

颅内多发散在出血伴前交通动脉瘤一例

潘灵峰¹, 茅敏¹, 贺昭忠², 朱蒙², 王宇翔¹, 宫安静^{2*}

¹青岛大学, 山东 青岛

²青岛大学附属医院神经外科, 山东 青岛

Email: *ajgong@126.com

收稿日期: 2021年7月23日; 录用日期: 2021年8月19日; 发布日期: 2021年8月26日

摘要

颅内出血是颅脑外伤中常见的颅脑损伤, 颅内出血可轻到无任何症状, 重到急性脑疝死亡。颅内出血病情复杂, 变化多端。并且, 当散在多发脑实质血肿时, 与脑转移瘤存在一定鉴别困难。本文通过对1例患者术前考虑转移瘤, 术中及术后证实是脑出血的占位性病变患者进行报道, 为鉴别脑转移瘤与脑多发散在出血提供更多参考, 从而提高诊断率, 减少误诊, 为患者提供最佳治疗。

关键词

脑出血, 多发性, 脑转移瘤

A Case of Intracranial Hemorrhage with Anterior Communicating Aneurysm

Lingfeng Pan¹, Ming Mao¹, Zhaozhong He², Meng Zhu², Yuxiang Wang¹, Anjing Gong^{2*}

¹Qingdao University, Qingdao Shandong

²Department of Neurosurgery, The Affiliated Hospital of Qingdao University, Qingdao Shandong

Email: *ajgong@126.com

Received: Jul. 23rd, 2021; accepted: Aug. 19th, 2021; published: Aug. 26th, 2021

Abstract

Intracranial hemorrhage is a common traumatic brain injury. Intracranial hemorrhage can be mild to no symptoms, severe to acute brain hernia death. Intracranial hemorrhage is complex and changeable, and it is difficult to distinguish it from metastatic tumor when it is scattered in mul-

*通讯作者。

multiple parenchymal hematoma. In this paper, we reported a case of a patient with space-occupying lesions who was considered to have metastases before surgery and confirmed to be cerebral hemorrhage during and after surgery, so as to provide more reference for differentiating brain metastases from cerebral hemorrhage. Thus, the diagnostic rate can be improved, misdiagnosis can be reduced, and the best treatment can be improvised for patient.

Keywords

Cerebral Hemorrhage, Multiple, Metastatic Encephaloma

Copyright © 2021 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 前言

外伤性颅内多发血肿是指颅脑损伤后颅内幕上或(和)幕下同时形成两个以上不同部位或类型的血肿,常伴发严重脑挫裂伤,发生率占颅内血肿的 14.4%~21.4%。颅脑损伤一般发病急,病情进展快,病情重,预后差。其中单纯颅内血肿疗效较好,但颅内多发性血肿病情急重,如果诊断治疗不当难以收到预期效果。颅内多发出血是颅脑创伤常见的重型脑外伤,其死亡率较高、生存率较低、并发症较多。

2. 病历资料

患者男性,46岁,因“头痛头晕1周”于2021年04月06日入院。患者1周前无明显诱因出现头痛头晕,无恶心呕吐,无意识下降,无行走障碍,患者遂于日照市人民医院就诊,行颅脑MR示:颅内多发占位+前交通动脉瘤,未行治疗,患者为求进一步治疗遂前来我院就诊,门诊以“脑肿瘤”收入院,患者自发病以来,神志清,精神可,二便正常,体重2月内下降约5kg。既往手术史6年前因外伤行指关节修复术,拇指对掌功能良好。自述近1年无其他外伤史。吸烟史10余年,每日约20支,饮酒史10余年,每日约200ml,无特殊药物服用史。入院查体:T:36.0°C P:59次/分 R:19次/分 BP:150/96 mmHg H:175 cm W:60 kg,意识清,瞳孔等大等圆,直径2.5 mm,对光反射灵敏,辐辏反射正常,语言清晰,流利,听力正常,颅神经检查未见异常,四肢肌力V级,肌张力不高,双侧病理征未引出。2021-04-08(见图1)颅脑MR增强扫描:双侧额叶、右侧颞叶见多发类圆形异常强化灶,部分环形强化,大者直径约20 mm,脑干及小脑形态信号未见异常,脑室系统无扩张,脑沟裂无异常改变,中线结构居中。脑内多发异常强化灶,转移瘤可能性大,请结合临床。脑CTA(见图2):见前交通动脉瘤,双颈内动脉颅内段、椎动脉V4段、基底动脉未见明显异常。胸部CT平扫未见明显异常。实验室检查:血常规、血生化、肿瘤标记物、甲状腺超声、消化系统超声、泌尿系统超声等未发现明显异常。

