

新型冠状病毒肺炎后并发脊髓炎 1 例

李亚雄 张文华 李 岩 郝占元 刘建峰

【关键词】 脊髓炎;新型冠状病毒肺炎;显微手术
【文章编号】 1009-153X(2023)12-0735-02 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 744.3; R 651.1*1

1 病例资料

63 岁女性,因腹胀和双下肢无力 4 d 于 2023 年 1 月 1 日入住我院消化内科。入院前 2 周,患新型冠状病毒肺炎,经治疗后基本痊愈。入院后,逐渐出现排尿困难、恶心呕吐,腹部 CT 显示肠管扩张积气,双侧输尿管中上段积水。血钠 120 mmol/L(↓)。经过导尿和补钠等治疗,腹胀减轻,但仍有排尿困难,双下肢无力加重、肌力 1~2 级、不能走路,伴麻木感,激素输液治疗后症状无改善。完善胸腰椎 MRI 检查发现胸 12~腰 1 脊髓内异常信号,占位病变可能(图 1A、1B)。遂转入神经外科治疗。体格检查:神志清楚;双肺呼吸音清晰,未闻及干湿啰音;双上肢肌力 5 级、肌张力正常,双下肢肌力 1~2 级、肌张力减低、浅感觉减退;双侧病理征阴性;脑膜刺激征阴性。肌电图显示左侧股四头肌、双侧胫前肌、双侧腓骨长肌神经源性损害。病人临床症状逐渐加重,故选择在全麻下行胸 12~腰 1 脊髓肿瘤切除术,术中见脊髓饱满,张力高,后正中切开脊髓有奶酪样组织涌出,显微镜下基本全切病变。术后病理检查诊断脊髓炎。脑脊液二代测序结果是新型冠状病毒(奥密克戎 BA.5.2)。术后给予抗生素、神经营养、针灸理疗等治疗,双下肢肌力逐渐恢复,开始下床活动,感觉异常逐步消退,尿管成功拔除。术后 2 周复查胸腰椎 MRI 显示胸 12~腰 1 脊髓内病变消失(图 1C、1D)。术后半年随访,病人恢复正常生活。

2 讨论

新型冠状病毒肺炎是一种由 2 型严重急性呼吸系统综合征冠状病毒(severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, SARS-CoV-2)引起的以发热、咳嗽咳痰、呼吸窘迫等呼吸道症状为主要临床表现的多系统损伤疾病。文献报道,约 30% 的新型冠状病毒肺炎病人会出现神经系统症状,包括头痛、嗅觉丧失、脑卒中、意识障碍、癫痫等。如果出现严重的呼吸道症状,那么出现神经系统症状的比例会更高。新型冠状病毒肺炎后出现脊髓炎比较罕见,主要表现为脊髓病变水平以下脊髓功能障碍,是感染后不容忽视的并发症。

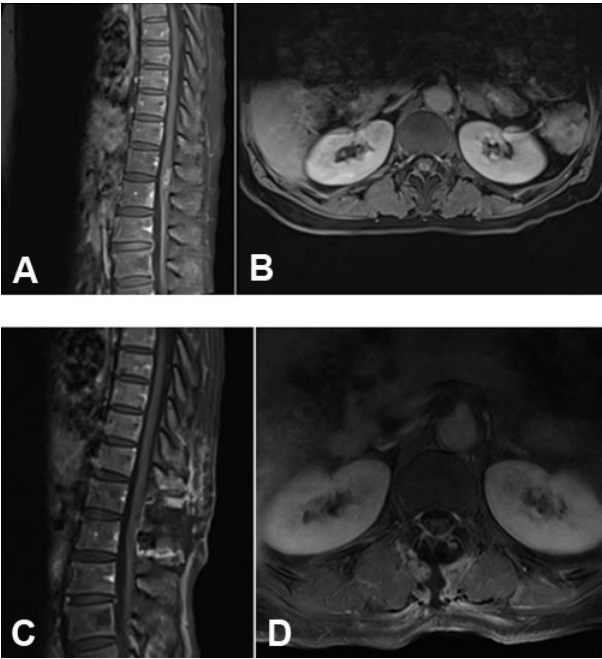


图 1 新型冠状病毒肺炎后并发脊髓炎影像表现
A、B. 术前胸腰椎 MRI 显示胸 12~腰 1 水平脊髓髓内病变,呈不均匀强化;C、D. 术后 2 周复查 MRI 增强显示脊髓内病变消失

脊髓炎多发生于感染之后,常伴有炎症的全身症状和体征,但并非绝对如此。SARS-CoV-2 感染后通过直接侵入、免疫介导的神经系统损伤、新型冠状病毒肺炎相关细胞因子和补体激活等引起脊髓炎,一般表现为瘫痪、感觉平面和括约肌功能障碍。本文病例先表现为腹胀、恶心、呕吐,考虑消化系统疾病,在消化内科诊治一段时间后仍有排尿困难,泌尿系统检查未见异常,完善脊髓 MRI 才发现问题。这提示此类病人临床表现隐匿,易误诊。MRI 在脊髓炎的诊断和鉴别诊断中发挥重要作用。本文病例 MRI 显示脊髓内呈等 T₁、长 T₂ 信号,周围有水肿,病灶不均匀强化,酷似肿瘤;病人无脊柱外伤史,术前无明显全身感染表现,激素治疗无效,临床症状逐渐加重,故脊髓病变不能除外星形细胞瘤和室管膜瘤。

脊髓炎以保守治疗为主,通过病原学检查和抗生素治疗确定和控制感染,保护并恢复神经功能。对于保守治疗中出现快速且不可逆的神经功能恶化,应进行手术干预,以明确诊断,根除感染,解除椎管内脊髓和神经根的压迫。本文病例应用皮质类固醇治疗无效,临床症状逐步加重,因此选择

