

· 病例报告 ·

CT、MRI、DSA 联合诊断颅内椎动脉瘤一例

戴兴社 杨晓彤 徐庆兰 薄茂盛

患者女, 16 岁。于 2 年前无任何诱因出现左后枕部持续性胀痛, 无发热及其他不适。以后头痛加剧, 波及左额部及左上面部, 伴左面部潮红、多汗, 并感头晕、视物旋转, 时有复视、恶心呕吐, 走路不稳, 身体向左倾倒, 偶有饮水呛咳。体检: 神志清楚, 精神不振, 语言稍嘶哑, 痛苦表情。左侧眼裂小。左软腭上抬无力, 悬雍垂轻度右偏, 左咽反射减退, 左侧偏身痛温觉减退, 闭目难立征: 睁、闭目均站立不稳, 身体向左倾倒, 行走不稳。血压无异常。

影像表现: 头颅 CT 示小脑蚓部类圆形不均匀高密度影, 边界清晰、光滑, 第四脑室受压、变小、右移(图 1), 考虑髓母细胞瘤并其内出血, 不排除海绵状血管瘤并其内出血。头颅 MRI 示左侧脑干周围池类圆形混杂信号影, T₂WI 见不规则高信号影, 并见流空低信号影。信号影边界清晰、光滑, 延髓受压明显(图 2), 考虑左侧椎动脉瘤并瘤内出血。头颅 MR 血管成像(MRA)示左侧椎动脉汇入基底动脉前的颅内段扭曲成一团块状影(图 3)。椎动脉 DSA 动态观察, 见左侧椎动脉中上段明显扩张, 对比剂在椎动脉汇入基底动脉前随血管走行成一团块状影, 然后对比剂缓慢通过基底动脉到达颅内分支(图 4), 证实为左侧椎动脉颅内段动脉瘤。

讨论 颅内椎动脉瘤罕见, 其发病率仅为颈动脉系统动脉瘤的 2% ~ 3%。颅内椎动脉瘤的形成多由于动脉壁的先天性缺陷以及高血压动脉粥样硬化, 血管壁中层及外层较薄, 且弹力纤维少, 在通过蛛网膜下腔时没有周围组织的支持, 当血流加大冲击时, 就形成椎动脉瘤^[1]。本患者 16 岁, 年龄较小, 考虑椎动脉瘤的形成为动脉壁的先天性缺陷所致。颅内段椎动脉瘤压迫上段颈髓或延髓致颈髓外侧综合

征(Wallenberg 综合征)表现而就诊, 其症状为头痛、眩晕、声音嘶哑等, 体检可见霍纳征、咽反射迟钝、偏身感觉迟钝、闭目难立征阳性等。

本例患者 CT 诊断为后颅窝小脑蚓部肿瘤并瘤内出血, 首先考虑髓母细胞瘤; 其次, 不排除海绵状血管瘤并其内出血。MRI 显示瘤体位于蛛网膜下腔, 不在小脑蚓部, 不能诊断为髓母细胞瘤; 再者显示血管流空效应, MRA 显示左侧椎动脉出入瘤体, 因此诊断为椎动脉瘤并瘤内出血。椎动脉 DSA 更进一步证实瘤体为左侧椎动脉瘤。国内外文献报道 DSA 为诊断该类血管疾病的“金标准”^[2-3]。

通过本病的诊断与鉴别诊断可以看出, CT 定位为小脑蚓部, MRI 定位为脑干周围池, 辅以其他征象, 定性诊断为椎动脉瘤; MRI 定位诊断准确, 使得定性诊断更加明确; DSA 证实为左侧椎动脉颅内段动脉瘤。

因此, 联合运用 CT、MRI、MRA、DSA 多种影像技术, 仔细观察各种影像征象, 综合分析, 可避免一种影像手段对疾病认识的片面性。同时我们应将颅内椎动脉瘤列入后颅窝肿瘤的鉴别诊断之中。

志谢 本文承马强华教授指导, 表示衷心感谢

参 考 文 献

- [1] 史玉泉. 实用神经病学. 2 版. 上海: 上海科技出版社, 1994: 654.
- [2] 范彩霞, 战杰铭, 孙艳华. 椎动脉瘤致 Wallenberg 综合征 1 例报告. 中风与神经疾病杂志, 1998, 15: 332.
- [3] 周建华. 椎动脉瘤致延髓外侧综合征 1 例. 中国实用内科杂志, 2003, 23: 269.

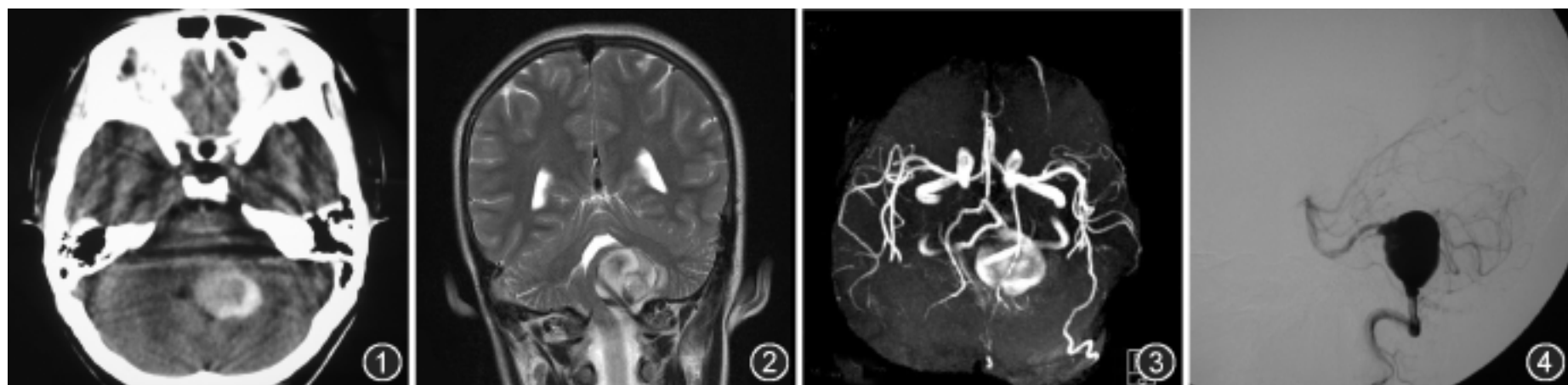


图 1 CT 平扫示小脑蚓部类圆形不均匀高密度影, 边界清晰、光滑, 第四脑室受压、变小、右移 图 2 MR T₂WI 示左侧脑干周围池圆形混杂信号影, 其内见流空低信号影及含铁血黄素信号影 图 3 三维 MR 血管成像(3D MRA)示左侧椎动脉汇入基底动脉前颅内段扭曲成一团块状影。左侧大脑后动脉起自左颈内动脉 图 4 DSA 左侧椎动脉造影动态观察, 示左侧椎动脉中上段明显扩张, 对比剂在椎动脉汇入基底动脉前扭曲成一团块状影, 以后对比剂缓慢通过基底动脉到达颅内分支

(收稿日期: 2007-12-25)

(本文编辑: 张琳琳)