术前科室讨论:患者有头痛头晕等症状,颅内多发病灶伴前交通动脉瘤,建议行右侧额颞部病灶切除活检术+前交通动脉瘤夹闭术。遂于2021年04月14日行“开颅右侧额颞部病灶切除活检术+前交通动脉瘤夹闭术”。

术中取额颞部多处病灶。肉眼见:灰白组织多块,合计大小 $2 \times 1.5 \times 1$ cm。

术中冰冻:(额叶)少许脑组织伴出血,周边胶质细胞增生较著。

术中考虑可能出血造成多发散在病灶,遂考虑进一步等待术后病理及行前交通动脉瘤夹闭术。手术经过顺利,术后无新发神经功能障碍。术后复查头颅CTA(见图3)显示动脉瘤夹闭术后效果可。

术后病理回报: (右额)送检少许脑组织, 胶质细胞略增生, 部分区域小血管增生伴充血及血管周围炎, 部分区域脑实质崩解伴出血, 局灶伴少量淋巴细胞及中性粒细胞浸润。免疫组化结果: CKpan (-), GFAP 灶(+), Olig-2 灶(+), BRAF V600E (-), NeuN 少量(+), CD3 少量(+), CD20 少量(+), Ki-67 阳性率约 1%。

出院后随访患者, 患者一般情况良好, 头痛头晕症状逐渐缓解, 语言流利, 四肢肌力 V 级, 无神经功能缺失及相关并发症。本案例报道已获得患者本人的知情同意。

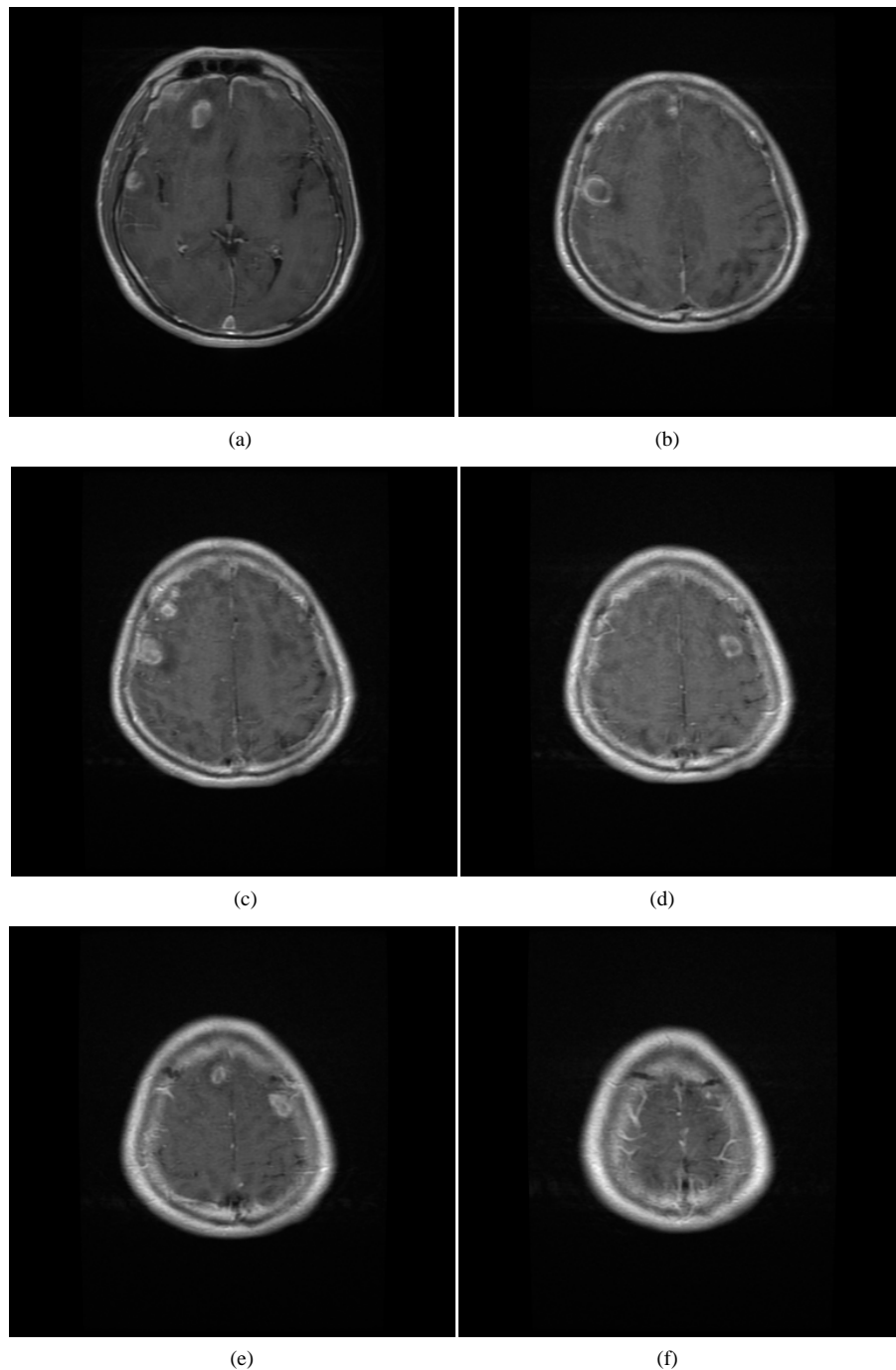


Figure 1. Preoperative MR enhanced of the brain
图 1. 术前头颅 MR 增强

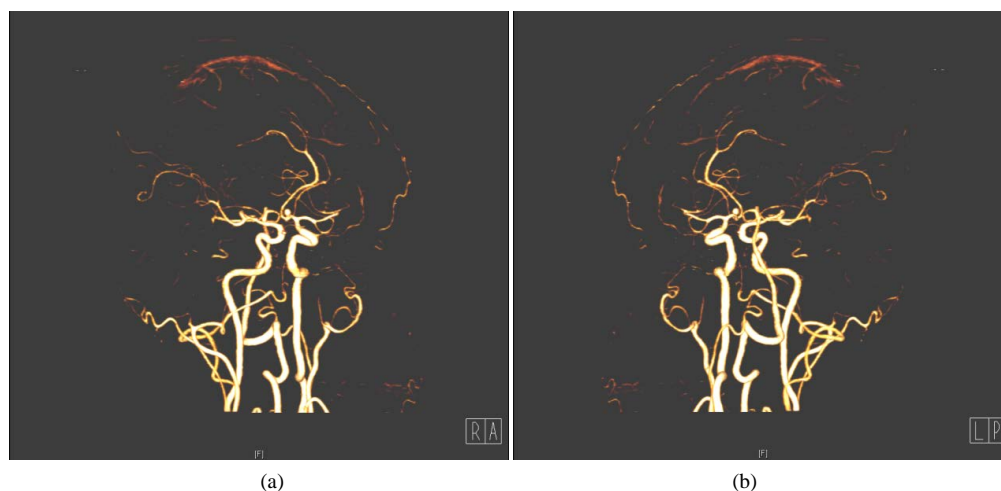


Figure 2. Anterior communicating aneurysm is seen in cerebral CTA
图 2. 脑 CTA 见前交通动脉瘤

