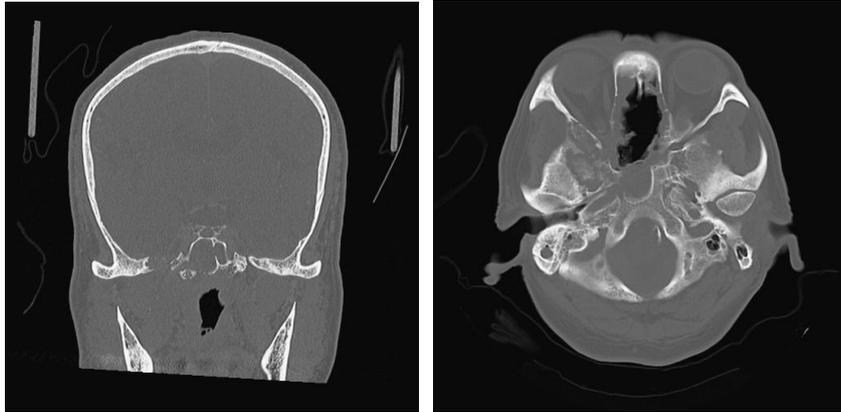


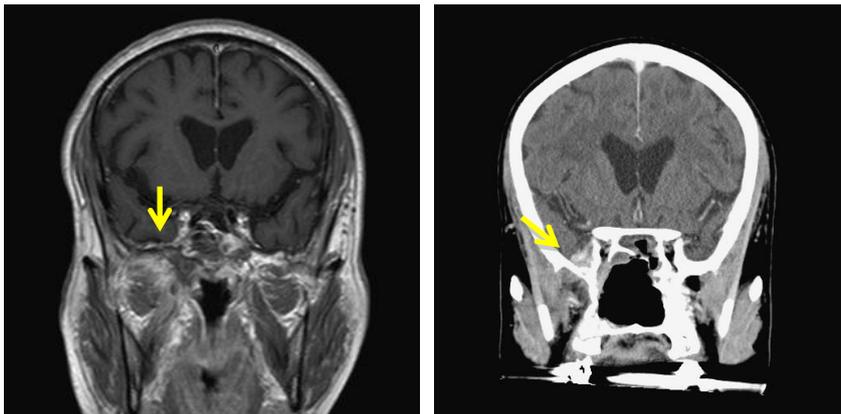
鼻腦白黴菌病

病例報告

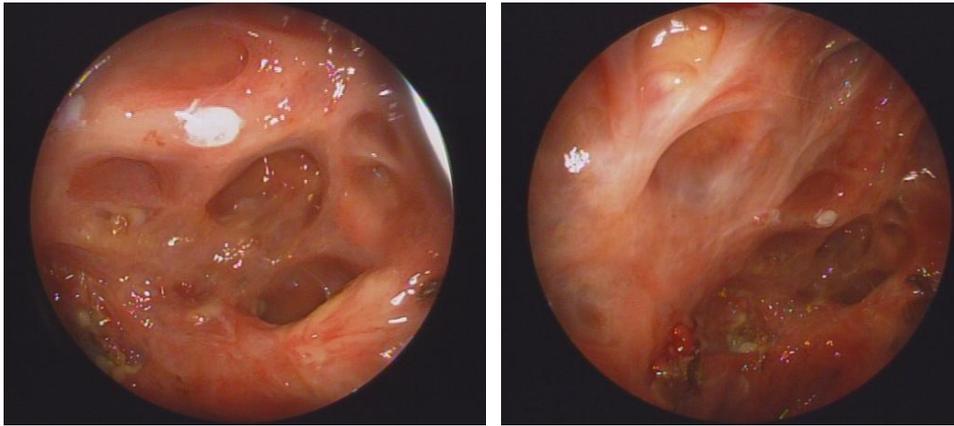
67歲男性，過去病史有糖尿病及慢性腎臟病，由於原因不明之發燒及右側顳骨部頭痛持續一周至外院求診，住院接受抗生素治療後症狀並未好轉，於是在外院安排全身發炎掃描(Inflammatory scan)，發現在鼻竇鼻腔有顯影，會診耳鼻喉科後接受鼻竇內視鏡及鼻竇電腦斷層之檢查。電腦斷層發現在右側鼻腔及鼻竇有疑似鼻竇炎，內視鏡手術之病理報告則證實為白黴菌感染。自2015年11月開始持續接受抗黴菌藥物及3次內視鏡清創手術後症狀無明顯改善，電腦斷層及核磁共振發現有顱底破壞(圖一)並懷疑腦部侵犯(圖二)，於是轉診至本院接受治療。追蹤電腦斷層發現白黴菌感染已造成顳骨及蝶骨嚴重破壞，與感染科醫師討論後以大劑量脂質類 Amphotericin B(0.5-1mg/kg/day)持續治療完整3個月，會診新陳代謝科醫師協助嚴密監控血糖，2016年2月底追蹤內視鏡鼻竇黏膜無壞死組織(圖三)，電腦斷層則無進一步顱底破壞(圖四)，因此調整為口服抗黴菌藥物門診追蹤。



