

2007,29(1):3-6.

[3] Shi C, Lamba N, Zheng LJ, *et al.* Depression and survival of glioma patients: a systematic review and meta-analysis [J]. Clin Neurol Neurosurg. 2018, 172: 8-19.

[4] Back MF, Ang EL, Ng WH, *et al.* Improvements in quality of care resulting from a formal multidisciplinary tumour clinic in the management of high-grade glioma [J]. Ann Acad Med

Singap, 2007, 36(5): 347-351.

[5] Landry A, Erwin C. Perspectives on multidisciplinary team processes among healthcare executives: processes that facilitate team effectiveness [J]. J Health Hum Serv Adm, 2015, 38(3): 350-380.

(2018-12-06收稿,2019-02-16修回)

· 个案报告 ·

头皮侵袭性血管粘液瘤1例

郭 帅 姚 坤 陈金华 刘 华 陈 涛 高文宏

【关键词】侵袭性血管粘液瘤;头皮;显微手术

【文章编号】1009-153X(2020)10-0733-01 【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

60岁男性,因右颞部头皮包块进行性增大3年入院。3年前发现右颞部头皮包块,约豌豆大小,无疼痛、瘙痒,3年来无明显诱因进行性增大。入院体格检查:右颞部扪及一大一小约2.5 cm×2.0 cm包块,质软,搏动感可疑,无明显压痛,活动欠佳,无瘙痒,无表皮溃烂。头颅CT示右颞部头皮皮下可见混杂密度结节影,其内可见略高密度结节(图1A)。彩色超声多普勒检查示右侧头部皮下可见一范围约2.5 cm×1.0 cm的混合回声,边界尚清,其内大部分为稍低回声,少部分为无回声;血流成像示右侧头部皮下混合回声内可见血流信号,探头加压时血流信号稍增多,右侧头部皮下含液性病变(血管瘤?) (图1B)。完善术前准备,行右颞部头皮包块切除术。术中见肿物为血色胶冻样物,富含血管,易出血,无包膜,基底宽,超出皮下肿物范围,且与骨膜结合紧密,不易分离,以骨剥分离骨膜与骨,将肿物连同皮肤及骨膜扩大切除。术后病理检查示侵袭性血管粘液瘤。术后随访1年末复发。

2 讨论

侵袭性血管粘液瘤是一种生长缓慢,来源于间叶组织的罕见软组织肿瘤,边界不清,呈无包膜的胶质状生长,尽管为良性肿瘤,但仍具有侵入局部周围组织(如脂肪和肌肉组织)的能力。其主要临床特点为发病隐匿、局部侵袭性强、局部

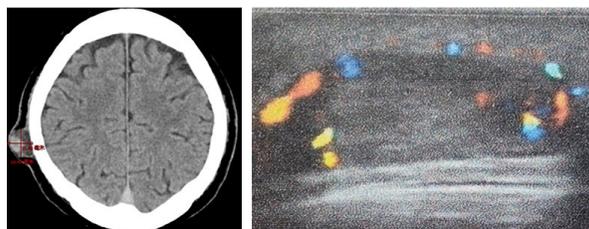


图1 右颞部头皮侵袭性血管粘液瘤影像学表现

A. 头部CT,病灶大小约19 mm×15 mm CT值21~42 HU;B. 彩色超声多普勒血流成像见包块内血流信号多

复发率高和远处转移少。一般无明显症状,多以偶然中发现局部包块为主诉,包块无明显压痛,由于其生长缓慢,生长周期长,故临床表现不典型,容易误诊为其它病理性肿块如脂肪瘤、囊肿等,误诊率在70%~100%。

由于易侵入局部组织,故体格检查时扪及或肿物的可视范围只是冰山一角,肿物可侵入到远处组织,因此影像学在评估肿物范围及制定手术方案中显得尤为重要。超声检查通常表现为囊性或低回声病变,其内可分散多条血管。CT检查缺乏特异性,可表现为低密度或等密度实性或囊性肿物影,其边界不清、内部结构有时可呈现出漩涡状或轮状。肿瘤大小不等,形状不一,可呈球形,半圆形,绳形,哑铃形或不规则形状。肿瘤大多不大,边界不清,呈侵袭性生长,粘附在肌肉和脂肪及其周围结构上,切面可呈半透明橡胶样或凝胶状,亦可见部分囊性变性和出血区域。目前最有效的治疗方法为手术切除,由于无包膜,且与周围组织界限不清,因此需扩大手术切除的范围,尽可能将肿瘤边缘切除干净,从而提高手术切除率,以减少复发。

(2018-10-26收稿,2018-11-14修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2020.10.028

作者单位:434020 湖北荆州,华中科技大学同济医学院附属荆州医院神经外科(郭 帅、姚 坤、陈金华、陈 涛、高文宏);434020 湖北,荆州市第三人民医院肾内科(刘 华)