

表现特点。CT特征性表现:鼻窦内有炎性肉芽肿,窦壁有明显的骨质破坏;肉芽肿内可见钙化斑;占位组织位于脑外,边界清晰;可伴脑膜受累,也可见脑膜尾征;病灶周围无水肿;增强后病灶结节状,部分脑膜强化。MRI特征性表现:T₁WI及T₂WI像,均可表现为低、等及稍高混杂信号;增强后结节明显强化,边界清,局部有脑膜强化。影像学特点符合以表现的病人,考虑真菌感染外,常需要与鞍区蝶窦癌、鞍背斜坡脊索瘤及颅底脑膜瘤、骨源性肿瘤等鉴别。本文病例因右眼失明就诊,结合病史、体格检查及影像学检查结果术前误诊为肿瘤性病变。

颅脑真菌感染,一旦延误诊治,后期病死率及致残率较高。颅内及颅内外侵袭性真菌感染尽管有一定的影像学特征,但早期诊断仍然较为困难,确诊仍然依赖于病理学检查,临床上多数病人出现症状就诊时病灶侵袭破坏已很明显。影像学检查明确颅底、眶内、鞍区、鼻窦等部位占位性病变,如果符合颅内真菌感染CT和MRI表现特点,则高度怀疑真菌感染可能,无明显手术禁忌,则建议尽快行手术切除病灶并行病理学检查以进一步明确诊断。手术尽可能全切病灶,因为残余组织常含有大量真菌孢子和菌丝,术后抗真菌治疗

过程中药物无法到达病灶而容易复发。手术入路的选择,如经鼻或经鼻-开颅联合入路等,可根据病变侵袭范围,病变与重要神经、血管的关系,以及手术团队的经验、手术技术而定。颅底结构复杂,分布重要血管,病灶侵袭后原有正常解剖结构往往破坏,脑血管被病灶包绕,手术难度较大。术中借助超声辅助,有效保护血管,可大大降低手术风险,增大了全切病灶的可能性。

术后病理学诊断明确后,建议及时行抗真菌治疗。不同种类的真菌,同种真菌的不同菌株其药物敏感性不同,甚至有学者发现同种菌株在不同环境条件下,其药物敏感性不尽相同。伊曲康唑及伏立康唑抗菌谱广,易透过深部组织及血脑屏障,静脉给药治疗深部曲霉感染有较好的效果。也可考虑两性霉素B,较普通两性霉素B,脂溶性两性霉素B制剂容易通过血脑屏障,对于颅内及颅内-鼻窦侵袭性感染的患者更为有利。同时两性霉素B可联合使用利福平、5-氟胞嘧啶及伊曲康唑,可有较好的药物协同作用;两性霉素B鞘内给药则更容易提高颅内药物浓度。抗真菌药物均存在肝毒性及肾毒性,用药过程中需定期检测肝肾功能。

(2018-08-13收稿,2018-09-20修回)

椎管内硬膜外血管脂肪瘤1例

刘俊 刘杰 徐善水 毛捷

【关键词】椎管内肿瘤;血管脂肪瘤;手术

【文章编号】1009-153X(2020)07-0495-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 739.42; R 651.1*1

1 病例资料

73岁男性,因双下肢麻木、感觉异常6个月,加重伴乏力1个月入院。入院体格检查:神志清楚,腹壁反射减退;剑突下痛温觉、触觉减退,位置觉、震动觉正常;双上肢肌力正常,双下肢肌力约5-,病理反射(-)。胸椎MRI平扫+增强示:T₆₋₇水平椎管内一椭圆形混杂长T₁/T₂信号影,大小约1.0 cm×1.3 cm×4.2 cm,病灶沿椎间孔向椎管外延伸,同水平脊髓受压,其上下蛛网膜下腔稍增宽,增强后呈明显欠均匀强化,内见少许囊状低信号区。考虑T₆₋₇水平椎管内硬膜外神经源性肿瘤或转移瘤。在全麻下行后正中入路T₆₋₇椎管内硬膜外肿瘤切除术。术中见硬膜外肿瘤组织呈黄色,质稍韧,有包膜,血供较丰富,硬脊膜及椎骨完整无破坏。全切除肿瘤。术后病

理诊断为T₆₋₇椎管内硬膜外血管脂肪瘤。术后随访3个月未见肿瘤复发。

2 讨论

硬脊膜外血管脂肪瘤是一种少见的良性肿瘤,中年人多见。大部分血管脂肪瘤位于硬膜外,只有很少一部分出现在脊髓内。X线、CT和MRI无特异性表现。普通X线检查通常阴性,只显示出肿瘤浸润椎体造成的骨小梁改变。CT扫描显示低密度病变,并确定骨受累程度。MRI扫描,T₁WI和T₂WI均表现为高信号。确诊依赖病理检查。

血管脂肪瘤的主要治疗方式是手术。非浸润性血管脂肪瘤可以完全切除,但浸润性血管脂肪瘤可能很难完全切除。然而,即使是次全切除,大多数病人预后良好,因为这些肿瘤生长缓慢,不发生恶性转化。

总之,椎管内硬膜外血管脂肪瘤,既有浸润性,也有非浸润性,是一种罕见的良性肿瘤,手术治疗预后良好。

(2018-11-15收稿,2018-12-03修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2020.07.029

基金项目:国家自然科学基金(81571013)

作者单位:241000 安徽芜湖,皖南医学院第一附属医院神经外科(刘俊、刘杰、徐善水、毛捷)

通讯作者:毛捷, E-mail:myw921@163.com