

脊柱包虫病 1 例报道

Spinal hydatid disease: a case report

李浪, 谢林, 高峰, 黄奇

(四川大学华西医院西藏分院骨科 610041 四川成都市)

doi: 10.3969/j.issn.1004-406X.2014.12.13

中图分类号: R532.32 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2014)-12-1129-02

脊柱包虫病是一种罕见疾病,在畜牧地区相对多见,发病隐匿,临床表现及影像学表现不典型,难以早期确诊,易误诊为结核、肿瘤等,从而延误治疗。我科收治 1 例脊柱包虫病患者,术前误诊为结核,报道如下。

患者男性,50 岁,藏族。因“腰痛伴右下肢疼痛、麻木、乏力 1 年余,午后低热(最高 37.8℃)、盗汗 6 个月”于 2013 年 10 月入院。患者出生并生长于甘孜州牧区,长期进食生牛肉,有结核菌接触史。入院查体:轮椅推入病房,体胖,脊柱外观无畸形,右侧腰背部、右下腹、右腹股沟区有多个大小不等皮下包块,大小为 2×2cm~5×5cm,质软,无红肿、破溃,基底部活动度差,轻度压痛;腰椎局部压叩痛,双下肢无明显感觉减退区,右下肢肌力 3 级,双下肢直腿抬高试验阳性,右下肢膝腱、跟腱反射减弱,病理征未引出。入院时血沉 55mm/h, C-反应蛋白 145.11mg/L。腰椎 X 线片示 L4 椎骨质破坏,腰椎生理弧度基本正常;CT 示 L4 椎体骨皮质变薄、断裂和缺损, L4 椎体及双侧椎弓破坏呈膨胀性和多房性改变,以右侧为重;MRI 示 L4 椎体及双侧附件骨质结构紊乱、信号混杂不清,呈溶骨样破坏,有囊性高信号影突入椎管压迫脊髓, L3~L4 节段双侧椎旁软组织内见大量囊状高信号影,以右侧为重(图 1a~e)。入院诊断: L4 结核伴椎旁脓肿形成。

入院后予抗结核药物治疗 2 周后,拟全麻下行腰背部包块切除和经后路 L3~L5 病灶清除及椎管减压、植骨融合钉棒内固定术。术中切开腰背部包块时,见包膜,内有大量巧克力色脓液及肉芽组织,较粘稠,有少量白色囊状组织,包块与包块之间潜行相通。考虑包虫病可能,立即取腰背部病灶标本送病理检查。与家属沟通好后关闭切口。术后查血包虫 ELISA 试验阳性,予以口服阿苯达唑 1g 每天 1 次,病理检查结果证实为包虫病(图 1f)。抗包虫治疗 2 周后,全麻下予以:(1)经后路 L3~L5 包虫病灶清除、灭活,椎管减压,自体骨植骨,钉棒内固定;(2)右腹壁、腹股沟包虫

病灶清除灭活术。术中小心显露 L3~L5 右侧竖脊肌,用纱布保护周围正常组织,内有大量脓液样组织,少量肉芽组织, L4 双侧椎板破坏,用骨刀或咬骨钳打开 L3~L5 双侧椎板,见病灶中有较多脓液流出及大小不等的子囊溢出,硬膜外脂肪变性,硬膜囊完整、受压与病灶粘连,用神经剥离子小心松解、分离,用刮勺或吸引器清除囊皮、囊液及子囊。将病灶完整分离后摘除,见硬膜囊恢复搏动。用双氧水、生理盐水依次冲洗创面,再用 20%高渗盐水浸泡创面 15min,用生理盐水重冲洗干净。用自体骨行 L3~L5 双侧横突间及椎间植骨。

术后患者腰痛缓解,右下肢疼痛、麻木症状减轻,拟继续予以阿苯达唑治疗 18 个月。术后 1 周带支具下地行走,腰痛及右下肢疼痛、麻木症状无加重。术后 3 个月复查,腰痛及右下肢疼痛、麻木症状基本缓解。术后腰椎正侧位 X 线片显示 L4 椎体高度恢复正常,内固定位置良好(图 1g, h)。

