

[3] 蔡明俊,马廉亨,黄绳跃,等. 硬脑膜动静脉瘘的治疗分析(附 15 例报告)[J]. 中国临床神经外科杂志, 2013, 18(12):708-710.

[4] 马廉亨. 神经外科血管内治疗学[M]. 第 1 版. 北京:人民军医出版社, 1994. 127-130.

[5] Olteanu-Nerbe V, Uhl E, Steiger HJ, et al. Dural arteriovenous fistulas including the transverse and sigmoid sinuses: results of treatment in 30 cases [J]. Acta Neurochir (Wien), 1997, 139(4): 307-318.

[6] 杨 铭,马廉亨. 硬脑膜动静脉瘘治疗的新进展[J]. 中国临床神经外科杂志, 2007, 12(5):314-318.

[7] 张小征,莫雪红,李 俊,等. 237 例脑动静脉畸形的彩色经颅多普勒超声检测与 DSA 比较分析[J]. 中国临床神经外科杂志, 2009, 14(10):595-597.

[8] 张小征,莫雪红,马廉亨,等. 彩色经颅多普勒超声在脑血管疾病中的应用[J]. 中国临床神经外科杂志, 2012, 17(6):325-327.

(2016-11-10 收稿, 2016-12-20 修回)

. 个案报告 .

单纯表现为面肌痉挛的桥小脑角区胶样囊肿 1 例

余海林 宋业纯 王晓松

【关键词】 胶样囊肿;桥小脑角区;面肌痉挛;手术  
【文章编号】 1009-153X(2017)03-0138-01      【文献标志码】 B      【中国图书资料分类号】 R 739.41; R 651.1+1

1 病例资料

患者,男,54 岁,因右侧颜面部不自主抽动半年入院。表现为右侧眼睑、面颊及口角阵发性抽动,紧张时加重,放松后减轻。未发现神经系统阳性体征。头颅 MRI 检查示右侧桥小脑角区占位,T<sub>1</sub>WI 呈稍低信号,T<sub>2</sub>WI 呈稍高信号(图 1A),增强后无强化。经乙状窦后入路右侧桥小脑角区探查,术中见占位病变呈白色囊性,大小约 4 cm×4 cm×6 cm,囊壁光滑,质软,边界清楚(图 1B),注射器抽出部分乳白色囊液,沿边界面完整剥离囊壁,发现小脑前下动脉被挤压贴近面神经根,用 Teflon 棉推移垫开责任血管,逐步关颅。术后面肌痉挛消失,复查头颅 MRI 示囊肿完全切除(图 1C)。术后病理检查示胶样囊肿。术后随访 2 个月无复发。

2 讨论

胶样囊肿是较为罕见的颅内病变,多数学者认为其起源于神经上皮细胞,但本文病例病理结果示神经上皮标志物为阴性,表明其并非起源于神经上皮。胶样囊肿主要生长于脑室及鞍区,易造成脑积水,多表现为颅内压增高症状。本文病例位于右侧桥小脑角区,实属罕见。术中探查见囊肿使小

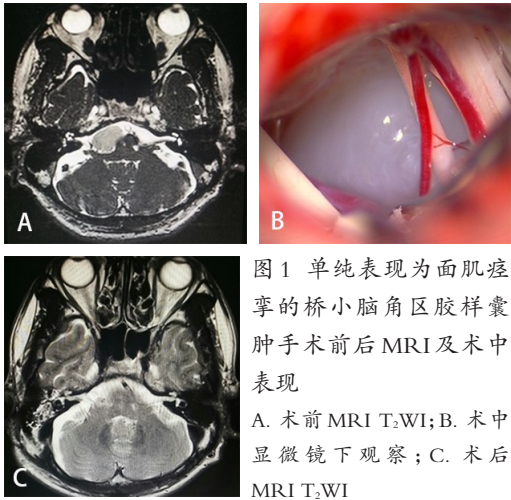


图 1 单纯表现为面肌痉挛的桥小脑角区胶样囊肿手术前后 MRI 及术中表现  
A. 术前 MRI T<sub>2</sub>WI; B. 术中显微镜下观察; C. 术后 MRI T<sub>2</sub>WI

脑前下动脉移位,导致面神经根出脑干部受压,从而诱发面肌痉挛。由于胶样囊肿生长较为缓慢且质软顺应性好,未造成脑干、小脑局部严重受压,因此未出现肢体偏瘫、共济失调等症状。由于囊液成分复杂多变,MRI 表现也各不相同。本文病例 MRI 表现为 T<sub>1</sub>WI 呈稍低信号、T<sub>2</sub>WI 呈稍高信号,应特别注意与胆脂瘤、蛛网膜囊肿等相鉴别。对于有症状的胶样囊肿,多采用手术治疗。本文病例采用乙状窦后入路,显露充分,手术较为顺利。在探查过程中见小脑前下动脉压迫面神经根,切除囊肿同时行微血管减压术,手术效果理想,术后随访 2 个月无复发。

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2017.03.003  
作者单位:550009 贵阳,遵义医学院附属贵航 300 医院神经外科(余海林、宋业纯);100012 北京,航空总医院神经外科(王晓松)  
通讯作者:宋业纯,E-mail:154016233@qq.com

(2016-10-19 收稿, 2016-10-31 修回)