

影像表现疑似脑膜瘤的颅内炎性肉芽肿 1 例

刘永强 王 磊 李高宝 宋振华 刘承勇 魏大年

【关键词】 颅内占位性病变;炎性肉芽肿;显微手术;脑膜瘤
【文章编号】 1009-153X(2022)04-0323-01 【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

39 岁男性,因反复头痛 1 年余、左下肢麻木 2 个月、突发昏厥 1 次于 2019 年 6 月 12 日入院。入院体格检查:左下肢肌力 4 级,麻木感以脚跟部为著,无放射痛,直腿抬高试验阴性。头颅 MRI 显示右侧顶部(上矢状窦旁)颅骨内板下占位性病变,大小约 1.6 cm×4.2 cm×2.4 cm, T₁WI 呈低信号, T₂WI 呈混杂稍低信号,形态规则,边缘清楚(图 1A);增强后肿瘤明显强化,周围脑膜呈线性强化,呈“脑膜尾征”改变,病灶周围水肿未见明显强化(图 1B、1C)。头颅 MRV 显示上矢状窦局部显影欠佳(图 1D)。术前诊断为右顶部上矢状窦旁占位,考虑脑膜瘤可能性大。2019 年 6 月 18 日全麻下行病灶切除+硬脑膜修补+颅骨成形术,术中见病变组织呈灰白色鱼肉状,质韧,术中冰冻病理检查显示梭形细胞肿瘤。术后病理检查显示炎性肉芽肿性病变。术后 1 周复查头颅 MRI 示术区脑水肿较为明显,增强后周围脑膜呈线性强化(图 1E、1F)。

2 讨论

炎性肉芽肿是一种由细菌、寄生虫、真菌以及非致病性抗原等引起的慢性炎症形成的结节状病灶,伴随着新血管形成和纤维化的修复机制。炎性肉芽肿感染征象隐匿,早起不易诊断,常因颅内压增高引起的头痛、癫痫发作及病灶占位引起的神经功能障碍等就诊。颅内炎性肉芽肿的临床表现与脑膜瘤相似,脑膜瘤除因局部占位引起的定位表现及颅内压增高症状外,一般无明显发热病史。本文病例以头痛起病,无发热史,临床上与脑膜瘤难以鉴别。CT 及 MRI 是诊断颅内炎性肉芽肿的主要手段。CT 表现为等、高密度或混杂密度,有时可见钙化影,增强扫描可出现较明显的强化,但强化多不均匀。MRI T₁WI 呈等或略低信号, T₂WI 呈等或略高信号,周围水肿表现为明显长 T₁、长 T₂ 信号改变;增强扫描呈现明显强化。

由于颅内炎性肉芽肿较为少见,影像学表现并无特异性,组织病理学检查对于明确诊断是必要的。颅内炎性肉芽

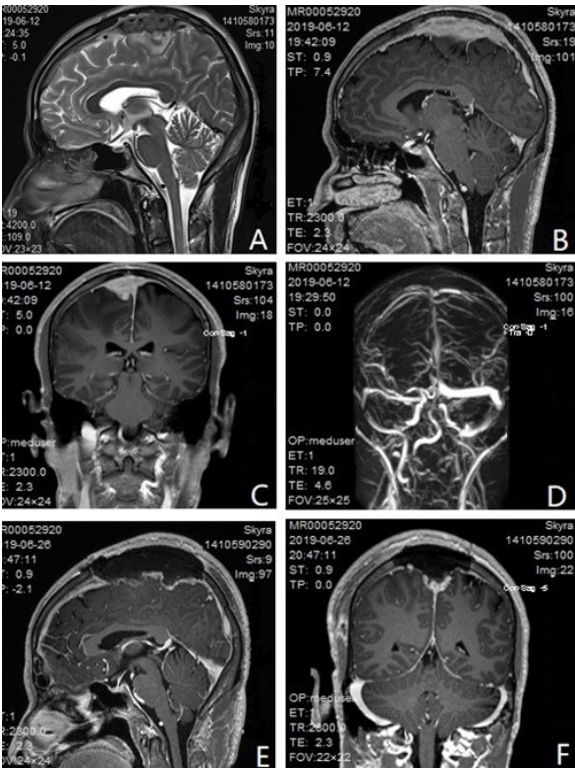


图 1 右顶部上矢状窦旁炎性肉芽肿手术前后影像

A. 术前头颅 MRI 检查发现右侧顶部颅骨内板下占位;B、C. 术前头颅增强 MRI 检查示肿块明显强化,周围脑膜呈线性强化,呈“脑膜尾征”改变,病灶周围水肿未见明显强化;D. 术前头颅 MRV 显示上矢状窦局部显影欠佳;E、F. 术后 1 周复查头颅 MR 示术区脑水肿较为明显,增强扫描周围脑膜呈线性强化,颅内少量积水

肿目前无特异性治疗,主要治疗措施包括手术切除、皮质类固醇或免疫抑制剂的使用,以及放射治疗。对于颅内炎性肉芽肿,首选手术治疗,可全切除病灶,但病灶若累及静脉窦或脑神经时,则全切除困难。虽然手术切除颅内炎性肉芽肿,效果良好,但要严格把握手术适应证。手术主要目的是获得组织以明确最终的组织病理学诊断,和/或对肿块引起的神经结构病变进行减压。放射治疗对颅内炎性肉芽肿的疗效尚不明确。本文病例术后未出现神经、血管损伤以及感染等并发症,左下肢肌力 5 级,无麻木感,随访 3 个月无复发。

(2020-03-05 收稿,2020-06-22 修回)