核分裂,细胞形态异型不明显的为中间性。其次以下几点也可作为判断恶性的征象:①肿瘤最大截面长度(相当于直径)>6.5 cm;②肿瘤易出血坏死;③瘤体无完整包膜;④浸润性生长和转移;⑤光镜下核有丝分裂每个高倍视野在4个以上。鼻腔HP的临床表现主要为进行性加重的鼻塞、鼻出血或涕中带血以及嗅觉减退或消失。临床检查其外观酷似鼻息肉、内翻性乳头状瘤、血管纤维瘤等。本例呈暗红色伴有坏死,符合血管性病变。该病最终诊断依靠病理学的检测,光镜下行病理检查是诊断本病的主要方法。光镜下见肿瘤富含毛细血管,瘤细胞呈卵圆形或梭型,排列在多数壁薄的血管周围,这些血管常呈典型的鹿角状或珊瑚状,部分血管壁可显示非常显著的透明变性,这是该病区别于鼻腔鼻窦其他类别肿瘤的一个较为显著的组织学特点^[6]。瘤细胞常形成团块,部分瘤细胞增生活跃,有核分裂相。本例病理学检查符合上述病理之改变且有出血及坏死。有文献报道电镜检查可进一步提高诊断和鉴别诊断。但也有学者认为无论光镜和电镜均不能明确区别其良恶性,若肿瘤有坏死、出血、退行性变明显则提示肿瘤恶性程度高^[7-8]。免疫组织化学方法应用于HP的诊断和鉴别诊断是上世纪90年代。有学者认为Desmin和Myoglobin染色阴性,提示肿瘤组织缺少肌细胞分化,Ⅷ因子相关抗原、荆豆凝集素染色阴性、网织纤维染色阳性有助于排除内皮细胞瘤。亦

有学者认为网织纤维染色在鉴别良恶性上意义较大。另外,血管瘤对组织相容抗原(HLA-DR)呈阳性反应不仅证明此种肿瘤来源于血管周细胞而且可以与形态类似于血管周细胞瘤的其他肿瘤加以鉴别。本例肿瘤标记 Actine、Vimentin 及网织纤维染色阳性支持周细胞和间质细胞瘤的诊断。本例术前鼻窦 CT 报告右侧鼻腔占位并侵及同侧上颌窦、筛窦及蝶窦,且上颌窦内侧壁部分骨质吸收破坏,CT 值约 34~40 HU,术前考虑鼻腔鼻窦为同一性质肿物,但术中所见并非如此。本例上颌窦内侧壁骨质虽然部分吸收破坏,但内侧壁黏膜保存完好,鼻腔肿物未侵及鼻窦,上颌窦内为息肉样变之增厚黏膜。CT、MRI 可以了解肿瘤的边界、范围以及有无周围骨质破坏,为确定手术范围提供参考,数字减影血管造影对于该病有较好的诊断和治疗价值。因为该病为血管源性疾病,可通过造影了解肿瘤的范围及血供情况,同时可进行介入放射治疗,减少术中出血,是一种值得推荐的诊断和治疗方法。该病须注意与以下疾病鉴别:鼻腔类血管外皮细胞瘤、血管内皮瘤、血管平滑肌瘤、间叶性软组织瘤。类血管外皮细胞瘤病理像所见肿瘤被覆正常鼻腔上皮,未见血管外皮细胞瘤(血管周细胞瘤)常有的鹿角样血管,血管分布大小不规则,肿瘤实质部分与血管外皮瘤不同,未见细胞分裂及坏死。免疫组化可见微支肽和肌动蛋白阳性,部分呈现类似于血管外皮细胞瘤(血管周细胞瘤)的表现,因此须特别注意与其相鉴别。目前认为治疗还是以手术彻底切除为最好的方法,并且要求有足够的安全边缘。有的作者认为低度恶性,直径较小的血管周细胞瘤可单纯手术切除;而高度恶性,直径较大的,切缘阳性的病例应术后结合放疗。放疗可作为切除不彻底或切除后复发的辅助治疗,对于局部复发和远处转移的患者可行联合化疗;有的作者认为术前化疗可提高手术成功率和治愈率。术前明确诊断的最好行颈外动脉结扎或栓塞术,以减少术中出血。有学者推荐术前常规血管造影和栓塞,认为比广泛手术切除

和术后放疗更重要,该病生存率及预后均与病理分级密切相关。有研究报道鼻腔血管周细胞瘤的复发率为 25%,转移率为 5%。在组织学特点上多认为细胞丰富、间变明显、出血坏死是预后不良的表现^[9]。该病例病理报告细胞增生活跃,有核分裂相,出血及坏死,核分裂相 4~7 个/10 HPF,且免疫组化网织纤维染色(+),肿瘤最大截面长度(相当于直径)>6 cm 均提示不排除恶性肿瘤。根据以上情况分析其生存、预后及复发情况不容乐观,可惜现已失访。

总之,鼻血管周细胞瘤临床上并不多见,发病原因尚未明确。尽早手术切除,必要时加放、化疗,综合治疗措施可提高患者生存期,因此需加深对此病的认识,争取早诊断早治疗,以提高患者生存率。

参考文献:

- [1] Gillman G, Pavlovich JB. Sinonasal hemangiopericytoma[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2004, 131(6): 1012 - 1013.
- [2] Palacios E, Restrepo S, Mastrogianni L, et al. Sinonasal hemangiopericytomas: clinicopathologic and imaging findings[J]. Ear Nose Throat J, 2005, 84(2): 99 - 102.
- [3] 王佳,尹金淑,彭洪,等. 鼻腔鼻窦血管周细胞瘤 1 例报告并文献复习[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报,2007, 21(3): 278 - 279.
- [4] 冯勇,成官迅,刘婷,等. 血管周细胞瘤的影像诊断[J]. 南方医科大学学报,2009, 29(5): 1046.
- [5] 袁进国,于明克,王子文,等. 桥小脑角区血管周细胞瘤误诊为三叉神经鞘瘤 1 例[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2007, 14(3): 3.
- [6] 吴鸿雁,徐新运. 鼻腔鼻窦型血管外皮细胞瘤临床病理研究并文献复习[J]. 现代医学,2010, 38(2): 102 - 106.
- [7] 甄宏韬,谭慎微. 鼻血管外皮细胞瘤[J]. 临床耳鼻喉科杂志,1994, 8(4): 231.
- [8] 谭晓虹,徐冠杰. 副鼻窦血管外皮细胞瘤 3 例报告[J]. 武警医学,1996, 6(10): 358.
- [9] Echer RD, Marsh WR, Pollock BE, et al. Hemangiopericytoma in the central nervous system: treatment, pathological features, and long term follow up in 38 patients[J]. J Neurosurg, 2003, 98(6): 1182.

(修回日期:2012-01-17)