

颅内多发动脉瘤责任动脉瘤误判1例

黄生炫 陈智勇 李 迎

【关键词】 颅内多发动脉瘤; 责任动脉瘤; 误判  
【文章编号】 1009-153X(2016)11-0735-01      【文献标志码】 B      【中国图书资料分类号】 R 743.9; R 651.1+2

颅内多发动脉瘤显微手术治疗时,准确判断责任动脉瘤至关重要。本文报道颅内多发动脉瘤责任动脉瘤误判1例。

1 病例资料

患者,女,51岁。因突发剧烈头痛、意识不清5 h入院。入院时体格检查:神志嗜睡,左侧瞳孔直径2.0 mm、右侧3.5 mm,对光反射均灵敏;四肢肌力、肌张力正常;脑膜刺激征阳性。头颅CT检查发现双侧脑底池广泛性蛛网膜下腔出血,右侧外侧裂池稍多(图1A)。急诊行头颅CTA检查,发现双侧颈内动脉-后交通动脉动脉瘤,左侧呈分叶状,大小约4.0 mm×8.0 mm;右侧呈囊状,大小约3.0 mm×6.0 mm(图1B)。患者右侧瞳孔较左侧大,右侧外侧裂池出血稍多,但左侧动脉瘤外形不规则,呈分叶状且较右侧大;因此考虑左侧为破裂动脉瘤可能性大。原拟行介入治疗,但条件受限,遂行采用左侧翼点入路手术夹闭动脉瘤。术中发现左侧脑皮层表面呈西红柿样改变,解剖视交叉池及颈动脉池,沿颈动脉向远端分离,找到颈内动脉-后交通动脉动脉瘤;动脉瘤呈子母分叶形,大小约4.0 mm×8.0 mm,顺利夹闭后检查后交通动脉,未见误夹,完整解剖出动脉瘤、瘤壁及瘤顶均未见破口,局部未见出血迹象,判断左侧不是责任动脉瘤。征求向患者家属意见后,继续向右侧探查,由于暴露困难,切除左侧额极前1/3,暴露右侧视神经,解剖右侧颈动脉池,见出血较左侧多,与周围结构粘连紧密,沿颈动脉向远端分离,找到后交通动脉动脉瘤,考虑该侧为责任动脉瘤,分离动脉瘤颈部后夹闭动脉瘤。术后无明显神经功能缺损。复查头颅CTA发现右侧动脉瘤颈部未完全夹闭(图1C)。

2 讨论

目前,颅内多发动脉瘤责任动脉瘤判断标准包括:①神

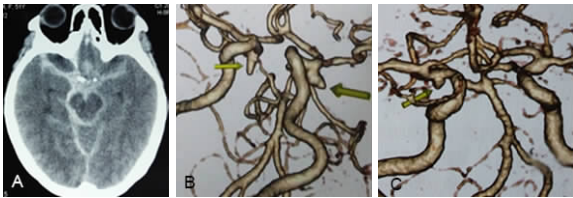


图1 双侧颈内动脉-后交通动脉动脉瘤手术前后影像  
A. 术前头部CT平扫;B. 术前CTA, ↑示动脉瘤;C. 术后CTA, ↑示动脉瘤残留

经系统定侧或定位体征;②头颅CT表现,责任动脉瘤附近出血较多,若形成血肿,常是判断责任动脉瘤的标志;③并发血肿、脑水肿、脑梗死,血管造影检查常有局部动脉发生移位,载瘤动脉或临近的动脉局部性痉挛的表现;④多数破裂动脉瘤是双侧动脉瘤中较大者,或最大的一个,外形常不规则,如果发生在同一条动脉,最可能是近侧的发生破裂。

本文病例术前CT示双侧脑底池广泛性出血,右侧外侧裂池稍多;左侧瞳孔直径2.0 mm、右侧3.5 mm。这符合破裂动脉瘤判断标准的第①、②条。但术前头颅CTA发现左侧动脉瘤瘤体形大,外形不规则,符合破裂动脉瘤判断标准的第③条。若术前未能准确判断责任动脉瘤,先夹闭未破裂动脉瘤,则可能出现如下情况:①在同一切口,向对侧探查处理责任动脉瘤,风险巨大,尤其是在基层医院,则风险更大。首先为了良好的暴露,需增加对脑组织的牵拉,甚至需切除部分脑组织,增加对脑组织的损害;其次增加术中动脉瘤发生破裂风险。②对侧开颅夹闭动脉瘤,手术创伤大,对脑组织牵拉严重,对神经血管干扰多,增加术后迟发性神经功能障碍及死亡概率。③关颅结束手术,二期行对侧夹闭术或介入治疗,均有动脉瘤再次破裂出血的可能。在颅内多发动脉瘤责任动脉瘤的判断标准中,若存在多项支持对责任动脉瘤的判断,哪条标准最为准确,有待进一步研究。我们认为应优先处理具有特殊形态特征的动脉瘤,再同一切口处理对侧的动脉瘤,完全有可能,并可以相对减少风险。同时术前评估患者的全身情况,做好另一切口处理动脉瘤的准备。对年龄较大的患者,不能耐受一次双侧开颅,尽量选择介入治疗。

(2015-02-05 收稿, 2015-02-13 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2016.11.032  
作者单位: 365000 福建三明, 福建医科大学附属三明第一医院神经外科(黄生炫、陈智勇、李 迎)  
通讯作者: 陈智勇, E-mail: 282161043@qq.com