

顶枕部大脑镰旁血管外皮细胞瘤 1 例

朱正凯 林少华 李亮明

【关键词】血管外皮细胞瘤; 大脑镰; 手术  
【文章编号】1009-153X(2018)02-0141-02      【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

男, 41 岁, 因头痛伴左下肢乏力 1 d 入院。入院时体格检查: 神志清楚, GCS 评分 15 分; 右侧肢体肌力 V 级, 左上肢肌力 V 级, 左下肢肌力 IV 级。颅脑 CT 示右顶叶纵裂旁血肿 (56 mm×36 mm×50 mm), 周围伴水肿带 (图 1A)。CTA 检查示, 病灶有不均匀明显强化 (部分强化幅度与血管相仿), 并见结节状突向大脑镰左侧, 周围供血血管增多增粗, 考虑右侧镰旁脑膜瘤伴出血, 不完全排除合并脑血管畸形 (图 1B)。DSA 检查示, 右枕叶区可见血管呈包绕状改变及血管染色, 主要由右大脑后动脉供血, 右大脑前、右大脑中动脉参与供血, 未见明显血管畸形 (图 1C)。MRA 未见异常 (图 1D)。颅脑 MRI 示, 顶枕部大脑镰旁占位病变 (右侧为主) 伴病灶内及灶周出血, 考虑脑膜瘤伴出血 (图 1E~G)。遂行手术治疗。术中见肿瘤质地软脆, 呈鱼肉状, 血供丰富, 边界尚清, 有陈旧出血, 暗红色, 并已液化; 术中出血约 2 000 ml, 术中快速冰冻病理检查考虑恶性肿瘤可能性大。术后病理检查考虑血管外皮细胞瘤 (hemangiopericytoma, HPC)。术后辅助放疗。术后 84 周复查颅脑 MRI 增强未见复发 (图 1H)。

2 讨论

HPC 是一种罕见的软组织肿瘤, 起源于毛细血管的 Zimmerman 细胞, 又称为血管周细胞, 可发生于身体各部位的软组织, 颅内 HPC 十分少见, 占颅内肿瘤的 0.5%~1%。HPC 临床特点与脑膜瘤十分相似, 术前误诊率非常高, 甚至高达 100%, 椎管内 HPC 多被误诊为脊膜瘤。HPC 具有侵袭性, 有转移倾向, WHO 分级较脑膜瘤高。

HPC CT 平扫多呈稍高密度或等密度改变, 类似于脑膜瘤。HPC 多为类圆形或分叶状, 边界清晰。部分 HPC 可见囊变、坏死, 强化后肿瘤实质强化明显, 囊变坏死区不强化, 肿

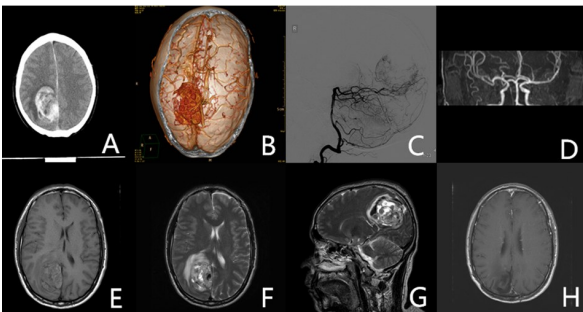


图 1 顶枕部大脑镰旁血管外皮细胞瘤手术前后影像  
A. 术前颅脑 CT 平扫, 示右顶叶纵裂旁血肿 (56 mm×36 mm×50 mm), 周围伴水肿带; B. 术前 CTA, 示病灶有不均匀明显强化, 周围供血血管增多增粗, 不完全排除合并脑血管畸形; C. 术前 DSA, 示右枕叶区可见血管呈包绕状改变及血管染色, 主要由右大脑后动脉供血, 右大脑前、右大脑中动脉参与供血; D. 术前 MRA 未见明显异常; E. 术前 MRI 平扫 T<sub>1</sub>WI, 示稍高混杂信号; F. 术前 MRI 平扫 T<sub>2</sub>WI, 示混杂信号, 肿块内及周围见出血信号; G. 术前 MRI 增强, 示肿块强化, 强化灶范围 4.4 cm×4 cm×4.8 cm, 环形强化, 中央见实性成分强化; H. 术后 84 周 MRI 复查未见复发

瘤钙化极少见。脑血管造影可以见到肿瘤周边迂曲增粗的血管影, 肿瘤血供非常丰富。其供血动脉可来源于颈内、外动脉及椎基底动脉系统。HPC 肿块内部可见多发粗大的动脉, 这在脑膜瘤中非常少见。HPC 可侵犯邻近的颅骨, 破坏骨质并向颅骨外生长, 形成局限性肿块, 表现与脑膜瘤侵犯颅骨相似。但脑膜瘤侵犯颅骨比较少见, 多是引起周围颅骨良性增生。HPC MRI 表现比较复杂, 多为混杂信号, T<sub>1</sub>WI 和 T<sub>2</sub>WI 都可呈现出稍低、等、稍高信号, 单纯依靠信号强度的差异很难与脑膜瘤相鉴别, 主要有以下几点: HPC 可表现为分叶状, 而脑膜瘤多为圆形, 边缘光滑; HPC 没有脑膜尾征, 多以窄基底附着于硬脑膜, 脑膜瘤多有脑膜尾征; HPC 肿瘤组织内可见有丰富的血管流空影, 而这在脑膜瘤中非常少见; HPC 囊变、坏死发生率也较脑膜瘤高出许多。

