

小儿脑裂头蚴病 1 例报道

黄地纬, 莫亚雄, 纳玉辉, 梁 琨
(昆明医科大学第一附属医院儿科, 云南 昆明 650032)

[关键词] 小儿; 脑裂头蚴病; 中枢神经系统寄生虫病

[中图分类号] R725.3 [文献标识码] A [文章编号] 2095 - 610X (2014) 01 - 0134 - 03

脑裂头蚴病 (Cerebral sparganosis) 是曼氏迭宫绦虫的幼虫 - 曼氏裂头蚴寄生于人体脑内所引起的中枢神经系统寄生虫病。世界各地都有报告, 但主要分布于东南亚各国, 在我国主要见于南方各省。由于其临床表现无特征性, 临床首诊时几乎全部误诊^[1]。该病临床少见, 昆明医科大学第一附属医院儿科于 2013 年 4 月收治该病患者 1 例, 现报道如下。

1 临床资料

患儿男, 6 岁, 云南保山市腾冲县人, 因反复头痛呕吐半年余入院。患儿半年来因“反复头痛、呕吐”在昆明医科大学第一附属医院儿科住院治疗, 诊断为“脑囊虫可能、胶质瘤待排”, 予吡喹酮抗脑囊虫及营养神经治疗后, 病情好转出院, 出院后仍有头痛、呕吐症状反复发作。为明确诊断至昆明医科大学第一附属医院微创神经外科行“立体定向引导神经镜下右颞顶枕病变活检术”, 病理检查: 小胶质细胞反映轻度增生, 小静脉周围淋巴单核细胞浸润般炎症水肿, 送检组织中未见寄生虫、包裹和钙化病变, 考虑炎性肉芽肿。出院后再次住昆明医科大学第一附属医院儿科, 病程中患儿无发热、咳嗽、流涕、头痛、呕吐、抽搐等。

既往史: 有食用“田鸡、蛇等野生动物史”, 否认肝炎、结核等传染病史, 否认高热惊厥史, 否认近期毒物及药物接触史, 否认血吸虫疫水接触史, 有“立体定向引导神经镜下右颞顶枕病变活检术”史, 无特殊家族病史。

查体: 一般情况可, 神志清楚, 反应可, 营养发育可, 全身皮肤无皮疹、色素脱失斑或牛奶咖啡斑, 右颞顶枕部可见一约 5 cm 长手术疤痕, 双瞳

孔等大等圆, 对光反射灵敏, 心、肺、腹查体无特殊, 神经系统: 生理反射正常, 脑膜刺激症阴性, 病理反射未引出, 肌力、肌张力正常。

辅助检查: 血常规示: WBC $5.63 \times 10^9/L$, N 26.8%, L 56%, EO 7.6%, EO# (绝对值) $0.43 \times 10^9/L$, RBC $4.85 \times 10^{12}/L$, HGB 129 g/L, PLT $272 \times 10^9/L$; 脑电图: 儿童异常脑电图 (后部导联见较多散在及短程的中 - 低波幅 3 ~ 5 Hz 的慢波及慢活动, 以右顶、枕为著); 头颅 MRI 示: 右颞顶部病变, 考虑寄生虫感染 (图 1); 头颅 CT: 右侧颞叶、额叶及顶叶大片状混杂密度影, 周围手指样水肿, 病灶多发点状、结节状钙化 (图 2)。病理检查: 小胶质细胞反应性轻度增生, 小静脉周围淋巴单核细胞浸润般炎症水肿, 送检组织中未见寄生虫、包裹和钙化病变, 考虑炎性肉芽肿 (图 3)。

临床诊断及转归: 入院后继续给予营养神经等对症支持治疗, 完善相关检查, 血常规示: WBC $6.5 \times 10^9/L$, N 43.9%, L 40.0%, EO 4.9%, EO# $0.32 \times 10^9/L$, RBC $4.25 \times 10^{12}/L$, HGB 113 g/L, PLT $233 \times 10^9/L$; 腰穿后行脑脊液检查示: 常规、生化、涂片、细胞学检查均正常, 脑脊液免疫球蛋白 IgG 升高 (40.7 mg/L), 余正常, IgG 指数为 1.5, 明显高于 0.7, 头部 CT 示: 多发皮层下及白质区病变 (图 4), 头部 MRA 正常, 诊断为: 右侧颞顶枕病变 (炎性脱髓鞘病? 免疫性脑炎?)。应患儿家属要求将脑组织病理标本送北京海军总医院检查, 病检示: 寄生虫性肉芽肿 (图 5), 同时查曼氏裂头蚴 IgG 抗体阳性, 诊为: (1) 颅内曼氏裂头蚴感染; (2) 免疫性脑炎, 患儿曾有吡喹酮治疗史, 免疫性脑炎考虑为死亡虫体肿胀、变性坏死, 而导致虫体周围脑组织的炎症反应及过敏反应, 给予大剂量激素冲击后病情好转出院。现仍在

