

罕见侵袭性霉菌性鼻窦炎 1 例及文献学习

周雪琴,李 红[△]
(第三军医大学新桥医院耳鼻喉头颈科,重庆 400037)

[中图分类号] R765.4 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2016)16-2302-02

霉菌性鼻窦炎为鼻腔霉菌感染性疾病,临床多为非侵袭性霉菌鼻窦炎^[1-3]。侵袭性霉菌性鼻窦炎在临床上少见,其影像学表现、临床症状与恶性肿瘤相似,误诊可能性大;随着抗肿瘤药物、抗生素和类固醇药物的广泛应用及器官移植的开展,其发病率有逐渐增多趋势,现报道 1 例侵袭性霉菌性鼻窦炎及其文献学习如下。

1 病例资料

患者,男,65 岁,因“右侧鼻阻、流脓涕、头晕痛 3 个月”入院就诊,伴有涕中带血、右侧面部麻木。于当地诊所就诊,行输液治疗,稍缓解。近日复发,于当地医院就诊,行中西药物治疗,无效。既往患糖尿病 10 年;查体:右侧鼻腔黏膜充血、水肿,右侧中鼻道可见灰白色棉絮样组织堆积。副鼻窦 CT:右侧上颌窦、筛窦窦壁骨质破坏,双侧上颌窦、筛窦炎,鼻中隔偏曲(图 1)。右侧中鼻道肿物活检提示:毛霉菌感染(图 2)。于 2015 年 2 月 13 日在全身麻醉下鼻窦内窥镜下柯-陆氏联合入路行右侧上颌窦、筛窦根治术,手术见右侧上颌窦及筛窦内灰白色棉絮状新生物及脓性分泌物,术中清理右侧上颌窦及筛窦内病变组织,术中可见眶底部部分骨质缺损,上颌窦底骨质破坏。术后给予抗真菌治疗,治疗 3 d 出院,随访 60 d,疾病无复发。

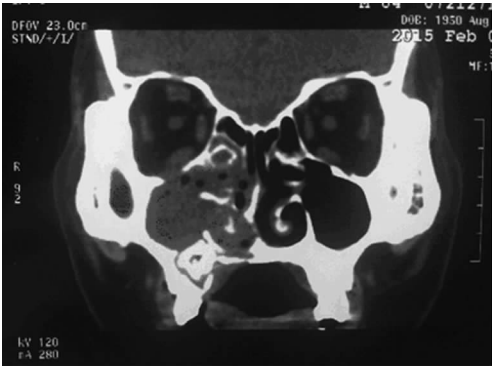


图 1 副鼻窦 CT

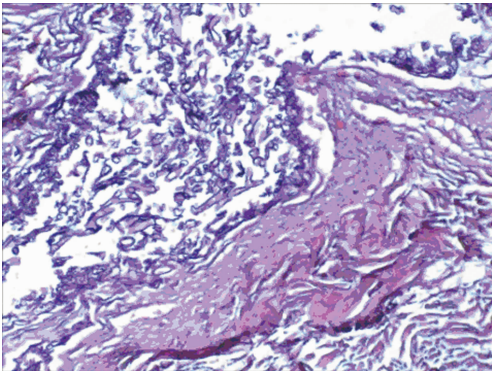


图 2 右侧中鼻道肿物活检(HE,×400)

2 讨论

霉菌性鼻窦炎根据组织学特征可以分为过敏型,慢性非侵袭型,慢性侵袭型,肉芽侵袭型和急性暴发型^[4]。非侵袭性霉菌性鼻窦炎好发于上颌窦及鼻腔,患者常伴有鼻塞、脓涕、头疼等症状^[1-3],CT 表现为上颌窦开口扩大,常见钙化样高密度影,窦壁增生硬化及骨质破坏^[5]。侵袭性霉菌性鼻窦炎多发于免疫力低下的人群,包括糖尿病、肿瘤,以及免疫缺陷综合征等,临床常表现为侵袭性感染,其发病率和病死率较高^[6-7],其 CT 特点为好发于上颌窦,多为单侧性,对侧正常,可累及筛窦,病变窦腔的密度增高,均匀不一,可见团块,内有团絮状和条状钙化影,鼻窦骨质多见破坏等^[8]。长期使用药物如类固醇类的人群也有患侵袭性霉菌性鼻窦炎的风险^[9]。本例患者有 10 年糖尿病病史。有研究提示,以蝶窦为病发部位的侵袭性霉菌性鼻窦炎特征为扩散头痛和鼻漏,并伴随视觉障碍或眼部运动障碍^[10-11]。本例患者副鼻窦 CT 提示,右侧上颌窦、筛窦窦壁骨质破坏,双侧上颌窦、筛窦炎。

