

颈静脉球瘤的栓塞治疗

马海清, 许林锋, 洪国斌, 陈耀庭, 任强, 骆江红

【摘要】 目的:评价介入栓塞治疗对颈静脉球瘤的作用。**方法:**3 例颈静脉球瘤患者,采用 Seldinger 技术行超选择性插管造影明确病变部位及其供血动脉,然后灌注聚乙烯醇颗粒(PVA 颗粒)适量。**结果:**3 例患者肿瘤供血动脉均被栓塞,肿瘤染色消失;2 例栓塞后 1 周行手术切除,均完全切除且出血量少。栓塞后随访观察,患者的临床症状均减轻或消失。**结论:**颈静脉球瘤的栓塞治疗对于减少术中出血和抑制肿瘤生长有积极的作用,术前栓塞加外科手术切除是治疗颈静脉球瘤的一种安全有效的方法。

【关键词】 颈静脉球瘤; 栓塞, 治疗性; 放射学, 介入性

【中图分类号】 R815; R543.4 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2007)05-0511-03

Embolotherapy of Glomus Jugulare Tumor MA Hai-qing, XU Lin-feng, HONG Guo-bin, et al, Department of Interventional Radiology, the Second Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510120, P. R. China

【Abstract】 Objective: To assess the effects of embolotherapy in the treatment of glomus jugulare tumors. **Methods:** Superselective arteriography was performed in 3 cases with glomus jugulare tumor to identify the diseased regions and feeding arteries under Seldinger technique. All were subjected to the infusion of a sufficient quantity of polyvinyl alcohol embolization particles. **Results:** In three cases the feeding arteries of tumor were embolized completely, and tumor stains disappeared. In 2 cases surgery was undergone one week after embolization, and the tumors were totally resected with little bleeding. According to the follow-up of embolization, clinical symptoms decreased or vanished in all cases. **Conclusion:** Embolotherapy of glomus jugulare tumor has positive effects on reducing intraoperative bleeding and inhibiting tumor growth. Preoperative embolization associated with surgical removal is a safe and effective therapeutic measure in the treatment of glomus jugulare tumor.

【Key words】 Glomus jugulare tumor; Embolization, therapeutic; Radiology, interventional

颈静脉球瘤是颈静脉-鼓室副神经节瘤的统称,属于化学感受器瘤,因其源于神经节旁细胞,故又称神经节旁肿瘤,多为良性。颈静脉球瘤临床上少见,其部位隐蔽,其症状往往与局部其他疾病的症状相似,故极易误诊误治。目前对于颈静脉球瘤,大多主张手术切除,但颈静脉球瘤血运极其丰富,术中往往发生严重出血,一方面造成大失血,另一方面造成术野模糊,影响手术进行,妨碍重要结构的识别,引起误伤^[1]。为了减少术中失血,主张术前血管栓塞。随着神经介入放射学的日益成熟,介入栓塞治疗对于减少颈静脉球瘤术中出血和抑制肿瘤生长有积极的作用^[1-5]。本文总结了 3 例颈静脉球瘤介入栓塞治疗的初步经验,旨在探讨评价介入栓塞治疗对颈静脉球瘤的作用。

材料与方法

搜集本院 2002 年 6 月~2003 年 6 月 3 例颈静脉

球瘤患者病例资料,全部病例均经 MRI 及病理证实,其中男 2 例,女 1 例,年龄 38~43 岁,平均 40.5 岁。病程 6~28 个月。临床表现有搏动性耳鸣、无明显诱因的耳痛、听力障碍或丧失、面神经麻痹、眼睑闭合不全、口角偏斜等。

设备采用荷兰 Philips 公司 DSA 机。常规术前准备,局麻后以 Seldinger 技术穿刺右股动脉,导管分别选择至双侧颈总动脉,椎动脉造影,以明确病变大小,形态,数量,部位,供血动脉等情况,而后用微导管行超选择插管至病变侧颈外动脉供血分支,先行造影,后行栓塞。栓塞材料选用直径为 300~510 μm 的聚乙烯醇(polyvinylalcohol, PVA)颗粒适量,在 X 线电视的监视下缓慢注入病变供血动脉,至复查造影肿瘤染色不再显示为止。2 例病例于栓塞后 1 周行手术切除,1 例由于手术效果欠佳而于术后再次行栓塞治疗。

结果

3 例颈静脉球瘤(图 1~4),左侧 2 例,右侧 1 例(图 1),其中 2 例主要由左侧咽升动脉供血,1 例主要

作者单位: 510120 广州,中山大学附属第二医院介入放射科

作者简介: 马海清(1979-),男,天津人,硕士研究生,医师,主要从事介入放射学诊断工作。

通讯作者: 许林锋

由右侧枕动脉的茎乳头支供血(图2、3)。栓塞后肿瘤染色消失,肿瘤供血动脉大多被栓塞(图4)。2例于栓塞后1周内行手术,均完全切除,术中出血量约100 ml,明显少于另1例(手术效果不满意而行术后栓塞)的手术出血量约500 ml。病理诊断为颈静脉鼓室副神经节瘤,瘤体部分坏死及见血栓形成。栓塞后随访观察,患者的临床症状均减轻或消失。

