

听神经瘤误诊为突聋 1 例

郭万宏,唐建勇,何端军

(中国人民解放军第 254 医院 耳鼻咽喉科,天津 300142)

中图分类号:R739. 6 文献标识码:D [中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2017,23(3):288-289]

听神经瘤系原发于第Ⅷ脑神经鞘膜上的良性肿瘤,为神经膜瘤,或称为雪旺细胞瘤,大多来自前庭神经,70%~75%原发在内听道内,多为单侧发病^[1-2]。该肿瘤约占颅内肿瘤的8%~10%,约占桥小脑角肿瘤的80%~90%^[3-5]。其临床表现与肿瘤的大小、所在位置及侵犯范围有关,早期体积较小时可无明显症状,约1%~4%的患者可表现为突聋而易被误诊^[6]。

1 病例资料

患者女,21岁。因右耳突发听力下降、耳鸣、眩晕6h入院。耳鸣呈持续性蝉鸣音,伴旋转性眩晕,伴恶心、呕吐,呕吐物为胃内容物,无耳痛、耳漏,无面部及耳周麻木,无意识障碍等不适症状,当时立即就诊我院急诊,给予止晕、止吐等药物对症治疗后,眩晕症状减轻,右耳听力无明显恢复。遂来我科就诊,门诊以“突发性耳聋”收住院治疗。入院体格检查:耳廓无畸形,左外耳道无脓性分泌物,鼓膜完整,标志清晰,色泽正常,活动度好;右外耳道被耵聍栓塞,乳突无红肿及压痛。纯音测听示:左耳听阈为15 dB HL(0.5、1、2 kHz),呈平坦曲线;右耳听阈为65 dB HL(0.5、1、2 kHz),呈缓降型曲线。入院诊断为:①突聋(右);②耵聍栓塞(右)。予以改善微循环、营养神经及激素等对症治疗,治疗第3天,患者眩晕明显减轻,予以取出外耳道耵聍,行颞骨薄层CT检查右耳内听道未见异常(图1),治疗1周后眩晕消失,间断耳鸣,自觉听力基本恢复正常,复查听力:左耳正常,右耳听阈为15 dB HL(0.5、1、2 kHz),8 kHz的阈值为75 dB HL。病情好转出院。出院3d后再次发病,症状同前次,查听力:左耳听

阈16.6 dB,右耳听阈75 dB,为缓降型曲线。再次住院给予改善微循环、营养神经及激素等对症治疗,症状逐渐好转,治疗10 d后复查听力:左耳正常,右耳听阈为20 dB HL(0.5、1、2 kHz),8 kHz的阈值为80 dB HL。行头颅增强MRI检查,结果回报:右耳内听道内异常信号,考虑听神经瘤(图2)。患者要求出院去北京进一步治疗,故给予办理出院,后期因故失访。

