

•病例报告 Case report•

腰椎白念珠菌病一例

姜永能, 宋超, 赵卫, 靳仓正, 田伟

【关键词】 腰椎;真菌感染;白色念珠菌感染

中图分类号:R379.4 文献标识码:D 文章编号:1008-794X(2008)-05-0380-01

Lumber vertebrae candidiasis-One case report JIANG Yong-neng, SONG Chao, ZHAO Wei, JIN Cang-zheng, TIAN Wei. Medical Imaging Center, First Affiliated Hospital, Kunming Medical College, Kunming 660032, China(J Intervent Radiol, 2008, 17: 380)

【Key words】 Lumber vertebrae;Fungous infection;Candidiasis

患者男,70岁。因胃癌根治术后8个月,腰痛2个月余入院。患者于8个月前行胃窦部中分化腺癌根治术,术后1个月并发白念珠菌血症,经静脉给予伊曲康唑800 mg/d,2周后好转停药出院。近2个月来感腰痛逐渐加重来诊。入院体格检查:L₁₋₂棘突处压、叩痛,无放射痛,局部无红肿,神经反射及肌张力正常。CT显示L₂椎体上缘不规则骨质破坏,周边有轻度骨质增生硬化,(图1)。MRI显示L₁椎体下部及L₂椎体信号异常,以长T₁短T₂改变为主,混杂斑点状等T₂灶,增强扫描明显强化,椎间盘及椎旁软组织未见异常(图2a~c)。SPECT显示L₂₋₃放射性浓集,提示局部骨代谢活跃。临

床诊断“胃癌术后L₁₋₂转移”,行伽玛刀治疗后出现高热,腰痛加重。在第1次MRI检查12d后复查MRI,见L₁椎体下部病变范围扩大,L₁₋₂椎间隙稍狭窄,椎间盘有受累表现,增强扫描病灶仍明显强化(图2d~f)。为明确诊断,在局麻下经L₁₋₂椎间隙入路以经皮椎间盘切除术(APLD)取材活检,钳取5块组织行病理学检查及细菌培养。病理示L₁₋₂椎体慢性炎症改变,可疑真菌感染。细菌培养见白念珠菌。活检术后第3天开始经静脉给予伊曲康唑800 mg/d治疗,用药后第3天体温降至正常,2周后腰痛减轻,一般情况明显好转。

讨论 白念珠菌腰椎受累者罕见,属于机会性感染^[1],国内、外



CT示L₂椎体内不规则形骨质破坏,图2a~c MRI可见L₁椎体下部及L₂椎体不均一长T₁短T₂改变(2a,2b),增强扫描(2c)明显强化,周边有轻度骨质增生硬化,椎板及附件完整,椎旁软组织无肿胀。图2d~f 12d后复查,L₁椎体下部病变范围扩大,L₂椎体病变变化不大,椎间盘有受累表现,L₁₋₂椎间隙稍狭窄

图1 L₂ CT像

仅有个案报道。绝大多数患者为免疫力低下及免疫缺陷综合征患者,由于使用被真菌污染的注射器导致真菌血症引起^[2]。本例患者在白念珠菌血症8个月后隐匿发病,应属原发性真菌性脊柱炎。

真菌性脊柱炎的临床表现常不典型,MRI检查较早有阳性发现,应尽早选用,表现为不均一长T₁短T₂改变,Gd-DTPA增强扫描病灶均匀强化,可累及椎间盘。明确诊断需病理活检及真菌培养。本例患者采用APLD技术,在双C臂数字减影机导向下取材活检,操作时间缩短,钳取的组织充分,并发症少,此方法在椎间盘受累或椎体病变近椎间盘时选用会取得很好

图2 L₁,L₂ MR像和12d后复查

的效果。

真菌性脊柱炎如仅有椎体及椎间盘炎变者单纯药物治疗即可,应根据细菌种类和药敏试验来选用药物,用药途径可选用静脉或口服,疗程通常为5.5~6个月。白念珠菌感染可选用氟康唑或伊曲康唑静脉用药,2周后改为口服。

【参考文献】

- [1] 倪建国,翁习生,叶启斌,等.真菌性脊柱炎一例报告[J].中华骨科杂志,1999,19:698.
- [2] Huang YC, Shih TT, Huang KM, et al. Infections spondylitis: MRI characteristics[J]. J Formos Med Assoc, 1996, 95: 458-463.