讨论 包虫病是一种严重危害人体健康的人畜共患疾病。本患者来自牧区,有食用生肉习惯。国外文献报道脊柱包虫病占全身包虫病的 1%,以胸椎多见,而腰椎、骶椎及颈椎少见^[1]。脊柱包虫病在骨包虫病中比例较高,因为脊柱包虫病多为血行感染,而脊柱的血液循环丰富、血流缓慢^[2]。

脊柱包虫病发病隐匿,早期症状不明显,患者多以脊髓、马尾受压后出现神经症状就诊。特别是合并有低热、盗汗、恶病质的患者,误诊为结核及肿瘤可能性极大。本例患者有低热、盗汗症状,由于我们对脊柱包虫病的认识不足,在入院初期误诊为结核。因此,对于来自牧区、有进食生肉或接触牲畜史的患者,要高度怀疑包虫病可能。包虫病的诊断主要依靠血清学及影像学检查,血清学 ELISA 试验目前被作为诊断包虫病的主要确诊方式^[3],刘大鹏等^[4]认为血清学包虫病八项检查对骨包虫病的诊断阳性率较高,灵敏度 90.91%,特异度 92.00%。MRI 是影像学中诊断骨包虫病最为常用的技术手段,可表现为椎旁软组织及硬膜外典型的外囊囊壁、多房性包块^[5]。Pamir 等^[6]认为 90%的脊柱包虫感染多自椎体开始,随后再扩散至硬膜外及椎旁软组织。X 线及 CT 可发现不规则椎体骨破坏,部分患者可能出

