

例2,女,12岁,诊断左侧甲状腺乳头状癌后行颈部淋巴结清扫,镜下偶然发现异位胸腺。

2 讨论

2.1 颈部异位胸腺多发生在2~13岁儿童,男性多发(本组2例均为女性),且常见于左侧。其大体结构多呈囊肿样,实性者少见。临床很少出现症状,仅有10%的患者出现疼痛、喘鸣、呼吸困难、吞咽困难、声音嘶哑等压迫症状^[1]。患者多以淋巴结肿大、甲状腺或甲状旁腺肿物等就诊,故术前极少确诊,主要依靠术后病理证实。

2.2 颈部异位胸腺囊肿的大体观和组织学表现与胸腺囊肿相似,分为单房和多房性。单房胸腺囊肿多见,可位于下颌角至胸骨柄沿线的任意部位,起源于第三对鳃囊衍变成胸腺咽导管的残余部^[2],或由胸腺小体发生囊性扩张所致。囊肿壁薄,半透明状,内衬鳞状、柱状或立方上皮,常无炎症表现。多房胸腺囊肿被认为是胸腺实质炎症反应引起的继发性病变,常伴有退变、炎症反应和胆固醇性肉芽肿形成,衬覆上皮部分缺失,部分可高度增生,呈假上皮瘤样。胸腺囊肿的诊断要点是在囊肿壁中发现胸腺实质,即胸腺淋巴样组织和胸腺小体^[3]。鉴别诊断应考虑:(1)鳃裂囊肿:囊肿被覆复层鳞状上皮或纤毛上皮,其下可见成片的淋巴组织,并可形成淋巴滤泡,囊内常含油脂状物及胆固醇结晶;(2)甲状舌管囊肿:位于颈部正中,可被覆复层鳞状上皮、粘液上皮或柱状上皮,或三者混合,上皮下淋巴组织丰富,囊壁可见到甲状腺滤泡;(3)囊状淋巴管瘤:瘤体一般较大,囊内充满淡黄色清亮液体,囊壁衬以单层内皮,间质由细网状胶原纤维组成,散在淋巴细胞和淋巴小结,腔隙内可见淋巴细胞。其它鉴别诊断还有皮样囊肿、甲状腺和甲状旁腺囊肿、颈部支气管囊肿等。应当注意的是,多房胸腺囊肿可以伴发胸腺瘤和大细胞性淋巴瘤,因此,当发现多房性胸腺时,应仔细判别是否潜伏有恶性肿瘤。

2.3 实性颈部异位胸腺占有异位胸腺的10%。其发病机制是正常下降过程停止、退化失败或者胸腺组织在下降过程中离位。其性质较复杂,可以是正常胸腺组织,也可以是良、

恶性胸腺瘤以及分泌大量ACTH的胸腺类癌。常见的鉴别诊断包括:(1)淋巴结内转移癌,尤其是转移性角化型鳞状细胞癌:一般有原发病灶,癌细胞形成不规则癌巢,缺乏环形排列,核有异型性,可见核分裂象,必要时需借助免疫组化鉴别来源。(2)胸腺瘤:上皮性胸腺瘤肿瘤成于上皮细胞,成片状、条索状排列,易见假菊形团,瘤细胞核大、深染,核仁明显,胞浆丰富、淡染、边界不清,瘤细胞间散在淋巴细胞,胸腺小体偶见;淋巴细胞型以淋巴细胞为主,弥漫分布,偶见淋巴滤泡生发中心,间杂以增生的上皮细胞,胸腺小体很少见。颈部异位胸腺尽管是良性病变,也应该确切诊断,因为有可能恶性变。实性异位胸腺的恶变、胸腺囊肿中的鳞状细胞癌、颈部异位胸腺的胸腺瘤均有零星报道。值得注意的是,异位胸腺可以在镜下偶尔被发现。本报道中病例2即是诊断为左侧甲状腺乳头状癌后,在左颈部淋巴结清扫组织中偶然发现异位胸腺,其余淋巴结中均可见到乳头状癌转移。此种情况在初学者易不小心误诊为淋巴结内转移癌。

