

. 个案报告 .

以脑出血为首发症状的绒毛膜癌脑转移1例

王 鹏 刘丽娜 王志明 蔡 明

【关键词】脑转移瘤;绒毛膜癌;自发性脑出血;手术

【文章编号】1009-153X(2018)06-0447-02 【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

女性,29岁,因间断头痛5年、加重1周并抽搐1次于2016年11月30日凌晨入院。5年来,病人出现间断头痛,自服止痛片后好转;1周前,自觉头痛加重,仍自服药物,未到医院就诊;2016年11月29日晚突然剧烈头痛,伴有恶心、呕吐数次,同时发生四肢抽搐,伴有双眼上翻,意识不清,数十分钟后自行缓解,急送我院急诊科,头部CT发现右颞脑出血,出血量约25 ml,周围水肿明显(图1A)。既往无高血压病、血液系统疾病史。6年前行剖宫产育有1子;末次月经2016年11月12日,月经规律,无阴道流血。入院时体格检查;生命体征平稳,心肺腹部未见异常,全身浅表淋巴结无肿大,腹部无包块及压痛;神经系统检查见,呈嗜睡状,瞳孔等大,对光反射灵敏,眼底检查无法配合,四肢活动对称,无病理征及脑膜刺激征。入院后按脑出血治疗,考虑血管畸形。入院当天CTA未见异常,胸部X线检查未见异常。入院后当晚上,再次出现癫痫大发作,意识障碍加深,双侧瞳孔散大,对光反射消失,立即给予甘露醇250 ml快速静脉滴注后瞳孔逐渐缩小,意识稍有好转,急诊行头部CT显示血肿稍有增加,周围水肿明显加重;急诊行颅内血肿清除+去骨瓣减压术,术后给予对症治疗,病情逐渐恢复到正常状态,无明显后遗症,于12月14日痊愈出院。2016年12月27日,因突发头晕再次入院,头部CT示枕叶出血,出血量约10 ml(图1B)。骨窗压力不高,胸部X线检查仍未见异常。经科内讨论仍不能排除血管畸形破裂出血,于2016年12月30日行DSA检查,术中发现右枕叶微小畸形血管团。因血管较细无法栓塞,体积微小无法开颅手术。2017年1月4日,出现右侧拇指活动不利,复查头部CT示右颞、右枕陈旧出血,右额、顶新发出血(图1C)。进一步颅脑MRI示右颞、右枕、右额、左顶多发出血及

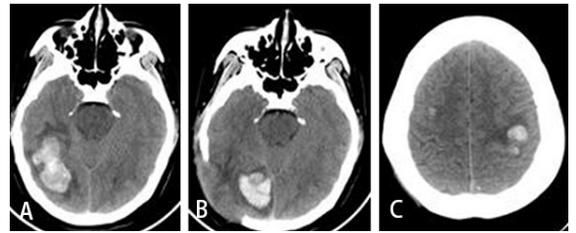


图1 绒毛膜癌脑转移头部CT表现

A. 2016年11月29日头部CT发现右颞脑出血,出血量约25 ml,周围水肿明显;B. 2016年12月27日头部CT示枕叶出血,出血量约10 ml;C. 2017年1月4日复查头部CT示右颞、右枕陈旧出血,右额、顶新发出血

左颞、左顶等多发梗死灶。经全科讨论无法确定反复多处出血的原因,于2017年1月12转北京某医院治疗,经手术切除左侧顶叶病灶,术后病理确诊为绒毛膜癌脑转移。

2 讨论

绒毛膜癌(简称绒癌)是一种高度恶性滋养细胞肿瘤,绝大多数继发于正常或不正常妊娠之后,主要发生于生育年龄女性,是由妊娠时滋养细胞发生恶变而成。绒癌极易发生远处转移,特别容易发生肺转移,亦可见于脑部转移,一般脑转移发生于绒癌晚期,是预后不良的高危因素,发生率在6.3%~22.5%。本文病例造成延误诊断的原因,我们总结如下:①以“脑出血”为首发症状,并且是单发血肿;②年青(29岁),考虑血管畸形的可能性大,尽管头颅CTA查未发现畸形血管团,考虑为隐匿性血管畸形可能性大;③初次入院头颅CT显示血肿密度呈亚急性表现,不是高密度,而且周围有水腫,以为是入院前5 d出的血;④两次胸部常规X线检查均未见异常;⑤第二次住院头颅CT显示上次出血区附近再次出血,决定行头颅DSA检查,仅发现很小畸形团;⑥既往6年前行剖宫产育有1子,健在,没有妇科疾病史。由于对绒癌的认识不足,整个过程(包括影像科)都没有想过此病,为防止该病的误诊、漏诊,普及、提高神经内外科及影像科医生对此病的认识是非常必要的。

