

短 篇

椎体包虫病1例

1. 西南医科大学

(四川 泸州 646000)

2. 四川省医学科学院(四川省人民医院)放射科 (四川 成都 610072)

曾 桔^{1,2} 印隆林² 蒲杨梅²
杨 李²【关键词】包虫病; 胸椎; 体层摄影术;
磁共振成像

【中图分类号】R532.32

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5131.2018.12.047

通讯作者: 印隆林

1 患者资料

男性, 44岁, 藏族。因“反复腰腿部疼痛3+月, 加重伴下肢活动受限5+天”入院。患者既往史无特殊。查体: 脊柱四肢未见畸形, 双下肢等长。腰椎棘突、棘突间及棘突旁压痛、叩击痛, 以胸11、12明显, 屈伸活动稍受限。实验室检查均无异常。

影像学表现 胸椎CT平扫(图1-2): 胸12椎体右侧横突及椎弓根膨胀性骨质破坏吸收, 相应平面椎体右侧附件区及右侧椎管内见形态不规则软组织密度影, 大小约3.0cm×2.0cm, 密度不均匀, 其内可见更低密度区。胸11、12右侧椎旁胸壁见梭形软组织密度影, 密度欠均匀, 边缘光整, 大小约6.9cm×3.2cm×9.2cm。胸腰段椎体MR平扫+增强(图3-6): 胸12椎水平偏右侧椎管内、右侧附件区见形态不规则等、稍长T1稍长、长T2混杂信号肿块影, 边界清楚, 其内见较多囊泡影及分隔, 大小约3.0cm×2.0cm, 增强扫描边缘及分隔中等强化, 其余结构强化不明显, 邻近脊髓受压左移。胸11、12右侧椎旁胸壁见梭形肿块影, 大小约7.5cm×4.0cm×9.4cm, 平扫及增强扫描信号特点与前述右侧椎管及右侧附件区病变类似。术前诊断: 影像学表现结合患者个人史, 考虑寄生虫感染性病变可能性大, 神经源性肿瘤或其它来源肿瘤待排?

手术及病理 以胸11-腰1椎体为中心作后正中切口, 用电刀沿棘突, 椎板作骨膜下剥离分开肌肉, 暴露胸11-腰1双侧椎板。胸11、12椎体右侧骨质破坏, 可见多个透明囊泡样游离水泡, 内容物为无色透明清亮液体, 病变周围炎症反应明显。术后病理诊断: 送检组织为粉色层状无结构物质, 冰冻切片倾向棘球蚴病改变, 最后石蜡切片诊断为细粒棘球蚴病(图7-8)。

2 讨 论

包虫病是由细粒棘球蚴和泡状棘球蚴引起的一种人畜共患的流行性地方病, 农牧区高发。棘球蚴虫卵在肠道内孵化后形成的六钩蚴侵入肠壁, 随血流进入全身各部位, 以肝、肺居多, 骨包虫仅占人体包虫的0.35%, 其中椎体包虫占首位^[1]。镜检典型表现为^[2]: 包虫囊肿由角质膜和生发层组成, 角质膜为红染的相互平行的板层结构, 厚薄不均, 生发层内有一排细胞组织, 细胞呈柱状, 核圆深染。

关于椎体包虫病的报道并不多见, 笔者查阅文献多为个案报道。根据查阅的国内外文献并结合本病例, 总结脊柱包虫病的影像学表现特点如下: (1) X线及CT表现: 骨质呈膨胀性骨质吸收、破坏; 边缘可有骨质硬化, 可见壳状或条状钙化影^[3-4]; 有时见软组织肿块形成, CT显示多数病灶内有分隔。(2) MRI检查能更好显示病灶内部结构特点: 多呈多房性, 子囊充满于母囊或位于母囊周边, 子囊与母囊液间形成假间隔, 病灶呈玫瑰花或车轮状^[1,5]; T1W图像上母囊信号高于子囊, 母囊似肌肉样信号, 子囊似水样信号, T2WI子囊信号高于母囊^[1,4]; T1WI、T2WI始终可见病灶边缘呈连续均匀一致的信号, 以T2WI及增强T1WI显示明显; 增强扫描病灶边缘及分隔可强化或不强化, 强化原因可能与伴有炎症反应有关^[1,4-5], 本例影像学表现与术中所见也验证了这一点。

