

孤立性脾结核 1 例报道

杜 杰,兑丹华,赵建锋,敖 宇

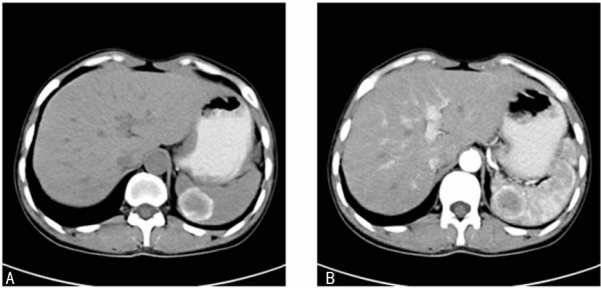
(遵义医学院附属医院肝胆外科,贵州遵义 563000)

[中图分类号] R657.6 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2016)29-4174-02

孤立性脾结核临床少见,其临床表现多样,影像学上多表现为脾脏占位性病变,易误诊为脾脏肿瘤,最终诊断多依赖病理学检查。孤立性脾结核形成结核球则更为罕见,本院近期收治 1 例,现报道如下。

1 临床资料

患者,女,46 岁,因“左上腹疼痛 3 个月”,于 2013 年 12 月 5 日入院,疼痛呈持续性胀痛,餐前及餐后较明显,无发热,无腹胀、腹泻等消化系症状。患者门诊就诊行腹部 MRI 检查提示脾脏占位性病变,考虑囊肿并出血可能。门诊以“脾脏占位:囊肿并出血?”收入本科。入院时查体:患者心率、血压、体温均正常。全身皮肤、黏膜无黄染,浅表淋巴结未触及肿大,心肺无明显异常,腹平软,无压痛,全腹未触及包块,肝脾未触及。入院时辅助检查:血常规、大小便常规、肝肾功能、多肿瘤芯片正常,丙型肝炎抗体、乙型肝炎 5 项、梅毒及人类免疫缺陷病毒(HIV)抗体均阴性,胸片未见明显异常。上腹部 CT 平扫加增强检查(图 1):脾脏高密度占位性病变,考虑良性病变。



A:脾脏见一约 35 cm×28 cm 团块状高密度阴影,CT 值 50~123 HU,病变中央密度稍低;B:增强扫描未见强化。

图 1 上腹部 CT 平扫平扫加增强



图 2 术中图片

术前诊断:脾脏占位,良性肿瘤?为明确诊断并排除恶性病变于 2013 年 12 月 12 日行剖腹探查术。术中探查:于脾脏上级见一约 4 cm×4 cm 白色包块(图 2),质地偏中,似有波动

感,无出血,与膈肌有带状粘连,分离粘连后行脾脏切除术。术后病理检查(图 3、4):送检脾脏组织内见囊肿形成,囊壁可见少量类上皮细胞,未见郎罕细胞,囊壁内为大量坏死物质,组织坏死彻底。病理诊断:脾脏结核球。术后第 4 天复查胸片仍未见明显异常。术后第 7 天开始予抗结核治疗 6 个月,恢复顺利,随访至今,未见结核复发表现。

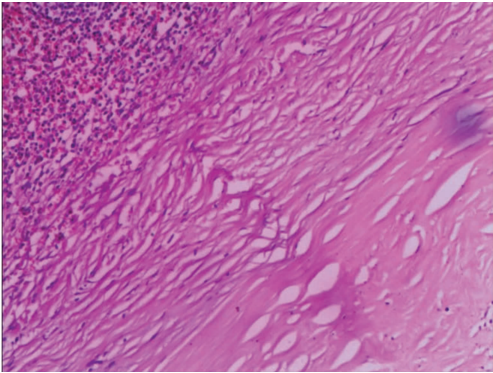


图 3 脾脏病变组织(HE,×40)

