

DOI:10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201305009

· 论 著 ·

蝶窦外侧隐窝真菌球的临床特征及手术治疗

邵 渊,张少强,权 芳

(西安交通大学医学院第一附属医院 耳鼻咽喉头颈外科,陕西 西安 710061)

摘 要: **目的** 探讨蝶窦外侧隐窝真菌球的临床特征及经鼻内镜下手术的疗效。**方法** 回顾性分析 2005 年 2 月~2011 年 2 月收治的 21 例蝶窦外侧隐窝真菌球患者的临床资料及手术后的随访结果。所有蝶窦外侧隐窝真菌球患者中,颞部头痛或眼外侧胀痛患者 14 例;涕中带血 5 例、视力下降 2 例。均行鼻内镜蝶窦开放手术,其中 12 例经嗅裂蝶窦开口处入路,5 例经蝶窦前下壁开窗入路,4 例经翼突根部入路。**结果** 术中及术后所有患者均无并发症发生。术后随访 12~24 个月,21 例患者临床症状均消失,术腔黏膜生长良好,蝶窦口开放良好,无复发病例。**结论** 鼻窦 CT 检查有助于蝶窦外侧隐窝真菌球的诊断,鼻内镜手术具有微创和病灶获得彻底清除的优点,对于防止术后复发具有重要的意义。

关 键 词:蝶窦外侧隐窝;真菌球;鼻内镜术
中图分类号:R765.4 **文献标识码:**A **文章编号:**1007-1520(2013)05-0420-04

Clinical features and endoscopic treatment of fungal ball in lateral recess of sphenoid sinus

SHAO Yuan, ZHANG Shao-qiang, QUAN Fang

(Department of Otolaryngology, the First Affiliated Hospital, Medical College of Xi'an Jiaotong University, Xi'an 710061, China)

Abstract: **Objective** To discuss the clinical features of fungal ball in the lateral recess of sphenoid sinus, and to study the therapeutic effect of endoscopic surgery for the disease. **Methods** 21 patients with fungal ball in the lateral recess of sphenoid sinus received endoscopic surgery from Feb 2005 and Feb 2011. Clinical data of them was analyzed retrospectively. **Results** The clinical symptoms of this illness were temporal headache or eye pain with fullness ($n=14$), bloody nasal discharge ($n=5$), and diminution of vision ($n=2$). The patients underwent endoscopic sphenoidostomy via olfactory sulcus approach ($n=12$), inferior wall fenestration approach ($n=5$) or pterygoid process root approach ($n=4$). No intraoperative or postoperative complications occurred. All patients were followed up for 12 to 24 months postoperatively. The clinical symptoms got relieved in all cases with excellent epithelization of sphenoid mucosa and patency of sphenoid aperture. None of them reoccurred. **Conclusion** The sinus CT examination is conducive to the diagnosis of fungal ball in the lateral recess of sphenoid sinus. With advantages of good therapeutic effect and minimal invasion, endoscopic sphenoidostomy plays an important role in preventing recurrence of fungal ball in sphenoid sinus lateral recess.

Key words: Sphenoid sinus lateral recess; Fungal ball; Nasal endoscopy

随着鼻内镜手术在临床上的广泛开展,位于蝶窦区域的微小病变的可得到微创、彻底的治疗。由于蝶窦部位隐蔽,解剖关系复杂,临床表现缺乏特征性,早期的诊断和治疗存在一

定的困难^[1]。对于病变局限于蝶窦外侧隐窝的病例,术前的影像学检查及鼻内镜手术入路的选择对于手术疗效具有重要的意义。我们总结了诊治的 21 例蝶窦外侧隐窝真菌球的临床特征及经鼻内镜手术治疗效果,现报道如下。

基金项目:国家自然科学基金(30901946/H2902)。
作者简介:邵 渊,男,博士,主治医师。
通讯作者:张少强,Email:entzhang@163.com

1 资料与方法

1.1 一般资料

2005年2月~2011年2月在我院诊治的21例蝶窦外侧隐窝真菌球患者,其中男12例,女9例;年龄36~75岁,中位年龄57.6岁。21例患者中,临床表现为颞部头痛或眼部胀痛患者14例、涕中带血5例、视力下降2例。鼻窦CT冠状位检查:蝶窦均可见气化形成的蝶窦外侧隐窝。真菌球病变均为单侧并局限于蝶窦外侧隐窝。其中5例患者伴高位鼻中隔偏曲,5例患者伴同侧中鼻甲肥大,4例患者伴同侧上颌窦炎。21例患者中,3例伴有糖尿病,4例为慢性肾病患者,2例为接受放化疗的肿瘤患者。术前鼻内镜检查均未见明显异常。