[作者简介] 黄地纬 (1987~), 男, 湖南株洲市人, 在读硕士研究生, 主要从事儿科临床工作。

[通讯作者] 莫亚雄. E-mail: moyaxiong@126.com

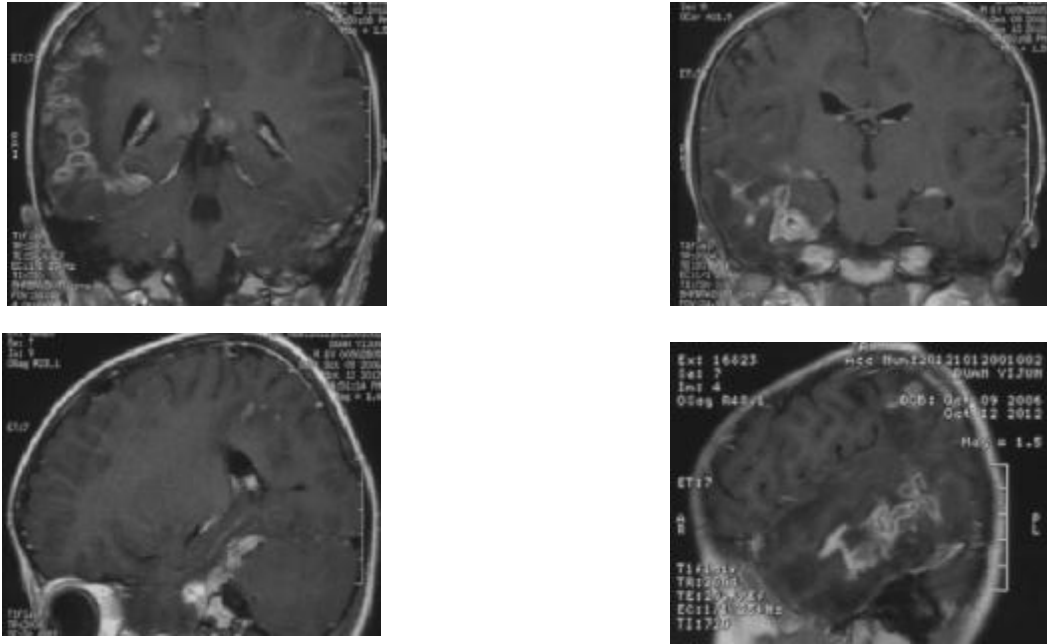


图 1 头颅 MRI 示右侧额叶、颞叶、顶叶、枕叶见大片状稍长 T2、T1 信号水肿影，其内见小结节样稍短 T2、T1 信号，在 DWI 上部分呈低信号，增强扫描呈不规则环状强化



图 2 头颅 CT 示右侧颞叶、额叶及顶叶大片状混杂密度影，周围手指样水肿，病灶多发点状、结节状钙化



图 4 头部 CT 示多发皮层下及白质区病变



图 3 小胶质细胞反应性轻度增生，小静脉周围淋巴单核细胞浸润般炎症水肿，送检组织中未见寄生虫、包裹和钙化病变，考虑炎症肉芽肿



图 5 镜下见少量破碎的脑组织，以白质为主。组织内可见炎症肉芽肿形成，中心坏死灶内可见石灰小体样结构，周围由增生的纤维组织包绕，小血管增生伴有多量淋巴细胞及散在嗜酸性粒细胞浸润，考虑为寄生虫肉芽肿