手术治疗,术后病理诊断脊髓炎。
总之,新型冠状病毒肺炎并发后脊髓炎是一种罕见并发症,应该引起临床重视,加强新型冠状病毒感染后各系统并
发病的研究,早期诊断、正确治疗可以避免严重的并发症,改善病人的生活质量。
(2023-07-12 收稿,2023-09-16 修回)

Fahr 综合征合并胶质母细胞瘤 1 例

张立成 李毅平 钟华英 吕传祥

【关键词】 Fahr 综合征;胶质母细胞瘤;脑钙化;甲状旁腺功能减退症
【文章编号】 1009-153X(2023)12-0736-01 【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

50 岁女性,因头痛 2 周伴癫痫大发作 2 次入院。自诉抽搐 30 年,当地医院诊断为原发性甲状旁腺功能减退症,予以补充钙剂治疗。20 年前,因白内障行人工晶体植入手术。入院头部 CT 示双侧小脑半球、基底节、丘脑、半卵圆中心见大致对称、斑片状钙化,右侧额叶见斑片状高低混杂密度影,边缘欠清晰(图 1A~C)。入院 MRI 示双侧齿状核、基底节区、半卵圆中心可见斑片状稍长 T₁、短 T₂ 异常信号,FLAIR 像稍低信号,右侧额叶见一不规则肿块,周围见大片水肿(图 1D)。血钙 1.61 mmol/L(参考值 2.11~2.52 mmol/L),血磷 1.75 mmol/L(参考值 0.85~1.51 mmol/L),甲状旁腺激素<1 pg/ml(参考值 12.0~88.0 pg/ml)。诊断考虑脑胶质瘤、Fahr 综合征、原发性甲状旁腺功能减退症。完善术前准备后行肿瘤切除术。术后病理显示胶质母细胞瘤(WHO 分级 IV 级,NOS 伴出血及较多沙砾体形成)。术后口服替莫唑胺辅助治疗,术后 4 个月随访显示肿瘤复发,术后 2 年随访病人已死亡。

2 讨论

Fahr 综合征是一种以双侧基底节区、齿状核或大脑皮层钙化为特征的罕见疾病,多继发于内分泌疾病、感染、中毒等,以甲状旁腺功能减退最为常见。Fahr 综合征合并脑肿瘤的情况较罕见,合并胶质母细胞瘤尚无文献报道。
Fahr 综合征的特征性头部 CT 是双侧基底节对称性钙化,也可见于齿状核、丘脑、大脑皮层等;MRI 对钙化的显示不如 CT,但可清楚地显示脑肿瘤。当头部 CT 发现颅内多发对称钙化时,首先要排除基底节生理性钙化,其通常比较小且局限于基底节,而 Fahr 综合征的钙化则呈弥漫性、广泛性分布。此外,考虑一些引起 Fahr 综合征的继发性原因,如内分泌疾病、感染、中毒等。本文病例抽搐 30 年,存在低血钙、低甲状旁腺激素、高血磷,且无颈部手术、放射病史,我们考

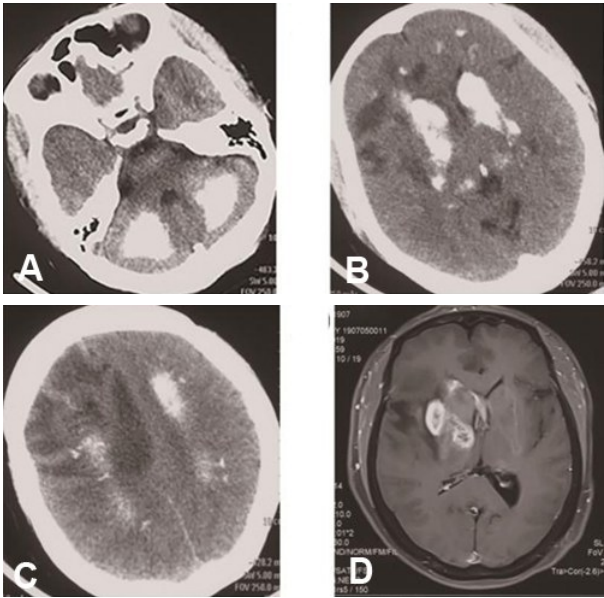


图 1 Fahr 综合征合并胶质母细胞瘤影像表现
A~C. 头部 CT 示双侧小脑半球、基底节区、半卵圆中心大致对称钙化及右侧额叶占位;D~F. 头部 MRI 增强示基底节区可见斑片状异常信号,右侧额叶见一异常强化不规则肿块

虑为原发性甲状旁腺功能减退症引起的 Fahr 综合征。
目前,Fahr 综合征和脑肿瘤之间的联系尚不明确。回顾文献,我们发现此类病人较年轻,且多为低级别胶质瘤,肿瘤位于或邻近异常钙化区。本文病例也是如此,我们怀疑钙化可能刺激脑组织发生恶变。有尸检研究发现脑组织存在广泛钙化和星形胶质细胞肥大、增生,这种改变有可能促进脑胶质瘤的发生。此外,二者有一些类似的基因改变,如血小板源性生长因子β多肽基因等。但是,目前没有足够的证据表明脑肿瘤发生的原因是 Fahr 综合征。其治疗要结合病人具体情况,以缓解症状,延长生存期为主。Fahr 综合征要积极处理原发病,如由甲状旁腺功能减退引起,则要补充钙剂等。脑胶质瘤的治疗以手术为主,辅以放化疗等。
总之,临床发现颅内多发对称性钙化和占位时,要考虑到 Fahr 综合征合并脑肿瘤的可能。
(2022-03-13 收稿,2023-02-14 修回)