

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2018.15.028
文章编号: 1005-8982 (2018) 15-0126-03

头 CT 酷似脑膜瘤的泡型脑包虫病 1 例

金小青¹, 张强², 杨明正²

(1. 青海大学研究生院, 青海 西宁 810000; 2. 青海省人民医院 神经外科, 青海 西宁 810007)

关键词: 脑包虫; 脑膜瘤; 棘球蚴病; 脑脓肿
中图分类号: R53

文献标识码: D

1 临床资料

患者, 女性, 19 岁, 以突发头痛 18 h, 伴四肢间断抽搐 4 h 为主诉入院。患者于入院前 18 h 无明显诱因出现头痛, 呈间断性胀痛, 以左额颞部为著, 疼痛无放射, 伴间断头晕, 恶心、呕吐数次, 呕吐物为胃内容物。入院前 4 h 患者出现四肢抽搐, 表现为四肢屈曲, 意识丧失, 口吐白沫, 每次发作持续 1 ~ 2 min 不等, 反复发作数次。急送至医院, 行头颅 CT 显示左额占位性病变, 考虑脑膜瘤可能 (见图 1)。入院诊断: 左额占位性病变: 脑膜瘤? 癫痫持续状态。入院后患者抽搐再次发作, 伴呼吸心跳停止, 立即行心肺复苏术。而后于急诊全身麻醉下行左额占位性病变切除术。术中见硬脑膜色泽正常未见明显侵蚀, 打开硬脑膜可见病变呈淡红色质硬伴钙化, 边界清楚, 与周围组织黏连不紧密, 血运正常, 无明显包膜, 病灶内有液性空腔, 完整切除约 3.0 cm × 3.0 cm × 3.5 cm 大小类圆形病变,

常规关颅。术中诊断: 左额占位性病变: 泡型包虫病? 癫痫持续状态, 心肺复苏术后。术后复查头颅 CT 可见病灶被完整切除 (见图 2), 病理诊断为泡型脑包虫病 (见图 3)。进一步完善胸部及全腹 CT 可见, 右肺散在点片状高密度影及右肺中叶内侧段薄壁低密度影伴钙化, 诊断为泡型肺包虫病 (见图 4); 肝右叶见大小约 4.1 cm × 6.5 cm 软组织肿块影, 伴钙化, 诊断为泡



图 1 术前头颅 CT 左额类圆形占位性病变伴周围组织水肿



图 2 术后头颅 CT 左额病变已清除、术区积气



图 3 术后病理可见多个大小不等的泡状蚴小囊泡 (HE × 40)

收稿日期: 2017-06-09

[通信作者] 张强, E-mail: zhangqiang691212@163.com; Tel: 18997157773

型肝包虫病 (见图 5)。术后 40 d 复查头颅 MRI 示脑脓肿形成 (见图 6 ~ 8), 经抗感染等治疗后, 患者症状减轻, 神经系统查体正常, 好转出院。嘱院外继续口服药物治疗, 定期复查头颅 MRI。