2.4 胸腺的功能是培育和向次级淋巴器官输送各种T细胞,输送的时间在人出生前即已开始^[4],出生后,主要是分泌胸腺素使得T淋巴细胞转化成熟。有报道,出生后3个月内的婴儿切除胸腺会导致T淋巴细胞减少。因此,异位胸腺的术前正确诊断并确认纵隔胸腺是必要的,尤其是婴儿,以避免将整个胸腺切除继发免疫功能不全。本报道中患儿分别随访10个月和6个月,无明显不良后果。

参考文献

- 1 Prasad TR, Chui CH, Ong CL, et al. Cervical ectopic thymus in an infant[J]. Singapore Med J;2006, 47(1):68-70.
- 2 Park YH, Kim HY, Kim BK, et al. Ectopic thymus: presenting as a lateral neck mass[J]. Korean J Otolaryngol, 2002,45:96-98.
- 3 刘彤华,李维华. 诊断病理学[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社,2006:234.
- 4 王 斌,高英茂. 人体胚胎学[M]. 北京:人民卫生出版社,1996:543-549.

[收稿日期 2009-03-31][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

树胶肿型神经梅毒1例报告

• 病例报告 •

陈锦艳

作者单位:536000 广西,北海市人民医院神经内科

作者简介:陈锦艳(1977-),女,研究生,医学学士,主治医师,研究方向:脑血管病诊治。E-mail:xx118@21cn.com

[关键词] 神经梅毒; 树胶肿

[中图分类号] R 739.41 [文章编号] 1674-3806(2009)09-0986-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.09.44

树胶肿型神经梅毒是神经梅毒中比较罕见的 1 个特殊类型,至今国内的报道仅十余例,因此,临床上较易和脑肿瘤混淆,从而导致误诊。现将我院诊治的 1 例患者资料报告如下。

1 病例介绍

患者,男性,45 岁,司机。因“反复跌倒发作 2 个月余,头痛伴右下肢乏力 1 周”入院。患者于 2 个多月前开始出现发作性跌倒,跌倒后数秒钟能自行起来,无意识丧失等,共发 5 次。入院前 1 周开始出现全头痛,呈阵发性,搏动样,并出现右下肢乏力,无呕吐。近 1 个月来有皮肤瘙痒、皮疹,未予处理。否认冶游史。入院查体:T 36℃,P 80 次/min,R 20 次/min,BP 110/74 mmHg,四肢皮肤见多处小斑丘疹,部分破溃,心肺腹(-),神经系统检查:神清,语利,颅神经(-),右下肢肌力 4+级,病理征(-),颈抵抗,克氏征、布氏征(-)。辅助检查:血常规、生化全套、免疫全套、心电图、脑电图均

正常。入院头颅 CT 平扫提示:颅内多发占位病变(图 1),考虑为“脑转移瘤?”,随后 B 超示:肝内多发稍强回声结节,前列腺稍大,有强回声团;胸部 CT 和肝脏 CT 未见异常;血 AFP、CEA、CA199、PSA 均正常。头颅 CT+增强提示:两大脑半球多发炎症改变(图 2)。脑脊液检查:清亮、透明、压力正常。白细胞:100×10⁶/L(中性:44% 单核:56%),红细胞:75×10⁶/L。未找到隐球菌、肿瘤细胞、抗酸杆菌等。蛋白 1.18 g/L,糖 2.2 mmol/L,氯化物 10⁹ mmol/L。头 MRI+增强检查提示:颅内多发性转移瘤(图 3)。结合患者身上的皮疹,我们开始怀疑是否为特殊病原体的感染,于是进行相关的排查,结果发现患者血清及脑脊液快速血浆反应素试验(RPR)均为阳性,梅毒螺旋体明胶凝集试验(TPPA)亦为阳性。经一再追问其妻承认患者有冶游史,至此诊断为“神经梅毒-树胶肿型”,患者经青霉素联合激素治疗,病情开始曾一度好转,随后 1 周死于脑疝。