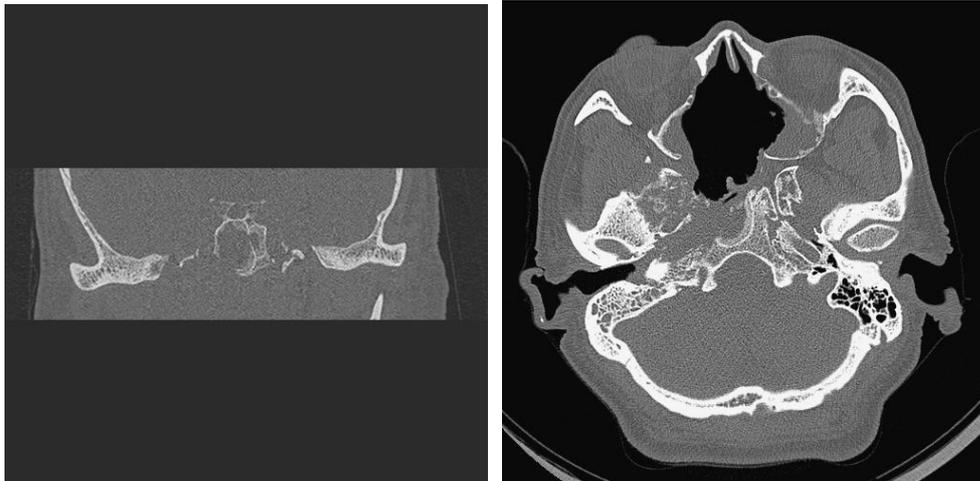
(圖一)電腦斷層發現白黴菌感染造成顱底骨破壞



(圖二)左圖核磁共振發現腦膜顯影，右圖電腦斷層診斷白黴菌顳葉侵犯



(圖三)治療後追蹤鼻內視鏡，鼻腔鼻竇黏膜平滑無壞死組織



(圖四)電腦斷層追蹤無進一步顱底破壞之證據

病例討論

鼻腦白黴菌病相當少見，主要發生在免疫力低下患有血液骨髓惡性腫瘤、接受器官移植後使用免疫抑制藥物以及糖尿病未規則控制之病人。一旦患有白黴菌病，往往以急性侵犯性黴菌性鼻竇炎(Acute invasive fungal sinusitis)合併眼眶腦部侵犯，肺部感染甚至全身血行性白黴菌感染來表現，有極高的致死率，而鼻腔鼻竇侵犯則是糖尿病患者之好發位置。臨床上只要是免疫不全之病患，合併有發燒及鼻竇炎之症狀(膿鼻涕、鼻塞、臉頰疼痛)，都應該立即安排鼻竇內視鏡以及鼻竇電腦斷層，根據可疑之病灶安排切片獲得病理診斷，電腦斷層評估白黴菌病侵犯的範圍(鼻竇、顱底、眼眶)，若懷疑顱內眼侵犯則必須安排核磁共振。在治療上則是建議合併內視鏡清創手術及抗黴菌藥物治療，手術清創之目的在於將大量白黴菌清除，對於骨骼以及壞死組織都需要大範圍移除直到看見正常骨骼及黏膜，如此抗黴菌藥物才能到達局部作用，因此治療過程中病患常常需要接受反覆多次的清創手術。藥物治療方面，必須使用高劑量脂質類Amphotericin B(0.5-1mg/kg/day)持續治療完整3個月，之後可以考慮調整為口服Posaconazol(800mg/day)，根據研究報告，約45%病患能在合併治療後白黴菌病達到控制，但仍有高達30%之致死率。

文/整理 許程傑醫師 指導 許志宏主任