1.2 手术方法

手术均采用全身麻醉,术前1周行抗感染治疗,口服黏液促排剂、鼻腔冲洗及基础疾病对症支持治疗。12例患者经嗅裂蝶窦开口处入路,其中5例患者鼻中隔高位偏曲造成嗅裂狭窄。术中先行鼻中隔高位偏曲矫正术,在蝶筛隐窝寻找开口并向内下扩大,暴露蝶窦外侧隐窝后用弯头吸切器吸除黑褐色真菌球团块后,在70°镜下用生理盐水加压冲洗,保留窦腔黏膜。5例患者经蝶窦前下壁开窗入路,患者均伴有中鼻甲肥大,因黏膜水肿无法辨认蝶窦入口。术中切除中鼻甲后端,暴露蝶窦前壁。用电钻磨除蝶窦前下壁骨质和内下壁骨质并暴露蝶窦外侧隐窝,用弯头吸切器切除黑褐色真菌球组织后用盐水反复冲洗,保留窦腔黏膜。4例患者采用经翼突根部入路,患者均伴有轻度患侧上颌窦炎,开放并扩大上颌窦开口后用电钻在蝶腭动脉前上部区域,于后筛窦外下角与翼突根部交界处磨除骨质后直接进入蝶窦外侧隐窝,去除病变组织后用盐水反复冲洗,并用70°镜和30°镜对蝶窦各壁仔细观察,确认病变彻底清除,保留窦腔黏膜。术后用可吸收纱布及碘仿纱条填塞术腔。术后3d抽取碘仿纱条,每日行鼻腔冲洗,术后1周出院。

2 结果

21患者蝶窦外侧隐窝术腔CT均显示高密

度影,其中15例显示条块状或斑点状钙化影(图1)。10例患者显示蝶窦前壁窦口周围轻度骨质压迫吸收。术后病理结果显示:在黑褐色泥沙状团块中,均可见孢子或大量真菌菌丝存在。21例患者术中、术后均无并发症发生。术后随访12~24个月,患者临床症状均消失,复查鼻窦CT,蝶窦高密度影均消失,蝶窦壁与窦腔分界清晰(图2)。3例患者可见嗅裂术区粘连,经内镜下治疗后好转,蝶窦术腔开口良好,4例可见蝶窦腔内囊泡形成,内镜下治疗后囊泡消失。无一例蝶窦真菌球复发。

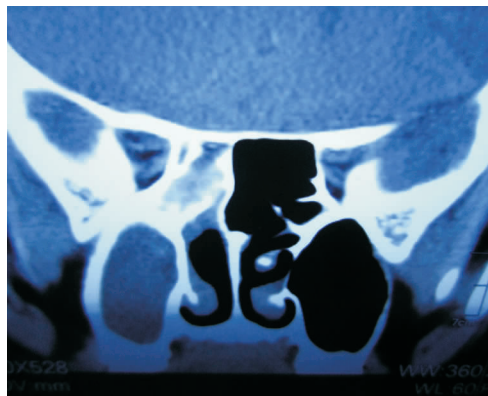


图1 术前蝶窦腔内密度不均匀软组织影中可见钙化斑

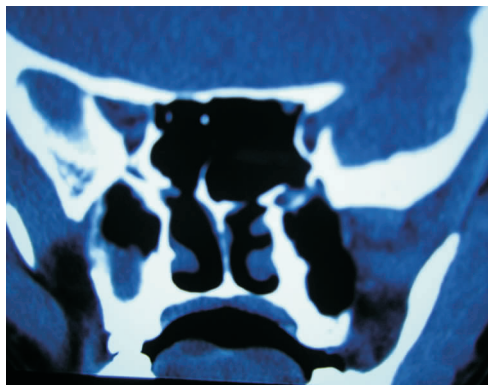


图2 术后蝶窦腔内密度不均匀软组织影及钙化斑消失

3 讨论

真菌性鼻窦炎在临床上较为常见,临床上可分为侵袭性和非侵袭性,而真菌球性鼻窦炎是非侵袭性真菌性鼻窦炎中最常见的类型,起病隐匿,大多数为曲霉菌感染,与机体的免疫力下降相关^[2]。对于全身情况良好的患者,可能与黏膜上皮纤毛功能低下,解剖异常等阻碍

鼻窦通气引流而导致窦内微环境的改变,如潮湿、低氧等因素。鼻窦真菌球发生于蝶窦者较为少见,但却是造成孤立性蝶窦病变的重要原因^[3],部分病例蝶窦炎症则局限于蝶窦外侧隐窝。其发生机理目前尚存在争议,部分学者认为蝶筛隐窝黏膜肿胀并阻塞蝶窦开口所致的低氧环境可促进曲霉菌的生长,而长期使用广谱抗生素、慢性肾病、接受放化疗的肿瘤患者等免疫功能低下患者也可致真菌的繁殖,本研究组 21 例患者中,9 例伴有蝶窦开口的阻塞,9 例伴有不同程度导致免疫力下降的疾病。

