

艾滋病相关性脑内曲霉菌感染一例

李云芳, 李宏军

【中图分类号】R519; R814.42; R445.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2012)09-1038-02

病例资料 患者,男,33岁,头痛1月余,发作性手足抽搐伴短暂意识丧失,血液人类免疫缺陷病毒(HIV)抗体检测初筛及确诊实验均为阳性,进行了多次血T淋巴细胞亚群(CD3、CD4、CD8、CD4/CD8)计数检查。目前,外周血CD4T淋巴细胞计数为 $24/\mu\text{l}$ 。影像学检查:头部CT示左侧顶叶、颞叶大片状低密度区。脑沟增深、增宽(图1)。头部MRI示左侧顶叶灰白质交界区环状及片状异常信号影, T_1 WI呈低信号, T_2 WI呈高信号,中心呈低信号影,周围信号稍高(图2)。左侧顶叶可见大片状及环状异常信号影, T_1 WI呈低信号, T_2 WI呈高信号(自发性出血)(图3)。实验室及病理结果:血常规正常,脑脊液:淋巴细胞轻度升高。病变部位活检病理可见大量曲霉菌菌丝(图4、5)。

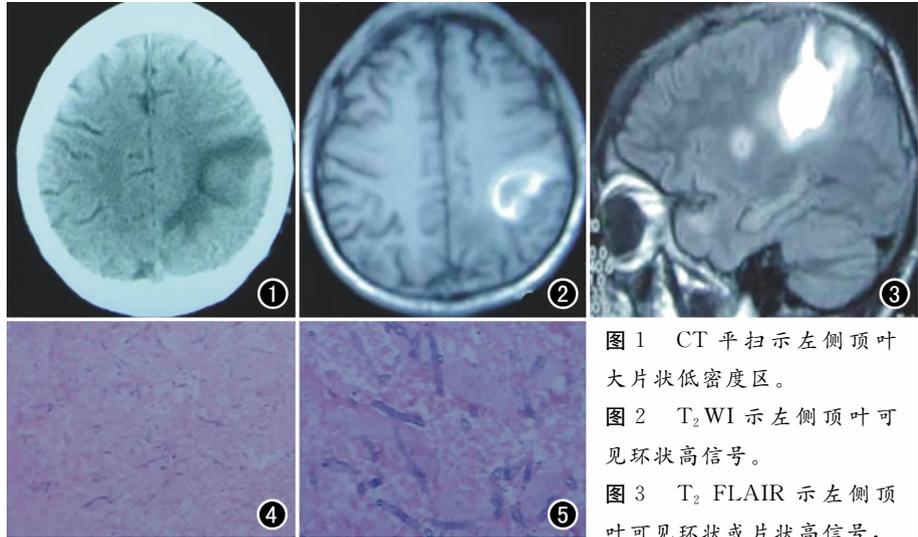


图1 CT平扫示左侧顶叶大片状低密度区。图2 T_2 WI示左侧顶叶可见环状高信号。图3 T_2 FLAIR示左侧顶叶可见环状或片状高信号,中心呈低信号。图4 病理图显示局部坏死,小脓肿形成,周边可见脓细胞聚集,可见大量菌丝($\times 5$,HE)。图5 病理图可见大量曲霉菌菌丝($\times 20$,HE)。

讨论 曲霉菌以熏烟色曲霉菌最为常见,多为正常菌群或条件致病菌,极少引起机体感染。当机体特异性或非特异性免疫功能低下或机体内菌群失调时,可侵袭组织引起感染,由于治疗效果差,病死率极高。颅内曲霉菌感染更为少见,艾滋病患者因免疫缺陷,其发病率明显增高。典型的临床表现为头痛逐渐加重、精神异常、躁动不安,严重者可出现不同程度意识障碍和颅内高压等症[1]。确诊主要依靠活检或脑脊液查到曲霉菌菌丝。

艾滋病相关侵袭性曲霉病的组织病理一般表现为混合性、化脓性、坏死性炎症反应,常见的表现有脑血管意外、脑脓肿、颅内肉芽肿、脑膜炎、脑炎等。慢性侵袭性曲霉病组织病理通常表现为局限性肉芽肿损害,病理可见曲霉菌为无色分隔菌丝,菌丝常指向一个方向或自中心向四周生长,具有一定特征性[2]。孤立的病灶周围有肉芽肿反应,其内含有郎格汉斯巨细胞,与结核相似。肉芽肿中央可有由血管栓塞及曲霉毒素作用所致的坏死,也可发生纤维化并逐渐加重,艾滋病患者较少有钙化或液化而形成空洞。曲霉菌丝好侵犯血管,可侵入血管壁形成栓塞,伴或不伴炎症,引起出血、梗死及坏死。

