

. 经验介绍 .

颅骨海绵状血管瘤 20 例分析

陈福业 丰育功 张丕宁 李环廷 栗世方 郭 品 张洪亮 江俊莹

【摘要】目的 探讨颅骨海绵状血管瘤影像学特点、临床表现以及治疗。**方法** 回顾性分析 20 例经病理证实的颅骨海绵状血管瘤的临床资料,均采用手术治疗。**结果** 20 例术后随访 2~24 个月,平均 15 个月。19 例痊愈,无手术相关并发症;1 例额部病变随访 2 年,颅脑 CT 发现原病灶位置肿瘤复发。**结论** 颅骨海绵状血管瘤为良性肿瘤,预后良好;根据病变临床特征和典型的“日光放射”影像学特点可以考虑该诊断,确诊以病理为主。手术为首选治疗方案,术后可复发,应加强随访。

【关键词】 颅骨海绵状血管瘤;临床特征;影像学特点;治疗

【文章编号】 1009-153X(2017)12-0839-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 739.41; R 651.1*1

颅骨海绵状血管瘤是起源于颅骨的良性血管源性肿瘤,发病率较低,约占颅骨肿瘤的 0.2%^[1]。颅骨海绵状血管瘤主要起源于板障中的血管,主要由颈外动脉的脑膜分支和颞浅动脉供血。颅骨海绵状血管瘤大多侵犯颅骨板障和颅骨外板,颅骨内板鲜有受累,颅骨内板和颅外广泛受累较罕见^[2]。由于颅骨海绵状血管瘤与其他颅骨肿瘤很难辨别,所以术前确诊率仅 55%。本文回顾性分析 20 例经病理证实的颅骨海绵状血管瘤的 CT 和 MRI 成像特点,结合临床表现进行分析,以提高对该病的认识。

1 资料与方法

- 1.1 一般资料 20 例中,男 7 例,女 13 例;年龄 25~69 岁,平均 47 岁。13 例表现为无痛性肿物,6 例表现为阵发性头疼并皮下、质硬肿物,逐渐增大,1 例表现为视物模糊。
- 1.2 影像学检查 病变位于额部 10 例、顶部 6 例、颞部 3 例、眼眶部 1 例。病变呈椭圆形膨胀性生长,颅骨 CT 三维重建见额骨类圆形骨质破坏,边界清晰无硬化,内见网格状骨小梁样高密度影。14 例行颅脑 MRI 扫描示 T₁WI 呈稍等信号, T₂WI 呈稍高信号,增强扫描后均呈不均匀强化,中心可见放射状针形未强化区;2 例额骨内板骨质变薄,硬膜及额叶略受压。典型病例影像表现见图 1。
- 1.3 治疗方法 20 例均采用手术治疗。采用平卧位,位于颅盖骨的病变手术容易暴露,于肿块后缘做弧

形切口,切开头皮,暴露肿块,术中见颅骨外板与骨膜和帽状腱膜粘连,肿瘤对外板有不同程度破坏,其中 2 例颅骨内板被侵犯,并与硬膜稍粘连。为防止肿瘤复发,沿病变周围 1.0 cm 的正常颅骨全层切除骨板,均行一期钛网修补。

2 结果

术后每 2 个月随访一次。20 例术后随访 2~24 个月,平均 15 个月。19 例痊愈,无手术相关并发症;1 例额部病变随访 2 年,颅脑 CT 发现原病灶位置肿瘤复发。