第一作者简介:男(1984-),医学硕士,研究方向:关节、脊柱的运动创伤及骨科

电话:(028)85534937 E-mail:lilang84@aliyun.com

通讯作者:黄奇 E-mail:15928116177@139.com

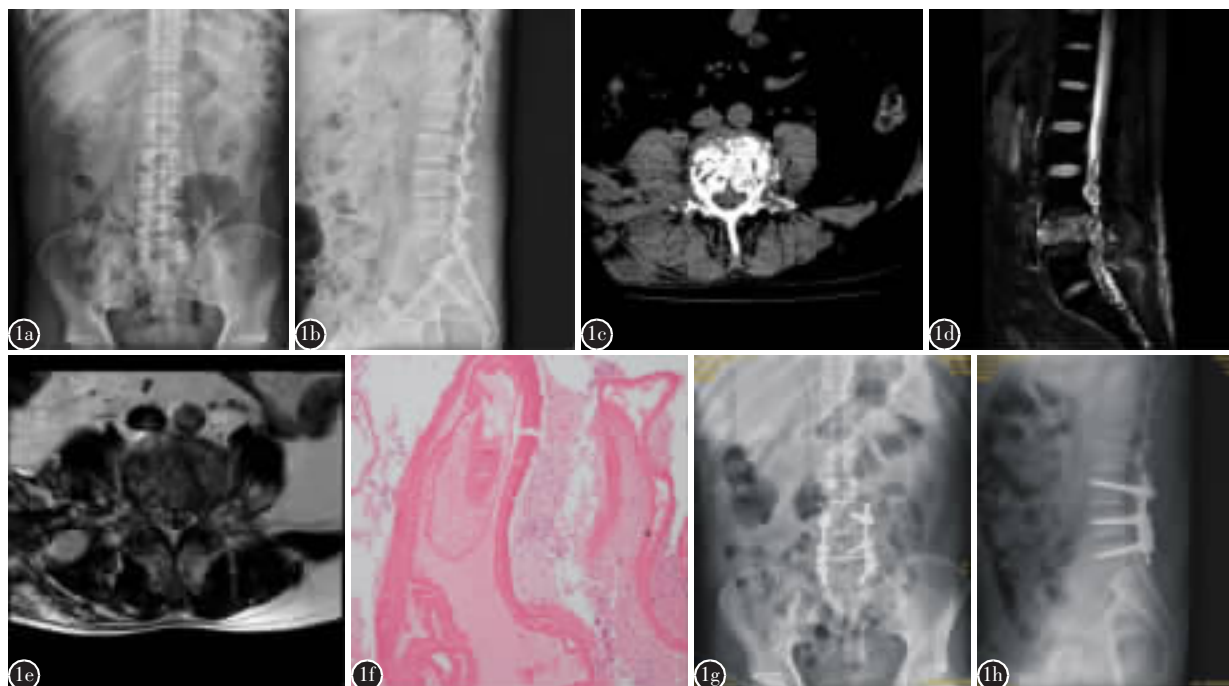


图 1 a、b 术前腰椎正侧位 X 线片示 L4 椎体骨质破坏、塌陷, L4/5 椎间隙狭窄 c 术前 CT 示 L4 椎体、横突、椎板溶骨样破坏 d、e 术前增强 MRI 示 L4 椎体及椎旁大量囊性包块, 椎管受压 f L4 右侧椎旁肌内病灶病理检查(HE $\times 200$)示包虫病, 可见角化的囊壁组织和炎性细胞 g、h L4 病灶清除、L3~L5 椎弓根钉棒内固定及双侧横突间及椎间植骨术后腰椎正侧位 X 线片示 L4 椎体高度恢复正常, 内固定位置良好

Figure 1 a, b Preoperative X-ray of lumbar vertebrae showed destruction and collapse vertebrae in L4, narrow of L4/5 disc height c CT showed destruction in L4 vertebra, processus transversus, lamina d, e MRI showed vertebral and paravertebral cystic mass, spinal compression in L4 f Postoperative pathologic diagnosis showed bone hyaline vesicle and lymph cell, eosinophilic granulocyte, small amounts fibrous tissue (HE $\times 200$) g, h X-ray showed the height of vertebral body after operation

现椎间盘破坏、附件损伤、椎管占位等。因此诊断脊柱包虫病首先应注意患者是否有疫区生活史、牲畜接触史、进食生肉史, 同时综合患者临床表现、血清学及影像学检查结果综合判断。

脊柱包虫病只有需要进行脊髓减压和椎间固定时才选择手术^[7], 手术关键是彻底清除病灶, 完整切除子囊, 防止囊液外溢、病情扩散, 术中可使用双氧水、石炭酸、20% 高渗盐水浸泡冲洗囊腔。术前、术后使用阿苯达唑是脊柱包虫病的治疗, 国外文献报道多推荐口服阿苯达唑疗程为 12 个月^[3,7,8]。但由于有较多包虫病复发的报道, 将本例患者阿苯达唑的疗程增加到 18 个月, 远期疗效还有待进一步证实。脊柱包虫病是脊柱外科的一种难治疾病, 在临床工作中需要做到早诊断、规范治疗, 减少脊柱包虫病的复发率。

参考文献

- Charles RW, Govender S, Naidoo KS. Echinococcal infection of the spine with neural involvement[J]. Spine, 1988, 13(1): 47-49.
- Neumayr A, Tamarozzi F, Goblirsch S, et al. Spinal cystic echinococcosis: a systematic analysis and review of the litera-

ture(part 1): epidemiology and anatomy[J]. PLoS Negl Trop Dis, 2013, 7(9): e2450.

- Zlitni M, Bouzidi R, Karray B, et al. Spinal hydatidosis: diagnostic and treatment[J]. Bull Acad Natl Med, 2012, 196(2): 485-493.
- 刘大鹏, 冯晓辉, 张静萍, 等. 包虫八项检查在骨包虫病诊断中的应用[J]. 中华骨科杂志, 2010, 30(2): 198-202.
- 宋兴华, 刘大鹏, 温浩, 等. 脊柱包虫病的诊断治疗与误诊分析[J]. 中华神经外科杂志, 2007, 23(12): 936-939.
- Pamir MN, Ozduman K, Elmaci I. Spinal hydatid disease[J]. Spinal Cord, 2002, 40(4): 153-160.
- Neumayr A, Tamarozzi F, Goblirsch S, et al. Spinal cystic echinococcosis: a systematic analysis and review of the literature(part 2): treatment, follow-up and outcome[J]. PLoS Negl Trop Dis, 2013, 7(9): e2458.
- Baykaner MK, Dogulu F, Oztürk G, et al. A viable residual-spinal hydatid cyst cured with albendazole: case report[J]. J Neurosurg, 2000, 93(1 Suppl): 142-144.

(收稿日期: 2014-05-20 修回日期: 2014-07-18)

(本文编辑 李伟霞)