

多发颅骨骨膜窦外伤后并发急性硬膜下血肿 1 例

郭庭文 李亚东 张建军 贺喜武 线春明

【关键词】急性硬膜下血肿;多发颅骨骨膜窦;显微手术  
【文章编号】1009-153X(2022)10-0875-02 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】R 651.1<sup>+</sup>5; R 651.1<sup>+</sup>1

1 病例资料

39 岁男性,因高处坠落致伤头部伴头痛 4 h 入院。入院体格检查:GCS 评分 15 分,左侧颞顶枕部头皮肿胀,质硬,无搏动,无透光性,体位改变时肿胀头皮无明显变化。头颅 CT 显示:右侧额叶、左侧颞顶叶多发脑挫裂伤,以左侧颞顶叶损伤严重;右侧额部、左侧额颞顶部硬膜下血肿;蛛网膜下腔出血;左侧顶部颅骨变薄(骨折有待排除),部分区域颅骨呈虫蚀样改变(图 1A~D)。因左侧额颞顶部硬膜下血肿量较大、左侧颞顶叶多发脑挫裂伤较重,中线偏移明显,故急诊行左额颞开颅+硬膜下血肿清除+去骨瓣减压术。术中切开皮肤,暴露病变部位,帽状腱膜下方见颅骨表面凹凸不平,部分区域呈青色,与骨膜粘连较紧密,可见粘连部分通过颅骨表面凹陷处有静脉血管与骨板下交通,剥离骨膜后见凹陷处出血明显,颅骨上涂抹骨蜡止血。正常颅骨处电钻钻孔,铣刀铣开部分颅骨,硬脑膜与颅骨粘连紧密,仔细分离粘连后取下骨瓣,见部分硬脑膜不规则球状凸出并嵌入颅骨内板及板障,局部颅骨几乎被完全侵蚀,呈球状凸出部分硬脑膜处渗血明显(图 1E、1F),予以明胶海绵压迫止血;正常完整的硬脑膜处切开硬脑膜,见两层硬脑膜间隙较宽,且呈网状血窦样改变,出血较多,予以电凝止血,清除硬膜下血肿。因急诊入院,病情危重,术前未能进一步完善 CTA/MRA/MRV 及 DSA 等检查;术中也有切除畸形病灶,未留取标本进行病理检查。术后复查 CT 未见明显新发出血,出院时遗留右侧肢体偏瘫。

2 讨论

颅骨骨膜窦由 Stromeier 等于 1850 年首次详细描述,并定义颅骨骨膜窦,指出此病为静脉畸形,其本质是骨膜下血性囊肿。也有研究认为该血管团通过与颅骨板障静脉、导血管与颅内外静脉沟通。因其特殊的病理特点,常表现为由体位发生改变而形成的头皮肿块,任何增加颅内压的因素均能

使肿物增大。头颅 CT 通常显示病变呈略高密度影,局部颅骨有不同程度的破坏和缺损。颅骨骨膜窦较为少见,多发颅骨骨膜窦更罕见。本文病例为多发颅骨骨膜窦合并急性硬膜下血肿。