随访当中。

2 讨论

曼氏裂头蚴为曼氏迭宫绦虫的幼虫,其传染源主要为猫狗等,第 1 中间宿主为剑水蚤,第 2 中间宿主为蝌蚪和蛙,蛇、鸟、猪等为其转续宿主。人作为曼氏迭宫绦虫的第 2 中间宿主和转续宿主,可通过 3 种方式感染:(1)局部敷贴生蛙肉:民间传说蛙有清凉解毒作用,常用牛蛙肉或蛇肉敷贴在伤口或脓肿上;(2)吞食生的或未熟的蛙肉或蛇肉,造成裂头蚴穿过肠壁进入腹腔;(3)误食感染的剑水蚤或原尾蚴直接从皮肤或黏膜侵入^[2,3]。裂头蚴进入脑内的途径不明,有可能是沿脊柱旁血管及神经周围的疏松结缔组织间隙,向上移行进入颅内^[1,3]。

绝大多数以癫痫为首发和主要症状,常伴有头痛、呕吐、记忆力减退、肢体运动障碍等;临床症状因病灶部位而不同;儿童脑裂头蚴病感染的病程一般不长,虫体多为存活状态,临床症状较重,抽搐发作频繁,相应的体征亦较明显。有些患儿因虫体的迁徙,其症状、体征也随之发生改变。

诊断方法有:(1)免疫学检查。具有敏感性高、特异性强,建议快速,创伤小等优点,是轻度感染、隐性感染、早期感染、重要器官和深部组织寄生病例的重要辅助诊断手段,但是感染裂头蚴 4 周后体内才可以检测到抗体,仅适用于活动性感染者,患病时间较长或寄生部位已钙化的患者血清抗体水平最低^[4]。本例病案因曼氏裂头蚴 IgG 抗体阳性,结合病理学及影像学检查而确诊。(2)影像学检查。CT、MRI 对脑裂头虫病具有较高的诊断价值^[5,6]。儿童脑裂头蚴病 MRI 对脑裂头蚴病的检查比 CT 更具优势,能在多个方位显示虫体及窦道特征,但对钙化的显示不及 CT。文献报道脑裂头蚴病影像表现具有一些共同点,CT、MRI 多表现为不规则条状或结节状强化灶、不同时期的炎症表现

及斑点状钙化灶^[7]。(3)病原学检查。粪便找虫卵检查可诊断曼氏迭宫绦虫成虫感染,手术或病理组织发现虫体可确诊。

目前认为手术是治疗脑裂头蚴病的最佳方式^[8,9]。本例患者曾用吡喹酮驱虫及激素冲击治疗,治疗较理想,但对于药物治疗的远期效果尚需进一步随访。

[参考文献]

- [1] OKAMURA T, YAMAMOTO M, OHTA K, et al. Cerebral sparganosis mansoni—case report [J]. *Neurologia medico-chirurgica*, 1995, 35(12):909.
- [2] MURATA K, ABE T, GOHDA M, et al. Difficulty in diagnosing a case with apparent sequel cerebral sparganosis [J]. *Surgical neurology*, 2007, 67(4): 409–411.
- [3] NOBAYASHI M, HIRABAYASHI H, SAKAKI T, et al. Surgical removal of a live worm by stereotactic targeting in cerebral sparganosis—case report [J]. *Neurologia medico-chirurgica*, 2006, 46(3):164–167.
- [4] 陈肖华. 支气管曼氏裂头蚴病 1 例临床分析并文献复习 [D]. 南宁:广西医科大学, 2012.
- [5] DENG L, XIONG P, QIAN S. Diagnosis and stereotactic aspiration treatment of cerebral sparganosis: summary of 11 cases: Clinical article [J]. *Journal of neurosurgery*, 2011, 114(5):1 421–1 425.
- [6] SONG T, WANG W S, ZHOU B R, et al. CT and MR characteristics of cerebral sparganosis [J]. *American Journal of Neuroradiology*, 2007, 28(9):1 700–1 705.
- [7] 李德泰, 肖立志, 彭德红. 儿童脑裂头蚴病的影像诊断及鉴别诊断 [J]. *放射学实践*, 2012, 27(1):21–25.
- [8] BO G, XUEJIAN W. Neuroimaging and pathological findings in a child with cerebral sparganosis: Case report [J]. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*, 2006, 105 (6):470–472.
- [9] KIM D G, PAEK S H, CHANG K H, et al. Cerebral sparganosis: clinical manifestations, treatment, and outcome [J]. *Journal of neurosurgery*, 1996, 85(6): 1 066–1 071.

(2013-12-12 收稿)