最常见的诱发侵袭性霉菌性鼻窦炎的微生物为毛霉菌和曲霉菌,毛霉菌是一种条件致病菌,常寄居于健康人鼻腔、口腔,以及咽喉,可以侵犯血管引发血栓,导致局部组织缺血性坏死^[12],毛霉菌菌丝粗大,多为不规则形,无隔或稀疏分隔状,菌丝壁厚,直径为 5~60 μm,多呈钝角或直角分支;曲霉菌是一种典型的丝状菌,为寄生于土壤中的腐生菌^[13],菌丝有分隔,一部分形成长而粗糙的分生孢子梗,顶端产生烧瓶形或近球形顶囊,表面产生许多小梗。鼻毛霉菌病通常表现为头疼、脓血性鼻涕等^[14];鼻曲霉菌病患者鼻涕或在行穿刺冲洗时有暗红色或灰绿色团块,部分可诱发过敏性鼻炎或哮喘^[15]。另有文献报道,双间柱顶孢是一种土壤和植物的病原体,同样可以感染人体,诱发侵袭性霉菌性鼻窦炎^[16]。Swarajyalakshmi 等^[17]报道了 1 例由念珠菌感染导致的侵袭性霉菌性鼻窦炎。本例患者经鼻道肿物活检提示为毛霉菌感染。

目前,急性侵袭性霉菌性鼻窦炎治疗主要为鼻内镜下鼻腔、鼻窦病变切除术,手术清创坏死组织并给予抗真菌药物治疗^[18]。慢性侵袭性霉菌性鼻窦炎的治疗首选鼻内镜下鼻腔鼻窦清创术^[19],同时应用抗真菌药物治疗^[20]。患者若能早期诊断,多数可获得治愈而极少复发,后期治疗较困难,易复发,且预后较差^[21]。鼻窦内窥镜可以显著提高侵袭性霉菌性鼻窦炎患者的预后水平^[22-23]。本例患者行鼻窦内窥镜下柯-陆氏联合入路行右侧上颌窦、筛窦根治术后随访 3 个月,病情无复发。

参考文献

[1] 方玲,张玉玲,方向,等. 51 例非侵袭性霉菌性鼻窦炎诊疗体会[J]. 辽宁医学院学报,2014(4):50-52.
[2] 汤越. 鼻内窥镜手术治疗非侵袭性霉菌性鼻窦炎临床疗效观察[J]. 河南外科学杂志,2014,20(5):118-119.

[3] 刘兴明,孙成福,朱军华,等.非侵袭性霉菌性鼻窦炎的 CT 诊断[J].基层医学论坛,2013(25):3341-3342.

[4] Deshazo RD,Chapin K,Swain RE. Fungal sinusitis[J]. New Engl J Med,1997,337(4):254-259.

[5] 王蓼,水森,张喜久,等.非侵袭性霉菌性鼻窦炎的 CT 诊断[J].浙江中西医结合杂志,2011,21(30):188-190.

[6] Chopra H, Dua K, Bhatia S, et al. Invasive rhino-orbital fungal sinusitis following dental manipulation[J]. Mycoses,2009,52(4):368-371.

[7] EL Naderi S,Rodriguez C,Devars DU,et al. Invasive fungal rhinosinusitis in an apparently immunocompetent patient[J]. Ann Pathol,2013,33(6):410-413.

[8] Seo J, Kim HJ, Chung SK, et al. Cervicofacial tissue infarction in patients with acute invasive fungal sinusitis: prevalence and characteristic mr imaging findings [J]. Neuroradiology,2013,55(4):467-473.

[9] Kim IA, Thompson CF, Kedeshian PA, et al. Invasive fungal sinusitis in a healthy athlete due to long-term anabolic steroid use[J]. Laryngoscope,2014,124(8):1756-1759.

[10] Baumann A, Zimmerli S, Hausler R, et al. Invasive sphenoidal aspergillosis: successful treatment with sphenoidotomy and voriconazole[J]. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec,2007,69(2):121-126.

[11] Lee DH, Yoon TM, Lee JK, et al. Invasive fungal sinusitis of the sphenoid sinus [J]. Clin Exp Otorhinolaryngol, 2014,7(3):181-187.

[12] Finn DG, Farmer JJ. Chronic mucormycosis[J]. Laryngoscope,1982,92(7 Pt 1):761-766.