影像学检查以CT及MRI为首选检查方法,可了解脑内病灶大小、形态、位置,评估其治疗效果。CT、MRI显示脑内有肉芽肿、脓肿及出血性梗死[3]。颅内曲霉菌感染的MRI表现文献报道不多,其MRI表现除具有一般脑实质内脓肿的表现外,还具有以下特征[4]:①呈长 T_1 、长 T_2 信号,增强扫描呈环形强化,

烟曲霉菌性脓肿环形强化之环壁常较厚;②多灶性、多形态性损害,脓肿、出血、梗死、肉芽肿、脑膜炎、脑炎等多种表现形式并存,可同时出现局部硬膜外脓肿伴硬脑膜强化,周围的鼻窦、眼眶软组织出现强化影;③病灶可发生在颅内任何部位,多发生于脑实质,本例以幕上分布为主。本例患者的MRI表现还具有以下特点:①占位征象明显,脑水肿表现为血管源性水肿,呈指套样征象;②脓肿大小不一,直径以2~3cm为多。Yamada等[5]认为免疫活性正常的脑脓肿MRI图像上强化清晰、明显,而免疫力低下的患者脑脓肿MRI呈弱的、模糊的强化,强化的不同反映出宿主免疫状态的不同。Yamada等还报道1例颅内曲霉菌感染在 T_2 WI像上脓肿壁与中央坏死灶之间呈不规则低信号,病理上为曲霉菌生长所必需的铁质形成的顺磁影像,低信号说明曲霉菌的繁殖正处于活跃阶段,这一独特的低信号表现对诊断颅内曲霉菌感染有一定价值。

脑曲霉菌感染病情重、进展较快、预后差,当AIDS患者出现进行性头痛时应行CT、MRI检查,根据MRI表现,结合患者病史,临床可做出诊断,但最终确诊仍需依靠病理结果。

参考文献:

- [1] Wasay M, Patel J, Azam I, et al. Preoperative antifungal therapy may improve survival in patients with Aspergillus brain abscess [J]. Clin Neurol Neurosurg, 2009, 111(7): 565-567.
- [2] Turgut M, Ozsunar Y, Oncă S, et al. Invasive fungal granuloma of the brain caused by Aspergillus fumigatus; a case report and review of the literature [J]. Surgical Neurology, 2008, 69(2): 169-174.
- [3] Cocchi S, Codeluppi M, Guaraldi G, et al. Invasive pulmonary and cerebral aspergillosis in a patient with Weil's disease [J]. Scand J

Infect Dis, 2005, 37(5): 396-398.

[4] 欧陕兴, 柏瑞, 林伟光, 等. 深部烟曲霉菌感染并多发性脑脓肿 1 例 MRI 影像[J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2006, 11(4): 184.

[5] Yamada K, Shrier DA, Rubio A, et al. Imaging findings in intracranial Aspergillosis[J]. Acad Radiol, 2002, 9(2): 163-171.

(收稿日期: 2012-09-05 修回日期: 2011-12-21)

· 病例报道 ·

乳腺颗粒细胞瘤一例

陈腊梅, 廖明俊, 张代伦, 王宁

【中图分类号】R737.9; R814.3 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2012)09-1039-01

病例资料 患者, 女, 50 岁, 4 个月前发现左侧乳腺包块。查体: 左乳外形正常, 内上象限触及一直径约 2 cm 质硬包块, 表面不光滑, 活动度欠佳, 与皮肤及胸壁无粘连, 无压痛。同侧腋窝及锁骨上、下均未触及肿大淋巴结。乳腺钼靶片示左乳呈脂肪型, 内上象限见一大小约 2.2 cm × 1.9 cm 肿物, 密度较高, 肿物大部分边界清晰, 仅前缘稍模糊, 未见明显钙化, 皮肤及乳头正常(图 1、2)。肿块针吸细胞学检查示瘤细胞轻度核异质。

行左乳包块切除术, 切除肿瘤大小为 2.5 cm × 2.0 cm × 2.0 cm, 切面灰白均质, 无包膜, 与周围组织界限不清。术中冰冻切片考虑为恶性肿瘤, 征得家属同意后行左乳腺癌改良根治术, 术后组织学诊断为(左侧)乳腺颗粒细胞瘤(图 3)。