图 4 右肺散在节片状高密度影

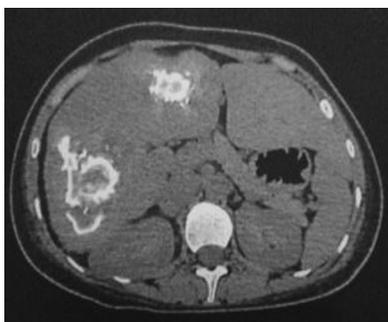


图 5 肝右叶见斑片状低密度灶伴钙化影

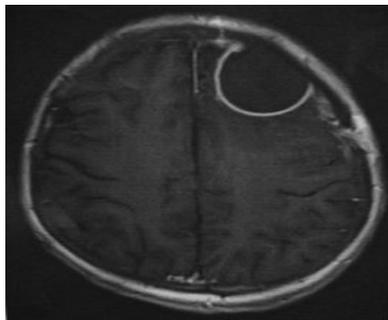


图 6 术后 40 d MRI 轴位 T₁ 像, 可见左额部类圆形长 T₁ 信号影, 大小约 3.2 cm × 2.8 cm, 边缘环形强化

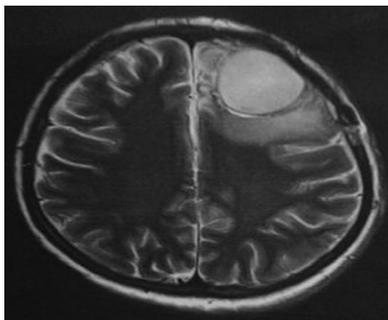


图 7 术后 40 d MRI 轴位 T₂ 像, 可见左额部类圆形长 T₂ 信号影, 周围可见片状长 T₂ 信号影

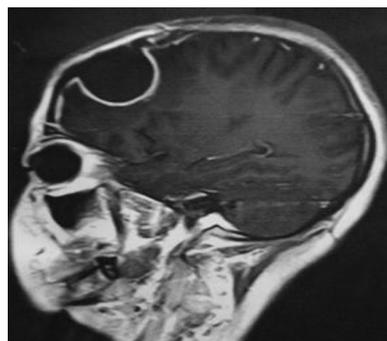


图 8 术后 40 d MRI 矢状位 T₁ 像, 可见边界清楚, 类圆形长 T₁ 信号影

2 讨论

脑包虫病是由细粒棘球蚴和多房棘球蚴感染所致的慢性寄生虫病, 前者为囊型包虫病, 后者为泡型包虫病^[1]。本病有较强的地域分布特点, 主要流行于畜牧区。患者通常有狗、羊密切接触史。脑包虫病多伴有肝、肺等部位感染。主要症状是颅内高压症, 以及局灶性症状如: 偏瘫、失语、偏身感觉障碍以及癫痫发作等^[1-3]。

泡型脑包虫病比较少见, 病灶无包膜, 质地较硬, 呈广泛钙化状, 其 CT 表现为: 脑实质内不规则形或类圆形实性肿块, 密度稍高, 边界较清, 病灶内可出现低密度液性空腔, 即小泡征, 病灶周围水肿明显。囊型脑包虫病 CT 表现呈囊肿样改变, 囊壁光整, 囊液均匀呈脑脊液密度, 腔内出现多发子囊时则表现为大囊腔内可见大小不等、数量不等多发小囊腔, 周围水肿不明显。脑膜瘤 CT 表现为, 呈现孤立的等密度或高密度占位病变, 其基底较宽, 密度均匀一致, 边缘清晰, 瘤内可见钙化。增强后可见肿瘤增强, 可见脑膜尾征。该患者术前 CT 表现为左额部类圆形高密度影肿块影, 边界清楚, 周围组织水肿明显, 酷似脑膜瘤。因此, 应详细询问患者有无牧区生活史及狗、羊接触史, 并完善头颅 MRI 及其他部位检查, 此外在临床症状上脑膜瘤患者极少出现癫痫持续状态, 因为包虫病与脑组织的组织相容性差, 而脑膜瘤相对要好, 脑膜瘤发生癫痫主要是病变周围水肿, 而包虫病则主要刺激周围脑组织, 这些都有助于脑膜瘤和脑包虫病的鉴别诊断。

目前手术仍是治疗脑包虫病的首选方法, 但单纯手术不能治愈所有脑包虫病患者, 术中囊壁破裂, 囊液及头节溢出可导致复发及过敏反应^[3]。不同类型的

脑包虫病手术方式有所不同,囊型脑包虫病手术多采用注水漂浮法摘除整体病灶^[3]。本病例为泡型脑包虫病,采用显微镜下手术切除,骨瓣足够大,皮层切口应沿病灶边缘逐层显微剥离,电凝止血,完整切除泡型脑包虫病灶,避免囊内分块切除,防止复发。

在本例中患者病灶切除区形成脑脓肿,提醒术者术前应根据病情需要预防性使用抗生素,术中严格执行无菌操作,术后根据患者症状及相关检查及早发现并行抗感染治疗。

备注:因患者居住牧区,交通不便,截止交稿日

期,患者未来本院复查,因此缺失术后 3 个月 MRI 图像。

参 考 文 献:

- [1] MA ZL1, MA LG, NI Y. Cerebral alveolar echinococcosis: a report of two cases[J]. Clin Neurol Neurosurg, 2012, 114(6): 717-720.
- [2] BASARSLAN SK1, GOCMEZ C, KAMASAK K, et al. The Gigant primary cerebral hydatid cyst with no marked manifestation: a case report and review of literature[J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2015, 19(8): 1327-1329.
- [3] 温浩. 包虫病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 280-288.

(王荣兵 编辑)