

. 个案报告 .

颅鼻眶沟通性鼻息肉合并粘液囊肿 1 例

甘金鹭 吴静楠 赵洪洋

【关键词】 颅鼻眶沟通性鼻息肉;粘液囊肿;手术

【文章编号】 1009-153X(2022)11-0954-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 739.41; R 651.1⁺1

1 病例资料

56 岁男性,因右侧眼球渐进性突出半个月伴右眼胀痛、视物模糊 10 d 入院。入院体格检查未发现神经系统阳性体征。眼科检查示右眼结膜充血,眼球运动正常,右侧眼球突出(右眼 21 mm,左眼 14 mm;正常范围 12~14 mm)。入院头部增强 MRI 示右侧筛窦囊实性病变,呈短 T₁、稍长 T₂ 和高 Flair 信号,增强后呈欠均匀强化,似有包膜,考虑含蛋白囊肿;右侧额窦粘膜明显强化、增厚(图 1A、1B)。入院鼻窦 CT 示右侧后组筛窦内见不规则软组织密度团块影,边界不清,较大截面约为 2.9 cm×3.5 cm,邻近眶板骨质受压外移、侵蚀、破坏,突向右侧眼眶内,右眼内直肌受压、推移,视神经稍受压下移,右眼眶内脂肪间隙混浊;右侧前颅窝底骨质缺损;左侧上颌窦内见小圆形软组织密度影,右侧额窦内见软组织密度影(图 1C、1D)。完善术前准备,行双额冠状切口单侧开颅手术。术中发现右侧前颅窝底、额窦骨缺损,右侧后组筛窦-额窦-前颅窝囊实性肿物,有白色包膜,包膜与窦内粘膜延续、分界不清,内含褐色液体,肿物侵入前颅窝底、右侧眼眶,邻近眶板骨质受压、侵蚀,硬脑膜内未见明显侵犯;完整切除所见病变,将右侧额窦、筛窦内粘膜从骨板上游离,用双氧水及含庆大霉素的生理盐水反复冲洗,取大小约 3 cm×4 cm 筋膜 2 块,用庆大霉素生理盐水浸泡后的骨渣、筋膜和生物胶修补颅底,连续缝合硬脑膜,并用人工脑膜补片修补,反复检查无脑脊液漏后关颅。术后病理检查为炎性息肉(图 1E)。结合术前影像、术中所见,诊断为右侧前颅窝底-额筛窦-眼眶鼻息肉合并粘液囊肿。术后眼部症状消失,慢性鼻炎症状明显改善。术后 10 d 复查 MRI 见原病灶处大量不均匀强化混杂信号影(图 1F)。术后 2 年复查 MRI 示原混杂信号范围明显减少,右侧筛窦内可见一高 Flair 信号影(图 1G)。随访期间无症状复发。

2 讨论

眼球突出通常由眼眶病变引起,是眼眶病理的常见表现

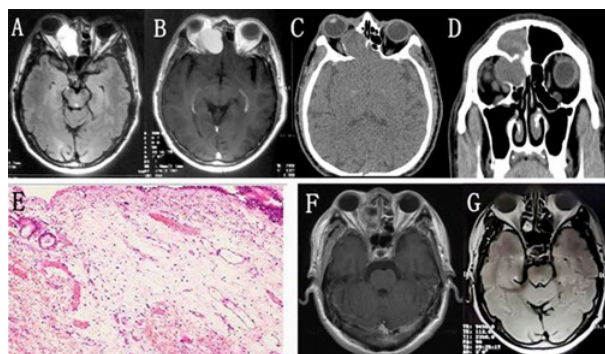


图 1 颅鼻眶沟通性鼻息肉合并粘液囊肿手术前后影像及病理表现

A. 术前 MRI Flair; B. 术前 MRI 增强轴位; C. 术前鼻窦 CT 扫描轴位; D. 术前 CT 扫描冠状位; E. 术后病理检查(HE 染色, ×100); F. 术后 10 d 复查 MRI 增强; G. 术后 2 年复查 MRI

现,也可见于鼻和副鼻窦病变,但颅鼻眶沟通性鼻息肉合并粘液囊肿致眼球突出临床少见。

粘液囊肿是良性、生长缓慢的局部膨胀性病变,多发生于额窦、筛窦或额筛窦。病因尚未明确,可继发于手术或外伤,多认为是窦口完全持续性堵塞后致窦内炎性反应,窦粘膜腺管堵塞而逐渐形成,可侵蚀骨质或致周围骨重塑,继而侵入眼眶或颅内。CT 扫描显示粘液囊肿为非强化的软组织密度病变,通常和脑实质的密度类似,多见鼻窦扩大,侵蚀邻近的骨骼并在眼眶内或颅内生长。MRI 扫描 T₂WI 通常表现为高信号, T₁WI 表现为中低信号,增强后可表现为环形强化。CT 能判断邻近骨骼侵蚀情况,而 MRI 根据信号强度特征有助于鉴别诊断。

鼻息肉是鼻腔和鼻窦粘膜的常见慢性良性疾,可堵塞鼻窦开口,但其与囊肿发生、演变之间的相关性尚待进一步研究证实。目前,功能性内窥镜鼻窦手术是鼻息肉及鼻窦粘液囊肿的首选手术方法,也适用于侵犯颅底-眼眶的病变。

本文病例颅鼻眶沟通性鼻息肉合并粘液囊肿,根据病变位置和范围基于美学基础采用双额冠状皮瓣切口单侧开颅手术。该术式可充分暴露并清除病变及受累粘膜,修补颅底,避免术中更改术式。虽然鼻息肉及粘液囊肿均为良性病变,但其复发率较高,建议长期随访。

(2021-01-27 收稿, 2021-03-27 修回)