

## 外伤致眼动脉假性动脉瘤一例

赵剑波 陈勇 李彦豪

眼动脉解剖位置深在, 头颅外伤致眼动脉假性动脉瘤形成实属罕见, 笔者报道 1 例如下。

患者 男, 15 岁。因骑摩托车摔倒, 伤及头部, 急诊入院。当时神志不清, 无呕吐、肢体抽搐及大小便失禁。体检: 神志昏迷, 格拉斯哥昏迷评分 (GCS) 标准 5 分, 右侧瞳孔扩大, 直径约 5.0 mm, 对光反应无, 左侧瞳孔直径约 2.5 mm, 对光反应迟钝。头颅 CT 检查示右侧颞叶硬膜外血肿, 右侧颞叶脑挫裂伤。出血量约 5 ml, 行对症支持治疗及密切观察。1 d 后复查 CT 示硬膜外血肿增大, 出血量约 20 ml, 鼻及右侧外耳道见血性脑脊液流出, 行急诊右侧颞叶硬膜外血肿清除术, 术后患者神志及肢体活动均明显好转。因并发右股骨干骨折, 于术后 1 周转骨科行右股骨干骨折切开复位术, 手术顺利。患者于入院后 12 d 起出现右眼结膜水肿, 渐加重, 为非搏动性, 表面未闻及血管杂音, 右眼仍无光感, 左眼无异常, 无明显肢体功能变化, 经外用药物处理右眼可暂时消肿。CT 检查示右眼球后血肿 (图 1), 右上颌窦前外侧壁、蝶骨大翼、枕骨斜坡多发骨折, 考虑为眼动脉破裂或海绵窦瘘。行脑血管造影示右眼动脉中段分支破裂, 对比剂外漏至球后 (图 2), 右眼球后对比剂聚集, 静脉期无明显消散 (图 3), 诊断为右眼动脉外伤性假性动脉瘤。

行栓塞治疗, 超选入右眼动脉后, 以 2 枚电解式可脱铂金弹簧圈 (GDC) 栓塞右眼动脉, 术后造影复查示右眼动脉主干已闭塞 (图 4)。后转眼科清除右眶内血肿。

讨论 颈内动脉由颅底破裂孔入颅腔后, 沿蝶鞍外侧的颈内动脉沟通过海绵窦, 在前床突尖端内侧突出海绵窦向后进入蛛网膜下腔。在海绵窦内的颈内动脉有 3 个分支, 即脑膜垂体干、海绵窦下动脉、垂体囊下动脉。故头颅外伤、尤其是颅底骨折造成该段颈内动脉和 (或) 分支破裂, 动脉血由破裂口直接注入海绵窦内, 即形成外伤性颈内动脉海绵窦瘘 (TCCF), 其诊断及治疗既往多有文献报道<sup>[1-3]</sup>, 也有自发闭