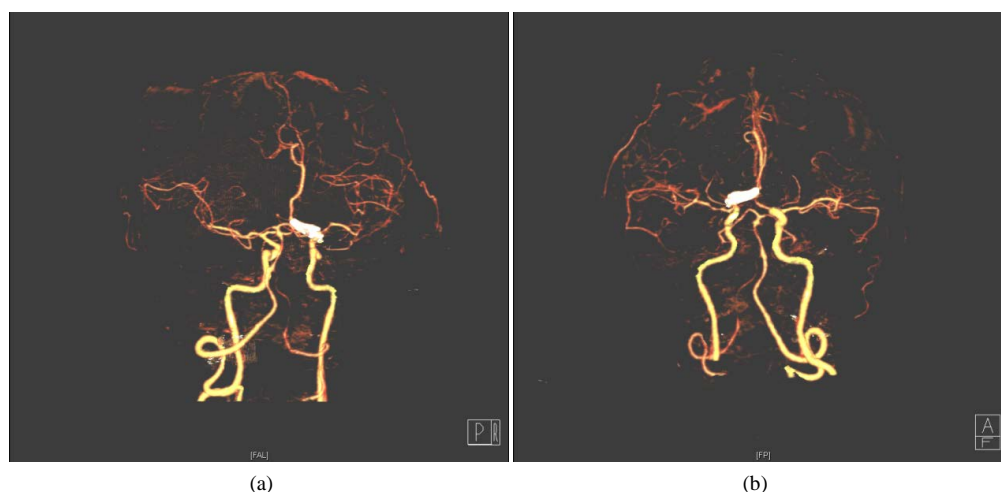


Figure 3. Postoperative CTA review showed that the clipping effect of anterior communicating aneurysm was satisfactory
图 3. 术后复查脑 CTA 见前交通动脉瘤夹闭效果可

3. 讨论

颅内多发性血肿受力复杂，多为车祸，其次为坠落伤，两者占 87%。目前由于 CT 的普及，诊断相对较容易，但在外伤原因不明确，并且在无明显外伤史的情况下，CT 提供的价值较为有限，散在多发颅内边界清晰的血肿与颅内其他肿瘤鉴别存在一定困难[1]。颅内多发散在小血肿并且伴有边界强化较为罕见。在判定颅内占位性病变是脑内多发散在圆形出血灶还是颅内多发散在转移灶时存在鉴别困难[2]，转移癌有时也表现为多发散在出血表现与其易侵犯血管壁形成微动脉瘤有关[3]。多发性脑出血与脑动脉瘤、血管畸形、出血性梗死、凝血缺陷、脑血管炎、肿瘤、窦血栓形成和/或淀粉样血管病有关[4]。自发性颅内出血在脑肿瘤中并不少见[5]。肿瘤相关性颅内出血的发生率为 0.6%~10.2% [6]。在一项回顾脑肿瘤自发性出血的研究中，33%到 60%的病例出血是先前未知肿瘤的最初表现[7]。25%~35%的癌症患者发生脑转移[8]，脑转移瘤是最常见的脑肿瘤类型，年发病率高于原发性脑恶性肿瘤[9]。脑转移瘤其好发于脑皮髓质交界区，边界一般清晰，周围脑组织根据占位情况，其水肿一般较重，但也有不明显的。脑转移瘤

一般来源于肺、乳腺、肾、肝等脏器，但有时颅内转移瘤的发展速度较原发病变快，而且进展迅速，头晕头痛等颅内高压等症状早于原发灶，在考虑转移瘤的过程中，全身系统性的检查并不一定能够发现原发灶，给疾病的诊断带来一定的困难[8]。原发灶有时在脑转移瘤发现后的数月至数年才被发现。因而，在无明确原发灶的恶性肿瘤情况下，颅内多发圆形占位并且存在边界强化无明显周围性脑水肿时，其与不同时期的颅内血肿的鉴别是极其重要。

