疑似病毒性脑炎的神经梅毒1例

蒋孝先，吕发金
（重庆医科大学附属第一医院放射科，重庆　400016）

【中国图书分类法分类号】R745.4　　【文献标识码】B　　【收稿日期】2009-03-30

1　临床资料

患者，男，53岁，因精神行为异常2 d，抽搐1 d入院。查体：体温37.6℃，脉搏119次/min，嗜睡，呼之不应，查体不合作，颈阻(+)，双侧瞳孔等大等圆，约0.2 cm，对光反射灵敏，无中枢性面舌瘫，肌力无法查，肌张力正常，病理反射(-)。患者否认冶游史。初次颅脑磁共振成像(Megnetic resonance imaging，MRI)：右侧颞叶内侧脑组织肿胀，呈斑片状长T_1长T_2信号，FLAIR呈高信号，双侧额顶叶及双侧脑室周围多发点状等T_1长T_2信号，FLRIA呈高信号，增强后病灶均未见强化。腰穿检查：脑脊液初压245 mm H_2O；脑脊液无色，透明，细胞总数56×10^6个/L(参考值$0\sim8\times10^6$个/L)，有核细胞30×10^6个/L(参考值$0\sim8\times10^6$个/L)，单核24/30，脑脊液蛋白0.7 g/L(参考值0～0.4 g/L)。经抗病毒、抗炎及营养神经治疗后病情无明显好转。血清、脑脊液梅毒快速反映试验(Rapid plasma regain circle card test，RPR)及梅毒螺旋体血凝试验(Treponema pallidum hemagglutination assay，TPHA)均为阳性，诊断为神经梅毒。给予青霉素治疗后临床症状好转。复查颅脑MRI：右侧颞叶及海马斑片状稍长T_1长T_2信号影，FLAIR呈高信号，与前片比较病变范围增大，增强后呈明显脑回、条线状脑膜样强化；双侧额顶叶及双侧脑室周围病灶与前片相似。继续予以青霉素治疗后病人精神行为基本正常，未再有抽搐发作，病情好转出院。



图1　首次MRI轴位FLAIR示右侧颞叶内侧斑片状高信号



图2　首次MRI轴位T_1WI增强扫描未见明显异常强化

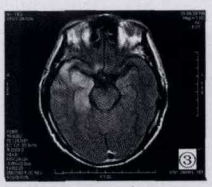


图3　复查MRI示轴位FLAIR右侧颞叶内侧、外侧斑片状高信号，病灶范围较前增大



图4　复查MRI轴位T_1WI增强扫描海马回明显强化



图5　复查MRI矢状位T_1WI增强扫描示明显的颞叶脑回及线条状脑膜样强化

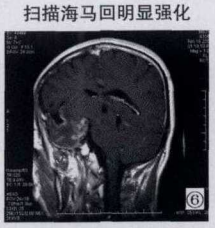


图6　复查MRI冠状位T_1WI增强扫描示脑膜的强化程度高于脑实质

2　讨　论

梅毒累及中枢神经及脑脊髓膜时，称为神经梅毒(Neurosyphilis)[1]。神经梅毒依据病理变化和临床表现的不同分为5种类型：无症状神经梅毒、梅毒性脑膜炎、脑血管型梅毒、麻痹性痴呆、脊髓痨[2]。

神经梅毒的基本病理变化为病菌粘附于脑组织，并降解组织、细胞基质和血管基底膜，利于其扩散至周围组织和血管内，并因免疫反应引起浆细胞为主的单个核细胞浸润，引起闭塞性动脉内膜炎及血管周围炎[3]。神经梅毒的影像学表现与其组织病理一致，在MR相对应地表现出多样性：正常、脑脊膜强化、脑动脉炎、脑梗死、脑白质病变、轻至中度脑萎缩[4]。

神经梅毒MRI表现有时与病毒性脑炎(Viral encephalitis)表现类似，均可表现为脑内对称或不对称、多发性或单发性病灶，增强后强化或不强化。但病毒性脑炎多见双侧大脑半球、颞叶、额顶叶、岛叶、皮层下及侧脑室周围白质。增强MRI可不增强，或表现为弥漫性增强、轻度不规则小片状增强、类环样增强[5]。最常见的单纯疱疹性脑炎疾病早期颞叶内侧可出现异常强化，病变区实质内强化但强化程度低于软脑膜强化，病变区弥漫或脑回样强化。

本例患者MRI右侧颞叶内侧斑片状长T_1长T_2信号，初次MRI增强后无明显强化，较难与病毒性脑炎鉴别。复查MRI示病灶范围较前增大，增强后明显呈脑回及线状脑膜样强化，脑膜的强化程度高于脑实质，与病毒性脑炎不同，第2次MRI病灶增大与疾病病程相符。

神经梅毒可与病毒性脑炎在影像上有很多相似之处，神经梅毒是可治性疾病，早期正确诊断可减少神经系统不可逆性的损害，影像学有高度怀疑的征象时，尤其是增强扫描时，应及时行相关实验室检查，对本病作出正确诊断。

作者介绍：蒋孝先(1982-)，女，硕士，研究方向：神经影像学。
通讯作者：吕发金，男，副教授，E-mail：fajinlv@163.com。

参　考　文　献

[1]　沈天真，陈星荣.神经影像学[M].上海：上海科学技术出版社，2008.417，466.
[2]　Singh A E，Romanowski B.Syphilis：review with emphasis on clinical，epidemiologic，and some biologic features[J].Clin Microbiol Rev，1999，12(2)：187-209.
[3]　李甘地，来茂德.病理学[M].北京：人民卫生出版社，2001.460.
[4]　Brightbill T C，Ihmeidan I H，Post，et al.Neurosyphilis in HIV-positive and HIV-negative patients：neuroimaging findings[J].AJNR，1995，16：703-711.
[5]　罗　敏，肖家和.病毒性脑炎CT和MRI诊断[J].临床放射杂志，2000，19(3)：133-136.

（责任编辑：关蕴良）