讨论

颈静脉球瘤是来源于颈静脉球和鼓室副神经节的肿瘤,其具有以下临床特点:女性多见,发病年龄40岁左右,病程长且进展缓慢,以搏动性耳鸣或听力下降为主要临床症状等。颈静脉球瘤间质血管丰富,多为扩张的薄壁血窦,甚至成血管瘤样改变;且可逐渐增大,侵犯邻近组织。颈静脉球瘤具有多中心生长或多分叶生长的特点,各叶供血动脉来源各异。由于颈静脉球瘤血运极其丰富,故临床上一旦怀疑此病,一般不主张穿刺活检,一经确诊必须进行有效治疗。

目前对于颈静脉球瘤,手术切除仍是首选治疗方法,但是术中出血是一个亟待解决的问题之一,为此大多数临床工作者主张术前栓塞治疗^[1-5]。对疑有颈静脉球瘤的患者术前必须进行血管造影检查,先行双侧颈总动脉和椎动脉造影,以防遗漏多

发病灶,明确病变部位后超选择插管至病变侧颈内动脉、颈外动脉供血分支再行造影。文献表明^[2],颈静脉球瘤的供血动脉主要为颈外动脉的分支,如咽升动脉、枕动脉、耳后动脉等,本组病例中2例由左侧咽升动脉

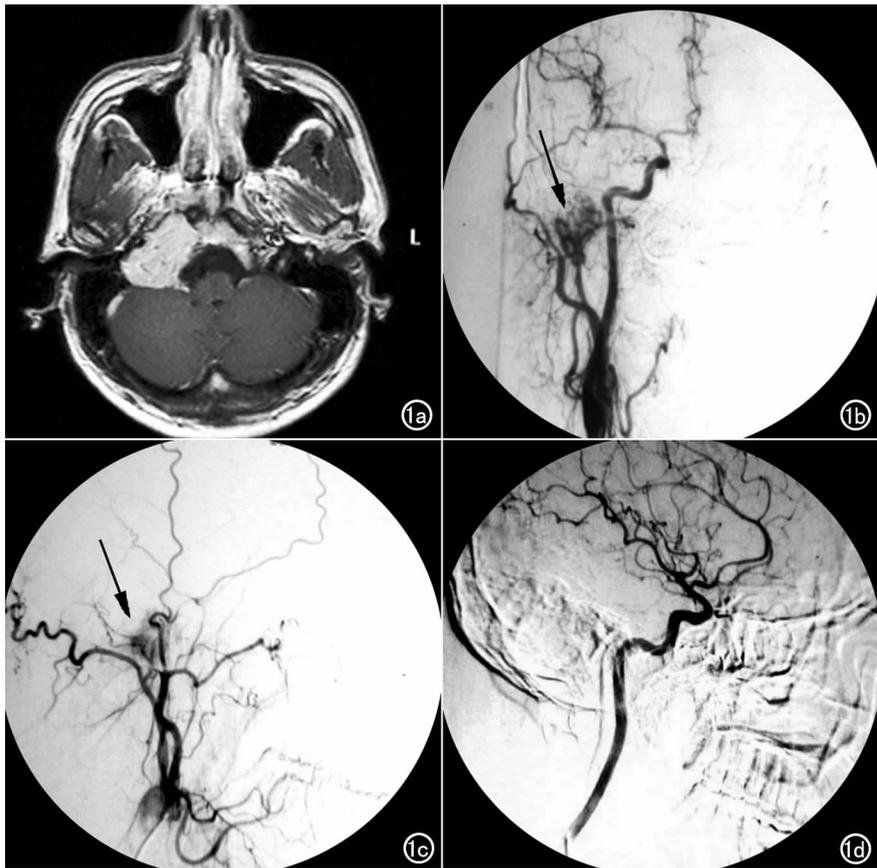


图1 右侧颈静脉球瘤。a) 轴面增强 T_1 WI显示肿瘤位于颈静脉孔区,均匀强化; b) 右侧正位颈总动脉造影示颈静脉孔区肿瘤血管丰富(箭); c) 右侧侧位颈外动脉造影示颈静脉孔区肿瘤血管丰富(箭); d) 右侧侧位颈内动脉造影未见明确肿瘤供血血管。



图2 栓塞前右侧侧位枕动脉造影示肿瘤区浓染(箭),茎乳突动脉(白箭)明显增粗,为主要供血动脉。图3 以微导管超选择至肿瘤主要供血动脉茎乳突动脉(白箭)造影示肿瘤区浓染(箭)。图4 栓塞治疗后复查造影示肿瘤血管基本消失,茎乳突动脉远端不显影。

