

西南医科大学学报, 2018, 41(4): 330-333.

- [9] 杨娇, 孙妍, 张红菊, 等. 单中心儿童永存左上腔静脉合并先天性心脏病的超声心动图分析[J]. 临床超声医学杂志, 2019, 21(10): 779-781.
- [10] 高文娟, 于金华, 付世文. 产前超声诊断永存左上腔静脉及其合

并畸形的价值[J]. 临床超声医学杂志, 2018, 20(9): 644-646.

- [11] 赖祝琴, 杜柳, 吴宏, 等. 胎儿持续性左上腔静脉及其相关异常研究[J]. 影像诊断与介入放射学, 2015, 24(2): 127-133.
- [12] 冯晴. 先天性心脏病胎儿的染色体变异分析[D]. 广州: 南方医科大学, 2019: 25-38.

Hydatidosis in subdural space of spinal canal: Case report 椎管内髓外硬膜下包虫病 1 例

白雪冬, 李明玉, 邢千超, 王胜林, 曹振东

(承德医学院附属医院放射科, 河北 承德 067000)

[Keywords] spinal canal; subdural space; parasitic diseases; magnetic resonance imaging

[关键词] 椎管; 硬膜下腔; 寄生虫病; 磁共振成像

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2021.01.023

[中图分类号] R681.5; R445.2 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2021)01-0099-01

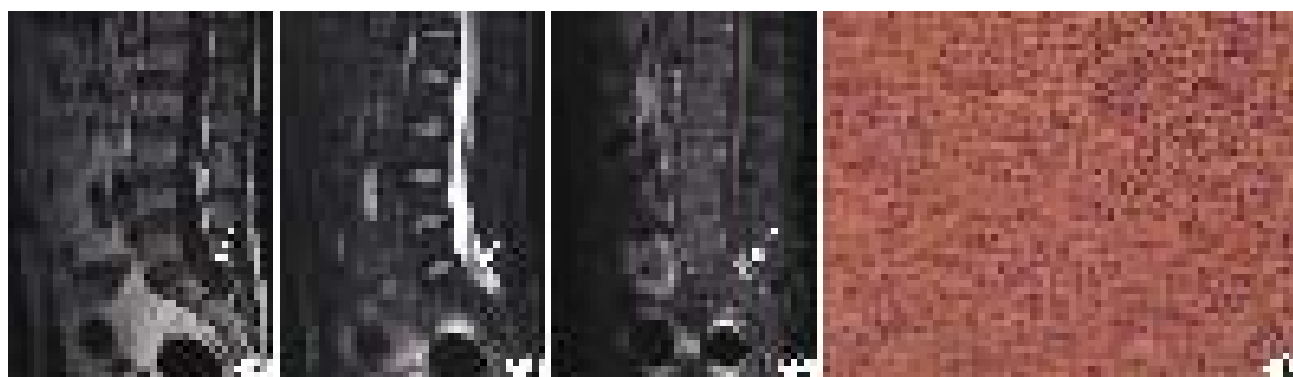


图 1 椎管内髓外硬膜下包虫病 A~C. MR T1WI(A)、抑脂 T2WI(B)及抑脂增强 T1WI(C), 箭头示病灶; D. 病理图(HE, ×200)

患者男, 32 岁, 骶尾部轻度疼痛 7 天, 向双下肢放射, 坐位及卧位时加重, 站立时稍缓解; 无疫水接触史及疫区生活史, 无流行病学史。查体未见明显异常。腰椎 MRI: S1 水平椎管内硬膜下囊实性占位性病变, T1WI 呈中低信号(图 1A), 抑脂 T2WI 病变呈囊实性, 囊壁较厚且不完整, 实性部分呈结节状等信号, 内见类圆形长 T2 信号(图 1B); 增强后实性部分明显强化(图 1C), 囊内无强化, 病变与硬脊膜关系密切, 与终丝相连伴有脊髓栓系, L2~S1 节段椎管内见条状短 T1 长 T2 信号。MRI 诊断: ①椎管占位, 考虑神经鞘瘤或肉芽肿性病变? ②脊髓栓系综合征。行经腰骶部后正中入路椎管占位病变切除术及脊髓栓系神经松解术, 术中见硬脊膜张力略高、菲薄, 病灶约 1.0 cm × 1.0 cm × 1.5 cm, 质韧、灰白色、血运可; 马尾神经明显受压、苍白、菲薄, 包绕病灶并从其中穿行, 粘连紧密, 终丝粘连、牵拉。术后病理: 镜下见包虫样虫体, 周围见炎性肉芽组织及多核巨细胞(图 1D), 诊断为椎管内硬膜下包虫病。

讨论 包虫病多因食入包虫卵污染食物引起, 虫卵进入门静脉循环而进入肝脏, 亦可通过血源扩散至其他部位。椎管包虫病少见, 胸椎最易受累。椎管内包虫病可分为 5 型: 1 型, 髓内型; 2 型, 髓外硬膜内型; 3 型, 硬膜外型; 4 型, 脊椎型; 5 型, 椎旁型。本例为 2 型椎管内包虫病, 囊壁较厚且不完整, 增强后囊壁明显强化, 囊内仅见脑脊液成分, 未见实性病变及明显血管流空信号、血色素沉积, 由此可与蛛网膜囊肿伴感染、神经鞘瘤、室管膜瘤、节细胞胶质瘤及血管源性病变相鉴别; 单纯椎管内结核亦为炎性肉芽组织, 较罕见, 囊壁厚, 囊内坏死与脑脊液信号相似, 鉴别有一定困难。本病 MRI 多表现为管状病灶, 无周围水肿, T1WI 呈等或低信号, T2WI 呈高信号伴低信号囊壁, 可不完整, 增强后囊壁明显强化。遇椎管内占位性病变, 尤其多发病灶, 边界清晰, 以圆形为主, 含多发小囊性灶, 应结合有无疫区旅居史考虑包虫病可能。确诊依靠病理检查。

[第一作者] 白雪冬(1985—), 男, 河北承德人, 硕士, 主治医师。E-mail: hyxuedong@163.com

[收稿日期] 2020-01-31 [修回日期] 2020-06-07