

. 个案报告 .

胰腺癌桥小脑角区转移 1 例

王泽易 陈 鹏 高 云 张文才 赵 楠

【关键词】脑转移瘤;桥小脑角区;胰腺癌;显微手术

【文章编号】1009-153X(2023)06-0414-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】R 739.41; R 651.1[†]

1 病例资料

68 岁男性,因头晕头痛伴行走不稳 1 个月于 2021 年 1 月 4 日入院。既往 2 年前曾行胰腺肿瘤切除术,术后病理检查示低分化胰头腺癌,术后病情稳定,按期入院接受随访,同时给予“卡培他滨+吉西他滨”化疗,未见明显异常。入院时体格检查:神志清楚,GCS 评分 15 分;双侧瞳孔等大、等圆,直径约 2.5 mm,对光反射灵敏;颈软,无抵抗;听力正常;四肢肌力 5 级,肌张力正常;指鼻试验阳性,轮替试验阳性,跟膝胫试验阳性,双下肢病理征未引出。外院颅脑 CT 示右侧桥小脑角区边界清晰类圆形肿块,等稍高密度,周围可见不规则水肿带环绕。入院后颅脑 MRI 平扫及增强显示右侧桥小脑角区团片状病灶,信号欠均匀,呈等 T₁、稍长 T₂ 混杂信号;T₂ Flair 呈混杂等高信号,内可见片状地信号灶,病灶可见分叶,边界清晰,呈宽底与邻近脑膜关系密切;增强后可见周围脑膜明显强化,最大层面约 4.2 cm×3.6 cm×2.7 cm,可见明显脑膜尾征(图 1)。术前考虑右侧桥小脑角区脑膜瘤,排除手术禁忌后在全麻下行右侧桥小脑角区肿瘤切除术。术中见肿瘤组织呈灰色,无明显包膜,质地较脆,与天幕轻度粘连,基本切除病灶。术后病理检查考虑转移瘤。术后病情稳定,术后 1 周出院,术后 1 个月常规腹部 CT 检查示胰腺腺头区部分切除,胰腺管轻度扩张伴尾部结节形成。最终因肿瘤全身广泛转移,家属放弃继续治疗于 2021 年 5 月死亡。

2 讨论

脑转移瘤占颅内肿瘤的 10%~15%,以肺癌、乳腺癌、黑色素瘤多见。而胰腺癌作为预后极差的恶性肿瘤,脑转移甚为罕见,仅占其远处转移的 0.6%;同时,胰腺癌具有高度侵袭性,大多数病人确诊后存活时间内尚不足以发生脑转移就已死亡,所有当胰腺癌病人出现脑转移时常被神经外科医师忽略,而容易根据其影像学表现及临床经验误诊其他颅内病

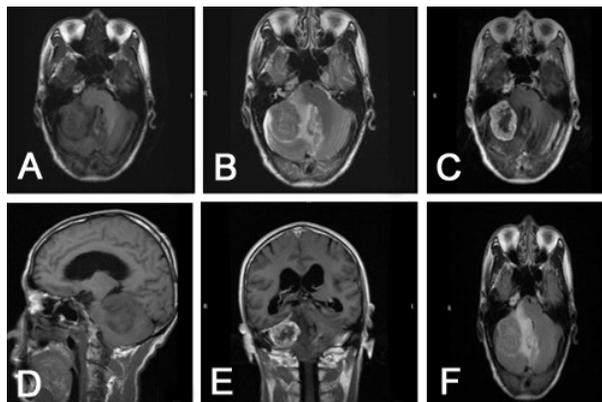


图 1 胰腺癌桥小脑角区转移 MRI 表现

A. 右侧桥小脑角区轴位 T₁WI 等低信号,边界清晰,信号欠均匀; B. 右侧桥小脑角区轴位 T₂WI 稍长混杂信号; C. 右侧桥小脑角区轴位 T₁WI 增强后呈厚壁环形明显强化; D. 右侧桥小脑角区矢状位轴位 T₁WI 呈团块状混杂信号; E. 右侧桥小脑角区冠状位 T₁WI 增强后明显强化,可见脑膜尾征; F. 右侧桥小脑角区 T₂ Flair 呈混杂等高信号,边界可见明显水肿带

变。本文病例头颅 CT 和 MRI 都具有典型的均匀强化且伴脑膜尾征等影像学表现,反复头痛头晕及行走不稳等小脑临床表现也符合桥小脑角区脑膜瘤临床表现,其次该病人并无听力障碍,胰腺癌术后一直定期常规随访,未见明显复发及远处转移,所以术前考虑桥小脑角区脑膜瘤,术后病理检查诊断为脑转移瘤,结合病人的病史,考虑胰腺癌脑转移。

脑转移为肿瘤转移最后途径,而且胰腺癌脑转移罕见,故该类病人术后常规随访中肝胆外科医师往往重点排查胸部及胃肠道复发情况,忽略了颅脑的排查,至病人出现神经功能障碍才发现颅内占位。这提示临床工作中遇及类似情况时,应提高胰腺癌脑转移认识。临床怀疑脑转移瘤,可行 PET/CT 检查结合 MRI 进行鉴别,以提高术前诊断准确率,但 PET/CT 对于胰腺炎症可呈假阳性,对于乏血供肿瘤呈假阴性。

总之,临床医师诊断疾病时应全面细致,明确疾病诊断仍以病理检查为主,不能只局限影像学特征及相关临床表现,力求提高诊断准确率,减少误诊。

(2021-09-02 收稿,2021-11-13 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2023.06.020

基金项目:云南省器官移植临床医学中心开放课题(2020SYZ-Z-047);昆明市卫生科技项目(2021-04-04-003)

作者单位:650000,昆明市第一人民医院神经外科(王泽易、陈 鹏、高 云、张文才、赵 楠)

通讯作者:赵 楠,E-mail:zhao-nan@163.com