

例术后易引起分流管堵塞。随着显微手术技术的成熟和微创技术逐步发展,神经内镜治疗 ICA 优势明显。

因本文患儿年龄小,造瘘口易闭合,故造瘘术后原分流管未特殊处理,保持开放状态。术后硬膜下血肿可能和过度引流有一定的关系,本文病例选用低压、定压引流管。如果选用可调压分流管,根据脑室情况及时调整分流泵压力,可减少硬膜下积液和血肿。

本文患儿入院时有重度脑积水,因年龄小,抵抗力弱、大脑发育不完善、脑脊液吸收机制不成熟、脑脊液吸收障碍,故先行右侧脑室-腹腔分流术。该手术简单,有效,并发症少,可充分缓解患儿脑积水所致的压迫症状。随着大脑发育及

药物应用,术后落日征消失,进食改善;术后 2 周再次出现眼球下视,考虑与囊肿压迫有关,遂采用神经内镜下囊肿-脑室造瘘术,使囊肿与脑室相通。该治疗方案的优点在于先行降低颅内压,减轻脑积水症状,提高后续手术成功率和病人生存率。术后随访 1 年,患儿生长发育及智力接近正常同龄儿水平,效果满意。

总之,四叠体池 ICA 有颅内压增高、局灶性神经损害症状及脑功能障碍时,应及时手术治疗,手术方式以神经内镜下开窗手术为首选,但应结合具体情况制定个体化治疗方案;无明显异常症状者,应定期复查。

(2019-09-25 收稿,2021-10-09 修回)

# 头皮增生性外毛根鞘瘤 1 例

余卉姣 文 明

【关键词】外毛根鞘瘤;头皮;手术

【文章编号】1009-153X(2021)10-0816-01

【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

72 岁男性,因发现右枕顶部肿块渐进性增大 1 年入院。既往无特殊疾病史。体格检查见右侧枕顶部皮下肿物,无破溃及分泌物,大小约 1.5 cm×2.0 cm,突出部位皮色稍淡,毛发稀疏,触之偏软,边界清晰,活动度良好,无触痛及搏动感,附近淋巴结无肿大。病人拒绝颅脑 CT、MRI 检查。术前考虑右侧枕顶部头皮肿物。局麻下直切口视野内完整全切肿物并电凝残腔,肉眼见囊实性肿物、包膜完整,切面灰白、灰红相间(图 1A)。光镜下见多少不等的鳞状上皮小团,伴灶状坏死、核分裂象(图 1B),术后病理诊断为增生性外毛根鞘瘤。术后随访半年无复发。

## 2 讨论

增生性外毛根鞘瘤为少见的皮肤附属器交界性肿瘤,约占皮肤肿瘤的 0.1%,多见于 60 岁以上女性,90% 以上位于头皮,少数位于面部或躯干,生长缓慢,病程长。其发病原因可能与遗传、化学刺激、外伤等导致的慢性炎症有关。增生性外毛根鞘瘤多表现为头皮下结节,可无自觉症状,但若肿物

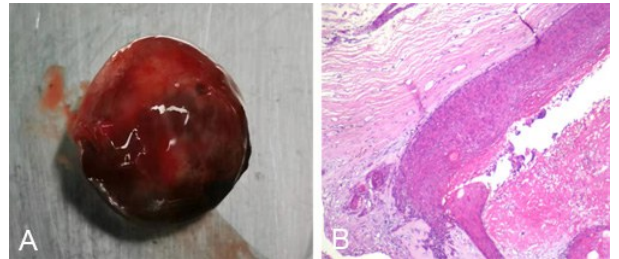


图 1 头皮增生性外毛根鞘瘤肉眼观察及术后病理表现  
A. 术中肉眼观察;B. 术后病理表现(HE,×40)

增大明显,或突出皮肤导致破溃、感染渗液,方能引起病人重视。除非肿物巨大、形态不规则,临床很少行影像学检查,确诊依赖于病理检查。本文病例为老年男性,无不适,囊肿位于右侧枕顶部,且否认局部外伤、感染等,因肿物突起异物感要求手术切除,但拒绝影像学检查。病灶呈结节状,位于皮下被增厚的纤维结缔组织包绕,边界清楚,出现外毛根鞘角化,鳞状上皮团块,周围可有一层基底细胞样细胞,为其主要组织病理学表现。对于表面破溃的肿物,细胞团边界清楚、角化突然为其区别于鳞状细胞癌的重要病理特征。增生性外毛根鞘瘤首选手术扩大切除,若肿物呈快速浸润性生长、复发或伴有淋巴结肿大、瘤细胞异型者,则应高度怀疑恶变,术后须配合放化疗。

(2019-11-30 收稿,2020-05-12 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2021.10.026

作者单位:430063,武汉市武昌医院神经外科(余卉姣);430012,武汉市汉口医院神经外科(文 明)