[13] Deshazo RD, Ob O, Chapin K, et al. A new classification and diagnostic criteria for invasive fungal sinusitis [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg,1997,123(11):1181-1188.

[14] 吴迪,张立民,蒋颖,等.毛霉菌病的临床特征[J].中国医学科学院学报,2010,32(4):461-464.

[15] 谢宏武.鼻窦曲霉菌病 28 例临床分析[J].新医学,2002,33(1):29-30.

[16] Hariri A, Choudhury N, Saleh HA. Scytalidium dimidiatum associated invasive fungal sinusitis in an immunocompetent patient[J]. J Laryngol Otol,2014,128(11):1018-1021.

[17] Swarajyalakshmi M, Jyothilakshmi G. Candida kefyr in invasive paranasal sinusitis [J]. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg,2014,66(Suppl 1):371-374.

[18] Fisher MA, Talbot GH, Maislin G, et al. Risk factors for amphotericin B-associated nephrotoxicity[J]. Am J Med, 1989,87(5):547-552.

[19] 唐隽,于青青,张超,等.慢性侵袭型真菌性鼻窦炎 1 例报道并文献复习[J].国际耳鼻咽喉头颈外科杂志,2012,36(2):116-118.

[20] Li YQ, Li Y, Li P, et al. Diagnosis and endoscopic surgery of chronic invasive fungal rhinosinusitis[J]. Am J Rhinol Allergy,2009,23(6):622-625.

[21] Spellberg B, Edwards J, Ibrahim A. Novel perspectives on mucormycosis: pathophysiology, presentation, and management[J]. Clinl Microbiol Rev,2005,18(3):556-569.

[22] Turner JH, Soudry E, Nayak JV, et al. Survival outcomes in acute invasive fungal sinusitis: a systematic review and quantitative synthesis of published evidence[J]. Laryngoscope,2013,123(5):1112-1118.

[23] Chen CY, Sheng WH, Cheng A, et al. Invasive fungal sinusitis in patients with hematological malignancy: 15 years experience in a single university hospital in Taiwan [J]. BMC Infectious Diseases,2011(11):250.

(收稿日期:2015-12-22 修回日期:2016-03-01)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.16.052

肝癌介入术后产气荚膜梭菌致溶血 1 例

周艳红,张 宁

(重庆市肿瘤研究所重症医学科 400030)

[中图分类号] R735.7 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2016)16-2303-02

产气荚膜梭菌可以引起不同的感染,包括腹泻、食物中毒及气性坏疽等,但产气荚膜梭菌引起的脓毒血症较罕见,主要是引起患者严重血管内溶血,病情进展快,不易控制导致患者死亡。下面将报道 1 例肝癌介入术后产气荚膜梭菌感染伴发溶血最终导致患者死亡的病例。

1 临床资料

患者,女,70 岁,以“右上腹胀痛 3 个月,发现肝占位 2 个月”为主诉入院。既往存在冠心病、高血压、慢性支气管炎等病史。入院后完善腹部 CT:肝右后叶上段占位,考虑新生物可能:(1)原发性肝癌;(2)右叶肝内胆管稍扩张;(3)腹膜后多个淋巴结肿大;(4)胆囊炎。患者血常规、肝功能、肾功能、AFP 等基本正常。家属因考虑患者年龄大,基础疾病多,不愿行手

术治疗,同意行肝穿刺取活检术及介入治疗等。患者病理诊断为肝癌,积极术前准备,于 2014 年 12 月 1 日在介入室行肝动脉化疗栓塞术,12 月 2 日患者反复诉右腰背部及右上腹胀痛,考虑肝脏部分栓塞致肝包膜牵张所致,给予间断盐酸曲马多及哌替啶止痛后缓解。12 月 3 日夜间接约 19:00 患者出现意识障碍,呈嗜睡状,再次诉右腰背部及右上腹胀痛,予哌替啶肌注后稍缓解,22:30 患者意识进一步加深,呈深昏迷状,皮肤潮湿,格拉斯哥昏迷评分法(GCS)评分 3 分,双瞳等大圆形,约 3.0 mm,对光反射消失,心率约 110 次/min,呼吸约 30 次/min,血压 140/90 mm Hg,血氧饱和度 60%(高浓度面罩吸氧 8~10 L/min)。急查血气分析:pH=7.23,二氧化碳分压 42.00 mm Hg,氧分压 81.00 mm Hg,全血乳酸 12.50 mmol/L。血常