讨论 颗粒细胞瘤(granular cell tumor, GCT)又称颗粒细胞肌母细胞瘤, 是一种较为罕见的软组织肿瘤, 以四肢、表浅皮下软组织、舌多见; 乳腺也是可能发生的部位之一, 大约 5% 发生于乳腺^[1], 约占乳腺肿瘤的 0.1%。发生在乳腺的颗粒细胞瘤多位于乳腺浅表皮下组织, 真正发生在乳腺实质者占少数^[2], 本例发生于乳腺实质内。GCT 的来源尚存争议, 近年来通过免疫组化检查和电镜观察, 大部学者同意来源于神经鞘的雪旺细胞, 颗粒细胞瘤在某些专著上已被称为颗粒细胞性雪旺氏瘤^[3]。乳腺 GCT 的临床表现通常为质硬和无痛性包块, 表浅肿瘤可导致皮肤皱缩甚至乳头内陷, 为肿瘤伴有被覆上皮的棘层肥厚或假上皮瘤样增生所致; 位于乳腺深部的肿瘤可继发累及胸壁筋膜。

乳腺颗粒细胞瘤国内外报道非常少, 且多为病理学报道, 影像学报道更为少见。典型影像学表现为边缘呈星芒状的致密肿块阴影。也有学者认为其表现多样, 可呈圆形或椭圆形, 界限清楚, 也可呈界限不清分叶状, 有时可出现边缘毛刺状假恶性征象, 易误诊为乳腺癌^[4]。本例钼靶示肿块位于乳腺实质内, 密度较高, 大部分边界清晰, 仅前缘见少许模糊条索影与其重叠, 影像诊断为 BI-RADS 分级 4A 级, 需与良性肿瘤(如腺纤

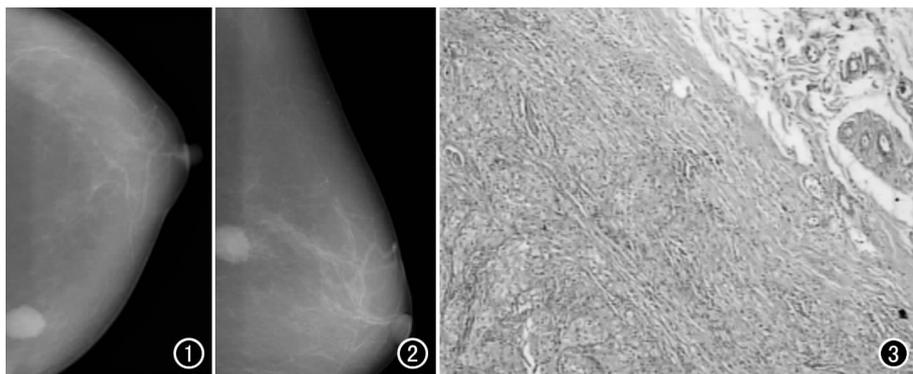


图 1 左乳头尾位 X 线片示左侧乳腺内上象限一大小约 2.2 cm × 1.9 cm 肿块, 密度较高, 大部分边界清楚。图 2 内外侧斜位 X 线片示肿物密度较高, 大部分边界清楚。图 3 病理图镜下示瘤细胞呈不规则巢状或条索状排列, 浸润在乳腺导管周围(×100, HE)。

维瘤)及特殊类型乳腺癌(如黏液腺癌)相鉴别。术后回顾性分析 X 线片, 见肿瘤边界光整, 前缘模糊的条索影于尾位未见, 仅内外侧斜位可见, 分析可能是退化不全的腺体重叠所致, 不同于黏液腺癌的彗星尾征。

由于 GCT 可累及小神经及周围脂肪组织, 临床、影像学、针吸细胞学及术中快速冷冻切片检查等均易误诊, 确诊完全依靠组织病理学和免疫组化检查。本病病理特征为肿瘤细胞通常具有比较丰富的嗜酸性颗粒状胞质和小而深染的胞核^[5]。绝大多数 GCT(98%)为良性, 广泛切除后预后好, 但切除不彻底可局部复发。本例随访 9 个月无复发或转移。

参考文献:

- [1] Gogas J, Markopoulos C, Kouskos E, et al. Granular cell tumor of the breast: a rare lesion resembling breast cancer[J]. Eur J Gynaecol Oncol, 2002, 23(4): 333-334.
- [2] 范朗娣. 乳腺肿瘤和瘤样病变. 王德延肿瘤病理诊断学(下册)[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1999: 1818.
- [3] Brooks JJ. Diagnostic Surgical Pathology[M]. New York: Raven Press, 1994: 197.
- [4] Lee SJ, Mahoney MC. The protean manifestations of granular cell tumor of the breast[J]. Breast J, 2011, 17(2): 201-203.
- [5] 方铨华, 张谷, 程晔. 颗粒细胞瘤 15 例临床病理分析[J]. 临床与实践病理学杂志, 2006, 22(4): 417-420.

(收稿日期: 2011-12-12)

作者单位: 431700 湖北, 天门市第一人民医院放射科

作者简介: 陈腊梅(1976-), 女, 湖北天门人, 主治医师, 主要从事乳腺影像诊断工作。