

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201802021

· 病案报道 ·

以颈部肿块为首发症状的马尔尼菲青霉菌病 1 例

韦飞虎, 周 永

(广西医科大学第一附属医院耳鼻咽喉头颈外科, 广西 南宁 530021)

中图分类号: R519 文献标识码: D

[中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2018, 24(2): 176-178]

颈部肿块是耳鼻咽喉头颈外科的常见病征, 通过活检病理检查, 大部分病例诊断并不困难, 但也有极少数颈部肿块病例的诊断十分棘手。本文报告 1 例以颈部肿块为首发症状的马尔尼菲青霉菌病, 通过回顾临床诊疗经过及文献复习, 以提高耳鼻咽喉科医生对该病的认识, 减少误诊误治。

1 病例报告

1.1 门诊资料

患者, 男, 77 岁, 因颈部肿物 10 月余于 2017 年 5 月初来我院就诊。患者于 2016 年 7 月发现两侧颈部数枚拇指头大小的无痛肿物, 到当地医院就诊。胸部 CT 提示肺结核, 右颈部淋巴结活检示形态符合结核。按结核病予异烟肼、利福平、乙胺丁醇抗结核治疗近 10 个月。颈部淋巴结肿块无消退, 1 个月前渐增大, 伴明显胀痛及灼热感, 并出现皮肤破溃、流脓。我院门诊颈部 CT 示: 颈前区、右侧咽旁、右侧颈部多发淋巴结肿大, 淋巴结结核可能性大; 淋巴结炎? 淋巴瘤? 胸部 CT 示: ①双肺上叶 III 肺结核, 分期请结合临床; ②两肺门、纵隔淋巴结增大、钙化。呼吸内科门诊意见为陈旧性肺结核, 会诊当地医院病理切片示: 局部纤维组织增生, 免疫组化不能诊断为淋巴瘤, 倾向于炎症病变。5 月 18 日门诊遂以“颈部局部肿物”收住院, 患者既往无高血压、冠心病及糖尿病史。

1.2 诊疗经过

入院检查: 双侧颈部触及数个肿物直径约 0.5 ~ 1.5 cm, 边界欠清, 活动度差, 有压痛; 右侧颈部及腮腺区肿胀明显, 胸骨上窝及右侧颈部肿物表面破溃、渗脓血(图 1); 双上肢可见散红斑、丘疹, 右手背

表面可见暗红色斑块, 并有破溃、渗出, 呈 Sweet 综合征样皮损(图 2)。查血: 白细胞 $18.37 \times 10^9/L$, 中性粒细胞绝对值 $13.48 \times 10^9/L$, 血红蛋白 $115.0 g/L$, 白蛋白 $35.0 g/L$, C 反应蛋白 $148.58 mg/L$, HIV (-); 血糖等其他生化检查未见明显异常。入院后予抗感染治疗, 5 月 23 日全麻下行颈部肿物活检术, 术后病理回报: 表皮及真皮层可见大量急性慢性炎症细胞浸润, 形态学符合皮肤慢性化脓性炎。术后第 1 天患者开始反复出现畏寒、发热, 最高体温达 $39.0^\circ C$ 。请相关科室会诊并行血细菌培养及真菌培养、厌氧菌培养及鉴定、降钙素原、肥达试验、血液找疟原虫均阴性, 多次痰培养找结核杆菌阴性。予头孢地嗪 + 左氧氟沙星 + 奥硝唑三联加强抗感染治疗后, 患者发烧减轻, 但右侧腮腺区及颈部肿胀较前加重。于 6 月 13 日再次全麻下行颈部肿物活检术, 术后病理示: 淋巴组织呈高度反应性增生, 未见明确肿瘤证据。行 PET/CT 检查示: ①全身多处软组织葡萄糖代谢增高, 考虑为结核的可能性大; ②双肺陈旧性肺结核。6 月 15 日举行全院多学科大会诊, 认为应该重点考虑非结核分枝杆菌或马尔尼菲青霉菌病感染的可能, 建议转皮肤科进行诊治。转入皮肤科后行颈部皮肤组织病理活检显示感染性肉芽肿性炎, 组织细胞内可见大量真菌孢子, PAS 染色 (+), 抗酸染色 (-)(图 3、4)。真菌培养 + 鉴定示马尔尼菲青霉菌生长, 溃疡表面分泌物真菌涂片检查阳性 (+), 组织、分泌物免疫荧光可见菌丝。6 月 27 日确诊为马尔尼菲青霉菌感染, 确诊后予伏立康唑抗真菌治疗, 莫西沙星 + 奥硝唑 + 复方磺胺甲恶唑联合抗感染治疗, 予胸腺法新、美能调节免疫等治疗, 患者病情明显好转并于 7 月 12 日出院。

