

. 个案报告 .

# 一期手术治疗大脑镰脑膜瘤合并前交通动脉动脉瘤 1 例

张连富 郭西良 方兴根 李真保 狄广福 陈建民 徐善水

【关键词】海绵状血管瘤;额骨;诊断;治疗

【文章编号】1009-153X(2017)07-0526-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 739.41; R 651.1<sup>+</sup>1

## 1 病例资料

病人,女,67岁。因头痛1周伴呕吐1次入院。入院时体格检查:神志清楚,未发现神经系统阳性体征。头部CT检查示,右侧额叶大脑镰附近一稍高密度影周围伴水肿,其后方可见一稍低密度影(图1A)。头部MRI增强扫描示,前颅窝类圆形高信号,后方稍小类圆形高信号(图1B)。DSA见左侧前交通动脉动脉瘤,动脉瘤呈不规则球状,瘤体直径14.5 mm,瘤高12.0 mm,瘤颈直径约10.5 mm(图1C)。采用冠状切口右额开颅行前颅底脑膜瘤切除+前交通动脉动脉瘤夹闭术,手术顺利。术后病理:混合性脑膜瘤。术后头颅CT复查术,颅脑术后改变,颅内积气,双侧额叶缺血性改变,右侧额部少许硬膜下血肿,动脉瘤夹高密度影(图1D)。术后CTA检查示,前交通动脉瘤被动脉瘤夹完全夹闭(图1E)。病人术后恢复良好出院。

## 2 讨论

脑膜瘤合并动脉瘤临床罕见,文献报道发病率为0.3%~0.7%。脑部肿瘤合脑动脉瘤的发病机制目前尚不清楚。肿瘤局部异常增高的血流会加大血管壁的跨壁压力,最终引起血管壁的结构损伤进一步形成动脉瘤,这一假说不能解释肿瘤对侧的动脉瘤形成。颅内恶性肿瘤如胶质瘤、转移瘤等可能会侵犯动脉血管壁,从而造成动脉壁的狭窄、堵塞以及局部扩张形成动脉瘤。激素、基因等对脑膜瘤和动脉瘤的共同发生发展中发挥着重要的作用。

文献报道的脑膜瘤合并动脉瘤的发病率较低,并不意味着患病率也低。临床上,并非所有的脑膜瘤病人都能够将脑血管造影作为常规检查,同时也受制于医疗单位的设备。而

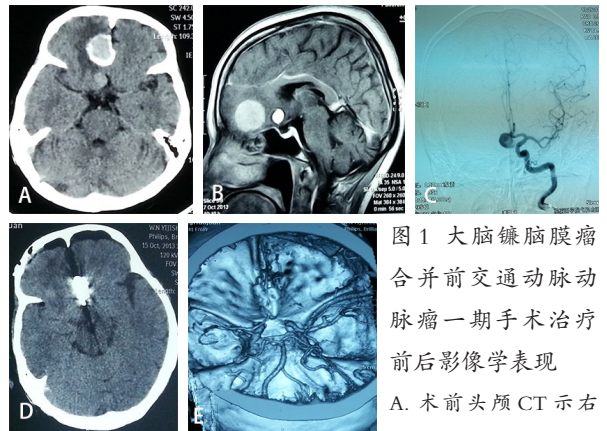


图1 大脑镰脑膜瘤合并前交通动脉动脉瘤一期手术治疗前后影像学表现

A. 术前头颅CT示右侧额叶大脑镰附近一稍高密度影周围伴水肿,其后方可见一稍低密度影;B. 术前头颅MRI示前颅窝类圆形高信号,后方稍小类圆形高信号;C. 术前DSA检查示左侧前交通动脉动脉瘤,动脉瘤呈不规则球状;D. 术后头颅CT复查示颅内积气,双侧额叶缺血性改变,右侧额部少许硬膜下血肿,动脉瘤夹高密度影;E. 术后CTA检查示动脉瘤被动脉瘤夹完全夹闭

仅仅通过CT和MRI对于颅内微小动脉瘤的检出仍存在很大的缺陷。本文病人颅内动脉瘤较大,CT和MRI得到很好的提示,最后再行脑血管造影明确动脉瘤的具体位置、大小以及形态,有助于手术入路和治疗方式的选择。对于脑膜瘤合并动脉瘤的治疗,目前主要有保守治疗、手术治疗和介入治疗。对于不能耐受手术或者单一病变无明显症状的可保守治疗,定期随访。如果脑膜瘤与动脉瘤位置紧邻则可通过一个入路切除脑膜瘤同时夹闭动脉瘤,例如本文病人即通过冠状入路同时解决两个病灶。而脑膜瘤与动脉瘤位置相距甚远时,则可选择不同的治疗策略,不同入路的显微手术治疗也能达到很好的疗效。对于夹闭困难或者利于栓塞的动脉瘤,也可以选择栓塞动脉瘤并手术切除脑膜瘤。所以对于颅内脑膜瘤合并动脉瘤治疗的选择应根据两者的位置关系、手术的难易度以及病人的自身条件等多方权衡。

(2015-08-03收稿,2015-09-15修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2017.07.032

作者单位:231000 合肥,安徽省第二人民医院神经外科(张连富、郭西良);241001 安徽芜湖,皖南医学院附属弋矶山医院神经外科(方兴根、李真保、狄广福、陈建民、徐善水)

通讯作者:徐善水,E-mail:wyswxss66@126.com