蝶窦真菌球的临床表现与慢性蝶窦炎相似,对于病变局限于蝶窦外侧隐窝的病例早期应用鼻内镜检查常缺乏特异性表现。患者常因为无法缓解的头痛或眼部胀痛症状就诊神经内科,对于视力下降的患者常首诊于眼科。涕中带血也是蝶窦真菌球的一典型症状,与鼻窦恶性肿瘤症状相似,易于混淆。鉴别诊断依赖于影像学检查。在影像学各种检查方法中,鼻窦真菌病 X 线平片不易与非特异性鼻窦炎相鉴别,当怀疑本病时,鼻窦 CT 应为首选检查方法。蝶窦外侧隐窝真菌球的 CT 表现常具有明显的特征性^[4],窦内常有特征性的钙化点或斑,可作为其诊断的指标。斑点状或条块状钙化影并具有较高的 CT 值,增强扫描时病变无强化表现。窦腔内可见片状毛玻璃样高密度影,其周边为软组织影,常可伴蝶窦骨质的吸收或侵袭性生长,但与周围边界大多清晰^[5],本研究组大多数的患者具有此特征性表现。MRI 检查表现为蝶窦腔内边缘清楚、信号均匀的偏低信号区,可见散在无信号区,与鼻窦 CT 检查具有互补性^[6]。

手术是治疗蝶窦真菌球的首选方法,鼻内镜手术原则是彻底清除鼻窦内的病变组织及团块状,建立良好的蝶窦通气引流。对于蝶窦外侧隐窝局限性病变,手术入路选择较为重要。因为蝶窦外侧隐窝毗邻翼腭窝并位于蝶窦腔外下角,蝶窦前壁开放不充分常难以暴露术腔。对于部分嗅裂宽敞或经鼻中隔矫正术后嗅裂宽敞的患者,我们采取经嗅裂区蝶窦自然开口入路进入蝶窦腔,本组 12 例经此入路的患者大多伴有蝶窦前壁部分骨质吸收,因此

自蝶窦开口向前下扩大可暴露蝶窦外侧隐窝,使用吸切器和咬骨钳去除一侧蝶窦前壁 3/5 的骨质。暴露术区彻底清理病变结合生理盐水冲洗,改善蝶窦的通气和引流,恢复窦腔内的微环境,促使黏膜恢复正常。对于嗅裂狭窄、蝶筛隐窝黏膜肿胀伴中鼻甲肥大的患者,蝶窦前壁常被肥大的中鼻甲完全遮挡,我们采取切除中鼻甲后半部分暴露蝶窦前壁,本组 5 例患者蝶窦前壁骨质完整,因此我们采取电钻磨除蝶窦前壁骨质进入蝶窦外侧隐窝,扩大蝶窦前壁应向内下方靠近鼻中隔后缘处进行,避免损伤横跨蝶窦前下壁下方的蝶腭动脉分支。开放蝶窦前壁后向内下、外下磨除骨质并扩大蝶窦开口,暴露蝶窦外侧隐窝术区后彻底清理病变结合盐水加压冲洗,取得良好的效果。对于 4 例伴有同侧上颌窦炎的患者,我们在开放并扩大上颌窦开口后经蝶腭动脉前上部区域,于后筛窦外下角与翼突根部交界处磨除骨质后直接进入蝶窦外侧隐窝,去除病变组织后用盐水反复冲洗,保留了大部分蝶窦前壁骨质,取得了良好的手术效果,手术中的难点包括对蝶窦解剖标志的辨认及蝶窦自然开口的寻找和定位,要求术者十分熟悉蝶窦周围区域的解剖^[7]。

蝶窦真菌病术后复发的主要原因为蝶窦窦口的引流不畅^[8-9],术后复查、随访应作为鼻内镜手术治疗鼻窦炎的一个非常重要的环节^[10-11],一般术后要求患者出院后 1 月内每周复诊,均在内窥镜下清理窦腔伪膜、囊泡、干痂等病变,分离术腔的粘连带,如发现窦口堵塞或有坏死组织、肉芽等及时清理,保证窦口引流通畅,有利于减少良性病变的复发。1 月后每 3 周复查一次直至蝶窦术腔黏膜上皮化。本研究 21 例患者中在 12~24 月的随访中无复发病例,与术后定期的内镜复查、随访和及时的治疗措施有重要的相关性。

参考文献:

- [1] 毛明荣,徐六英,朱勇,等.孤立性蝶窦真菌病 12 例[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2010,16(1):60-61.

(下转第 426 页)