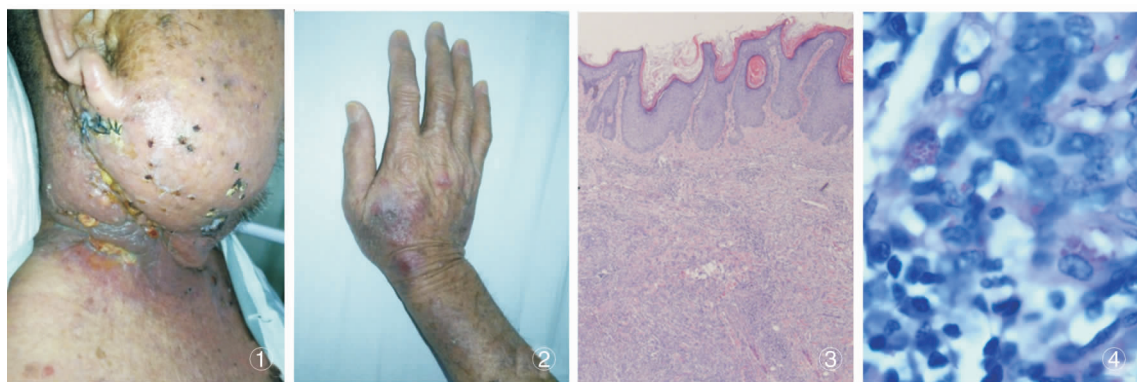


图1 患者右侧面颈部肿物明显肿大,右侧锁骨上窝破溃流脓 图2 右手背 Sweet 综合征样皮损 图3 颈部皮肤病变组织病理:角化过度,棘层增生肥厚,真皮浅深层致密中性粒细胞、淋巴细胞、浆细胞浸润,多核巨细胞易见,感染性肉芽肿性炎(HE ×40) 图4 颈部皮肤病变组织病理:组织细胞内可见大量真菌孢子,PAS 染色(+),抗酸染色(-) (PAS ×400)

2 讨论

马尔尼菲青霉菌是1956年Capponi^[1]首先从越南野生中华竹鼠的肝脏中分离出来;1973年Disalvo^[2]第一次从人体中分离出该菌;国内广西的邓卓霖^[3]1984年最早报道该病。马尔尼菲青霉菌是温度依赖性双相真菌,是一种地方性真菌病,其主要流行于亚热带的东南亚国家^[4],我国则多见于两广地区、香港、台湾等^[5],其致病机理尚不清楚,多见于免疫缺陷者,尤其是AIDS患者。但近年来文献报道的HIV阴性的马尔尼菲青霉菌病逐渐增多^[6]。马尔尼菲青霉菌感染对于免疫功能正常者多表现为局限性,病原菌仅局限在入侵部位,以肺部感染最常见,易被误诊为支气管炎、肺结核等。免疫功能低下者多表现为播散性,多有发热、寒战,同时可有呼吸道、消化道、肝、脾、淋巴结、皮肤、骨骼、脑等多个组织器官受累的表现^[7]。本病的受累器官广泛,包括呼吸道、淋巴结和皮肤,出现了类似结核的肺部表现、皮肤慢性溃疡与Sweet综合征、淋巴结肿大等表现,可能与高龄、免疫功能下降有关。

