

颈部痛风结节 1 例 Gout nodules in the neck: a case report

胡娅琴¹ 李忠万¹ 陈红江¹

[关键词] 痛风结节; 颈部; 甲状舌管囊肿; 误诊

Key words gout nodules; neck; thyroglossal cyst; misdiagnosis

doi:10.13201/j.issn.2096-7993.2020.10.018

[中图分类号] R653 [文献标志码] B

1 病例报告

患者,男,43岁,半年前无意中发现颈部正中包块,自诉无明显疼痛感,无吞咽梗阻及呼吸困难,半年来包块逐渐增大,门诊以甲状舌管囊肿收入院。患者既往有痛风病史十余年,未行内科系统治疗,仅在痛风发作时自行口服秋水仙碱及非布司他片,疼痛缓解后即自行停药。体检:颈部正中可见一类圆形包块,5 cm×4 cm 大小,质韧,边界清楚,可随吞咽而活动,局部皮肤色泽红润,皮温正常,按压稍疼痛。颈部增强 CT(图 1)提示颈部正中一囊性不规则混杂密度影,大小 4.1 cm×1.5 cm×3.6 cm,自舌骨后向前下走行于甲状软骨板前,其内可见不规则斑结、条状高密度影,增强扫描见囊壁强化,不能完全满意以甲舌囊肿解释,不排除感染性病变。颈部增强 MR(图 2)提示颈部正中一囊性不规则长 T1、长/短 T2 混杂信号影,自舌骨后向

前下走行于甲状软骨板前,其内可见不规则条索状等/稍低 T2 信号影,增强扫描见囊壁及内部条索影强化,考虑甲状舌管囊肿可能,但其内见钙化灶及囊壁强化,需除外感染病灶。术前白细胞 $7.57 \times 10^9/L$,C 反应蛋白 10.05 mg/L,尿酸 $581.2 \mu\text{mol/L}$,肌酐值 $73.0 \mu\text{mol/L}$,空腹血糖 6.02mmol/L ,腹部彩超提示双肾结晶体。患者在全身麻醉下行颈部包块切除术,术中见肿物暗红色,呈类圆形,包膜光滑,肿物与舌骨部分粘连,完整切除肿物和舌骨体中段,术中切开肿物见囊内充满灰褐色石膏样物,肿物全部送病理检查。术后留置负压引流管一根,3 d 后拔除引流管,切口 1 期愈合。术后病理检查(图 3)结果为颈部痛风结节,伴钙化及囊性变。患者转入内分泌科进一步治疗。6 个月后门诊随访未见复发。

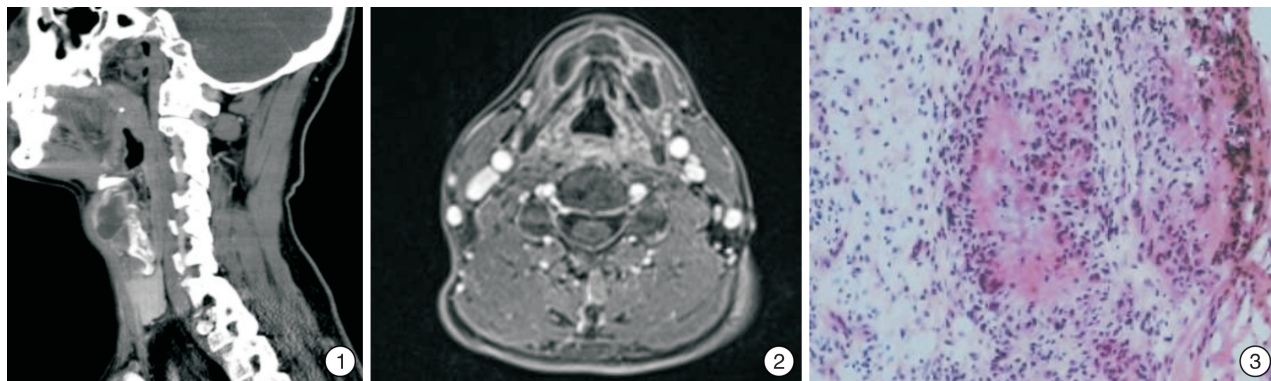


图 1 增强 CT 所示; 图 2 增强 MR 所示; 图 3 病理检查结果

2 讨论

痛风是一种常见的良性疾病,主要由长期嘌呤代谢紊乱及尿酸排泄减少所引起。近年来,由于饮

食结构及生活方式的改变其患病率逐渐上升,为 1%~3%,且呈年轻化趋势^[1]。痛风多见于男性及绝经期妇女,男女比例约为 6:1。痛风的临床特点是高尿酸血症、尿酸盐沉积及痛风性关节炎等,可合并肾脏损害。晚期可出现关节畸形、尿路结石及肾结石等。痛风结节常出现于痛风的慢性阶段,