3 讨论

颅骨海绵状血管瘤较少见,最常见于颅盖骨,以额骨最多见,其次为颞骨和顶骨,颅底骨较少见;男女比例约 1:3,发病最早见于胎儿时期,但最常发生于青中年,发病高峰年龄 20~40 岁^[3]。颅骨海绵状血管瘤生长较慢,大多数为单发,多数仅发生于局部,很少涉及整个颅骨。颅骨海绵状血管瘤最常见的表现为无痛性生长的肿块,青少年可呈不同时期多发。Buhl 等^[4]曾报道 1 例 20 岁男性海绵状血管瘤发生于右额骨,手术全切除后 3 年内,右侧枕骨发现新病灶。这提示颅骨海绵状血管瘤可能是一种动态演变的疾病。依据病变所在部位及生长方式的不同,颅骨海绵状血管瘤临床表现呈多样性。但位于颅盖骨的病变,早期多表现为无痛性进行性增大的包块。当病变破坏颅骨外板向外生长刺激骨膜时,可表现为疼痛性包块。本文 13 例为颅骨无痛性进行性增大包块。

颅骨海绵状血管瘤往往向颅骨外板生长,刺激骨膜,发生骨膜反应,从而引起反应性骨质增生,因

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2017.12.012
作者单位:266003 山东青岛,青岛大学附属医院神经外科(陈福业、丰育功、李环廷、栗世方、郭 品、张洪亮、江俊莹),放射科(张丕宁)
通讯作者:丰育功, E-mail: fengyugong@126.com

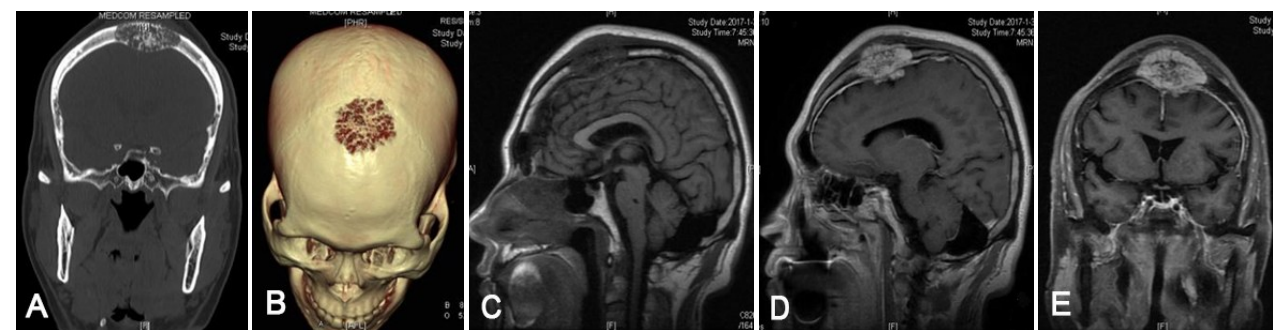


图1 颅骨海绵状血管瘤术前影像学表现

A、B. 颅脑CT平扫及三维重建,额骨上部正中见膨胀性骨质破坏征象,边界清,颅骨内见放射状排列的针形高密度影,额骨内板骨皮质变薄,范围53 mm×40 mm×25 mm,额叶皮层略受压;C~E. 颅脑MRI平扫+增强,额骨上部可见类圆形长T₁、长T₂信号影,信号欠均匀,其内可见放射状异常信号影,增强后病变明显不均匀强化,中心可见放射状针形无强化区,额骨局部隆起,临近脑膜呈结节样强化

此,病变部位表现为类似成骨性肿瘤。颅骨海绵状血管瘤的血管间有大量新生骨小梁,使得肿瘤呈蜂窝状或日光放射状改变。CT平扫时病变呈稍高密度影,骨窗可见病变为类圆形、边缘规则的肿块,大多向颅骨外板生长,而颅骨内板多完整,向颅内生长者较少见^[5]。本文20例均表现为不同程度的颅骨外板受损,其中2例颅骨内板破坏,硬脑膜受压。颅骨海绵状血管瘤MRI扫描T₁WI可呈稍低或等信号,T₂WI多呈不均匀稍高信号。由于病变中有大量新生骨小梁,所以增强扫描时多呈不均匀强化,可见无强化的条状影^[6]。本文14例MRI扫描T₂WI及增强扫描后均符合以上特征性表现。

