

腰椎结核伴根鞘内结核瘤 1 例报告

王文军, 蔡 斌

(南华大学附属第一医院脊柱外科 421001 湖南省衡阳市)

中图分类号: R529.2 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2007)-10-0799-02

脊髓神经系统结核属于少见病症, 髓外硬膜下病变更为罕见, 根鞘内结核瘤鲜有报道。本院收治 1 例腰椎结核伴根鞘内结核瘤患者, 报告如下。

患者女, 25 岁。因左腰痛 5 个月, 发现左腰部肿块 4 个月, 于 2006 年 11 月 10 日入院。入院前 5 个月无明显诱因出现左侧腰部胀痛, 活动加重, 休息缓解; 入院前 4 个月发现左侧腰部肿块, 予抗炎等治疗, 症状无改善且加重。发病后无咳嗽、低热、盗汗、乏力, 但近 5 个月体重下降 7.5kg。否认结核病史及接触史, 无相关外伤史。查体: 左腰部见一直径约 8.0cm 皮肤凸起, 无发红、压痛; L3、L4 棘突及椎旁轻压痛, 无放射痛; 双下肢直腿抬高试验及加强试验均(-), 双下肢肌肉无明显萎缩, 肌张力正常, 双下肢感觉无明显减退, 左下肢肌力 4 级, 右下肢肌力 5 级, 双侧膝腱、跟腱反射正常对称, 病理反射未引出, 肛周及肛门反射存在。血沉 59mm/h, 血抗结核抗体(-), 痰结核菌培养(-)。胸部 X 线片示右中上肺野斑片、条索状模糊影。腰椎 X 线片示 L3/4 椎间隙变窄、L4 椎体上缘骨质破坏。腰椎 MRI 示 L4 椎体压缩约 1/4, 椎体 T1W1 呈稍低信号、T2W1 呈高低混杂信号; L3 椎体、L3/4 椎间盘内可见片状类似信号影, L3、L4 椎体周围软组织不均匀影并向椎管内突出, 椎管矢状径变窄, 双侧神经根受压; L5 椎体水平椎管后可见一梭形稍长 T1、稍长 T2 欠均匀信号影, 马尾神经受压(图 1、2)。诊断为 L3~L5 结核伴椎旁脓肿, L5 水平椎管内侵犯

可能。

入院后予异烟肼(INH)、利福平(RFP)、链霉素(SM)和乙胺丁醇(EMB)抗结核治疗(INH 静脉给药)10d 后, 症状无明显好转且有加重趋势, 复查血沉 70mm/h, 故提前手术。在全麻下行一期前后路联合病灶清除植骨融合内固定术。先后后路手术, 清除 L4~L5 左侧皮下脓肿后, 在 L3、L5 双侧置入通用型脊柱内固定系统(general spine system, GSS)椎弓根钉固定。术中探查 L5 节段见硬膜囊张力较高, 咬除 L5 关节突、椎板及黄韧带, 切开硬脊膜, 探查见左侧 L5 神经根鞘内有一黄色椭圆形肿物, 约 2.0×1.0cm, 界限清楚、包膜完整、质地中等, 与硬脊膜粘连紧密。小心剥离后剖开肿物, 为黄色豆腐渣样物质。彻底清除脓液及坏死组织后留置引流。再取左侧倒“八”字切口暴露 L3~L5 椎体, 清除 L3/4 与 L4/5 椎间盘、坏死组织及腰大肌脓肿, 切除 L4 椎体, 取自体髂骨植骨。椎旁肿物及硬膜下肿物送病理检查, 报告为结核性肉芽肿(图 3, 后插页 II)。术后予预防感染, RFP、INH、SM、EMB 四联抗结核治疗。术后患者腰痛逐渐减轻, 左下肢肌力恢复至 5 级。术后 2d 复查腰椎 X 线片示内固定位置良好(图 4)。切口愈合后出院。院外继续口服 INH、RFP、EMB 治疗 9 个月。术后 9 个月, 患者症状无复发, 双下肢运动、感觉正常, 复查腰椎 X 线片示内固定位置良好, 无断裂和松动(图 5), 血沉 7mm/h, 于术后 9 个月停抗结核药。

1

2

4

图 1 术前腰椎矢状位 MRI(T1)示 L3、4 椎体及周围软组织部分呈高信号改变, L4 椎体压缩性骨折、椎旁脓肿形成, L3、4 层面椎管狭窄
图 2 术前 L5 横断面 MRI(T1)示 L5 椎体层面椎管左右后异常低信号影 图 4 术后 2d 腰椎 X 线片示 L3、5 椎体内椎弓根钉内固定位置良好

图 5 术后 9 个月腰椎正侧位 X 线片示 L3、L5 椎体内椎弓根钉无松动、断裂和移位, L4 植骨块基本融合

讨论 椎管内结核是涉及神经系统的肺外结核病。该病是由结核病原发灶中结核杆菌经血液播散到椎管内, 椎管内富有脂肪组织和静脉血管, 血液回流缓慢, 血行播散结核菌易滞留于此, 发生炎症引起相应的脊髓受压造成神经根痛、感觉障碍、截瘫、尿失禁等功能障碍表现^[1]。