¹重庆市人民医院耳鼻咽喉头颈外科(重庆,400013)
通信作者:李忠万,E-mail:lizw76630@126.com

是痛风的特征性表现,是组织对尿酸盐结晶的慢性炎症反应。临床上痛风结节多发生于关节软骨及关节周围,偶可出现于脊柱、椎管、颞下颌等部位^[2-4]。痛风结节的主要成分为尿酸盐结晶,组织细胞、异物巨细胞、淋巴细胞及成纤维细胞等形成的炎性组织常常包绕在其周围。李朝霞等^[5]对 322 例原发性痛风患者调查发现,约 18.9% 的患者合并痛风结节。痛风结节通常出现在痛风第 1 次发作十余年后。本例患者既往有痛风病史十余年,且痛风反复发作,患病期间患者未就痛风行系统的内科治疗,故应考虑其出现痛风结节的可能性大。

目前对痛风结节常用的检查包括 X 线,CT(常规 CT 及双源 CT),B 超及 MRI。各种检查在临床运用上各有优势,但对于痛风结节的检测,研究显示 CT 具有更好的优势^[6]。Gerster 等^[7]通过观察 4 例患者的痛风结节标本测出 CT 值约为 160 HU,密度高于软组织,低于骨骼。CT 值的不同可以与皮下的非尿酸盐结节相鉴别。双源性 CT 则较普通 CT 能显示更多的痛风结节数量及更小的痛风结节,并实现对检测物质的定量分析。相较于 CT,MR 可以更好地显示异常的骨和软组织、滑膜增厚及炎症改变,但在对痛风结节本身的检查上,其敏感性及特异性均不及 CT。本例 CT 的检查结果比 MR 更为准确。

目前认为药物是痛风治疗的基础,主要包括别嘌醇、苯溴马隆、非布司他及聚乙二醇尿酸酶等,因需长期治疗,故强调患者需有足够的依从性。目前临床上对于痛风结节的手术时机存在争议。李晨等^[8]通过对痛风手术治疗文献的复习,指出痛风结节手术治疗应在系统内科药物治疗及严格生活管理后再予以考虑,仅仅因为痛风结节过大而行手术是不可取的。赵海燕等^[9]对 748 例痛风患者进行随访研究发现,仅 12% 的患者能够坚持药物治

疗。目前认为最好是在患者无法耐受降尿酸治疗或药物治疗效果不佳、关节组织破坏严重、疼痛及皮肤破溃等情况出现时再选择手术治疗^[10]。但国内也有部分学者主张痛风结节应积极手术以减轻尿酸负荷及其对关节和周围软组织的损害^[11]。

参考文献

- [1] 黄叶飞,谢雅,古洁若. 脊柱痛风 1 例[J]. 新医学杂志,2017,48(6):428-432.
- [2] 唐超,廖焯辉,唐强,等. 痛风石导致腰椎管狭窄 1 例[J]. 中国骨伤杂志,2018,31(8):779-782.
- [3] 刘国林,李红霞. 颞下颌关节痛风结节 1 例报告[J]. 中国口腔颌面外科杂志,2009,7(4):381-383.
- [4] 路杰,崔凌凌,李长贵. 原发性痛风流行病学研究进展[J]. 中华内科杂志,2015,54(3):244-247.
- [5] 李朝霞,戴冽,李谦华,等. 痛风患者的疾病负荷与诊疗现状[J]. 广东医学,2015,36(19):3041-3044.
- [6] 于建秀,宋修恩,王锡明. 痛风性关节炎的影像学诊断进展[J]. 医学影像学杂志,2017,27(5):926-928.
- [7] Gerster JC, Landry M, Dufresne L, et al. Imaging of tophaceous gout: computed tomography provides specific images compared with magnetic resonance imaging and ultrasonography[J]. Ann Rheum Dis, 2002, 61(1):52-54.
- [8] 李晨,曾学军. 中国痛风石手术治疗文献回顾[J]. 中华临床免疫和变态反应杂志,2018,12(1):25-30.
- [9] 赵海燕,张晓莉,王晓非. 痛风 748 例临床分析[J]. 中国实用内科杂志,2014,34(11):1114-1115.
- [10] Becker MA, Schumacher HR, Macdonald PA, et al. Clinical efficacy and safety of successful longterm urate lowering with febuxostat or allopurinol in subjects with gout[J]. J Rheumatol, 2009, 36(6):1273-1282.
- [11] 王振兴,杨光,张巨,等. 老年手部痛风石患者 25 例手术治疗的疗效[J]. 中国老年学杂志,2012,32(9):1920-1921.

(收稿日期:2019-08-17)