由于颅骨海绵状血管瘤临床比较罕见,临床特点缺乏特异性,并非所有病变都具有上述典型的影像特点,所以术前正确诊断较为困难,大多数仍需要术后病理结果得以确诊。本文20例术前只有8例得以正确诊断。颅骨海绵状血管瘤主要与颅骨骨瘤、颅骨纤维异常增生症、颅骨内脑膜瘤、动脉瘤样骨囊肿、嗜酸性肉芽肿、骨巨细胞瘤及颅骨内表皮样囊肿等病变相鉴别^[7]。

颅骨海绵状血管瘤在随访期间肿瘤不断增大并且影响病人日常生活,出现间歇性头痛、神经压迫症状或者颅内压增高症状,可以考虑手术切除。治疗原则:对于无症状病人,可以长期随访;对于手术病人,当肿瘤位于颅盖骨时,病变容易显露且易全切,术中应沿病变周边1 cm正常颅骨全层切除整个骨板,这样有利于完整切除病变,减少出血,且术后不易复发。若遗留颅骨缺损直径大于3.0 cm,需一期行钛网修补术。由于血供极为丰富,术前应充分备血;术中参考骨窗像在病变周边1 cm正常颅骨钻孔并用铣刀完整切除病变,这样既可以完整切除病变

又可以减少术中出血。虽然放疗可阻止病变的生长,但却无法使病变缩小;位于颅底临近海绵窦的病变,放疗有可能会造成神经损伤及垂体功能减退,应当慎重^[8]。对于未完全切除的病变术后可尝试放疗,但放疗会肿瘤产生恶变的风险^[9,10]。本文20例位于颅盖骨的病变均获全切除,术后随访2年只有1例复发,复发率为5%。

总之,颅骨海绵状血管瘤属良性病变,预后良好;根据病变临床特征和典型的“日光放射”影像学特点可以考虑该诊断,确诊以病理为主。该病可复发,术后无需常规放疗等,应加强随访。

【参考文献】

[1] Naama O, Gazzaz M, Akhaddar A, *et al.* Cavernous hemangioma of the skull: 3 case reports [J]. Surg Neurol, 2008, 70 (6): 654-659.

[2] Xu P, Lan S, Liang Y, *et al.* Multiple cavernous hemangiomas of the skull with dural tail sign: a case report and literature review [J]. BMC Neurol, 2013, 13: 155.

[3] Martinez-Lage JF, Torroba MA, Cuartero PB, *et al.* Cavernous hemangiomas of the cranial vault in infants: a case-based update [J]. Childs Nerv Syst, 2010, 26(7): 861-865.

[4] Buhl R, Barth H, Dörner L, *et al.* De novo development of intraosseous cavernous hemangioma [J]. J Clin Neurosci, 2007, 14(3): 289-292.

[5] Khanam H, Lipper MH, Wolff CL, *et al.* Calvarial hemangiomas: report of two cases and review of the literature [J]. Surg Neurol, 2001, 55(1): 63-67, 67.

[6] Dogan S, Kocaeli H, Sahin S, *et al.* Large cavernous hemangioma of the frontal bone [J]. Neurol Med Chir (Tokyo),

2005, 45(5): 264–267.

[7] Vanhoenacker FM, De Praeter G, Kools D, *et al.* Unusual lesion of the clivus: diagnosis and discussion [J]. Skeletal Radiol, 2011, 40(2): 223–224.

[8] Dogan S, Kocaeli H, Sahin S, *et al.* Large cavernous heman-gioma of the frontal bone [J]. Neurol Med Chir (Tokyo), 2005, 45(5): 264–267.

[9] Liu JK, Burger PC, Harnsberger HR, *et al.* Primary intra-osseous skull base cavernous hemangioma: case report [J]. Skull Base, 2003, 13(4): 219–228.

[10] Sade B, Lee DK, Prayson RA, *et al.* Intraosseous cavernous angioma of the petrous bone [J]. Skull Base, 2009, 19(3): 237–240.