作者单位:650032 昆明医学院第一附属医院医学影像中心(姜永能、赵卫、田伟);云南省昆钢医院放射科(宋超);广东佛山市南海区人民医院放射科(靳仓正)

通讯作者:姜永能

(收稿日期:2007-09-28)

腰椎白念珠菌病一例

作者: [姜永能](#), [宋超](#), [赵卫](#), [靳仓正](#), [田伟](#), [JIANG Yong-neng](#), [SONG Chao](#), [ZHAO Wei](#),
[JIN Cang-zheng](#), [TIAN Wei](#)

作者单位: [姜永能, 赵卫, 田伟, JIANG Yong-neng, ZHAO Wei, TIAN Wei \(昆明医学院第一附属医院医学影像中心, 650032\)](#), [宋超, SONG Chao \(云南省昆钢医院放射科\)](#), [靳仓正, JIN Cang-zheng \(广东佛山市南海区人民医院放射科\)](#)

刊名: [介入放射学杂志](#) **ISTIC PKU**

英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)

年, 卷(期): 2008, 17(5)

被引用次数: 0次

参考文献(2条)

1. [倪建国, 翁习生, 叶启斌](#) 真菌性脊柱炎一例报告 1999
2. [Huang YC, Shih TT, Huang KM](#) Infections spondylitis: MRI characteristics 1996

相似文献(6条)

