

·临床研究·

脑膜瘤合并颅内动脉瘤 15 例诊断与治疗

叶晖, 柳再明, 周龙, 李斐, 陈治标

作者单位
武汉大学人民医院
神经外科
武汉 430060
收稿日期
2018-08-07
通讯作者
陈治标
chzbiao@126.com

摘要 目的:分析脑膜瘤合并颅内动脉瘤的临床诊断与治疗。**方法:**回顾性分析我院收治的脑膜瘤合并颅内动脉瘤患者 15 例的临床资料研究,探讨其诊断以及相应的治疗方案。**结果:**本组 15 例患者中,脑膜瘤合并前交通动脉瘤 5 例、后交通动脉瘤 7 例、颈眼动脉瘤 2 例、大脑后动脉 P1 段动脉瘤 1 例。其中 9 例先行动脉瘤瘤夹闭术或介入血管内栓塞术,半月或 1 月后再做脑膜瘤切除术;2 例在住院准备手术过程中动脉瘤破裂,急诊做动脉瘤夹闭术和脑膜瘤切除术;2 例做动脉瘤介入血管内栓塞治疗,脑膜瘤较小未做手术;2 例未做任何治疗。全部患者随访 12 个月,经治疗的 13 例患者:良好 12 例、中残 1 例;未治疗 2 例:良好 1 例、死亡 1 例。**结论:**脑膜瘤合并颅内动脉瘤发病率较低,接诊脑膜瘤患者后建议完善颅脑影像学检查明确诊断。手术治疗方案的选择需要根据患者具体情况选择合适的、科学的治疗方式。

关键词 脑膜瘤;颅内动脉瘤;颅脑 CTA;治疗

中图分类号 R741;R741.02;R741.05;R743;R651.1 **文献标识码** A **DOI** 10.16780/j.cnki.sjssgncj.2019.04.016

叶晖, 柳再明, 周龙, 等. 脑膜瘤合并颅内动脉瘤 15 例诊断与治疗[J]. 神经损伤与功能重建, 2019, 14(4): 212-213.

脑膜瘤合并颅内动脉瘤临床上少见,据统计约占脑膜瘤病例 0.3% 左右,既往文献多为个案报道^[1]。因此,目前尚无系统的脑膜瘤合并颅内动脉瘤的诊疗研究情况。近年来随着影像学诊断及脑血管造影技术的完善,脑膜瘤合并颅内动脉瘤的临床发病率及早期确诊率呈逐年增加的趋势^[2,3]。本文对我科收治的颅内脑膜瘤合并颅内动脉瘤患者 15 例的临床资料进行回顾性分析,探讨其诊断及相应的治疗方案,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2005 年 1 月 1 日至 2017 年 12 月 31 日收治的颅内脑膜瘤合并颅内动脉瘤患者 15 例。

1.2 方法

收集 15 例患者的全部临床资料,进行回顾性、描述性分析。

2 结果

2.1 基本情况及影像学资料

本组 15 例患者,女 11 例,男 4 例;年龄 42 ~ 62 岁,平均(50.3±2.1)岁;病史 3 ~ 11 个月,平均(6.8±1.1)月。

主要临床表现为头痛 10 例,视力减退 2 例,颅神经损害 3 例。

脑膜瘤患者入院后均完善颅脑 CT、MRI 检查,并作头颈 CT 血管成像(computed tomography angiography, CTA)或数字减影血管造影(digital subtraction angiogram, DSA)检查,明确颅内动脉瘤诊断。结果显示:脑膜瘤合并前交通动脉瘤 5 例、后交通动脉瘤 7 例、颈眼动脉瘤 2 例、大脑后动脉 P1 段

动脉瘤 1 例。15 例均为未破裂动脉瘤。

2.2 治疗

本组 9 例因脑膜瘤与动脉瘤部位不一致,无法一次性开颅完成,先行动脉瘤夹闭术或介入血管内动脉瘤栓塞术,半月或 1 月后再做脑膜瘤切除术。2 例在住院准备手术过程中动脉瘤破裂,急诊做动脉瘤夹闭术和脑膜瘤切除术。其中 1 例为男性,53 岁,右侧额叶大脑镰旁脑膜瘤合并右侧颈内动脉后交通动脉瘤,一次性扩大翼点入路开颅,先夹闭后交通动脉瘤,再切除脑膜瘤;1 例为女性,60 岁,右侧顶叶大脑镰旁脑膜瘤合并左侧前交通动脉瘤,先行左侧翼点入路夹闭动脉瘤,再行右侧顶瓣开颅,切除脑膜瘤。2 例做动脉瘤血管内介入栓塞治疗,脑膜瘤较小未做治疗。2 例未予手术治疗。

2.3 转归与随访

本组 15 例患者中,9 例先处理颅内动脉瘤后处理脑膜瘤的病例,通过电话回访或门诊随访 1 年,做颅脑 CTA 和颅脑 MRI 平扫+增强,未见脑膜瘤和动脉瘤复发;2 例急诊手术的病例,其中 1 例男性恢复良好,随访无复发,另 1 例女性昏迷 1 月,经治疗后恢复清醒,但遗留左侧肢体偏瘫,肌力 II ~ III 级;2 例只处理动脉瘤,脑膜瘤未做手术的患者,随访 1 年,动脉瘤无复发,1 例脑膜瘤稍增大,另一例脑膜瘤无变化;2 例未做动脉瘤和脑膜瘤手术的患者,随访中 1 例患者家属诉在家中突然晕倒,送至当地医院抢救无效死亡(估计为颅内动脉瘤破裂),另 1 例随访无变化。