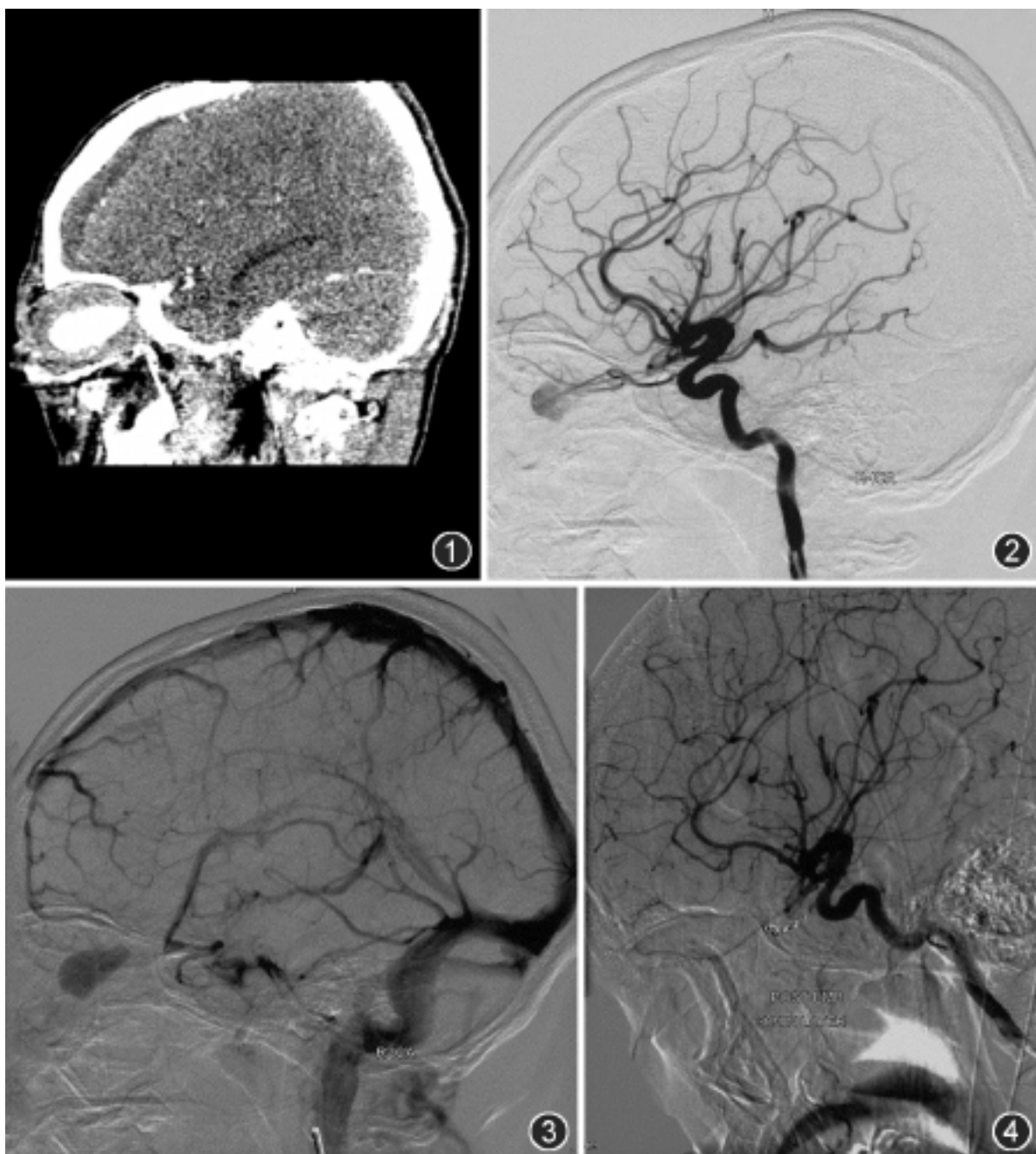


图 1 CT 检查示右眼球后血肿, 强化明显 图 2 脑血管造影示右眼动脉中段分支破裂, 对比剂外溢至球后 图 3 脑血管造影示右球后对比剂聚集, 静脉期无明显消散 图 4 以 2 枚电解式可脱铂金弹簧圈 (GDC) 栓塞右眼动脉, 造影复查示右眼动脉主干已闭塞

塞消失的病例报道<sup>[4]</sup>。而眼动脉位于眶内, 不与周围骨结构相邻, 故外伤极少损伤眼动脉, 据笔者检索未见有类似文献报道。在本例中, 患者入院时急诊头颅扫描未检查眼眶, 于 12 d 后出现右眼显著肿胀, 行右眼 CT 证实有右上颌窦前外侧壁骨折, 估计可能为外伤当时眶下壁冲击致眼动脉壁微小损伤, 后损伤渐加重而出现眼动脉破裂, 从而导致眼动脉假性动脉瘤形成。

本例患者入院第 2 天即有右侧脑脊液耳漏, 为血性, 提示可能有颅内血管损伤。但因并发颅内血肿, 经急诊开颅手术后病情稳定, 且血性脑脊液漏不久后即消失, 患者一直处于昏迷状态, 故未予特殊注意, 转行骨科行骨折复位手术。患者于外伤后 12 d 起开始出现右眼肿胀, 但为非搏动性, 未