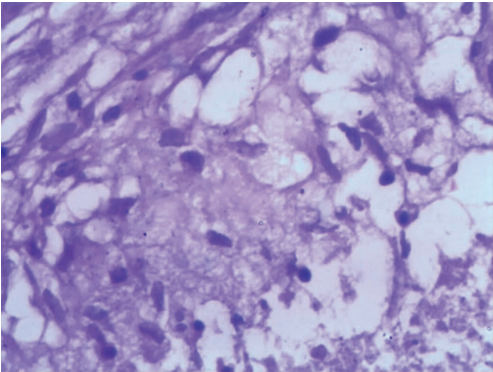


图 4 脾脏病变组织(HE,×100)

2 讨 论

脾结核分为原发性和继发性;继发性脾结核在临床上较原发性多见,常为粟粒型结核病的继发表现。脾脏是位列第三(肺 100%,肝 82%,脾 75%)的粟粒型结核感染好发器官。原发性脾结核在临床上较继发性脾结核少见,文献以病例报道为主。原发性脾结核是指脾脏为初染期病灶以外的单独的或主要的受损器官,而临床上很难找到原发病灶,其实也是一种继发性结核病,因病变仅表现于脾脏,亦称之孤立性脾结核。脾结核感染途径主要为血源性,亦可经淋巴道、邻近器官病灶直接播散。合并获得性免疫缺陷综合征(AIDS)、糖尿病,使用激素药物等致免疫力下降发生脾结核的报道多见。结核球(又称结核瘤),是成人继发性结核的一种,一般为单个、直径 1.5 cm 以上的由纤维组织包绕干酪样结核病变或阻塞性空洞被干酪

物质充填而形成的球形病灶,常呈圆形。

脾结核临床表现多变,多以非特异性症状为主,术前诊断率低。有建议称典型的临床表现为左上腹部的疼痛伴发热、全身不适、体质量减轻,常为一个慢性病程。但文献报道中拥有以上典型临床表现的甚少,多只表现为其中一到两个非特异性临床表现。有文献报道脾结核的常见全身症状主要为发热,占 75%,厌食和体质量减轻各占 50%,局部症状以左上腹部疼痛为最常见,腹胀抑或无局部症状少见^[1]。本例孤立性脾结核则缺乏结核感染的非特异性症状,但有左上腹部的固定疼痛。脾结核致脾亢引起血红蛋白、血小板降低而出现贫血、紫癜等罕见表现也有文献报道。

影像学检查对脾结核临床诊断有重要参考价值,超声和脾脏 CT 可以发现病变。最常见的脾结核超声改变为单发或多发的低回声病灶,规则低回声常提示结核结节,不规则低回声常提示结核性脾脓肿,也可以检测出结核性脾肿大。腹部 CT 较超声检查有一定优势,可以检查到超声检查阴性、腹部广泛性病变影响超声检查而检测不到的病变,尤其在结核性脾脓肿和小钙化灶。脾结核因病理变化及病程不同在 CT 上表现 4 种类型:粟粒型、脓肿型、结节型和纤维钙化型;结节型病变为孤立性脾结核的最常见病变,结核球为结节型的晚期病变,临床罕见^[2]。但脾脏的影像学检查只能发现病变,与其他占位性病变无明显鉴别诊断作用。当影像学检查提示占位性病变需要与其他病变进行鉴别诊断时,应进一步行结核病的特异实验室检查,包括结核菌素实验、结核抗体、生物学的聚合酶链式反应、血沉等^[3]。鉴别诊断包括脾脏的转移和原发肿瘤,淋巴瘤,其他病原菌致脾脓肿等。本文报道病例的门诊及住院辅助检查均提示了占位性病变,但影像学表现缺乏特意表现,忽略了结核病灶的可能性,未进一步行结核特异性实验检查。组织病理学检查仍是诊断脾结核金标准,既往文献中病变组织大部分还是来源于传统的剖腹探查手术,而超声或 CT 引导下经皮穿刺活检术及腹腔镜下脾脏病变标本组织的切取也见一些于个案报道,本例术后病理学检查则明确诊断为脾脏结核球^[3-4]。