3 讨论

随着目前医疗技术的发展,脑膜瘤合并颅内动脉瘤患者的临床检出率成逐年增加的趋势^[4,5]。但

目前临床上脑膜瘤合并颅内动脉瘤的报道较少,其临床发病率及检出率较低的原因可能与多数动脉瘤患者早期无明显症状,且大多数脑膜瘤患者术前未常规行头颅CTA或DSA检查有关。临床工作中需要进一步完善各项辅助检查,以进一步提高其临床检出率^[6]。

在脑膜瘤合并颅内动脉瘤患者的临床研究中,其临床发病原因目前尚无明确的报道,其中多数学者认为其发病与先天性血管异常及激素、内分泌水平改变相关,但是其具体的发病机制还不明确。脑膜瘤合并颅内动脉瘤的治疗,国内外目前尚无明确的治疗指南及治疗规范,多根据脑膜瘤与动脉瘤的部位、大小、形态及患者的年龄、身体一般状况采取最为科学有效的治疗方式^[7]。多数学者及专家主张针对有症状的颅内动脉瘤及颅内脑膜瘤需要及时的手术治疗干预,有效的预防患者动脉瘤破裂及脑膜瘤的进一步扩大发展,对于无明显临床症状的患者其临床治疗方案尚存在一定的争议^[8]。

在本研究中对有症状的脑膜瘤患者的入院检查中,特别是脑膜瘤体积较大,且合并高血压病史的患者必须常规行头颅CTA或全脑血管造影检查,以明确患者有无颅内动脉瘤可能,同时也是提高患者手术治疗安全性的主要术前检查方式。

在脑膜瘤合并颅内动脉瘤患者的手术治疗中,本组患者术前均积极完善相关辅助检查,根据患者术前脑膜瘤位置及体积、颅内动脉瘤大小位置情况进行评估,同时参考患者家属经济条件和家属手术意向,采取了最为科学的手术治疗方式。对于只做颅内动脉瘤夹闭术或动脉瘤血管内介入栓塞治疗的患者指导患者术后定期随访,根据患者随访结果决定是否需要做颅内脑膜瘤切除治疗。对于一次性颅内动脉瘤夹闭术联合脑膜瘤全切除术的患者,在手术治疗中多主张先行颅内动脉瘤夹闭术,再行颅内脑膜瘤切除术,其原因是脑膜瘤切除术后可导致患者出现颅内压改变及不同程度的颅内血流动力学改变,增加患者颅内动脉瘤破裂的风险。同时,在针对脑膜瘤合并无症状颅内

动脉瘤时,当颅内动脉瘤属于体积较大、形态不规则的动脉瘤时,其自然破裂风险大,最好在手术条件允许的情况下行一次手术入路可同期治疗的目的;对于部分动脉瘤瘤体较小,自然破裂风险较低的患者,采取进一步控制血压,定期复查随访的保守治疗方案。在不同手术方式及不同手术方案治疗的过程中,需要对患者的病情及颅内动脉瘤、脑膜瘤的相对位置、瘤体大小等条件选取合适的手术治疗方案。笔者认为,对颅内脑膜瘤合并颅内动脉瘤患者的治疗原则是先处理动脉瘤,再处理脑膜瘤。本组15例患者中有9例患者遵循此原则,其随访结果均恢复良好。

综上所述,脑膜瘤合并颅内动脉瘤临床发病率极低,临床发病机制目前尚未明确,多数患者入院以脑膜瘤为主要就诊原因。在对患者的诊断中需尽量完善颅脑CT、MRI及头颅CTA或DSA等进一步明确诊断。手术治疗方案的选择需根据患者的主要临床症状、脑膜瘤及颅内动脉瘤的大小、相对位置、动脉瘤破裂风险及手术风险等具体情况选择合适的、科学的治疗方式。

参考文献

- [1] 陈伏祥, 康德智, 林元相, 等. 脑肿瘤合并颅内动脉瘤32例临床分析[J]. 中华解剖与临床杂志, 2015, 11: 450-453.
- [2] 卢剑波, 孙晓川, 朱继, 等. 数字减影全脑血管造影91例分析[J]. 吉林医学, 2011, 32: 4549-4551.
- [3] 潘少咏, 张千, 李先锋, 等. 颅内动脉瘤的病理发展阶段与脑血管DSA表现[J]. 广西医学, 2007, 29: 41-42.
- [4] 储呈春, 卞留贯, 钟志红, 等. 颅内肿瘤伴发颅内动脉瘤9例报告[J]. 交通医学, 2012, 26: 267-268, 270.
- [5] Vemooij MV, Ikram MA, Tanghe HL, et al. Incidental findings on brain MRI in the general population[J]. New Engl Jmed, 2007, 357: 1821-1828.
- [6] 仇晓岩, 彭强, 庄卫东, 等. 核磁共振波谱在肿瘤诊断与治疗中的应用[J]. 中外女性健康研究, 2017, 16: 173-175.
- [7] 刘永明. 恶性脑膜瘤的诊断与治疗探讨[J]. 中国医药指南, 2015, 7: 196-196.
- [8] 黄涛, 彭雍. 非典型脑膜瘤的诊断与治疗[J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2017, 44: 75-78.

(本文编辑:唐颖馨)