闻及血管杂音,且经局部外用药物后可暂时消肿,当时考虑为球后血肿,但肿胀持续加重,且视力及对光反应始终未恢复,后行 DSA 才确诊为右眼动脉假性动脉瘤。此时距右眼开始肿胀已有 1.5 个月,患者右眼仍无光感。本例结果提示,对于有脑脊液鼻漏的颅脑复合伤患者,在生命体征平稳后,眼部持续肿胀且无搏动性突眼及血管杂音,在此情况下应考虑到眼动脉破裂致假性动脉瘤的可能,应尽早行脑血管造影以明确诊断,以免延误治疗时机。

在本病的治疗上,由于右眼已无光感,视觉诱发电位右眼未见波形引出。考虑右眼视力已丧失,且眶内高压呈进展性,如不采取治疗措施,右眼可引起溃破、出血、感染,并进一步引起交感性眼炎<sup>[5]</sup>,从而影响对侧视力。考虑到直接手术存在止血困难的风险,故行右眼动脉完全栓塞后再清除眶内血肿。

## 腭扁桃体神经鞘瘤一例

周水洪 阮凌翔 汪审清 徐盈盈 陈海红

神经鞘瘤起源于神经雪旺细胞,腭扁桃体神经鞘瘤极为罕见,迄今为止国外仅 4 例报道<sup>[1-4]</sup>,国内为 5 例<sup>[5-9]</sup>,扁桃体神经鞘瘤的 CT 表现与病理特点的相关性研究未见报道,本院于 2006 年 4 月收治 1 例,笔者报道其 CT 特点及与临床病理的相关性。

患者 男,37 岁。体检发现右咽部肿块 2 年余,打鼾 1 年加重 1 个月入院,其妻发现近 1 个月打鼾时出现暂停、无头痛、头昏、心悸、胸闷,白天嗜睡或明显夜间憋醒。行多导睡眠监测示呼吸暂停和低通气指数为 22,最低血氧饱和度为 90%,诊断为中度阻塞性睡眠呼吸暂停综合征伴轻度低氧血症,于 2006 年 4 月 17 日收住入院,体检:右侧扁桃体上可见约 3 cm×4 cm 大小的肿块,突向咽腔,表面光滑、质中,其他部位检查未见异常。CT 平扫示右侧咽部翼内肌深面可见一类圆形低密度影,中心呈相对偏高密度,边缘呈环形相对较低密度影,病灶边界较清,周围侧咽壁软组织受压推移;动态增强扫描示病灶后上方可见条索状血管样结构进入病灶中心区,病灶中心呈进行性“填充式”强化,周围仍为相对低密度的无明显强化区,但延时增强后范围缩小,病灶边界变清晰,外侧与翼内肌间脂肪间隙存在(图 1~3)。于 2006 年 4 月 19 日在全身麻醉下经口咽途径行右侧扁桃体及肿瘤切除术。病理检查:送检扁桃体旁见一肿块,大小约 3.0 cm×3.0 cm×1.5 cm,表面光滑,有包膜,与扁桃体界线

## 参 考 文 献

- [1] Luo CB, Teng MM, Chang FC, et al. Endovascular management of the traumatic cerebral aneurysms associated with traumatic carotid cavernous fistulas. *Am J Neuroradiol*, 2004, 25: 501-505.
- [2] Yang D, He Q, Zou Y, et al. Diagnosis and treatment of traumatic carotid cavernous fistula. *Chin J Traumatol*, 2002, 5: 112-114.
- [3] Coley SC, Pandya H, Hodgson TJ, et al. Endovascular trapping of traumatic carotid-cavernous fistulae. *AJNR*, 2003, 24: 1785-1788.
- [4] Luo CB, Teng MM, Chang FC, et al. Spontaneous thrombosis and complete disappearance of traumatic carotid-cavernous fistula after angiography. *J Chin Med Assoc*, 2005, 68: 487-490.
- [5] 李志杰, Smith CW. 交感性眼炎的免疫病理学及其免疫治疗. *眼科新进展*, 2005, 25: 1-4.