椎管内结核瘤常发生于发展中国家的年轻成人^[2,3], 胸椎节段为最多发部位^[4]。Dastur 根据病灶的位置, 将椎管内结核分为硬膜外结核肉芽肿、蛛网膜病变、硬膜下脊髓外病变及髓内结核病变四型, 其中硬膜下脊髓外结核型是指结核病发生于硬脊膜内蛛网膜外的椎管内结核, 最为少见, 仅占椎管内结核病变的 1%^[5]。Jakoby 于 1961 年报道了第 1 例硬膜下髓外结核瘤病例^[6], 至今国外英文文献仅 20 余篇相关报道, 国内仅数篇报道, 但关于根鞘内结核瘤鲜有报道。

典型患者诊断并不困难, 有结核病史及相应临床表现, 特别是出现了脊髓压迫症, 就应考虑椎管内结核, 但由于其极低的发病率以及隐匿性和逐渐发展的特性, 常被误诊或漏诊。该患者虽有严重的腰痛及局部肿块, 但没有明显的脊髓压迫症, 故术前仅诊断为腰椎结核并椎旁脓肿, 进一步行腰椎 MRI 检查发现 L5 水平椎管后部异常信号影才考虑椎管内侵犯可能, 术中发现椎管内占位性病变, 病理检查证实为结核性肉芽肿。提示当患者不存在脊髓压迫症时也应仔细检查椎管内是否侵犯, 脊髓是否受压。MRI 是最重要的诊断手段之一, 不仅可以早期发现病灶大小、位置、数量及脊髓情况, 还对确诊有重要意义。另外, 当患者出现脊髓压迫症或发现椎管内占位病变时还应与椎管内肿瘤、椎间盘突出、椎管内脓肿等疾病相鉴别。主要依据病史、体征及相关辅助检查。当鉴别存在困难时, 可以考虑手术探查。手术不仅能取标本进行病理检查, 也能同时清除病灶解除脊髓受压, 有利于脊髓功能的恢复。

该患者术前抗结核治疗 10d 后症状无明显好转且有

加重趋势, 复查血沉 70mm/h。为防止病情加重及神经压迫, 故提前手术。笔者坚持术前超短期化疗, 即对一般情况好可耐受手术特别是伴有截瘫, 并且排除了开放性、粟粒性肺结核及恶病质期的患者, 术前只需进行 3~5d 的正规抗结核用药(RFP+INH+SM+EMB, 其中 INH 静脉给药), 待患者血药浓度达到有效抗菌浓度后即可进行手术。

本病的治疗包括非手术和手术治疗。保守治疗基本上与结核性脑膜炎相同, 选用具有杀菌作用与通过血脑屏障良好的抗结核药物 3~4 种并结合激素治疗等即可取得一些疗效。国外有人尝试非手术治疗取得了一定效果^[7], 国内郭丽萍等报道 1 例脊髓结核患者使用鞘内注射抗结核药物效果良好^[8]。但对于大多数病例手术治疗是首选, 特别是对于已存在明显脊髓压迫的患者应尽早手术, 及时清除病灶, 解除神经脊髓的压迫, 术后继续有效规则的抗结核治疗。神经功能的预后决定于脊髓的压迫程度以及病灶是否清除干净。该例患者就是在神经症状出现前发现病灶, 行前后路联合病灶清除植骨融合内固定术后腰痛明显减轻, 左下肢肌力恢复, 伤口愈合出院。继续抗结核治疗 9 个月。术后 9 个月, 患者症状无复发, 双下肢运动感觉正常, 近期效果良好。

参考文献

1. Roca B. Intradural extramedullary tuberculoma of the spinal cord; a review of reported cases[J]. J Infect, 2005, 50(5): 425-431.
2. Kemaloglu S, Gur A, Nas K, et al. Intramedullary tuberculoma of the conus medullaris; case report and review of the literature[J]. Spinal Cord, 2001, 39(9): 498-501.
3. Skendros P, Kamaria F, Kontopoulos V, et al. Intradural extramedullary tuberculoma of the spinal cord as a complication of tuberculous meningitis[J]. Infection, 2003, 31(2): 115-117.
4. Luo L, Pino J. An Intradural extramedullary tuberculoma of the spinal cord in a Non-HIV-Infected patient; case report and review of the literature[J]. Lung, 2006, 184(3): 187-93.
5. Dastur HM. Diagnosis and neurosurgical treatment of tuberculosis disease of the CNS[J]. Neurosurg Rev, 1983, 6(3): 111-117.
6. Jakoby RK, Koos WT. Intradural extramedullary tuberculoma of the spinal cord[J]. J Neurosurg, 1961, 18(9): 557-559.
7. Devi BI, Chandra S, Mongia S, et al. Spinal intramedullary tuberculoma and abscess; a rare cause of paraparesis[J]. Neurol India, 2002, 50(4): 494-496.
8. 郭丽萍, 黑文明. 肺结核脑结核合并脊髓结核 1 例报告[J]. 临床肺科杂志, 2002, 7(2): 55.

(收稿日期: 2007-01-08 修回日期: 2007-03-02)

(本文编辑 李伟霞)