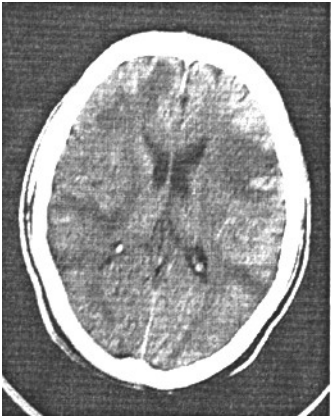


图 1 头颅 CT 平扫:颅内多发占位病变

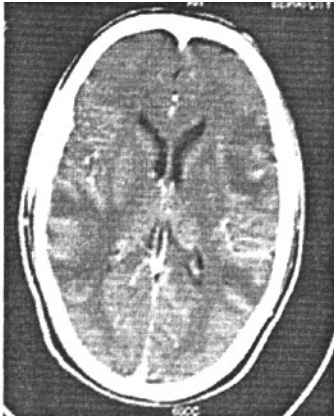


图 2 头颅 CT+增强:
两大脑半球多发炎症改变

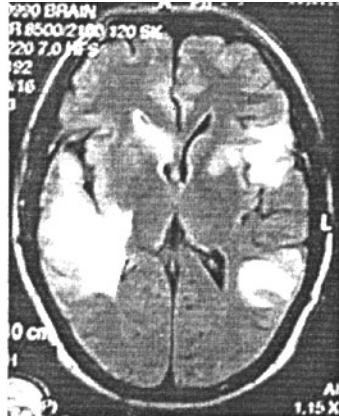


图 3 头 MRI+增强:颅内多发性转移瘤

2 讨论

2.1 树胶肿又称梅毒瘤,多见于晚期梅毒,为破坏性最大的一种损害。初为皮下深在性结节,逐渐增大与皮肤粘连,呈暗红色浸润性斑块,中央逐渐软化、破溃,流出黏稠树胶状脓汁,故名树胶肿。本病是梅毒罕见的并发症,发生在中枢神经系统,多在颅内或脊髓内呈肿块样病损,临床上有时将其误诊为新生物^[1]。侵犯脑部易与脑转移瘤相混淆,其原因有两方面:首先,在临床症状上都不典型,晚期梅毒和脑肿瘤在颅高压出现前的表现可多样化,脑实质、脑膜或血管均可累及;第二,其影像学没有特异性,两者在影像学上可见多处的损害及强化的表现。有报道^[2]指出梅毒性树胶肿的头颅 MRI 可从三方面鉴别:T1WI 示低信号或等、低混杂信号灶;T2WI 示高信号或等、高、低混杂信号灶;钆喷替酸葡甲胺(Gd-DTPA)增强 T1WI 示病灶呈不规则环形强化,邻近脑膜强化,且最大病变层面显示病变的边缘与周围脑膜以钝角相

交。神经梅毒树胶肿的病理改变主要为炎性细胞的浸润,表现为血管周围炎及血管炎的改变,伴胶质细胞增生,可合并脓肿形成。

2.2 近 20 年,梅毒的发病率逐年提高,与梅毒相关的疾病也日益增多,尤其是晚期梅毒,若表现不是很典型或不是以皮疹为首发症状的容易产生误诊,对一些临床和检查不是很符合的病例要反复追问病史和进行细致的鉴别。

参考文献

1 安得仲,主编. 神经系统疾病鉴别诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:406.
2 王小宜,廖伟华,姜新雅,等. 神经梅毒的磁共振成像表现(附二例报告)[J]. 中华放射学杂志,2002,36(4):348-350.
[收稿日期 2009-03-13][本文编辑 韦辉德 黄晓红]