

. 经验介绍 .

突入桥小脑角区胶质瘤的诊治分析  
(附5例报告)

杨佃旭 徐志明 李晓梅 王丽丽 王桂松

**【摘要】目的** 总结外生型突入桥小脑角区胶质瘤的诊治经验。**方法** 回顾性分析5例外生型突入桥小脑角区胶质瘤的临床资料。**结果** 病灶全切除3例,部分切除2例。5例病理结果均为胶质瘤,低级别胶质瘤(WHO II级)3例,高级别胶质瘤(WHO IV级)2例。术后生存时间为2~21个月,中位生存时间为5个月。**结论** 突入桥小脑角区胶质瘤术前定性诊断困难,综合病史、症状体征和影像学检查可以进行正确的术前定性诊断;预后较颅内其他部位胶质瘤差,可能与后组颅神经并发症有关。

**【关键词】** 胶质瘤;桥小脑角区;诊断

**【文章编号】** 1009-153X(2016)03-0171-02      **【文献标志码】** B      **【中国图书资料分类号】** R 739.41; R 651.1\*1

胶质瘤是成人发病率最高的原发性中枢神经系统恶性肿瘤,约占颅内原发性肿瘤的51%;好发于大脑半球、基底节区、丘脑和胼胝体<sup>[1]</sup>,而起源于脑干或小脑并突入桥小脑角区非常少见<sup>[2,3]</sup>。我院2010年1月至2014年12月收治5例外生型突入桥小脑角区胶质瘤,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男2例,女3例;年龄28~67岁,平均43.8岁;病史1~3个月,平均1.8个月;突入右侧桥小脑角区3例、左侧桥小脑角区2例。病程1~3个月,平均1.8个月。

1.2 临床表现 头痛伴恶心呕吐4例,患侧听力下降3例,额纹、鼻唇沟变浅4例,眼睑闭合不全2例,角膜反射、面部感觉迟钝4例,复视3例,声音嘶哑、饮水呛咳3例,行走不稳3例,指鼻试验阳性3例。

1.3 影像学检查 5例术前均行头颅CT平扫和MRI平扫+增强检查,3例行头颅磁共振波谱检查。头颅CT平扫(图1A、1B):病灶多呈以低密度为主的团块状高低混杂密度影,边界不清,患侧内听道可扩大呈漏斗状。MRI平扫+增强(图1C~F):病灶呈片状或团块状,T<sub>1</sub>WI呈略低信号,边界清晰;T<sub>2</sub>WI呈高信号,边界不清伴瘤周广泛水肿;增强后明显不均匀强化,坏死囊变者可呈环形强化。2例第四脑室受压,双侧侧脑室和第三脑室扩大,梗阻性脑积水形成。

磁共振波谱分析结果为病灶区胆碱峰升高,N-乙酰天冬氨酸峰降低。

1.4 听力测定及耳科学检查 5例术前均行脑干听觉诱发电位(brainstem auditory evoked potential, BAEP)检查,主要表现为患侧Ⅲ波和V波潜伏期延长,波幅较健侧降低,I波的潜伏期及波长在正常范围内。粗侧听力下降3例,纯音听力检测结果均为神经性耳聋。

1.5 治疗方法 5例均采用乙状窦后入路手术切除病灶,术中均行BAEP和面神经监测。1例因梗阻性脑积水,先行右侧侧脑室额角穿刺外引流术,1周后再行病灶切除术。术后1例因后组颅神经麻痹症状严重行气管切开术。术后1个月,1例给予宁得朗、4例给予替莫唑胺规范化疗。

2 结果

病灶全切除3例,部分切除2例。5例病理结果均为胶质瘤,低级别胶质瘤(WHO II级)3例,高级别胶质瘤(WHO IV级)2例。术后生存时间为2~21个月,中位生存时间为5个月。详见表1。

3 讨论

桥小脑角区常见肿瘤有听神经瘤、脑膜瘤、三叉神经鞘瘤、胆脂瘤等,其中听神经瘤发病率最高,约占80%。而起源于脑内呈外生型突入桥小脑角区的胶质瘤非常少见,很容易被误诊为听神经瘤。外生型突入桥小脑角区胶质瘤多数起源于脑干,部分起源于小脑<sup>[4]</sup>,也有起源于听神经根的报道<sup>[5]</sup>。

外生型突入桥小脑角区胶质瘤的中位生存期较其他部位胶质瘤明显缩短<sup>[6]</sup>。本研究2例胶质母细

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2016.03.014  
作者单位:200127 上海,上海交通大学医学院附属仁济医院神经外科(杨佃旭、徐志明、王丽丽、王桂松);210002 南京,南京军区南京总医院肾内科(李晓梅)  
通讯作者:王桂松,E-mail:wangguisong@medmail.com.cn

表 1 5 例外生型突入桥小脑角区胶质瘤的临床资料、诊断和随访结果

病例	性别/年龄	病史	术前诊断	病理结果	随访结果/术后死亡时间
病例 1	男/55 岁	3 个月	右侧听神经瘤	胶质母细胞瘤 (WHO IV 级)	死亡/2 个月
病例 2	女/28 岁	2 个月	右侧桥小脑角区胶质瘤	星形细胞瘤 (WHO II 级)	死亡/3 个月
病例 3	男/31 岁	1 个月	右侧桥小脑角区胶质瘤	星形细胞瘤 (WHO II 级)	死亡/8 个月
病例 4	女/67 岁	1 个月	左侧桥小脑角区胶质瘤	胶质母细胞瘤 (WHO IV 级)	死亡/5 个月
病例 5	女/38 岁	2 个月	左侧听神经瘤	星形细胞瘤 (WHO II 级)	死亡/21 个月