HPC 有复发和转移倾向, 以手术切除为主, 术后辅助放疗。手术需力争全切, 必要时可扩大切除范围。HPC 血供丰富, 手术在尽量全切的同时需控制出血量。由于 HPC 在发现

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2018.02.029  
作者单位: 528403 广东中山, 中山大学附属中山医院神经外科 (朱正凯、林少华、李亮明)

时肿瘤体积多较大,一般长径大于 5 cm,很难整块切除,分块切除前应处理好供血动脉,否则手术中出血量将十分巨大。必要时可术前先行栓塞供血动脉以减少术中出血,但由于多误诊为脑膜瘤,术前行栓塞的病例比较少。由于 HPC 具有侵

袭性,可原位复发和远处转移,WHO 分级为Ⅱ~Ⅲ级,因而术后放疗是有必要的。目前主流观点是术后术野区放疗能延缓肿瘤复发,延长生存期,同时建议放疗剂量 $\geq 60$  Gy。

(2016-10-20 收稿,2016-11-03 修回)

# 小儿颅脑损伤后并发大面积脑梗死 1 例

屈晓东 季 玮 周 杰 荔志云

【关键词】 颅脑损伤;脑梗死;儿童

【文章编号】 1009-153X(2018)02-0142-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 651.1\*5

## 1 病例资料

男,2 岁 1 个月 25 d,因交通事故致颅脑损伤后意识不清 3 h 入院。患儿家长诉 2016 年 7 月 3 日下午 17 时许被一辆行驶的轿车撞伤,当即意识不清,头部无开放性伤口及活动性出血,无肢体抽搐,无大小便失禁,立即被送至当地医院行头颅 CT 检查示左颞部硬膜下血肿,中线结构右移(图 1A)。建议转院治疗,遂来我院。急诊注射破伤风抗毒素。入院时体格检查:神志浅昏迷,全身多处软组织损伤,双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏,直径 3 mm;眼姿、眼球运动无异常;左侧肢体自主活动,右侧肢体无自主运动;四肢未见明显肿胀畸形,右下肢生理反射减弱,病理反射未引出。腹部 B 超检查示餐后胆囊、肝、脾、胰、双肾声像图未见明显异常,腹腔未探及积液。入院后给予止血、脱水、营养神经、吸氧、心电监护等治疗。7 月 4 日复查头颅 CT 示血肿无明显增多(图 1B)。7 月 5 日,患儿出现频繁抽搐,给予安定静滴控制抽搐。7 月 6 日凌晨 1 点 50 分出现双侧瞳孔散大;头颅 CT 示双侧额颞顶大面积脑梗死(图 1C)。家属放弃治疗,自动出院。

## 2 原因分析

小儿脑血管内膜发育不完善,如果颅内压增高,会压迫血管,引起血管闭塞而导致脑梗死。血性脑脊液使血管痉挛。小儿脑组织饱满,颅内代偿空间小。出血后导致患儿出现频繁抽搐。

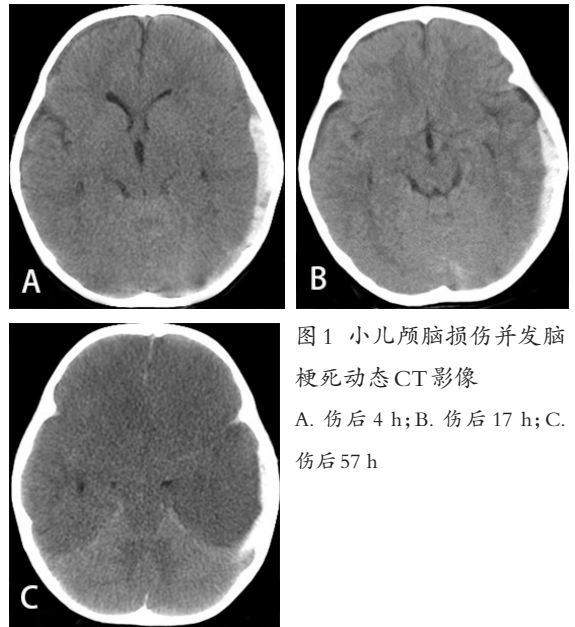


图 1 小儿颅脑损伤并发脑梗死动态 CT 影像  
A. 伤后 4 h; B. 伤后 17 h; C. 伤后 57 h

## 3 治疗体会

因为目前 GCS 评分未考虑年龄因素,小儿 GCS 评分不能与成人等同,如果小儿(小于 3 岁)的 GCS 评分与成人相同,小儿应该考虑病情更重,对小儿颅脑损伤一定不能掉以轻心。预防外伤性脑梗死最重要的还是降低颅内压,因此对去骨瓣减压术的指征应该更宽一些,可以遵循“宁过勿不及”的原则。用药上应尽早应用钙离子拮抗剂的药物。补足液体量,小儿对脱水非常敏感。及时控制癫痫大发作,防止缺氧的进一步加重。因为一旦发生大面积脑梗死,将是致命的,所以对脑外伤性脑梗死重在预防,尽量将各种工作做到前面。

(2016-08-04 收稿,2016-09-01 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2018.02.030

作者单位:730050 兰州,兰州军区兰州总医院神经外科(屈晓东、季玮、周 杰、荔志云)