

第四脑室内室管膜瘤种植转移至延髓 1 例

郭迎喜 王晋浩 薛亚飞 张韞泽 赵天智

【关键词】 四脑室肿瘤;室管膜瘤;延髓;种植转移
【文章编号】 1009-153X(2022)03-0237-01 【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

27 岁男性,3 年半前,因阵发性头晕就诊于我院,伴有头痛,无恶心呕吐,无意识障碍、昏迷抽搐等。入院体格检查未发现神经系统阳性体征。头颅 MRI 示第四脑室占位性病变,增强后呈不均匀强化(图 1)。经后正中入路手术,术中打开小脑延髓池释放脑脊液,使小脑松弛塌陷,可见肿瘤位于小脑扁桃体下方,向第四脑室内生长,呈灰白色,大小约 3 cm×2 cm×3 cm,肿瘤质地较韧,无包膜,与周围脑组织粘连紧密。分块切除肿瘤,注意保护好脑干及周围神经血管,显微镜下完全切除肿瘤。术后恢复良好,无走路不稳、吞咽困难及肢体活动障碍等并发症。术后病理示室管膜瘤(WHO 分级Ⅱ级)。复查头颅 MRI 示第四脑室内占位病变完全消失(图 1)。

半年前,无明显诱因出现间断性头痛,休息后可缓解,并伴有视力下降、吞咽障碍及双手麻木等症状,无恶心、呕吐、肌力减退等症状。入院体格检查:饮水呛咳伴吞咽困难。我院头颅 MRI 示延髓占位性病变,病灶呈低信号影,无明显强化(图 2)。在全麻下行延髓内占位病变切除术,沿原切口依次切开头皮,沿原骨瓣用铣刀开约 4 cm×5 cm 游离骨瓣。可见双侧横窦,硬脑膜色泽正常,脑搏动良好,弧形剪开硬脑膜,翻向两侧。显微镜下,于延髓后正中沟切开延髓,可见灰紫色肿瘤组织,质地较软,血供丰富,用吸引器及双击电凝分块切除肿瘤组织,注意保护延髓,显微镜下全切除肿瘤。术后有饮水呛咳、吞咽困难及咳嗽困难等症状。术后 6 d,因咳嗽困难,突然窒息,呼吸心跳停止,经积极抢救后心率恢复,意识逐渐恢复,但自主呼吸较弱,给予呼吸机辅助呼吸,后行气管切开术,恢复良好顺利出院。术后病理示室管膜瘤(WHO 分级Ⅱ级)。术后 6 月复查头颅及脊髓 MRI 示延髓内占位性病变消失,未发现颅内及脊髓内播散。

2 讨论

室管膜瘤是一种相对少见的原发性中枢神经系统肿瘤,好发于儿童和青年。根据 2016 年 WHO 分级标准:室管膜下

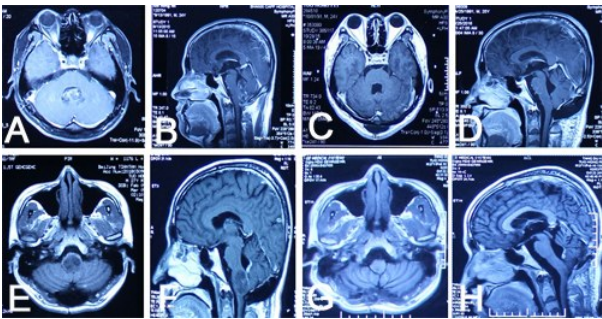


图 1 第四脑室内室管膜瘤种植转移至延髓手术前后影像
图 1 首次术前 MRI 增强轴位像,可见第四脑室内不均匀混杂信号影;B. 首次术前 MRI 增强矢状位像,可见第四脑室内不均匀混杂信号影;C. 首次术后 MRI 增强轴位像,可见第四脑室内病变消失;D. 首次术后 MRI 增强矢状位像,可见第四脑室内病变消失;E. 首次术后 3 年 MRI 增强轴位像,可见延髓内低信号影,无强化;B. 首次术后 3 年 MRI 增强矢状位像,可见延髓内低信号影,无强化;C. 再次术后 6 个月 MRI 增强轴位像,可见延髓内病变消失;D. 再次术后 6 个月 MRI 增强矢状位像,可见延髓内病变消失

瘤、粘液乳头型室管膜瘤为Ⅰ级;室管膜瘤为Ⅱ级;间变型室管膜瘤为Ⅲ级。所有室管膜瘤均需最大程度的切除。对于黏液乳头型室管膜瘤,在保留包膜完整性的同时完全切除是有效的,部分Ⅱ级室管膜瘤在影像学证实完全切除后可密切随访观察;但间变型室管膜瘤需要辅助放疗,另需预防性全脑全脊髓放疗。

室管膜瘤转移的机制尚并不清楚。室管膜瘤的播散和转移可能有一个所谓的“沉睡期”。据推测,脱落的肿瘤细胞由脑脊液流向神经轴的其他部分,尤其是流向基底池和马尾,由于重力和脑脊液的缓慢流动,肿瘤细胞往往定居在那里。室管膜瘤播散和转移的危险因素,包括年龄较小、肿瘤未完全切除、高级别或粘液乳头型室管膜瘤、肿瘤增殖指数较高等。本文病例为低级别室管膜瘤,在肿瘤全切除 3 年后种植转移到延髓,未发现脊髓和其他部位的转移,肿瘤转移种植的部位离原发部位较近,肿瘤细胞由延髓内向外膨胀性生长,表现为内生型的延髓室管膜瘤,手术难度很大,术后发生呼吸、循环功能衰竭的风险较高,所以手术操作时要谨慎,当有少量渗血时,不能用双击电凝止血,仅可用棉片压迫或止血纱止血,术后严格预防延髓水肿反应。

(2020-02-22 收稿,2020-03-18 修回)