1. 期刊论文 [覃凌, 程珂琳](#) 腰椎术后并发真菌感染1例报道 -[中华医院感染学杂志](#)2008, 18(10)
1病例
患者男性, 64岁, 2004年11月因腰椎管狭窄、腰椎失稳在某院行腰椎板减压、L3~L5椎弓根钉内固定、植骨融合术。术前患贫血病史, Hb为82 g/L。出院后在当地乡卫生院继续口服抗菌药物治疗达4个月。
2. 期刊论文 [邹助国, 欧阳取平, 黄艳阳](#) 新型隐球菌性脑膜炎24例误诊分析 -[临床误诊误治](#)2002, 15(1)
新型隐球菌性脑膜炎(隐脑)是由隐球菌属中的新型隐球菌及其变种引起的中枢神经真菌感染, 早期诊断困难, 预后严重。我院1978~1995年共收治隐脑24例, 其中21例入院时误诊, 误诊率87.5%, 现分析误诊原因如下。1 临床资料 24例中男11例, 女13例; 年龄2.5~65岁, 平均32.4岁, 以青壮年为主。同时合并免疫功能低下疾病3例, 分别为腰椎结核、慢性贫血及慢性肾炎及肾功能不全各1例。2 临床表现本组病例以亚急性或慢性起病为主, 均有头痛、呕吐、颈部抵抗感, 低至中度发热16例, 高热6例。表情淡漠4例, 右侧巴宾斯基征阳性与抽搐各3例, 欣快感2例, 右侧轻偏瘫1例。18例查眼底, 16例有视神经盘水肿(88.9%)。
3. 期刊论文 [高茜, Gao Qian](#) 1例新型隐球菌性脑炎病人的护理 -[护理研究](#)2006, 20(3)
隐球菌脑膜炎主要是由新型隐球菌通过各种渠道侵入颅内引起的脑膜炎或脑膜脑炎, 是最常见的颅内真菌感染。主要的临床症状为头痛、发热、头晕、呕吐、视力模糊或复视等。脑脊液检查做墨汁染色可在显微镜下看到其菌体, 病理学检查可见脑膜刺激征及眼底的视乳头水肿, 腰椎穿刺结果提示颅内高压。
4. 期刊论文 [王颖, 冷晓梅, 张卓莉, 张奉春, WANG ring, LENG Xiao-mei, ZHANG Zhuo-li, ZHANG Feng-chun](#) 系统性红斑狼疮合并中枢神经系统感染30例临床分析 -[中华风湿病学杂志](#)2009, 13(3)
目的 探讨系统性红斑狼疮(SEE)合并中枢神经系统感染病例的临床表现、治疗及预后特点。方法 回顾性分析30例诊断明确, 资料完整的SLE合并中枢神经系统感染患者。结果 1986年1月至2007年3月共收治SLE患者3039例, 其中合并中枢神经系统感染者30例占1%, 平均年龄(34±11)岁, 其中女性27例, 男性3例。30例患者中结核性感染11例占37%, 非结核的细菌感染11例占37%, 真菌感染8例占26%。中枢神经系统感染的患者以发热、头痛、意识障碍为常见临床表现。预后方面3组间差异无统计学意义。结论 SLE患者合并中枢神经系统感染表现不典型, 最常见的是结核性脑膜炎, 及早行腰椎穿刺检查有助于早诊断。低自蛋白血症、低C3及低血压提示预后不佳。
5. 期刊论文 [赵珊, 张云辉, 杨芸](#) 不明原因发热118例病因谱分析 -[新医学](#)2010, 41(2)
目的: 探讨不明原因发热(FUO)患者的病因谱, 总结诊断经验。方法: 对118例FUO患者进行病因学调查, 记录其诊断结果及诊断手段, 归纳病因谱, 总结非典型病例的诊疗经过。结果: 118例患者中确诊110例, 确诊率93.2%, 病因未明8例(6.8%)。明确诊断的110例FUO患者病因谱中, 感染性疾病72例(65.5%), 其中细菌性感染47例、病毒性感染15例、真菌感染5例、其他感染5例; 非感染性疾病38例(34.5%), 其中恶性肿瘤19例、风湿性疾病12例, 其他7例。经血清学或细菌学检查明确诊断者45例(40.9%), 骨髓穿刺及腰椎穿刺明确诊断17例(15.5%), 活组织病理检查明确诊断27例(24.5%), 影像学检查明确诊断6例(5.5%), 临床综合诊断、经验性治疗明确诊断23例(20.9%)。结论: FUO患者的病因复杂, 其中感染性疾病是主要病因。对于FUO患者的诊断检查应程序化, 临床医生除常规检查外, 还需及时、反复地进行相关病原学及病理学检查, 经抗感染治疗无效者应考虑其存在非感染性疾病如肿瘤、风湿性疾病的可能。
6. 期刊论文 [常杏芝, 李建国, 李若瑜, 包新华, 万哲, 秦炯, CHANG Xing-zhi, LI Jian-guo, LI Ruo-yu, BAO Xin-hua, WAN Zhe, QIN Jiong](#) 中枢神经系统暗色丝孢霉病1例及文献复习 -[实用儿科临床杂志](#)2006, 21(10)
目的探讨中枢神经系统暗色丝孢霉病的临床特征、诊断、治疗及预后。方法对收住1例患儿的临床表现、实验室检查、头颅影像学检查、脑活检组织病理及培养结果进行分析, 随访观察其疗效。结果患儿为3岁6个月男童, 因间断头痛伴呕吐3个月、双下肢乏力伴尿滞留9 d入院。头颅CT与MRI平扫示颅内多发钙化灶伴周围明显水肿, 胸腰椎MRI提示T7椎体水平脊髓局灶信号异常, 增强MRI扫描示病灶周边强化。颅内病变处活检提示变性坏死肉芽肿性炎症, 其中见暗色粗大的真菌菌丝和芽孢。活检组织与脑脊液培养出同一病原, 经鉴定为皮炎外瓶霉。应用两性霉素B与伊曲康唑2个月, 疗效不佳, 患者自动出院, 1个月后死亡。结论皮炎外瓶霉引起的中枢神经系统暗色丝孢霉病非常少见, 是最严重的真菌感染类型; 组织病理检查与培养是确诊的依据, 该病治疗困难, 预后不佳。

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200805023.aspx

授权使用: qknfy(qknfy), 授权号: 14f7a35e-2bcc-4a4e-b890-9df7017a9776

下载时间: 2010年9月20日