本病例以颈部肿块为首发症状,继而出现明显的感染症状和皮疹,先后3次病理检查均提示炎症性疾病,在排除了糖尿病和结核后,一般抗炎治疗不但没有收到预期的效果反而加重。同时合并Sweet综合征的马尔尼菲青霉菌病的病例,临床上极为罕见。在长期的临床实践中,耳鼻咽喉科医生在颈部肿块的诊断治疗上积累了丰富的经验,但也形成的一些惯性思维模式。在本病例的诊断中我们按以往的经验主要考虑了组织蜂窝织炎、淋巴结结核、肺结

核和恶性淋巴瘤,忽视了对皮肤病变的关注。在多学科联合会诊中呼吸内科专家提出了要重点排除非结核分枝杆菌和马尔尼菲青霉菌感染的建议后,经转入皮肤病科才得以诊断。由于进行马尔尼菲青霉菌真菌培养的要求独特,活检材料的选取也有不同的要求,医院的其他检验部门往往没有该病的检验能力,需要由专门的皮肤病科病理实验室来进行检测和培养,故极易漏诊、误诊^[8]。马尔尼菲青霉菌病的治疗主要是抗真菌治疗^[9],同时要使用增强免疫力的相应药物^[10]。由于马尔尼菲青霉菌病的临床症状不典型,缺乏特异性,其预后主要取决于患者是否得到早期诊断及治疗。

参考文献:

- [1] Capponi M, Segretain G, Sureau P. Penicilliosis from *Rhizomys sinensis*[J]. Bulletin De La Societeéte De Pathologie Exotique Et De Ses Filiales, 1956, 49(3):418-421.
- [2] Disalvo AF, Fickling AM, Ajello L. Infection caused by *Penicillium marneffii*: description of first natural infection in man[J]. American Journal of Clinical Pathology, 1973, 60(2):259-263.
- [3] 邓卓霖. 进行性播散性马氏青霉菌病[J]. 广西医科大学学报, 1984,1(1):1-4.
- [4] Deng ZL. Progressive disseminated *Ma Penicillium* disease[J]. Journal of Guangxi Medical University, 1984,1(1):1-4.
- [5] Ajello L, Padhye AA, Sukroongreung S, et al. Occurrence of *Penicillium marneffii* infections among wild bamboo rats in Thailand. [J]. Mycopathologia, 1995, 131(1):1-8.
- [6] Singh PN, Ranjana K, Singh YI, et al. Indigenous disseminated *Penicillium marneffii* infection in the state of Manipur, India: report of four autochthonous cases. [J]. Journal of Clinical Microbiology, 1999, 37(8):2699-2702.
- [7] Ye Q, Liao H, Zhang J, et al. Differences in clinical characteris-

tics and prognosis of Penicilliosis among HIV-negative patients with or without underlying disease in Southern China; a retrospective study[J]. *Bmc Infectious Diseases*, 2015, 15(1):1-11.

[7] 李菊裳,潘乐泉,吴绍熙. 马尔尼菲青霉菌病[J]. 中国人兽共患病杂志,1990,18(2):98-100.

Li JS,Pan LQ,Wu SX. *Penicillium marneffeii*[J]. *Chinese Journal of Zoonoses*,1990,18(2):98-100.

[8] 黄长武,李兴禄,黄艺,等. 马尔尼菲青霉菌的鉴定[J]. 微生物学杂志,2006,26(1):61-65.

Huang CW, Li XL, Huang Y, et al. Identification of *penicillium*

marneffeii[J]. *Journal of Microbiology*,2006,26(1):61-65.

[9] Nittayananta W. *Penicilliosis marneffeii*: another AIDS defining illness in Southeast Asia[J]. *Oral Diseases*, 1999, 5(4):286-93.