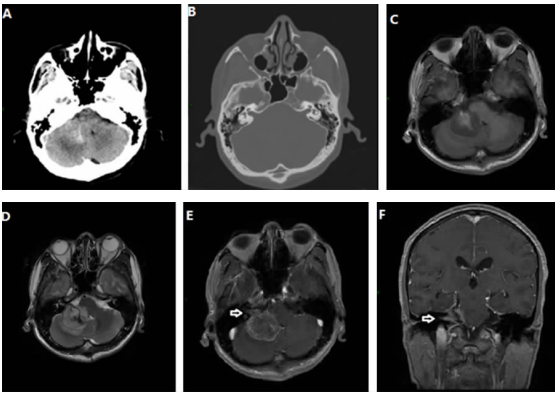


图 1 外生型突入桥小脑角区胶质瘤术前影像学表现  
A. CT 平扫, 肿瘤呈团块状高低混杂密度; B. CT 骨窗位, 右侧内听  
道未扩大; C. MRI T<sub>1</sub>加权像, 以低信号为主, 中央高信号为瘤内出  
血; D. MRI T<sub>2</sub>加权像, 以高信号为主的混杂信号, 肿瘤边界与水  
肿带混淆; E、F. MRI T<sub>1</sub>加权增强像, 肿瘤呈不均匀的环形强化,  
右侧听神经根增粗、强化

胞瘤生存期分别为 2、5 个月, 3 例低级别胶质瘤生存期分别为 3、8、21 个月; 远低于其他部位胶质母细胞瘤的中位生存期(约 1 年)和低级别胶质瘤的平均生存期(可达 6~10 年)<sup>[7]</sup>。该部位胶质瘤生存期短的主要原因与其后组颅神经麻痹症状严重有关。一方面, 术前存在的后组颅神经麻痹症状术后不能缓解; 另一方面, 因肿瘤边界不清切除过程中很容易损伤后组颅神经。因后组颅神经麻痹导致进食困难、咳嗽无力, 最终死于恶病质或肺部感染。

临床上, 外生型突入桥小脑角区胶质瘤主要与听神经瘤鉴别困难。鉴别要点: ①胶质瘤病史一般较短, 听神经瘤较长。②胶质瘤常表现为一侧第 V~X 对颅神经同时受累的表现, 而听神经瘤最常表现为第Ⅶ、Ⅷ对颅神经受累的征象。③影像学上, 胶质瘤多表现为肿瘤边界不清伴瘤周广泛水肿, 水肿范围较听神经瘤广; 听神经瘤内听道扩大常见, 胶质瘤少见; 胶质瘤 CT 和 MRI 可见肿瘤内侧面与脑干和小脑边界多不清; 胶质瘤导致梗阻性脑积水引起颅内压增高较听神经瘤常见<sup>[8]</sup>; 头颅磁共振波谱有助于二者的鉴别, 胶质瘤常表现为胆碱峰升高、N-乙酰天

冬氨酸峰降低, 胆碱/肌酸的比值升高、N-乙酰天冬氨酸/肌酸的比值降低<sup>[9]</sup>。  
总之, 外生型突入桥小脑角区胶质瘤的术前定性诊断困难, 但是综合病史、症状体征和影像学表现可以进行正确的术前定性诊断。

【参考文献】

[1] Pietsch T, Wiestler OD. Molecular neuropathology of astrocytic brain tumors [J]. J Neurooncol, 1997, 35(3): 211-222.  
[2] Matsuda M, Onuma K, Satomi K, *et al.* Exophytic cerebellar glioblastoma in the cerebellopontine angle: case report and review of the literature [J]. J Neurol Surg Rep, 2014, 75(1): e67-72.  
[3] Stark AM, Nabavi A, Mehdorn HM, *et al.* Glioblastoma multiforme—report of 267 cases treated at a single institution [J]. Surg Neurol, 2005, 63(2): 162-169.  
[4] Swaroop GR, Whittle IR. Exophytic pontine glioblastoma mimicking acoustic neuroma [J]. J Neurosurg Sci, 1997, 41(4): 409-411.  
[5] Salunke P, Sura S, Tewari MK, *et al.* An exophytic brain stem glioblastoma in an elderly presenting as a cerebello-pontine angle syndrome [J]. Br J Neurosurg, 2012, 26(1): 96-98.  
[6] Wu B, Liu W, Zhu H, *et al.* Primary glioblastoma of the cerebellopontine angle in adults [J]. J Neurosurg, 2011, 114(5): 1288-1293.  
[7] 陈忠平. 重视胶质瘤的规范化治疗[J]. 中国临床神经外科杂志, 2007, 12(5): 257-258.  
[8] Yamamoto M, Fukushima T, Sakamoto S, *et al.* Cerebellar gliomas with exophytic growth—three case reports [J]. Neurol Med Chir (Tokyo), 1997, 37(5): 411-415.  
[9] Tamiya T, Kinoshita K, Ono Y, *et al.* Proton magnetic resonance spectroscopy reflects cellular proliferative activity in astrocytomas [J]. Neuroradiology, 2000, 42(5): 333-338.

(2015-06-07 收稿, 2015-07-01 修回)