此例病历中，在完善增强 MR 时，发现多发散在脑浅层多发圆形占位，其大小较均一，各病灶形态较一致，密度较均一，边缘存在圆形强化，同时根据 CTA 检查也存在大脑前交通动脉瘤，在病人无明显外伤史的情况下，无昏迷等意识障碍、神经功能缺损、急性起病及进展表现，从影像上看无明显脑挫裂伤，病人从症状、体征及影像均无指向脑出血，此病人颅骨存在一缝隙，可能与颅内多发散在出血灶有一定的相关性。但病人的病史更多支持脑转移瘤的可能。手术经经验十分丰富的主刀取病灶处活组织，从肉眼看符合转移瘤，但术中及术后冰冻均证实不是转移瘤。面对此类病人，在鉴别脑转移瘤与脑多发血肿困难时，应该再仔细询问病史，及是否继续观察更好地鉴别脑肿瘤与脑血肿，为我们做出更好的决策，为患者提供最佳治疗方案，给病人减轻不必要的伤害和负担，从而减少不必要的麻烦。病人出院后，症状逐渐减轻，言语功能正常，无肢体功能活动及感觉异常，无新发神经功能缺失，生活质量良好，目前预后相对较好，符合多发散在脑出血表现，而不是与转移瘤一样进行性加重，继发颅内高压及相关神经功能障碍。值得我们深思的是，在转移瘤的诊断上需慎重，并且在未明确原发灶的前提下，更应该谨慎排除其他良性病变的可能。脑转移瘤本身预后不好，生存率并不高，经过手术治疗后其总体生存期仅为 9.3 个月[10]。目前经过放化疗治疗能够有效改善生存时间，但总体仍未见明显改善。多发性脑出血少见，其机制尚不清楚。随着 CT 扫描在脑出血诊断中的应用日益广泛，多发性脑出血的总体诊断率可能会上升。因而，在治疗中要多加注意鉴别。

参考文献

- [1] Lieu, A.S., Hwang, S.L., Howng, S.L., et al. (1999) Brain Tumors with Hemorrhage. *Journal of the Formosan Medical Association*, **98**, 365-367.
- [2] Yamanouchi, Y., Kurimoto, T., Suwa, J., et al. (1981) Intracranial Hemorrhage Caused by Metastatic Brain Tumors (Author's Transl.). *No Shinkei Geka*, **9**, 927-933.
- [3] Wang, D., Shu, H., Zhang, Q., et al. (2018) Brain Metastasis of Choriocarcinoma Presenting as Multiple Intracranial Hematomas: A Case Report. *Medicine*, **97**, e12275. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012275>
- [4] Silliman, S., McGill, J. and Booth, R. (2003) Simultaneous Bilateral Hypertensive Putaminal Hemorrhages. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*, **12**, 44-46. <https://doi.org/10.1053/jscd.2003.3>
- [5] Li, L., Yin, J., Li, Y., et al. (2013) Anaplastic Astrocytoma Masquerading as Hemorrhagic Stroke. *Journal of Clinical Neuroscience*, **20**, 1612-1614. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2012.09.041>
- [6] Morgenstern, L.B. and Frankowski, R.F. (1999) Brain Tumor Masquerading as Stroke. *Journal of Neuro-Oncology*, **44**, 47-52. <https://doi.org/10.1023/A:1006237421731>
- [7] Little, J.R., Dial, B., Belanger, G., et al. (1979) Brain Hemorrhage from Intracranial Tumor. *Stroke*, **10**, 283-288. <https://doi.org/10.1161/01.STR.10.3.283>
- [8] Deviri, E., Schachner, A., Halevy, A., et al. (1983) Carcinoma of Lung with a Solitary Cerebral Metastasis. Surgical Management and Review of the Literature. *Cancer*, **52**, 1507-1509. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19831015\)52:8<1507::AID-CNCR2820520829>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19831015)52:8<1507::AID-CNCR2820520829>3.0.CO;2-Z)
- [9] Gavrilovic, I.T. and Posner, J.B. (2005) Brain Metastases: Epidemiology and Pathophysiology. *Journal of Neuro-Oncology*, **75**, 5-14. <https://doi.org/10.1007/s11060-004-8093-6>
- [10] Rogne, S.G., Ronning, P., Helseth, E., et al. (2012) Craniotomy for Brain Metastases: A Consecutive Series of 316 Patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, **126**, 23-31. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.2011.01590.x>