供血,1例由右侧枕动脉的茎乳头支供血。颈静脉球瘤血管造影检查具有特征性表现,它不仅可明确病变的性质,而且可明确病变的形态、大小、数量、部位及供血动脉等情况,对进一步行栓塞治疗有着十分重要的意义。

栓塞治疗对于减少术中出血和抑制肿瘤生长具有积极的作用,对单支供血的肿瘤,将栓塞剂经供血动脉灌注入瘤体内,即可达到较好的止血效果和抑制肿瘤生长的目的;对于多支供血的肿瘤,应逐一对各供血动脉进行造影和栓塞,若有遗漏则手术中仍将会有出血,肿瘤将继续生长。栓塞材料有多种选择,常见的有明胶海绵颗粒、医用缝合线、PVA颗粒等。笔者认为PVA似更可取,本组病例均采用规格为300~510 μm 的PVA颗粒作为栓塞材料,都取得了令人满意的效果。笔者认为,栓塞结束的指征有肿瘤供血动脉的血流明显减慢且出现滞流、肿瘤染色消失等。

文献报道^[6,7],栓塞后并发症有头皮痛、周围性面瘫、舌咽神经麻痹等,最严重的并发症是栓子逆流或经“危险吻合”误入颅内动脉造成神经功能障碍。栓塞过程中,应特别注意危险吻合,避免异位栓塞。本组病例由于在栓塞过程中实行超选择插管及灌注,并在X线

电视下严密观察栓塞情况,严格实行低压缓慢灌注,因而没有发生1例误栓现象。

综上所述,笔者认为颈静脉球瘤的栓塞治疗对于减少术中出血和抑制肿瘤生长有积极的作用,术前栓塞加外科手术切除是治疗颈静脉球瘤的一种行之有效的办法。

参考文献:

- [1] Tasar M, Yetiser S. Glomus Tumors; Therapeutic Role of Selective Embolization[J]. J Craniofac Surg, 2004, 15(3): 497-505.
- [2] 凌锋. 介入神经放射学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1991. 162-169.
- [3] 李铁林, 段传志, 陈志才. 巨大颈静脉球瘤术前血管内栓塞一例[J]. 中华神经外科杂志, 1995, 11(1): 25-25.
- [4] 邓刚, 黄祥龙, 沈天真, 等. 颈静脉球瘤的DSA表现及术前栓塞治疗[J]. 中国医学计算机杂志, 1996, 2(4): 258-260.
- [5] 王智民, 王苏峰, 张民友, 等. 颈静脉球瘤的导管治疗(附2例报告)[J]. 实用放射学杂志, 1995, 11(8): 506-507.
- [6] Marangos N, Schumacher M. Facial Palsy after Glomus Jugulare Tumour Embolization[J]. J Laryngol Otol, 1999, 113(3): 268-270.
- [7] 黄得亮, 杨伟炎, 周定标, 等. 颈静脉球瘤的诊断与治疗[J]. 中华医学杂志, 2002, 82(20): 1381-1384.

(收稿日期: 2006-03-13 修回日期: 2006-10-27)

· 外刊摘要 ·

MRI 应是诊断急性脑卒中的首选检查

Shalmali Pol

目的:美国和加拿大两国多所相关机构的研究者在2000年~2002年分别独立进行了MRI与CT诊断急性脑卒中的对照研究。旨在探讨那种检查方法对诊断该病更具有优势。**方法:**356名患者在行CT扫描前两小时内行MRI扫描,从患者症状出现到做MRI检查的中间时间为367min;到做CT检查的中间时间为390min。MRI采用1.5T扫描仪,梯度回波和扩散加权成像(DWD)扫描序列。CT采用非增强扫描方式,取听眶线平面,层厚5mm。所得影像随机配对排步(CT; MRI一一对应),由神经放射学和脑卒中方面的专家各两名对所得图像进行分析。**结果:**经全面研究, MRI检查急性脑卒中的最大敏感度源于MRI对出血性脑卒中的检出率, MRI的急性检出率为52%(185/356); CT为17%(59/356)。诊断患者有无急性脑卒中的检出率MRI为80%, CT为58%。诊断敏感度MRI为

83%, CT为26%。特异性诊断MRI为97%, CT为98%。最终诊断准确率MRI为89%, CT为54%。另外,在对131名症状出现后3~12h的患者扫描中, MRI对局部出血性脑卒中病例的检出率为41%(53/131), CT为12%(16/131)。对急性颅内出血MRI与CT的检出率则基本相同(MRI为6%, CT为7%)。MRI的假阴性率为17%,绝大多数是位于脑干部的小病灶,这种假阴性在CT中也以相同比率存在。结论: MRI对局部出血性脑卒中以及急、慢性出血的诊断优于CT,因此应以MRI取代CT做为准确诊断该病的首选检查方法,尽管MRI的费用较高,但诊断准确率的优势足以弥补价格上的劣势。

沈阳中国医科大学附属第一医院放射线科 傅强译 李松柏校
摘自 AuntMinnie.com staff writer