

• 病例报道 •

幕上星形细胞瘤合并幕下脑膜瘤一例

赵辉林, 庄治国, 许建荣

【中图分类号】R445.2; R814.42; R739.41 【文献标识码】D 【文章编号】1009-0313(2006)10-1078-02

病例资料 患者,女,58岁。右侧肢体无力伴麻木2周,偶有头痛。查体:右上肢肌力4级,右下肢肌力3级,肌张力正常,病理征(-),深浅反射均存在。

CT 平扫(图1):左顶叶及胼胝体区高密度团块影,左侧桥小脑角旁高密度灶。CT诊断为左顶叶及左侧桥小脑角旁占位。MRI检查:左顶叶见 $3.2\text{ cm} \times 2.2\text{ cm} \times 3.6\text{ cm}$ 异常信号区(图2、3), $T_1\text{WI}$ 呈等低混杂信号, $T_2\text{WI}$ 呈等高混杂信号,增强呈边缘强化,病灶外侧见不规则水肿信号;左侧小脑桥脑角旁见 $2.7\text{ cm} \times 2.4\text{ cm} \times 2.8\text{ cm}$ 异常信号灶(图4), $T_1\text{WI}$ 呈略低信号, $T_2\text{WI}$ 呈略高信号,增强时呈较均匀明显强化。MRI诊断:左侧桥小脑角脑膜瘤,合并左顶叶胶质瘤可能。

手术所见:左额顶叶深部近纵裂部位肿瘤,质韧,部分质软,淡红色,血供中等,与周围脑组织分界清,肿瘤深陷扣带回深部并压迫胼胝体;左侧小脑桥脑角近天幕部位肿瘤,质韧,部分质松,血供中等,与小脑幕关系密切,小脑皮层受压改变,分别切除。病理诊断:左后颅窝脑膜瘤;左顶叶间变性星形细胞瘤(Ⅱ级),局部伴坏死及明显急性炎症细胞渗出。

讨论 颅内多发肿瘤约占颅内肿瘤的0.4%,多为同一性质,异源性多发颅内肿瘤很少见。

一般将异源性多发颅内肿瘤分为两类:症状瘤和伴发瘤。前者即引起患者主要症状、体征的肿瘤,一般体积较大,生长迅速,所在部位重要,可一个或多个。后者则指未造成症状或只引起较轻微症状或体征,体积较小,生长缓慢的肿瘤,可单发或多发。其常见组合形式是脑膜瘤和神经胶质母细胞瘤,其次是脑膜瘤和星形细胞瘤。不同细胞类型的颅内原发性多发肿瘤的发生机制不甚明了,目前有遗传学说,由颅内同时存在的不同残余胚胎组织衍化而成^[1]。局部致瘤因素学说认为

