

后颅窝肿瘤切除过程中,需要释放脑脊液降低颅内压,为肿瘤切除操作预留较大空间。脑室-Ommaya囊穿刺引流术在肿瘤切除术过程中,可根据需要随时穿刺引流,操作方便。

后颅窝肿瘤术后常见的并发症为颅内感染、皮下积液、切口脑脊液漏<sup>[4]</sup>。开颅术后颅内感染的发生率为1.8%~8.9%,病死率为21.02%。而后颅窝术后颅内感染发生率是大脑半球的3倍<sup>[5]</sup>。我们采取脑室-Ommaya囊穿刺引流术后未出现颅内感染,及时、通畅的引流,对尽快控制感染很有必要<sup>[6]</sup>。另外,术后持续引流,将颅内压控制在较低范围,使皮下积液及切口脑脊液漏的发生均得到有效控制。

肿瘤切除术后血性脑脊液及早期脑水肿可能导致脑室系统扩大,术后继续穿刺引流,根据实际需要,可长时间引流,可以彻底置换血性脑脊液,从而减少术后脑积水的发生,也减少分流手术后堵管的情况发生。

综上所述,在后颅窝肿合并脑积水瘤围手术期中应用脑室-Ommaya囊穿刺引流术,对缓解颅内压增高症状、降低颅内压,以及减少术后并发症均匀较明显效果,且手术操作简单,护理方便,不易并发低

颅内压、颅内出血、小脑幕切迹上疝、颅内感染等严重后果。

【参考文献】

[1] 赵继宗. 颅脑肿瘤外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2004. 940.

[2] 赵继宗. 颅脑肿瘤外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2004. 936.

[3] 姚龙飞,陈少军,赵东刚,等. Ommaya囊在去骨瓣减压术后切口疝治疗中的临床应用[J]. 中国临床神经外科杂志, 2014, 19(2): 86-88.

[4] 马廉亭. 神经外科血管内治疗学[M]. 第1版. 北京:人民军医出版社, 1994. 1052.

[5] 王晓红, 勒桂明, 吴笑春. 成人肺部感染患者健康等级及住院费用 logistic 回归分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2004, 14(11): 1229-1231.

[6] 王林甫, 李良芳, 金彩辉. 后颅窝肿瘤切除术后并发颅内感染的治疗[J]. 中国临床神经外科杂志, 2011, 16(6): 366-367.

(2016-05-10 收稿, 2016-07-07 修回)



闭孔神经鞘瘤 1 例并文献复习

汪 洋 李志鹏 叶春伟 李海丹 和木臣 李卓衡 蔡 潜 张黄成昊

【摘要】目的 探讨闭孔神经鞘瘤的临床表现、诊断、治疗。方法 回顾性分析 1 例闭孔神经鞘瘤的临床资料,结合相关文献进行分析。结果 病人早期无明显临床症状,因体检时超声检查发现膀胱右后方一肿块就诊。腹腔镜下行肿瘤全切术,术中发现右侧闭孔神经一分支穿越肿瘤。术后病理诊断为神经鞘瘤。术后随访 2 年未见复发。结论 闭孔神经鞘瘤临床罕见,缺乏特异性临床表现,确诊靠病理组织学,腹腔镜手术是有效治疗方法,良性神经鞘瘤预后好。

【关键词】神经鞘瘤;闭孔神经;腹腔镜手术

【文章编号】1009-153X(2017)04-0257-02 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 739.43

闭孔神经鞘瘤较为罕见。2013 年,我院收治 1 例,现结合文献复习报道如下。

1 病例资料

病人,男,54 岁,因体检时超声检查发现膀胱右

后方肿块 1 个月入院。既往身体健康。入院时体格检查未发现阳性体征。血常规、尿常规、肝功能、肾功能、凝血功能、血清前列腺特异性抗原均正常。膀胱镜检查可见膀胱右后壁一椭圆形压迹。B 超示膀胱右后方低回声包块。腹部 CT 示盆腔肿块(图 1A、1B),性质待定。术前诊断为盆腔肿瘤。择期在全麻下行腹腔镜下盆腔肿瘤切除术,术中见肿瘤位于膀胱右侧后方,与盆壁粘连紧密,右侧闭孔神经主干发出一分支,分支从肿瘤内穿过,肿瘤血供由右侧髂内动脉发出,腹腔镜下逐步完整切除肿瘤。术后病理结果示神经鞘瘤(图 1C、1D)。术后随访 2 年无复

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2017.04.020

作者单位:435000 湖北黄石,鄂东医疗集团黄石市中心医院泌尿外科(汪 洋);650000 昆明,昆明医科大学第二附属医院泌尿外科(李志鹏、叶春伟、李海丹、和木臣、李卓衡、蔡 潜、张黄成昊)

通讯作者:李志鹏, E-mail: lzp661021@163.com

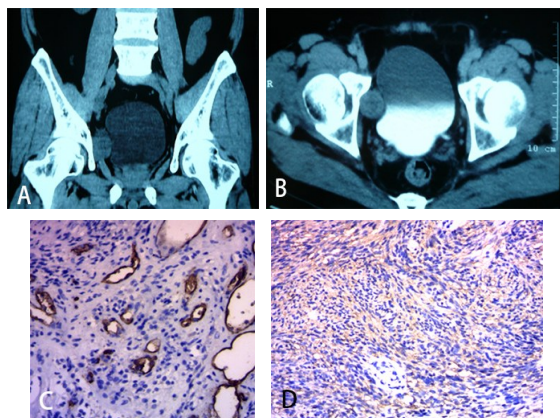


图 1 闭孔神经鞘瘤术前 CT 和术后病理表现

A、B. 术前 CT 盆腔肿块; C、术后 CD34 免疫组化染色呈阳性( $\times 100$ ); D. 术后 S-100 免疫组化染色呈阳性( $\times 100$ )