(2017-05-06 收稿, 2017-07-25 修回)



眼眶内肿瘤的显微手术治疗 (附 12 例报告)

陈俊瑜 胡 飞 岑 波 邱 勇 蒋 泳 肖国民

【摘要】目的 探讨眼眶内肿瘤的临床特点、手术方法及疗效。**方法** 回顾性分析 2012 年至 2017 年经颅显微手术治疗的 12 例眼眶内肿瘤的临床资料。**结果** 肿瘤全切 11 例,次全切 1 例。术后 9 例视力改善。术后病理检查结果显示,脑膜瘤 6 例,血管瘤 3 例,视神经胶质瘤 2 例,脊索瘤 1 例。术后随访 1~5 年,平均 3.2 年;术后半年复查头部 MRI 检查,2 例复发。**结论** 经颅手术治疗眼眶内肿瘤,能更好地暴露眼眶内容物及肿瘤情况,能更好地保护眶内神经和眼肌,基本上不影响容貌。

【关键词】 眼眶肿瘤;经颅手术;疗效

【文章编号】 1009-153X(2017)12-0841-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 739.41; R 651.1+1

眼眶内空间狭小,结构细微,神经、血管众多。眶内病变手术比较复杂。2012 年 3 月至 2017 年 6 月经颅开眶手术治疗眼眶内肿瘤 12 例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 12 例中,男 4 例,女 8 例;年龄 32~56 岁,平均 48 岁;右侧 5 例,左侧 7 例,均为单眼发病。

1.2 临床表现 12 例均有不同程度的眼球突出;视力下降 10 例,视力丧失 2 例;眼球运动障碍 10 例;有眼底改变 9 例;视乳头水肿 4 例,视神经萎缩 5 例。

1.3 影像学检查 术前均行 CT 及 MRI 检查,肿瘤位于眼球后部 8 例,眶上方 3 例,颅眶沟通 1 例。

1.4 手术方法 均在显微镜下手术。经额骨眶板(眶上壁)入路 11 例,眶颧入路 1 例。①经额骨眶板(眶上壁)入路:仰卧位,半冠状皮瓣,额部带蒂骨瓣开颅,显露眶上壁,磨除眶上板后可见眶筋膜,切开眶筋膜,显露提上睑肌及上直肌^[1-3]。②眶颧入路^[3]:仰卧位,额颧部弧形皮瓣,先显露并锯断颧弓,然后将

剩余的颧骨、眶上缘、眶外侧缘及额颧部骨质作为一完整的骨瓣取下。磨除眶后顶及视神经管顶的骨质即可暴露眶内肿瘤^[3]。

2 结 果

术后病理检查结果显示,脑膜瘤 6 例,血管瘤 3 例,视神经胶质瘤 2 例,脊索瘤 1 例。术后随访 1~5 年,平均 3.2 年。肿瘤全切 11 例(图 1),次全切 1 例。2 例术前视力丧失及 1 例术前视神经萎缩致视力仅为光感,术后视力无改善;其余 9 例视力均有不同程度改善。术后出现一过性眼睑下垂 10 例,均在术后 3~6 个月恢复。术后半年复查头部 MR 检查,1 例全部切除的视神经胶质瘤及 1 例次全切除的脊索瘤术后 1 年复发,家属均拒绝再次手术。

3 讨 论

眼眶是无伸缩性的骨性锥体,眶内发生占位性病变时,势必会引起眼球突出及视力下降等临床表现。眼眶占位性病变可原发于眼眶,或由临近组织如眼睑、眼球、鼻窦、鼻咽部和颅内肿瘤扩展而来,也可由远处恶性肿瘤转移。眼科医师多采用直接暴露的方法来处理大部分眼眶肿瘤,神经外科医师更多的是处理同时累及颅内和眶内的病变,但眼科处理

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2017.12.013

作者单位: 430012 武汉,长江航运总医院、武汉脑科医院神经外科
(陈俊瑜、胡 飞、岑 波、邱 勇、蒋 泳、肖国民)

通讯作者: 岑 波, E-mail: cenbo2000@sina.com