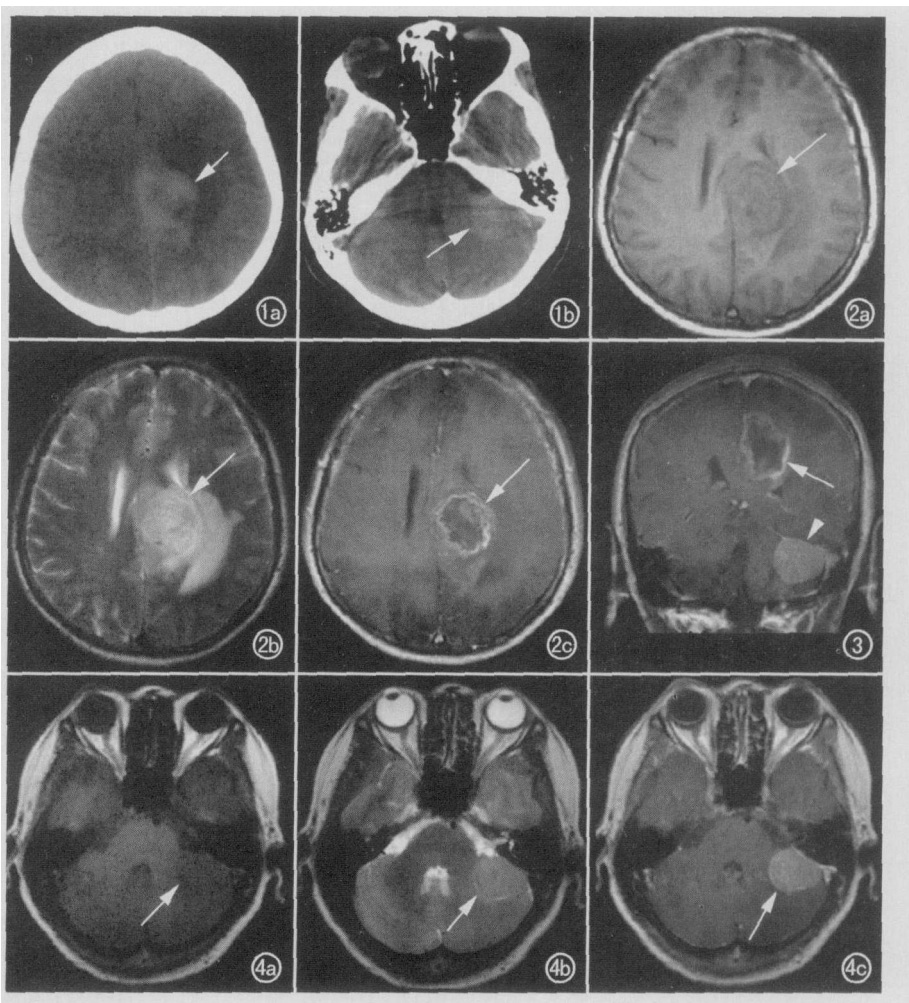


图1 CT平扫。a) 左顶叶高密度团块影(箭),环以低密度水肿带;b) 左小脑高密度影(箭)。图2 a) MRI $T_1\text{WI}$ 示左顶叶等低混杂信号(箭),周围伴低信号水肿带;b) $T_2\text{WI}$ 示等高混杂信号(箭);c) $T_1\text{WI}$ 增强,病灶呈花边样强化(箭),大脑镰稍右移。图3 MRI $T_1\text{WI}$ 冠状面增强,幕上病灶压迫同侧侧脑室(箭),幕下病灶与天幕关系密切(箭头),以广基与硬脑膜相连。图4 a) MRI $T_1\text{WI}$ 示左桥小脑角病灶略低信号(箭);b) $T_2\text{WI}$ 示略高信号(箭);c) $T_1\text{WI}$ 增强,病灶呈较均匀明显强化(箭),局部硬脑膜增厚及强化。

肿瘤刺激邻近脑实质或蛛网膜细胞肿瘤样增生可能,致癌因素刺激不同组织的细胞引起结构和功能的改变,也可能导致不同组织类型肿瘤发生^[2]。遗传因素及染色体变异已经愈来愈被人们重视,许多

遗传综合征,如Wermer综合征、Sipple综合征常同时发生颅内和颅外其它器官系统的多个原发肿瘤^[3]。还有人认为胶质瘤和脑膜瘤均常见,它们同时发生很可能是巧合。但脑膜瘤和星形细胞瘤的共存也再次强调了细胞生物学在理解这种临床现象的重要性。

作者单位:200127 上海,交通大学医学院附属仁济医院放射科

作者简介:赵辉林(1982-),男,上海人,住院医师,硕士研究生,主要从事影像诊断工作。

随着 CT 及 MRI 的普及和应用, 异源性多发颅内肿瘤的早期诊断得到了可能。尤其在使用 MRI T₂WI 和增强技术时, 在检出病变或显示其与邻近结构的关系及肿瘤定性方面均优于 CT。此类病应注意需与多发性脑膜瘤、颅内多发性转移瘤、神经纤维瘤病及某些遗传综合征合并脑肿瘤相鉴别。

参考文献:

- [1] Miyagi A, Maeda K, Sugawara T, et al. Triple Primary Intracranial Tumors of Different Cell Types: a Case Report [J]. No Shinkei Geka Neurological Surgery, 1995, 23(6): 531-536.
- [2] Butti G, Giordana MT, Paoletti P, et al. Multiple Primary Intracranial Tumors of

Different Cell Types: Association of Anaplastic Astrocytoma and Acoustic Neuroma with Review of the Literature [J]. Surg Neurol, 1982, 18(2): 336-342.

[3] Schoenberg BS. Multiple Primary Neoplasms and the Nervous System [J]. Cancer, 1977, 40(11): 1961-1967.

(收稿日期: 2005-12-19)

• 病例报道 •

急性胰腺炎并发脾静脉栓塞及巨脾一例

张继军, 王隽, 段建国

【中图分类号】R814.42; R576 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)10-1079-01

病例资料 患者, 女, 42 岁, 因渐进性腹痛 2 个月, 持续性上腹伴腰周疼痛 4d 入院。入院时体温 38.4℃, 血常规: WBC $16 \times 10^9/L$, RBC $3.2 \times 10^{12}/L$, Hb 105 g/L, PLT $310 \times 10^9/L$, 血淀粉酶 17.2 U/L, 尿淀粉酶 1230 U/L, 血 Ca²⁺ 及血糖正常。查体: 精神差, 表情痛苦, 心肺未见异常, 腹平坦, 未见腹壁静脉曲张, 剑突下压痛, 无肌紧张, 无反跳痛, 肝不大, 脾大, 肋缘下 12 cm, 最远点距肋缘下 15 cm, 向右超过腹正中线 1 cm, 边缘锐利, 质地中等硬, 触痛, 表面不平, 移动性浊音(-)。初步诊断: 急性胰腺炎; 脾大待诊? 抑制胰酶分泌, 抗炎, 支持治疗, 3d 后腰痛稍减轻, 体温恢复正常, 脾脏无明显缩小。