[10] 梁家榕,曹存巍,林有坤. 马尔尼菲蓝状菌病致溶骨性损害合并 Sweet 样皮疹 1 例[J]. 微生物与感染,2017,12(1):40-43.

Liang JR,Cao CW,Lin YK. A case of osteolytic lesions with Sweet syndrome rash caused by *Penicillium marneffeii*[J]. *Journal of Microbes and Infections*,2017,12(1):40-43.

(收稿日期:2017-09-21)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201802022

· 病案报道 ·

咽喉部纤维黏液样肉瘤 1 例

曲高雅¹,田海月²,苏勤军³,陈柳叶¹,钟翠萍¹

(1. 中国人民解放军兰州总医院耳鼻咽喉头颈外科,甘肃兰州 730050; 2. 宁夏医科大学附属总医院耳鼻咽喉头颈外科,宁夏银川 750004; 3. 中国人民解放军兰州总医院病理科,甘肃兰州 730050)

中图分类号:R739.6 文献标识码:D

[中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2018,24(2):178-180]

低度恶性纤维黏液样肉瘤是一种罕见的软组织肿瘤,进展缓慢,肿块可持续数年,容易局部复发及远处转移,可转移到肺及胸膜。咽喉部为复层鳞状上皮,恶性肿瘤少见,低度恶性纤维黏液样肉瘤国内未见报道。本文介绍 1 例发生于咽喉部的低度恶性纤维黏液样肉瘤。

1 病例报告

患者,男,38岁,因“进行性吞咽困难6d,加重伴呼吸困难3d”入院;患者进食困难,呈进行性加重,入院时仅能进少量流食;被迫端坐呼吸,有三凹征、喉喘鸣。颈部CT示:喉腔内巨大团块状软组织密度影,边缘不规则,呈分叶状,最大横截面约4.2cm×4.4cm,病灶上达会厌层面并向前推挤会厌、会厌前间隙,下达杓会厌襞平面,病灶部分突入喉前庭及双侧会厌谷内(图1)。电子喉镜检查:下咽部肿物,大小约4cm×3cm,呈分叶状,灰白色、

表面较光滑、边界清楚,阻塞喉腔,声门无法窥及(图2a、b)。初步诊断:①喉腔肿物;②Ⅱ度喉阻塞。入院后给予吸氧、心电监测,急诊局麻下行气管切开术,插管后接麻醉呼吸机,建议活检明确肿物性质后确定具体手术方案,并详细告知病变如为恶性,需行喉裂开手术治疗,患者及家属拒绝。为缓解患者症状,全麻支撑喉镜下行咽喉部肿物切除术,术中见肿物来源于喉咽侧壁及下壁,完全堵塞喉入口,表面光滑、灰白色,呈分叶状,钳夹肿物质较脆,呈鱼肉样。因肿物较大,支撑喉镜暴露有限,无法完整夹取;用直达喉镜挑起舌体,扁桃体圈套器圈套后向外牵拉,沿肿物根部给予切除,反复多次完整切除肿物(图3)。手术经过顺利,术中出血约40ml,创面用等离子刀电凝止血。术后留置胃管,抗菌素及止血药物治疗,3d后堵管成功,拔出气管套管,鼻饲4d,拔出胃管,正常进流汁;复查电子喉镜示:喉腔下壁及侧壁假膜,喉腔通畅,未见分泌物,会厌完整,声带活动正常。组织病理检查结果示:瘤组织为短梭形细胞构成,间质富含黏液;免疫组化染色:CD34(-)、CD31(-)、SMA(-)、S100(-)CKp(-)、Desmin(-)、Myogenin(-)、MyoD1(-)、EMA(-)、Ki67热点区域≈30%、GFAP(-)、Vimentin(+)、CKp(-)

基金项目:国家自然科学基金(81201209)。

作者简介:曲高雅,男,主治医师。

通信作者:钟翠萍,Email:doctorzhong@hotmail.com