颅骨骨膜窦病因尚不清楚,可能与头部外伤后相关病理改变有关。也有学者认为与早期触发事件有关(在胚胎发育晚期短暂性的静脉高压引起)。此疾病有三种类型:骨膜下

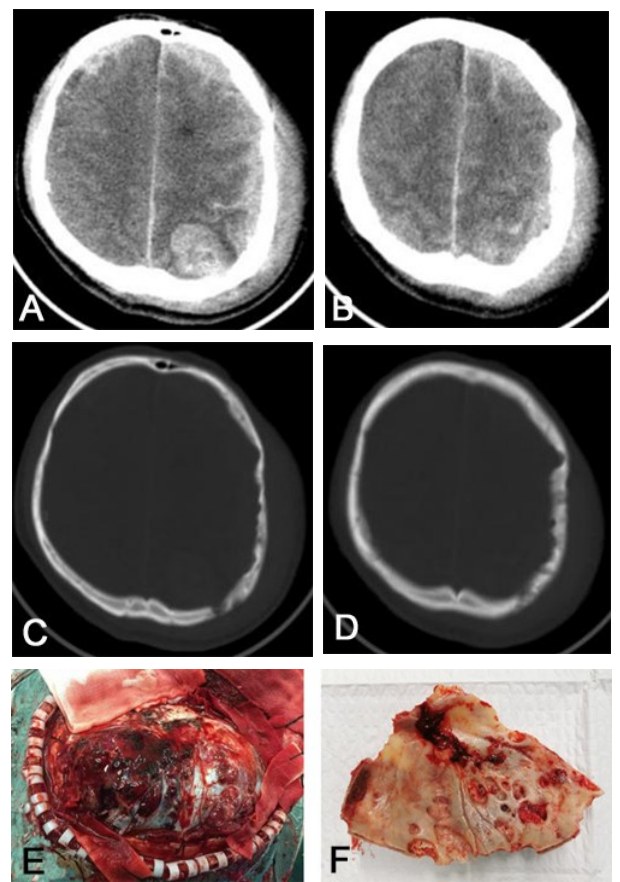


图 1 多发颅骨骨膜窦外伤后并发急性硬膜下血肿术前影像学表现及术中表现

A、B. 术前头颅 CT 显示右侧额叶、左侧颞顶叶多发脑挫裂伤,右侧额部、左侧额颞顶部硬膜下血肿;C、D. 术前头颅 CT 骨窗显示左侧顶部颅骨呈虫蚀样改变,局部骨质变薄并部分缺损;E、F. 术中切除硬脑膜及颅骨标本,硬脑膜不规则球状凸出并嵌入颅骨内板及板障,局部颅骨将近被完全侵蚀,呈球状凸出部分硬脑膜处渗血明显

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2022.10.026  
作者单位:810000 西宁,青海省人民医院神经外科(郭庭文、李亚东、张建军、线春明);810000 西宁,青海省第五人民医院神经外科(贺喜武)  
通讯作者:线春明,E-mail:hongfangding@126.com

血性囊肿,通过颅骨板障静脉与颅内静脉窦构成一个密闭系统;颅内外静脉系统有交通静脉相沟通;颅外异常的静脉引流至颅内血管。颅骨骨膜窦的诊断较为容易,其特征性表现为:局部骨膜膨起成囊状或球形,是发生在颅骨膜上或颅骨膜下的无肌层静脉血管团,血管团借粗细不等的板障静脉、导血管与颅内大静脉窦沟通。其常见于 30 岁以下青少年,最常见为额颞部,借引流静脉与上矢状窦相交通;少见于枕部,可与横窦沟通。颅骨骨膜窦常常单发,极少数为多发。大部分无任何症状或偶有头昏或轻微头痛。常因“头部皮下包块就诊”。本文病例为多发颅骨骨膜窦,无任何症状,头皮无明显异常,因头部外伤行头颅 CT 检查发现局部颅骨有不同程度的虫蚀样破坏、蜂窝样缺损,结合术中情况考虑颅骨骨膜窦。

颅骨骨膜窦首先应该做彩色多普勒超声检查,确认有血管病变后,进行 MRV、MRI、及 DSA 检查,还需要 CT 扫描潜在的骨缺损。根据 DSA 检查结果,以骨膜窦引流的静脉血流量大小为准,颅骨骨膜窦分类如下:大部分颅内静脉血通过骨膜窦进入颅外静脉系统,归类为优势颅骨骨膜窦;只有小部分颅内静脉血通过骨膜窦进入颅外静脉系统,归类为非优势颅骨骨膜窦。DSA 还能够评估与其相关的颅内异常血管和大

脑静脉出口的相关程度,对颅骨骨膜窦的分类及相关血管进行评估,指导治疗。

由于此疾病少见,对其发病原因及管理仍存在争论,以及指导原则或治疗选择的依据仍然比较缺乏。有研究表明部分颅骨骨膜窦能够自行缩小,个别病人甚至能够自愈;大部分病人仍需要手术治疗。目前,手术方式主要有:切除畸形血管、封闭骨膜窦;血管介入治疗,血管硬化剂栓塞。神经影像学检查对诊断起至关重要的作用,对儿童非优势颅骨骨膜窦可以接受治疗,但是对优势颅骨骨膜窦则必须保留。血管内栓塞术是安全有效、积极的治疗选择。本文病例为多发颅骨骨膜窦合并外伤,术中对于颅外静脉血管电凝切断;对硬脑膜不规则球状凸出并嵌入骨膜窦的畸形病变,因其没有明显活动性出血,予以明胶海绵压迫止血。本文病例头部外伤范围刚好将多发颅骨骨膜窦包括在内,或许是因为正是存在多发骨膜窦的颅骨缺损,才导致此次损伤程度相对正常颅骨发生的损伤而言相对较重。术中将多发骨膜窦的颅骨完全去除。