(收稿日期:2007-05-11)

(本文编辑:隋行芳)

清楚,质韧,中央有坏死,镜下见梭形肿瘤细胞呈栅栏状排列,有的疏松,有的致密,可见大量厚壁血管,中央出血明显(图 4),肿瘤外可见纤维包膜,S-100 阳性,病理诊断:神经鞘瘤。术后无并发症,随访 6 个月未见复发。

讨论 大约 25%~48% 的神经鞘瘤发生于头颈部<sup>[10]</sup>,仅 1% 发生于口咽部<sup>[11]</sup>,而发生于腭扁桃体者更为罕见,国内外文献仅见 9 例报道,其中 7 例为良性神经鞘瘤,2 例为恶性神经鞘瘤;加上本例共 10 例。10 例扁桃体神经鞘瘤发生的年龄在 13~69 岁,平均 38 岁,男 6 例,女 4 例。扁桃体神经鞘瘤生长缓慢,多为无意中发现,随着肿块的增大主要表现为咽部异物感、吞咽困难、咽痛、打鼾,但很少出现呼吸阻塞,10 例中无一例出现呼吸困难。

通过 CT 影像、大体标本及病理切片的比较,病理改变的特殊性致神经鞘瘤的 CT 表现颇具特征,且两者有明显的相关性<sup>[12-14]</sup>。神经鞘瘤组织学上分为 2 类:一种肿瘤细胞丰富,为 Antoni A 区,CT 表现为高密度影;一种为少细胞富含黏多糖基质的 Antoni B 区,排列疏松而零乱,CT 表现为低密度或透亮状。在 A 区、B 区内都可夹有胶原、出血、微囊、钙化等改变<sup>[15]</sup>。

本例大体标本及显微镜下可见有完整包膜,与周围组织无明显粘连,肿瘤周围主要为 Antoni B 区,这与 CT 表现边界清楚、有包膜、呈环状、周围呈低密度及增强后未见明显强化基本相符,因此 CT 能如实反映瘤边缘、周围的病理组织学特征。本例 CT 动态增强表现为病灶后上方可见条索状血管样结构进入病灶中心区,伴病灶中心呈进行性“填充式”强化,这主要与镜下大量厚壁血管有关。本例扁桃体神经鞘

作者单位:310003 杭州,浙江大学医学院附属第一医院耳鼻咽喉科(周水洪、汪审清、徐盈盈、陈海红),放射科(阮凌翔)