CT 平扫加增强扫描: 胰腺弥漫性肿大, 胰周筋膜增厚, 胰周脂肪间隙消失, 胰腺内见不规则的片状高密度及不规则的低密度灶(图 1), 胃底及脾脏内缘见多个团状的血管影呈串珠状, 且部分血管内见低密度的缺损影, 脾巨大(图 2), 且增强后脾脏内见小片状低密度, 肝脾包膜下积液并双侧胸腔少量积液。CT 诊断: 急性胰腺炎并灶状出血及坏死、肝脾包膜下积液并双侧胸腔少量积液; 巨脾并脾静脉栓塞可能。B 超显示: 急性胰腺炎; 巨脾并脾静脉栓子形成; 腹腔少量积液。转外科剖腹探查: 脾明显增大, 约 20 cm × 15 cm × 15 cm, 与胰体、尾部粘连明显, 胃网膜血管内有成串的血栓形成, 质硬, 呈黑红色, 分别游离切断胃脾韧带、降结肠韧带, 游离出脾下极, 将脾切除。术后结果: 巨脾, 网膜血管栓塞。病检: 淤血性脾肿大、静脉血栓。15d 后患者一般情况良好, 出院。

讨论 急性胰腺炎分为轻型急性胰腺炎(mild acute pancreatitis, MAP)和重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP), 前者病理表现为间质水肿, 后者绝大多数病理表现为胰腺坏死^[1]。急性胰腺炎的脾脏并发症包括脾静脉血栓形成、假性囊肿、脾栓塞、坏死、水肿、血肿等, 发生率仅 1%~5%^[2]。本

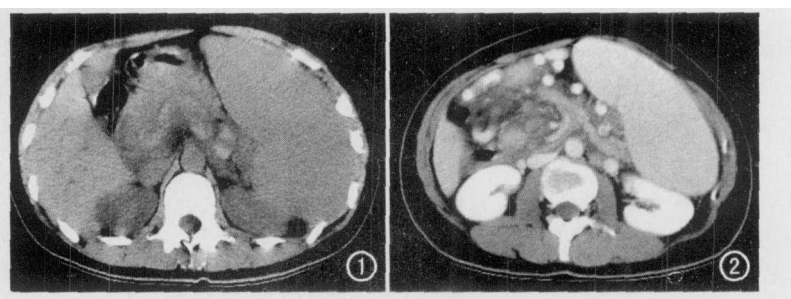


图 1 CT 平扫胰腺肿大, 胰周脂肪间隙消失, 胰腺内见灶状高密度, 脾脏大。图 2 CT 增强扫描示胃底及脾脏内缘见多个团状的血管影呈串珠状, 且部分血管内见低密度的缺损影, 脾巨大。

例临床符合急性胰腺炎表现, CT 检查见胰腺弥漫性肿大、水肿, 并有灶状出血及坏死, 完全符合急性胰腺炎的诊断。急性胰腺炎引起蛋白分解酶的释放和直接的血管炎致血液高凝状态和血管栓塞, 以门静脉系统栓塞最为多见, 水肿的胰腺压迫脾静脉或脾静脉栓塞, 引起脾静脉阻塞, CT 和 MRI 都可检出。脾大主要是由急性胰腺炎引起, 可能原因^[2,3]是: 胰尾部及周围发生炎症, 直接或通过脾肾韧带波及脾。胰腺炎造成胰床血管(脾动脉、胃十二指肠动脉、肝动脉)受压, 血栓形成及侧支循环建立, 主要累及脾动脉, 造成脾充血肿大; 而胰腺病变是脾静脉血栓形成的最常见原因。急性胰腺炎继发脓毒血症, 可引发急性脾炎, 导致脾大。

总之, 急性胰腺炎并脾大时, 须行 CT 增强扫描了解门静脉系情况, 以便早期防治, 提高治愈率。

参考文献:

- [1] 中华医学会外科学会胰腺学组. 急性胰腺炎的临床诊断及分级标准 [J]. 中华外科杂志, 1997, 35(11): 773-774.
- [2] Rybins F, Deviere J, Zalcmann M, et al. Splenic Parenchymal Complication of Pancreatitis: CT Findings and Natural History [J]. J Comput Assist Tomogr, 1997, 21(1): 89-90.
- [3] 高立, 郑晓华, 鄢广平. 急性胰腺炎脾大的 CT 与临床相关性分析 [J]. 临床放射学杂志, 2004, 23(10): 879-881.

(收稿日期: 2005-11-14 修回日期: 2006-01-24)

作者单位: 843000 新疆阿克苏地区第一人民医院 CT 室(张继军、段建国), 消化内科(王隽)
作者简介: 张继军(1977-), 男, 新疆阿克苏人, 医师, 主要从事 CT 诊断。