发。

## 2 讨论

神经鞘瘤是一种孤立、有包膜、生长缓慢的肿瘤,多为良性,可伴有变性、坏死、出血、钙化,偶见恶变。神经鞘瘤好发于头颈、躯干等部位,腹膜后和盆腔神经鞘瘤极少<sup>[1]</sup>。超声、CT、MRI 等影像学检查对腹膜后、盆腔神经鞘瘤的诊断有一定价值,但缺乏特异性,病理学检查是诊断金标准<sup>[2]</sup>。病理检查显示神经鞘瘤一般包括 Antoni A 区和 Antoni B 区, A 区由密集、紧凑的纺锤形细胞构成,细胞核排列似漩涡状或栅栏状,称为 Verocay 小体,境界不清,不易囊变; B 区细胞稀疏,排列呈网状,基质富含水份,可伴富脂区存在,常发生黏液变、囊变或出血<sup>[3,4]</sup>。CT 显示肿瘤局限、边界清楚, Antoni A 区多为较高密度, Antoni B 区为较低密度,当肿瘤中心缺血坏死、液化和囊变时,就表现为不均质或囊性区域,完全囊变者可形成后壁假囊肿样改变;增强时, A 区明显强化, B 区缓慢延迟强化<sup>[5]</sup>。MRI 显示肿瘤常为高低混杂信号, A 区呈实性信号,  $T_1$  与肌肉等信号,  $T_2$  信号较肌肉高; 而 B 区接近囊性信号, 当 A 区集中于瘤体中央, 而 B 区分布在周围,  $T_2$  可表现为“靶征”<sup>[4]</sup>。

腹腔镜手术是盆腔神经鞘瘤有效治疗方法。神经鞘瘤多数包膜完整、边界清楚,较少浸润周围组织,易于切除。骨盆空间狭小,手术路径及视野会有限制,特别是切除闭膜管肿瘤有一定困难,但我们发现,由于肿瘤较少浸润性生长,加之腹腔镜能将手术视野放大,使得肿瘤较容易从邻近的器官如髂血管、输尿管、膀胱等分离开。Melvin 等<sup>[6]</sup>最先报道腹腔镜下切除盆腔神经鞘瘤。闭孔神经鞘瘤血供常来

源于髂内血管,且相邻紧密,术前应充分了解肿瘤的位置、体积、血供、与邻近脏器的关系,术中仔细操作,减少术中出血。神经鞘瘤相关的神经以及与瘤体相邻的组织是否必须同时切除,存在争议。Daneshmand 等<sup>[7]</sup>认为良性神经鞘瘤有原位复发或恶变可能,提倡将肿瘤完整切除,必要时切除与瘤体相邻的组织。Song 等<sup>[8]</sup>报道瘤体切除不完全所致良性神经鞘瘤局部复发的病例。另一些学者则认为神经鞘瘤多为良性,简单的剝除和部分切除就已足够<sup>[9]</sup>。结合文献报道,我们认为对体积小、无临床症状的神经鞘瘤,局部切除肿瘤、保留闭孔神经的完整性和邻近重要的器官非常必要。

总之,良性神经鞘瘤预后较好,复发率低。本文病例术后随访 2 年,未见复发及恶变。不论良、恶性神经鞘瘤都有复发可能,故长期随访十分重要。

## 【参考文献】

- [1] Machairiotis N, Zarogoulidis P, Stylianaki A, *et al.* Pelvic schwannoma in the right parametrium [J]. *Int J Gen Med*, 2013, 6: 123-126.
- [2] Li Q, Gao C, Juzi JT, *et al.* Analysis of 82 cases of retroperitoneal schwannoma [J]. *ANZ J Surg*, 2007, 77(4): 237-240.
- [3] Park NY, Chong GO, Lee YS. Laparoscopic resection of schwannoma in the anomaly of obturator nerve [J]. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 2007, 17(6): 769-773.
- [4] Rha SE, Byun JY, Jung SE, *et al.* Neurogenic tumors in the abdomen: tumor types and imaging characteristics [J]. *Radiographics*, 2003, 23(1): 29-43.
- [5] 周建军, 丁建国, 周康荣, 等. 腹膜后良性神经鞘瘤: 影像学特征与病理的关系 [J]. *临床放射学杂志*, 2006, 25(12): 1133-1136.
- [6] Melvin WS. Laparoscopic resection of a pelvic schwannoma [J]. *Surg Laparosc Endosc*, 1996, 6(6): 489-4891.
- [7] Daneshmand S, Youssefzadeh D, Chamie K, *et al.* Benign retroperitoneal schwannoma: a case series and review of the literature [J]. *Urology*, 2003, 62(6): 993-997.
- [8] Song JY, Kim SY, Park EG, *et al.* Schwannoma in the retroperitoneum [J]. *J Obstet Gynaecol Res*, 2007, 33: 371-375.
- [9] Kitagawa R, Kim D, Reid N, *et al.* Surgical management of obturator nerve lesions [J]. *Neurosurgery*, 2009, 65(4 Suppl): A24-28.

(2015-04-06 收稿, 2015-05-10 修回)