鉴于椎体包虫病的影像学特点, 需与脊柱相关疾病鉴别: (1) 骨巨

细胞瘤: X线及CT表现为椎体偏心性的溶骨性破坏区, 边界清晰, 可累及附件, 可跨越椎间盘累及相邻椎体。病灶穿破骨皮质侵犯软组织可形成肿块。MRI检查病灶呈膨胀性改变, 多房或单房结构, T1WI呈等、低信号, T2WI呈等、高信号^[6]。(2)血管瘤: 椎体血管瘤为椎体松质骨呈粗大网眼状改变, X线和CT特征性表现是椎体栅栏状和蜂窝状改变^[7]。(3)脊柱结核: 椎体或附件的骨质破坏, 病灶内可见死骨, 椎间隙变窄是其特点之一。椎管内和椎旁软组织内可有冷脓肿形成, 肉芽肿和脓肿在T1WI上多为等、低信号, T2WI为混杂高信号, 脓壁薄且均匀强化是其特点^[8]。(4)神经鞘瘤: 可发生于椎管内任何节段, 并延及硬膜内外生长成哑铃

状, 瘤内囊变、坏死多见, 平扫信号T1WI多为等、低信号, T2WI混杂信号较多。增强后实性部分明显强化, 液化坏死区域不强化^[9]。

参考文献

- [1] 汪洁, 陈宏. 椎体包虫病的MRI诊断[J]. 中国医学影像学杂志, 2002, 10(2): 101-102.
- [2] 楚慧, 王志强, 张巍. 包虫病668例临床病理学分析[J]. 新疆医科大学学报, 2015, 38(1): 73-76.
- [3] Pietro Torricelli, C. Martinelli, R. Biagini, P. Ruggieri, R. Cristofaro. Radiographic and computed tomographic findings in hydatid disease of bone[J]. Skeletal Radiology, 1990, 19(6): 435-439.
- [4] 木合拜提·买合苏提刘文亚米日古丽·沙依提. 骨包虫病影像学

表现及诊断[J]. 中华放射学杂志, 2005, 41(5): 517-519.

- [5] 张林, 李文峰, 王成伟. 脊椎包虫病的影像学诊断[J]. 中国临床医学影像杂志, 2011, 22(1): 54-56.
- [6] 王立国. 椎体肿瘤及肿瘤样病变的临床分析和影像学改变[J]. 中国现代医生, 2010, 48(17): 9-10.
- [7] 彭建平, 胡秀荣, 彭勇. 脊柱包虫病的影像学诊断分析[J]. 实用医技杂志, 2004, 1(4): 427-428.
- [8] 白人驹, 张雪林, 主编. 医学影像诊断学[M]. 第三版. 北京: 人民卫生出版社, 2010, 8: 553-554.
- [9] 郑穗生, 刘斌, 总主编. MRI诊断与临床[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 2014, 1: 267-268.

(本文图片见封三)

(本文编辑: 谢婷婷)

【收稿日期】2018-01-04

(上接第 148 页)

参考文献

- [1] Weon YC, Kim JH, Choi SK, et al. Bilateral duplication of the internal auditory canal [J]. Pediatr

Radiol, 2007, 37(10): 1047-1049.

- [2] Binnetoglu A, Baglam T, Sari M, et al. A Challenge for Cochlear Implantation: Duplicated Internal Auditory Canal[J]. J Int Adv Otol, 2016, 12(2): 199-201.
- [3] 王全, 周航, 朱琳, 等. 磁共振内耳水成像在人工耳蜗植入术中的应

用价值分析[J]. 中国CT和MRI杂志, 2015, 13(4): 16-19.

(本文编辑: 黎永滨)

【收稿日期】2018-01-23