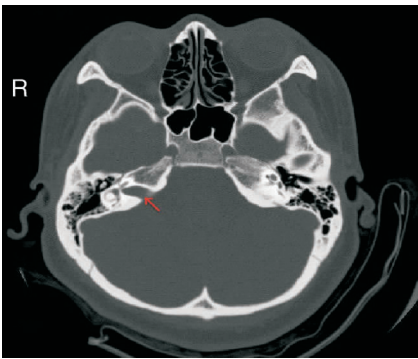


图1 颞骨薄层 CT 扫描右耳内听道未见异常

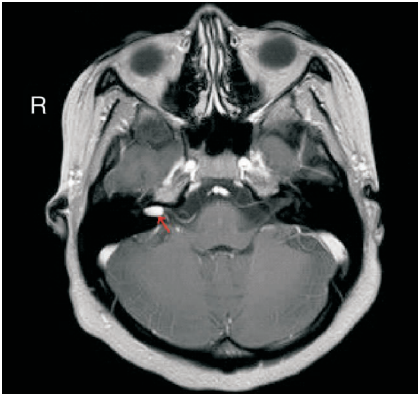


图2 MRI 增强扫描示右侧内听道内听神经瘤

作者简介:郭万宏,男,硕士,副主任医师。
通信作者:郭万宏,Email:to_gwh@163.com

2 讨论

听神经瘤可起源于位听神经分支的任何神经干上,但主要来自前庭上神经或前庭下神经,肿瘤生长一般比较缓慢,平均每年约增大1~4 mm,其最常见的早期临床症状主要为耳鸣、渐进性感音神经性耳聋、眩晕等。耳鸣多为听神经瘤压迫并刺激耳蜗神经所引起,多为高调耳鸣、渐进性加重;听力减退多为一侧渐进性耳聋,少数患者可因肿瘤压迫内听动脉,内耳供血突然中断而表现为突聋;眩晕是由肿瘤刺激前庭神经所致,由于肿瘤发展缓慢,患者可能逐渐发生前庭代偿而不被重视,但也有少数患者出现较剧烈的眩晕^[1,5-6]。

听神经瘤引起的耳聋多为耳蜗后性聋,声导抗检测,镫骨肌反射阈升高或镫骨肌反射消失,脑干诱发电位检查,I波后波形缺失,V波潜伏期及I~V波间期明显延长(耳间差值 ≥ 0.4 ms)等^[6-8]。该患者以典型的突发性耳聋表现就诊,因患者当时眩晕剧烈,同时伴有耳鸣,故未能及时行声导抗镫骨肌反射及脑干诱发电位等听力学检查,未能发现听神经瘤的一些迹象。

近年来,随着现代神经影像学等技术的发展,听神经瘤的早期诊断率、手术切除率和术后患者的神经功能保留率明显提高^[8-9]。由于MRI具有软组织对比好、多参数、多平面成像、无骨质伪影干扰、无损伤等优点,图像清晰显示听神经瘤本身的特征和对周围结构的影像,是目前诊断听神经瘤最准确、最可靠、最安全的方法,被认为是诊断听神经瘤的金标准^[8-9]。

CT检查具有价格低廉的优点,故临床应用较为普遍,但由于其对软组织的分辨率较差,容易漏诊,该患者颞骨薄层CT检查未能发现病变,而且患者住院治疗第3天,眩晕明显减轻,语言频率听力已经恢复正常,治疗效果显著,使我们继续误诊为突发性

耳聋。患者出院2 d后再次发病而住院,此时,我们才意识到患者可能有颅内病变,于是给予行头颅MRI检查,进而明确了听神经瘤的诊断。听神经瘤诊断的早晚直接关系到治疗方案的选择、手术疗效及神经功能保留率^[10],早期诊断非常重要。本例患者误诊也给我们一些相应的启示,因此,笔者认为,对于突发性耳聋患者,即使临床治疗效果很好,也一定要进行详细的听力学检查分析,如果镫骨肌反射及ABR提示有异常,则应直接行头颅MRI检查以免误诊。

参考文献:

[1] 黄选兆,王吉宝.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,1998:1045-1050.

[2] 尹海金,刘丕楠.听神经瘤外科治疗现状[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2008,14(3):237-240.

[3] 袁苏涛,夏旻,黄继仁,等.听神经瘤的显微手术治疗[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007,13(6):453-455.

[4] 李蕴,陈向平,吴皓,等.听觉脑干诱发电位在听神经瘤诊断中的应用[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2006,12(3):207-209.

[5] 聂智樱,彭安全,伍伟景,等.经扩大迷路入路切除以突聋为首发症状的听神经瘤(附1例报告)[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2015,21(2):156-158.

[6] 龚麒麟,周爱东,林昶.以突发性聋为首发症状的听神经瘤临床特征分析[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,48(4):270-273.

[7] 刘振拴.听神经瘤误诊46例分析[J].中国误诊学杂志,2002,2(5):671-672.

[8] 吴皓.听神经瘤基础研究和治疗进展[J].中华耳科学杂志,2013,11(1):6-9.

[9] 舒松,吴明,石峰,等.听神经瘤的MRI表现及听力损失特点[J].听力学及言语疾病杂志,2014,22(1):88-90.

[10] 张莉华.听神经瘤的MRI表现特征与鉴别诊断[J].现代医用影像学,2010,19(3):179-180.

(收稿日期:2016-11-08)