

DOI: 10.16781/j.0258-879x.2018.10.1180

· 病例报告 ·

真菌性鼻窦炎累及眼部误诊脑膜炎 1 例报告

张涛, 唐海红*, 郑宏良

海军军医大学(第二军医大学)长海医院耳鼻咽喉头颈外科, 上海 200433

[关键词] 真菌性鼻窦炎; 误诊; 脑膜炎; 眼

[中图分类号] R 765.41

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2018)10-1180-02

Fungal sinusitis involving ocular misdiagnosed as meningitis: a case report

ZHANG Tao, TANG Hai-hong*, ZHENG Hong-liang

Department of Otolaryngology/Head and Neck Surgery, Changhai Hospital, Navy Medical University (Second Military Medical University), Shanghai 200433, China

[Key words] fungal sinusitis; misdiagnosis; meningitis; eye

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2018, 39(10): 1180-Inside back cover]

1 病例资料 患者男, 53岁, 因“反复头痛 23 d, 加重伴恶心、呕吐 3 d”于 2016 年 7 月 25 日入院。患者于 2016 年 7 月 2 日上呼吸道感染后出现头痛, 为全头部持续性胀痛, 疼痛具体位置不固定, 以枕颈部明显。2016 年 7 月 3 日于我院急诊就诊, 行头颅计算机断层扫描(computed tomography, CT)平扫检查未见明显异常, 行腰椎穿刺检查示压力正常, 查脑脊液总蛋白为 0.46 g/L(正常值为 0.15~0.40 g/L), 诊断为“头痛待查”。经静脉予头孢曲松(1 g、1 次/12 h)和更昔洛韦(0.25 g、2 次/d)治疗 3 d 后, 患者头痛好转出院。2016 年 7 月 23 日患者无明显诱因出现头痛加重, 性质及部位同前, 伴恶心、呕吐, 无复视、视物模糊、肢体麻木无力等症状, 再次至我院急诊就诊, 诊断为“头痛待查”。予静脉滴注头孢曲松(1 g、1 次/12 h)、更昔洛韦(0.25 g、2 次/d)、甘露醇(250 mL、1 次/d)治疗后头痛症状缓解。为进一步治疗, 于 2016 年 7 月 25 日以“头痛待查”收入我院神经内科。患者既往有 2 型糖尿病、高血压病等病史。

入院体格检查: 颈软, 脑膜刺激征阴性, 两侧鼻窦区无压痛, 左侧中鼻甲肥大。入院后行脑脊液常规和生物化学检查、脑脊液病原学检查、脑脊液细菌培养、血/脑脊液寡克隆带电泳及脑电图检查均未见明显异常。初步诊断为脑膜炎, 予抗感染、脱水、扩血

管及其他对症支持治疗后, 患者头痛症状无明显好转。入院 3 d 后患者出现下视时视物成双症状。眼科体格检查: 左眼上睑稍下垂, 左眼上视、下视受限, 右眼外展受限。2016 年 8 月 3 日行鼻窦 CT 平扫检查示: 双侧蝶窦及左上颌窦炎症, 右侧蝶窦可见条索状高密度影(图 1), 左中鼻甲肥厚。患者鼻窦穿刺液细菌及真菌涂片均正常, 诊断为真菌性蝶窦炎(右)、慢性蝶窦炎(左)。于 2016 年 8 月 11 日转入我科继续治疗。完善术前准备后, 同日行双侧蝶窦开放术+双侧中鼻甲上鼻甲部分切除术。术中扩大开放蝶窦口发现窦内大量真菌团块(图 2A), 将真菌团块完整取出后送术中冰冻病理示: 右蝶窦霉菌性炎。术后常规病理提示: 右蝶窦霉菌性炎(图 2B)。术后给予抗炎、止血、营养神经及局部使用布地奈德鼻喷雾剂(2 次/d)等治疗。患者诉头痛、复视等症状明显好转, 于 2016 年 8 月 15 日出院。术后随访 3 个月患者头痛及眼部症状消失。

2 讨论 真菌性鼻窦炎是鼻科临床常见的一种特异性感染性疾病, 其致病菌主要为曲霉菌。近年来随着鼻内镜和影像学技术的普遍应用, 其确诊率不断提高。但真菌性鼻窦炎易侵犯周围组织^[1], 在早期症状不明显时易被误诊、漏诊。本例患者鼻部症状不明显, 因头部症状就诊, 脑脊液检查异常, 在临床中比较少见, 文献中也鲜有记载。

[收稿日期] 2018-03-20 [接受日期] 2018-08-27

[作者简介] 张涛, 硕士生。E-mail: zhangtaosiyang@126.com

*通信作者(Corresponding author). Tel: 021-31162012, E-mail: maria5318@163.com

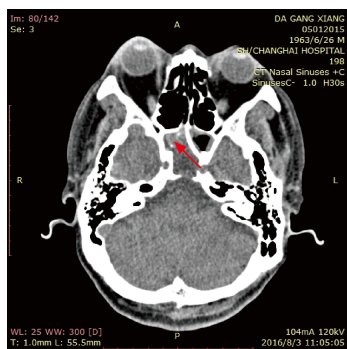


图 1 计算机断层扫描平扫检查图像

双侧蝶窦黏膜增厚, 右侧蝶窦内可见条索状高密度影 (箭头)

