

肝梅毒的 MRI 表现一例

顾青, 王关顺, 包颜明, 田伟

【中国分类号】R445.2; R575 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)02-0206-01

临床资料 患者,男,66岁。腹痛、黄疸伴鼻塞、发现颈部包块20余天入院。无肝炎、结核病史,否认冶游史。查体:神清,皮肤巩膜黄染,后鼻腔充血,右下颈部舌骨角下有一约2 cm×2 cm包块。心、肺无异常,肝脾未扪及,腹水征阴性。腹部B超:肝脏散在低回声结节。肝功能:总胆红素52 μmol/l,直接胆红素37 μmol/l,ALT 64 U/l,AST 55 U/l,r-GT 47 U/l。梅毒螺旋体明胶凝集试验阳性。

MRI T₂WI上可见肝脏弥漫分布大小不等的结节样稍高信号,病变直径0.2~2.0 cm,边界模糊,肝脏体积稍大,肝血管变细;T₁WI上未见异常,病变与肝实质呈等信号;注入Gd-DTPA后扫描全肝呈不均匀信号,病灶与肝实质强化程度类似显示不清,肝边缘弥漫强化(图1~4)。MR诊断:肝脏弥漫性病变并肝大,考虑炎性病变可能性大。

讨论 梅毒是一种由梅毒螺旋体引起的性传播性疾病,临床分3期:一期为硬下疳;二期为皮肤梅毒疹;三期为树胶样肿,主要是由于迟发超敏反应所引起皮肤、内脏及中枢神经系统等的梅毒性病变。肝梅毒出现于第二期^[1,2]及第三期^[3],而肝树胶肿仅发生于近1/3未经治疗的患者,通常是在潜伏期以后3~15年出现^[4]。临床症状表现为腹痛、黄疸、体重减轻等,也可无症状。肝功能化验胆红素、ALT、AST及γ-GT可升高。B超示多个大小不一的低回声病灶。CT表现为多个低密度灶,而钙化很少见。病理学肉眼观树胶肿有一定弹性,质韧;镜下,树胶肿中央为干酪样坏死物质,其中有残留的弹力纤维,周围的炎性反应较突出,尚可见到闭塞性小动脉内膜炎和血管周围炎。树胶肿易发生纤维化,常有广泛疤痕形成,极少钙化,需与结核性干酪样坏死鉴别^[5]。

肝梅毒树胶肿的诊断应根据相应的临床症状、血清学试验、影像表现、病理结果及在组织中找到梅毒螺旋体^[6,7]。本例病灶表现为长T₂信号,在T₁WI平扫及增强像上与肝实质呈等信号而显示不清。MR能直接多平面、多参数成像,对发现肝梅毒树胶肿病变较敏感,但表现无特异性,诊断时仍需综合考虑。本病例有腹痛、黄疸,MR发现肝弥漫结节病灶,梅毒螺旋体明胶凝集试验阳性,基本可以确诊为肝梅毒树胶肿。

肝梅毒树胶肿临床上需与弥漫性肝癌、肝结核相鉴别。弥漫性肝癌患者一般病程较短伴有全身消耗,多数患者合并肝硬化,血甲胎蛋白升高,CT扫描表现为肝内弥漫性小结节,MRI

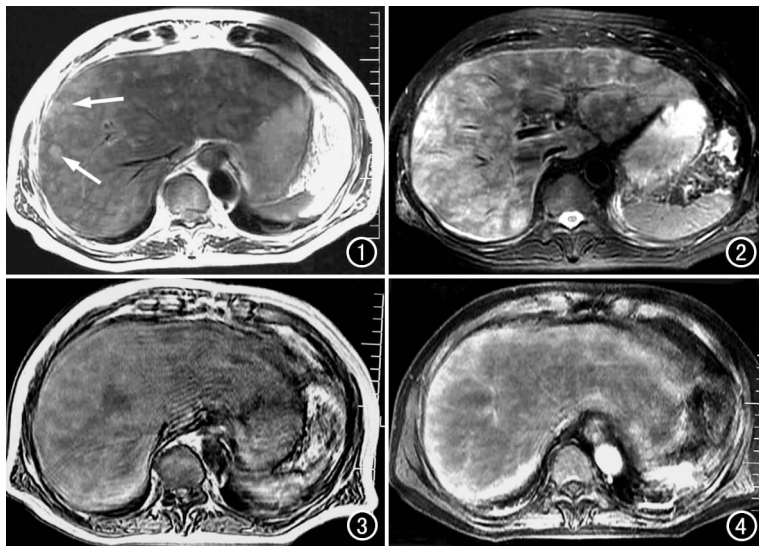


图1 T₂WI示弥漫分布大小不等的结节(箭)。图2 抑脂T₂WI。

图3 平扫T₁WI上肝实质信号普遍减低,且不均匀。图4 抑脂增强T₁WI,肝边缘强化明显,肝实质内信号不均,未见结节状强化病灶。

示肝内多发结节状长T₁、长T₂信号,Gd-DTPA增强后病灶可有强化。肝结核患者多数有低热、盗汗等症状或其它脏器结核病史,CT平扫结核结节一般呈低密度,边缘清或不清,增强时无明显强化,CT发现病灶内钙化是肝结核的有力证据。MRI对发现结核灶钙化不及CT,结核结节MRI信号变化多样,一般呈略长T₁和略长T₂信号,且信号不均。

参考文献:

- [1] 杨忠渝. 二期梅毒伴肝脏损害1例报告[J]. 中国皮肤性病学杂志, 1997, 11(6): 381.
- [2] 朱建华, 陈志辉. 梅毒并发严重肝损害1例[J]. 中华肝脏病杂志, 2003, 11(1): 29.
- [3] 刘小方, 张浩, 李东波. 肝梅毒一例[J]. 肝胆胰外科杂志, 1998, 10(4): 195.
- [4] Zeltser R, Kurban AK. Syphilis[J]. Clin Dermatol, 2004, 22(6): 461-468.
- [5] 梁成华, 林国红, 杨茂栋, 等. 肝梅毒树胶肿1例[J]. 诊断病理学杂志, 1995, 2(1): 40.
- [6] 李方跃, 耿晓平. 肝梅毒瘤(附二例报告)[J]. 安徽医学, 1994, 15(1): 41.
- [7] Witkowski JA, Parish LC. The Great Imitator: Malignant Syphilis with Hepatitis[J]. Clin Dermatol, 2002, 20(2): 156-163.

(收稿日期: 2005-03-16)

作者单位: 650032 云南, 昆明医学院附一院影像中心 MR室

作者简介: 顾青(1964—), 女, 贵州毕节人, 大专, 主管技师, 主要从事磁共振技术方面的工作。