总之,多发颅骨骨膜窦合并外伤较为罕见,具体治疗方法及手术操作有待进一步研究。

(2020-10-11 收稿,2021-01-20 修回)

## 成人鞍区非典型畸胎样/横纹肌样瘤 1 例

李卓群 兰小磊 杨丹丹 王宇翔 李照建 侯明好 丰育功

【关键词】鞍区肿瘤;非典型畸胎样/横纹肌样瘤;成人;显微手术

【文章编号】1009-153X(2022)10-0876-02 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】R 739.41; R 651.1<sup>+</sup>1

### 1 病例资料

54 岁女性,因左侧眼睑下垂 1 个月余入院。入院体格检查:神志清楚,左侧上眼睑上抬不能,双侧瞳孔等大等圆、直径约 3 mm,左侧瞳孔直接、间接对光反射迟钝,右侧瞳孔对光反射灵敏;视力、视野正常。入院颅脑 CT 示鞍区占位性病变,侵及左侧海绵窦(图 1A)。MRI 平扫见鞍区等 T<sub>1</sub>、短 T<sub>2</sub> 信号影,左侧海绵窦受累(图 1B、1C),增强后呈片状不规则强化。术前垂体激素检查显示皮质醇激素、泌乳素升高。术前诊断为垂体腺瘤。完善术前准备,全麻下行经鼻蝶入路神经内镜手术切除肿瘤。术中见肿瘤呈紫红色、质韧、血供丰富,侵犯左侧海绵窦,与颈内动脉粘连紧密,分块切除肿瘤;少量肿瘤与颈内动脉壁粘连紧密,予以保留,达次全切除。术后

病理示肿瘤细胞呈弥漫浸润性生长,细胞核偏心,胞浆明显嗜酸性,分裂像易见;免疫组化示 EMA、CD99、SSTR2 阳性,肿瘤细胞核中 INI1 表达缺失,Ki67 阳性率为 60%;病理诊断为非典型畸胎样/横纹肌样肿瘤(atypical teratoid/rhabdoid tumor,AT/RT)。术后动眼神经麻痹改善,视力、视野正常,垂体激素水平均正常。术后 5 d 出院,于当地医院行放射治疗。术后 6 个月,出现右眼视力下降,并伴有头痛头晕、恶心呕吐。术后 8 个月入院进一步治疗,体格检查:神志清楚,右眼视力下降、仅有光感;左侧瞳孔直径 3 mm、对光反射灵敏;右侧瞳孔直径 4 mm、对光反射迟钝。颅脑 MRI 示右侧蝶骨嵴周围、鞍内、蝶窦内见不规则短 T<sub>1</sub> 信号,增强后呈不均匀明显强化;病变局限性侵犯邻近脑额叶、右侧海绵窦及斜坡(图 1D、1E)。考虑肿瘤复发,行右侧翼点入路开颅手术切除肿瘤,术中见肿瘤色红,血供丰富,基底位于右侧蝶骨嵴、前床突、海绵窦区,部分向鞍内、蝶骨平台延伸,部分位于颅中窝。将肿瘤与周围组织分离后分块切除,达显微镜下全切除。术后头痛头晕等症状缓解,右眼视力同术前。术后 11 d 出院,于当地医院行放射治疗。术后 3 个月复查 MRI 增强见肿瘤切除满意(图 1F、1G)。术后 6 个月 GOS 评分 4 分,未见

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2022.10.027

作者单位:266000 山东青岛,青岛大学医学部(李卓群、杨丹丹、王宇翔、侯明好);266000 山东青岛,青岛大学附属医院神经外科(兰小磊、李照建、丰育功)

通讯作者:李照建,E-mail:lzjuniversity@163.com