临床上一旦遇到头颅CT显示单发或多发“颅内血肿”的

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2018.06.024

作者单位:075000 河北张家口,中国人民解放军第二五一医院神经外科(王 鹏、刘丽娜、王志明、蔡 明)

通讯作者:王志明,E-mail:Wangzm0304@163.com

育龄女性,为避免绒癌的误诊、漏诊,我们需对以下几方面进行逐条排查、分析:①一定要详细询问妊娠、生育史,因为绒癌50.0%继发于葡萄胎,约25.0%继发于流产,约22.5%继发于足月妊娠,约2.5%继发于异位妊娠;②肺部检查一旦存在单发或多发病灶,应联想到转移瘤(绒癌),因为临床上最常见的转移部位是肺,其次是阴道,脑转移居第三位,且脑转移均继发于肺部转移;绒毛膜癌脑转移95%~99%伴有肺转移,且多继发于肺部转移;③常规做妇科相关检查;④血、尿、脑

脊液人绒毛膜促性腺激素检查结果均明显增高,是诊断此病的可靠指标;⑤病理检查是诊断金标准;⑥对于妇产科医生,确诊绒癌后,在治疗过程中,一旦病人突然出现头痛、恶心、呕吐时,应马上想到是脑转移引起的临床症状,需及时行头颅CT或和MRI检查,请神经外科医生会诊,对有脑疝危险的病人,早期开颅行转移瘤切除或去骨瓣减压手术,是挽救病人生命的唯一途径。

(2017-03-06收稿,2017-03-18修回)

脑胶质瘤卒中误诊为脑动静脉畸形并出血 1 例

刘 炎 杭春华

【关键词】脑胶质瘤;脑动静脉畸形;脑出血;误诊

【文章编号】1009-153X(2018)06-0448-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 739.41; R 651.1*1

脑动静脉畸形可引起颅内出血,30%~65%的脑动静脉畸形首发症状是出血,高发年龄15~20岁,可表现为蛛网膜下腔出血、脑(室)内出血或硬脑膜下出血。本文报道1例脑胶质瘤卒中误诊为脑动静脉畸形并出血。

1 病例资料

男性,20岁,因突发右侧肢体活动障碍伴失语1 d入院。入院时体格检查:生命体征平稳,神志清楚,自动睁眼,运动性失语,右上肢肌力1级,右下肢肌力3级,左侧肢体肌力正常,四肢肌张力正常,右侧巴氏征阳性,左侧巴氏征阴性。头部CT扫描显示左侧颞叶边界清楚,边缘锐利的不规则混杂高密度影(图1A),DSA显示左侧颞叶病变,考虑动静脉畸形(图1B)。入院后1 d行开颅左侧颞叶病变切除+血肿清除术,术后给予维持预防脑血管痉挛、营养神经、脱水等治疗。术后1 d,复查头部CT扫描显示左侧颞叶血肿基本清除(图1C),复查头部CTA显示左侧颞叶病变已切除,无残留(图1D)。术后病理检查示间变性星形细胞瘤,伴小片坏死,WHO III级。

2 讨论

脑胶质瘤卒中临床表现缺乏特异性,首次发作容易引起误诊。本文病例术前已行DSA检查,影像学表现考虑动静脉畸形。最后通过术中辨别和术后病理检查确诊为脑胶质瘤

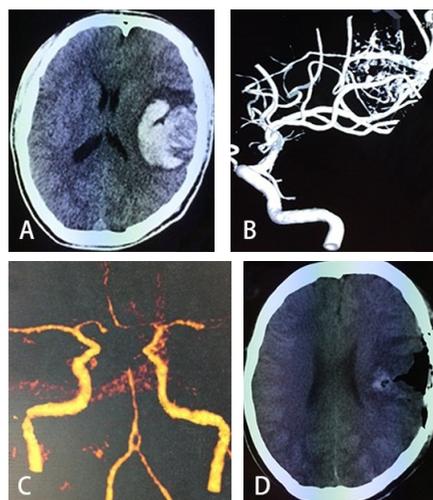


图1 脑胶质瘤卒中手术前后影像

A. 术前头部CT示左侧颞叶边界清楚,边缘锐利的不规则混杂高密度影;B. 术前头部DSA示左侧颞叶病变,考虑动静脉畸形;C. 术后1 d头部CT示左侧颞叶血肿基本清除;D. 术后3 d头部CTA示病变已切除,无残留

卒中。我们通过分析病例资料,总结误诊原因如下:①病史询问不详细,比如发病前有无头痛、癫痫等相关病史;②脑胶质瘤卒中的影像学特点及鉴别诊断掌握不完全。

这是1例脑胶质瘤卒中误诊为脑动静脉畸形并出血的报道。我们应该关注对于怀疑脑胶质瘤卒中的病人在术前需详细询问病史,仔细分析影像学特征,明确诊断。从而有利于确定正确的治疗方案,为病人妥善解决问题。

(2017-03-30收稿,2017-05-05修回)