

. 个案报告 .

左侧丘脑结核球瘤合并不典型结核性脑膜炎 1 例

刘俊 雷军荣 秦军

【关键词】丘脑结核球瘤;不典型结核性脑膜炎;显微手术;抗结核治疗

【文章编号】1009-153X(2022)03-0232-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 739.41; R 651.1*1

1 病例资料

26岁男性,因右侧肢体麻木进行性加重5个月余入院。入院体格检查:神志清楚,双侧瞳孔等大等圆、直径3 mm、对光反射灵敏,双侧眼球运动自如,无明显眼震,双侧额纹、鼻唇沟等称,伸舌居中;左侧肢体肌力、肌张力正常,右侧肢体肌肌张力增高、肌力4级⁺,右侧肢体腱反射活跃;病理征阴性;颈强2横直,脑膜刺激征阳性。入院颅脑MRI可见左侧丘脑、右额叶占位,周围强化伴水肿带(图1A~C)。追问病史,既往2年前因血行播散性肺结核住院规律抗结核治疗(2HRZE/4HR),出院后未规律服药,半年后自行停药。完善肺部CT示右肺下叶外侧段支气管扩张并黏液栓、局限性肺气肿。血常规、尿常规、血沉、血C-反应蛋白、凝血功能、血生化及痰涂片、痰找结核杆菌试验均未见明显异常,结核杆菌IgG抗体阳性。腰椎穿刺术测颅内压为200 mmH₂O,脑脊液蛋白为0.83 g/L,糖和氯化物正常;脑脊液未见抗酸杆菌。结合病人病史、临床表现及影像学检查诊断为:左侧丘脑及右额叶多发占位待查(脑结核球瘤?胶质瘤?)。经神经内科及呼吸内科会诊后认为,手术指证明确。完善术前准备,选择左侧翼点入路开颅手术。术中导航定位下采用颞叶造瘘行显微镜下丘脑病灶切除术。术后病理显示丘脑结核球瘤。术后存在运动性失语。术后给予正规抗结核治疗(2HRZES/6HRE)。随访1年,复查MRI见颅内病灶消失(图1D~F)。

2 讨论

我国是结核病高发地区,患病人数居世界第二位,感染结核杆菌的人数约占总人口的44%左右。脑结核球瘤极其少见,病人通常是由身体其他部位的结核灶通过血行播散至颅内,形成结核性脑膜炎,结核杆菌在脑实质内形成慢性肉芽肿性改变而导致。其特点是以颅内血流丰富部位多见,常位于大脑半球或小脑半球。脑结核球瘤多无特征性临床表现,主要表现为脑膜刺激征及局灶性神经功能障碍,部分病人脑膜炎症状不典型。有研究表明不典型结核性脑膜炎多

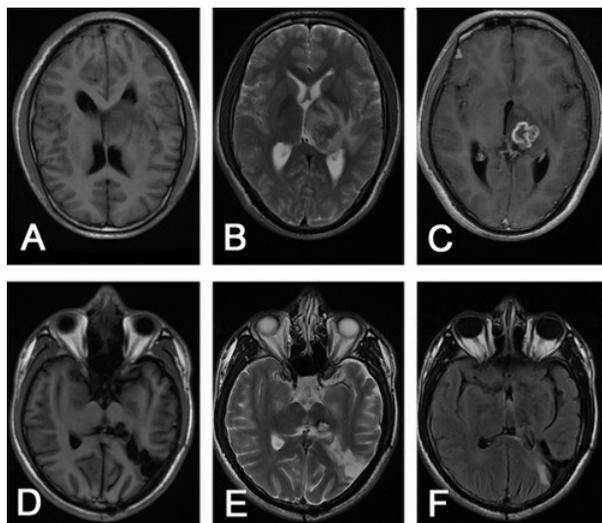


图1 左侧丘脑结核球瘤翼点入路手术前后MRI
A. 术前MRI T₁平扫轴位像;B. 术前MRI T₂平扫轴位像;C. 术前MRI增强轴位像;D. 术后1年MTI T₁平扫轴位像;E. 术后1年MRI T₂平扫轴位像;F. 术后1年MRI增强轴位像

由于年老或免疫功能降低以及滥用抗生素、激素或者不规则抗结核治疗等因素导致,脑脊液生化检查及抗酸染色均无明显特异性,临床表现无发热、恶心及呕吐等症状。

典型的脑结核球瘤CT及MRI增强呈现环形或均匀强化的“靶征”,容易与脑胶质瘤、脑转移瘤及脑脓肿在影像学上的征象混淆,必要时可行MRS等检查进一步鉴别。

脑结核球瘤主要以全身抗结核治疗为主。当存在以下情况时,可考虑手术治疗:①体积较大的单发或占位效应明显且成熟的结核瘤;②合并颅内压增高症状或其他重要神经功能缺损,药物效果欠佳;③术前无法定性,但占位效应明显或伴有脑积水。本文病例结核球瘤位于左侧丘脑,占位效应明显,瘤周水肿不重,术前检查存在不典型脑膜炎表现,无法定性诊断,不能排除丘脑胶质瘤可能,选择左侧翼点入路开颅手术,术后病理证实结核球瘤,术后规律全身抗结核治疗1年后复查MRI见颅内病灶消失。因此,抗结核治疗,需遵循早期、规律、全程、适量、联合五大基本原则。

(2020-03-18收稿,2020-04-20修回)