随着对脾脏人体免疫功能研究的不断深入,对外科治疗脾

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.29.052

结核更加谨慎。文献报道脾结核经正规抗结核治疗后,肿大的脾脏及脾脏病变可缩小至正常,临床症状也消失,最终不需行脾切除术,既保留了脾脏又治愈了结核感染^[5]。如果抗结核治疗对脾结核效果不佳或不能排除恶性肿瘤时,脾脏切除则难以避免,这时手术切除既能进一步明确诊断,又能达到治疗目的。然而无论是否手术,均应行正规的抗结核药物治疗。本例患者术前脾脏占位性病变诊断不明确,因而行手术探查切除,术后发现为脾脏结核球。由于药物很难渗入纤维包膜,坏死组织内血管稀少,抗结核治疗效果很难保证,且一旦复发,因病菌的基因转型导致耐药,还会给彻底治愈带来很大的难度,所以,实施手术切除也是一个正确的选择。

参考文献

[1] Dixit R, Arya MK, Gupta MPA. Clinical profile of patients having splenic involvement in tuberculosis[J]. Indian J Tuberc, 2010, 57(1): 25-30.
[2] Pereira JM, Madureira AJ, Vieira A, et al. Abdominal tuberculosis: imaging features[J]. Eur J Radiol, 2005, 55(2): 173-180.
[3] Meshikhes AW, Al-Momen S. Laparoscopic diagnosis of splenic tuberculosis[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2006, 16(5): 355-356.
[4] Gochhait D, Dey P, Rajwanshi A, et al. Role of Fine needle aspiration cytology of spleen[J]. Apmis Acta Pathologica Microbiologica Et Immunologica Scandinavica, 2015, 123(3): 190-193.
[5] Ray S, Kundu S, Goswami M, et al. Isolated tubercular splenic abscess: can we defer splenectomy? Our single experience with anti-tuberculous therapy alone[J]. Indian J Med Microbiol, 2012, 30(1): 101-103.

(收稿日期:2016-03-09 修回日期:2016-04-24)

蓝色橡皮疱痣综合征 1 例并文献回顾

杜小龙¹, 何松^{1△}, 史洪涛¹, 冯晓霞¹, 左国庆^{2▲}

(1. 重庆医科大学附属第二医院消化内科 400010; 2. 重庆市中医院消化内科 400021)

[中图分类号] R758.5 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2016)29-4175-02

蓝色橡皮疱痣综合征(blue rubber bleb nevus syndrome, BRBNS)是一种罕见的全身性疾病,病因未明。其典型特征为皮肤及消化道的多发性血管畸形(如血管瘤),也可累及其他脏器,临床上主要表现为消化道出血及缺铁性贫血,现将重庆医科大学附属第二医院消化内科收治的 1 例 BRBNS 报道如下。

1 临床资料

患者,女,38 岁,因“反复黑便 2 年,再发 2 周,加重 1 d”入院。2 年前无明显诱因出现解黑便,伴乏力,于外院给予输血、补液等对症治疗后好转出院。2 周前患者再次出现解黑便,无

呕血、头昏,无心悸、乏力,无腹痛、腹胀,无恶心、呕吐,无畏寒、发热等不适,患者未引起重视,未行任何治疗。1 d 前患者感上述症状加重,解黑稀便 2 次,伴明显头昏、乏力、心悸,伴左上腹疼痛。遂入本院治疗。查体:神志清楚,营养状况差,重度贫血貌,全身皮肤散在血管瘤,直径约 0.3~1.5 cm(图 1)。全身浅表淋巴结无肿大,心肺未见明显异常。左上腹部有轻压痛,无反跳痛及肌紧张,肝脾肋下未及,双下肢无水肿。实验室检查:入院后血常规分析示:红细胞(RBC)1.70×10⁹/L,血红蛋白(Hb)51 g/L,白细胞(WBC)3.26×10⁹/L,血小板(PLT)82×

作者简介:杜小龙(1988—),在读硕士,主要从事肝病方向的研究。
共同通讯作者, Tel:13508309327; E-mail: cqzqgly@163.com. △ 通讯作者, Tel:13808336120; E-mail: hedoctor65@sina.com. ▲