

. 个案报告 .

以环池旁占位为首发表现的小脑上动脉动脉瘤 1 例

刘晓伟 徐学君 王文煜 陈科宇

【关键词】 颅内动脉瘤;小脑上动脉;环池旁占位;介入栓塞
【文章编号】 1009-153X(2021)04-0317-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 743.9; R 815.2

1 病例资料

45 岁女性,10 d 前无明显诱因出现头痛伴恶心、心悸,至所在社区就诊,予以甲钴胺及多巴酚丁胺营养神经、止痛等对症治疗,头痛未见明显好转。3 d 前,因头痛伴右侧耳后疼痛于我院神经内科就诊,体格检查发现右耳后红肿并可触及耳后肿大淋巴结,右侧外耳道疱疹,右侧周围性面瘫;其余体格检查无特殊。遂以亨特综合征收入神经内科,予以抗病毒、营养神经、改善循环、糖皮质激素、中医针灸理疗等对症支持治疗,自诉头痛及面瘫症状较前明显好转。入院头部 MRI 示环池左侧结节(血管瘤?脑膜瘤?其他?),双侧额叶少许缺血灶(图 1A)。转至我科进一步治疗。DSA 见左侧小脑上动脉分叉处囊状动脉瘤,大小 5 mm×9 mm(图 1B、1C)。全麻下行动脉瘤介入栓塞术,微导管在 0.14 微导丝引导下超选进入左侧小脑上动脉动脉瘤瘤颈处,先后释放 5 枚可电解弹簧圈闭塞载瘤动脉,行左侧椎动脉造影显示基底动脉、大脑后动脉等分支显示可(图 1D)。术后诉有眩晕、恶心等,复查 MRI 示环池左侧低信号结节,考虑术后改变;左侧小脑及右侧颞叶异常信号,梗死灶?;双侧额叶少许缺血灶(图 1E),予以乙酰谷酰胺营养神经、盐酸地芬尼多片等对症支持治疗,眩晕及呕吐症状好转出院。

2 讨论

颅内动脉瘤分为前循环动脉瘤和后循环动脉瘤。后循环动脉瘤通常是指位于基底动脉、椎动脉、大脑后动脉、小脑上动脉、小脑后下动脉以及小脑前下动脉的动脉瘤,占颅内动脉瘤的 3.5%~15%。尽管小脑上动脉动脉瘤临床表现多样,但大多数以蛛网膜下腔出血为首发表现,常表现为剧烈头痛、恶心及呕吐。相比于其他动脉瘤,小脑上动脉动脉瘤的意识障碍往往较深且有逐渐缓解的过程。对于未破裂的小脑上动脉动脉瘤,常以动眼神经及外展神经麻痹就诊。还有一小部分病人,因体检发现脑干旁占位就诊。

目前,小脑上动脉远端动脉瘤的治疗方法有介入和手术

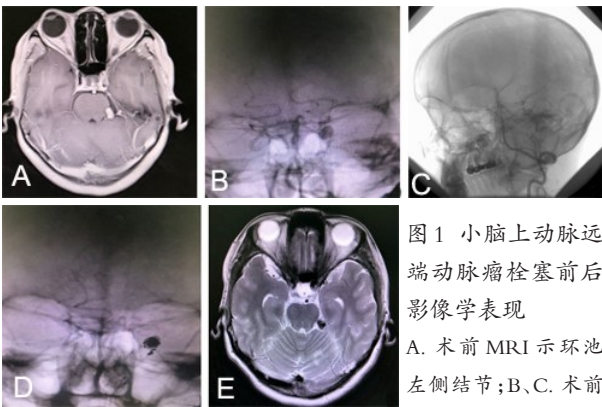


图 1 小脑上动脉远端动脉瘤栓塞前后影像学表现
A. 术前 MRI 示环池左侧结节;B、C. 术前

DSA 示左侧小脑上动脉分叉处囊状动脉瘤,大小 5 mm×9 mm;D. 术后 DSA 示动脉瘤填塞致密;E. 术后 MRI 检查示颅内情况稳定

两种方法。由于后循环动脉瘤局部解剖结构复杂且毗邻颅神经及脑干,因此,介入手术是治疗小脑上动脉动脉瘤的首选方法。临床上,通常采用载瘤动脉闭塞术处理小脑上动脉动脉瘤,需要注意动脉瘤临近血管的分支情况,以避免闭塞后引起的神经功能障碍。理论上,由于小脑上动脉的解剖变异,闭塞一侧小脑上动脉可能引起小脑、齿状核和吻侧脑桥被盖的长感觉通路受阻,可能表现为呕吐、眩晕、共济失调、意向性震颤、同侧霍纳综合征,对侧痛觉和温度感丧失,对侧听力障碍,情绪表达丧失等。但研究显示,大部分病人治疗效果良好,没有发生严重的手术并发症,因此,介入治疗颅内后循环动脉瘤围手术期并发症少,临床预后良好,是一种安全有效的手术方式。

近年来,随着显微外科技术的不断提升,以及对小脑上动脉的解剖结构了解的不断深入,有学者建议行显微手术治疗小脑上动脉动脉瘤。从解剖结构上来讲,小脑上动脉相比于其他颅内后循环动脉,具有较少的穿支动脉且动脉瘤颈通常与颈动脉-动眼神经三角呈直角,具有更好的可视性。因此,可将显微夹闭术作为小脑上动脉动脉瘤的另一种可供选择的方案。

我们认为,对于临床表现无特征性、诊断不明的小脑上动脉动脉瘤,应尽早行脑血管造影明确诊断,首选介入栓塞术闭塞载瘤动脉,而闭塞载瘤动脉相关神经功能障碍,对症治疗即可缓解。

(2020-08-18 收稿,2020-10-09 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2021.04.035
作者单位:563000 贵州遵义,遵义医科大学研究生院(刘晓伟);
610017,成都市第二人民医院神经外科(徐学君、王文煜、陈科宇)
通讯作者:陈科宇,E-mail:153443149@qq.com