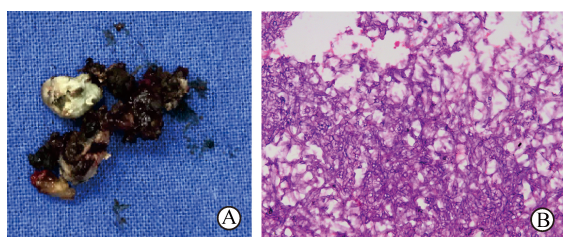


图 2 术中真菌团块标本和 H-E 染色结果

A: 大体标本; B: H-E 染色可见大量菌丝。Original magnification: $\times 400$ (B)

真菌性鼻窦炎从病理学角度可分为非侵袭型和侵袭型。非侵袭型真菌性鼻窦炎又分为真菌球和变应性真菌性鼻窦炎, 侵袭型真菌性鼻窦炎包括急性和慢性 2 类。结合临床表现、鼻内镜检查、影像学检查、术中冰冻及常规病理结果, 本例真菌性鼻窦炎属于变应性真菌性鼻窦炎。其发病机制推测可能是真菌性特异性免疫应答引起的嗜酸粒细胞浸润导致的慢性炎症^[2], 除此之外, 有研究推测其还与细胞超抗原理论、基因遗传等因素有关^[3]。本例患者考虑因体内菌群失调导致真菌大量繁殖致病, 而菌群失调可能与患者糖尿病病史或大量使用抗生素有关。

变应性真菌性鼻窦炎临床表现与慢性鼻窦炎/鼻息肉相似, 主要为鼻充血、阻塞、面部疼痛、头痛等表现。Marple 等^[4]总结的诊断标准为: 有特异性体质、鼻息肉病史, 皮肤变应原试验提示多种真菌阳性, 血清特异性抗体水平增高, 鼻腔分泌物涂片见大量嗜酸粒细胞并可见真菌菌丝或孢子。其他特点还包括组织内无真菌浸润^[5], CT 检查可见病灶内有条索状、毛玻璃影^[6]等。变应性真菌性鼻窦炎病变常扩展至相邻结构, 其中眶内侵犯最多见。最常见于眶内壁, 导致眼球及周围组织受压^[7], 临床表现有复视、上睑下垂, 病变严重者出现眶周肿胀、视力下降等。

此病的治疗方式以手术治疗为主, 经鼻内镜手术清除病变组织是目前常用手段, 术中要求充分开放窗口, 建立良好的通气引流, 尽量不损伤窦内黏膜^[8]。在手术基础上再辅以局部或全身使用糖皮质激素, 由于变应性真菌性鼻窦炎中真菌不是病原体, 一般不会侵入组织内, 不建议使用全身抗真菌治疗^[9]。

本例患者发生误诊的原因是: 真菌性鼻窦炎和脑膜炎都有头痛的临床表现, 容易造成接诊医师误诊。首诊医师接诊患者后, 对于患者头痛的主诉首先考虑神经系统疾病, 加之患者患病初期检查脑脊液提示总蛋白稍高, 且经抗菌抗病毒治疗后症状有所缓解, 符合脑膜炎诊治特点, 故误诊为脑膜炎。但入院后行神经系统相关检查未发现明显异常, 同时患者出现眼部症状, 此时应考虑其他病因。

通过本例误诊分析, 提示医师应加强相关疾病学习, 充分进行鉴别诊断, 真菌性鼻窦炎侵及眶周后可出现眼部症状, 再结合患者的非特异性症状, 可能导致误诊, 影像学检查有助于疾病鉴别。今后在接诊中遇到此类患者应注意考虑真菌性鼻窦炎可能。

[参考文献]

- [1] 田勇泉. 耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2006:105-108.
- [2] FERGUSON B J. Categorization of eosinophilic chronic rhino sinusitis[J]. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg, 2004, 12: 237-242.
- [3] 纪振华,王德辉. 变应性真菌性鼻窦炎的研究进展[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志,2008,8:194-195.
- [4] MARPLE B, NEWCOMER M, SCHWADE N, MABRY R. Natural history of allergic fungal rhinosinusitis: a 4- to 10-year follow-up[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2002, 127: 361-366.
- [5] 颜挺. 变应性真菌性鼻窦炎的诊断与治疗体会[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2011,19:249-251.
- [6] 王洁屹,宋伟海,王年根. 真菌性鼻窦炎的诊断与治疗[J]. 中国实用医药,2012,7:105-106.
- [7] 杨本涛,王振常,师红莉,张征宇,鲜军舫,刘中林,等. 变应性真菌性鼻窦炎累及眼部的 CT 诊断[J]. 临床放射学杂志,2004,23:382-385.
- [8] 栾建刚,乔晓明,安惠民,梁传余. 非侵袭型霉菌性鼻窦炎的鼻内窥镜治疗[J]. 华西医学,2005,20:432-433.
- [9] 陈福权,许敏,刘晓,凤亚妮,石照辉,薛涛,等. 单侧变应性真菌性鼻窦炎的诊断与治疗[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,27:941-943,947.

[本文编辑] 杨亚红