

尖端赛多孢子菌致多发脑脓肿 1 例

茅蒋鑫 陈劲草 赵时雨 辛 灿

【关键词】脑脓肿;多发脑脓肿;尖端赛多孢子菌

【文章编号】1009-153X(2022)05-0421-01

【文献标志码】B

【中国图书资料分类号】R 742.7; R 651.1<sup>+</sup>1

1 病例资料

30 岁男性,2021 年 4 月 30 日在水田里劳作时突发癫痫,倒在水洼地里。被他人发现后,送至当地医院抢救,当时诊断为吸入性肺炎及成人呼吸窘迫综合征,给予气管插管、机械通气,应用广谱抗生素治疗,肺部感染逐渐好转。发病 19 d,出现头痛、四肢乏力等症状,头部 CT 示颅内多发类圆形病变,遂转入我院。入院体格检查:体温 37.5 ℃,神志清楚,未发现神经系统阳性体征。血常规示白细胞 16.40×10<sup>9</sup>/L、中性粒细胞百分比为 91.6%,血清降钙素原正常。肺部增强 CT 示双肺多发结节影,部分可见空洞,较大者大小为 17 mm×11 mm,可见分叶及空洞(图 1A、1B)。颅脑 MRI 示双侧大脑半球及右侧小脑多发长 T<sub>1</sub>、长 T<sub>2</sub> 信号结节影,大者呈环形强化,小者呈明显均匀强化,结节周围大片水肿带(图 1C、1D)。结合病史及影像学表现,考虑脑脓肿合并肺脓肿,不排除肺部肿瘤合并脑转移。给予经验性广谱抗生素治疗(利奈唑胺联合美罗培南)。因多次咽喉拭子培养及血培养均为阴性,入院第 7 天行经皮肺穿刺活检术,病理结果为炎症性改变。由于病人症状逐渐加重,为明确病原学诊断,入院第 21 天,进行开颅手术。选择左侧枕部非功能区的一个病灶,在超声定位下经皮层造瘘,术中发现病灶有质地较硬的囊壁,切开囊壁后有黄白色粘稠的脓液流出,用注射器收集脓液,并切除剩余的脓肿壁。术后病理检查示慢性化脓性炎伴脓肿形成。入院第 29 天,脓液病原学检查培养出尖端赛多孢子菌,经第三代基因测序证实。应用伏立康唑治疗:第一天 6 mg/kg、12 h/次,之后改为 4 mg/kg、12 h/次。1 周后,病人全身情况及精神状况、食欲等均有所好转。入院第 52 天,出现伤口周围疼痛,手术切口疤痕周围皮肤发红,局部皮温升高,触之有轻微的波动感,床旁皮下穿刺均抽出暗红色浑浊的液体,考虑脓肿已经扩散到皮下。最终因全身脓毒症死亡。

2 讨论

尖端赛多孢子菌是波氏假阿利什菌的无性形式,为一种

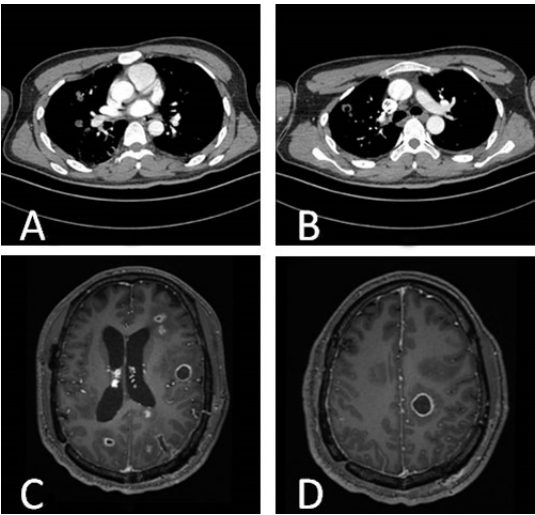


图 1 尖端赛多孢子菌致多发脑脓肿和肺脓肿的肺部增强 CT 及脑部增强 MRI 影像  
A、B. 肺部增强 CT 示双肺多发结节,部分可见空洞;C、D. 脑部增强 MRI 示双侧大脑半球多发占位,病灶呈环形强化,伴周围脑组织水肿

腐生真菌,普遍存在于土壤、粪便、污水以及腐烂的蔬果中。尖端赛多孢子菌为一种条件致病菌,最常见的感染者为溺水后误吸和使用免疫抑制剂者。尖端赛多孢子菌对中枢神经系统具有高亲和性。中枢神经系统尖端赛多孢子菌感染通常起病隐袭,最常见的神经系统症状为头痛和意识水平下降,中晚期可出现食欲减退、局灶性神经功能障碍、行为异常、昏迷等。单纯的单发或多发脑脓肿为最常见的表现形式,其他的有脑脊膜炎、脑脓肿合并脑脊膜炎、脑脓肿合并脑室炎、硬膜下脓肿、真菌球。该病原菌的诊断十分困难,诊断周期长(本文病例在暴露 48 d 后才明确诊断),通常需要脑活检术行真菌培养才能明确诊断,因脑脊液和肺泡灌洗液培养阳性率不高。该病预后不佳,病死率高,主要是尖端赛多孢子菌对传统抗真菌药物(如两性霉素 B)具有耐药性和早期诊断困难。伏立康唑以及泊沙康唑有一定的疗效,但其疗效并不确切。手术切除脓肿也是重要的治疗手段,手术联合药物治疗的病死率明显低于单纯抗真菌治疗。

总之,具有溺水史、慢性起病、影像学显示脑脓肿等特征的病人,均应高度怀疑尖端赛多孢子菌感染的可能。

(2022-01-28 收稿,2022-04-27 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2022.05.030  
作者单位:430071 武汉,武汉大学中南医院神经外科(茅蒋鑫、陈劲草、赵时雨、辛 灿)  
通讯作者:陈劲草,E-mail:chenjincao@hotmail.com