通信作者:阮凌翔, Email: doublelingzh@163.com

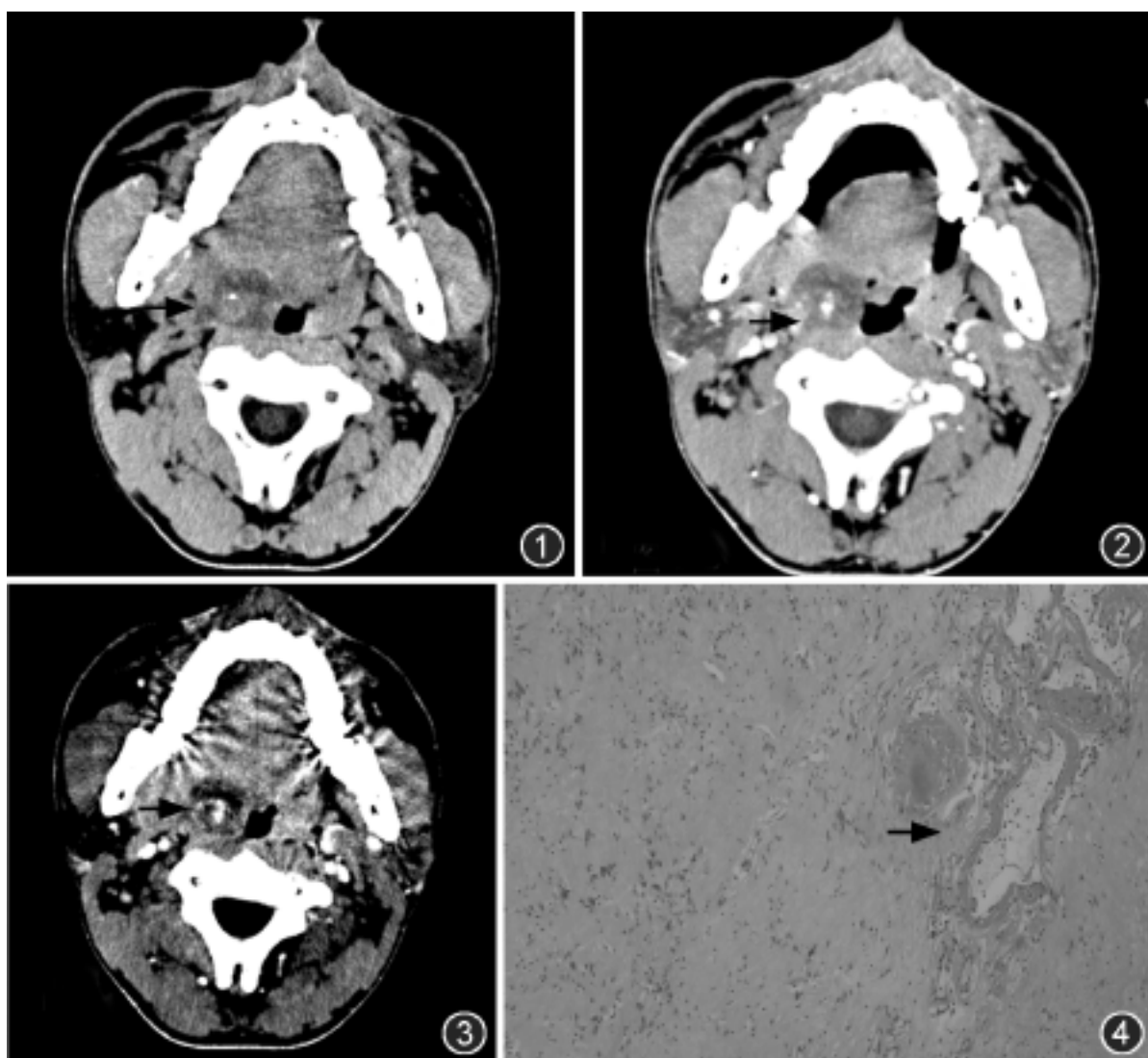


图 1~3 右扁桃体神经鞘瘤。CT 平扫示右侧咽部翼内肌深面可见一类圆形低密度影,中心呈相对偏高密度,边缘呈环形相对较低密度影,病灶边界较清,周围侧咽壁软组织受压推移(图 1, 箭),动态增强扫描示病灶后上方条索状血管样结构进入病灶中心区,伴病灶中心呈进行性“填充式”强化,周围仍为相对低密度的无明显强化区(图 2, 箭),但延时增强后范围缩小,病灶边界变清晰(图 3, 箭) 图 4 病理检查。镜下见肿瘤有大量厚壁血管(箭),中央出血明显(HE  $\times 100$ )

瘤“填充式”强化现象与头颈部其他部位的神经鞘瘤在 CT 上的表现不一致,顾雅佳等<sup>[15]</sup>认为富细胞区之所以增强明显,可能与对比剂扩散程度及滞留时间有关,富细胞区较疏细胞区容易增强,从而形成 CT 影像上的对比,呈现特殊改变。本例有明显增粗的血管自病灶外缘达中心区域,而且血管的强化也非常明显,笔者认为当有较明显的中动脉进入扁桃体神经鞘瘤病灶时并不容易形成血栓,而是较细小的毛细血管或小动脉易形成血栓。

2%~10%的头颈部神经鞘瘤为恶性<sup>[10-11]</sup>,因此手术需要彻底切除肿瘤。在 10 例扁桃体神经鞘瘤中有 2 例为恶性,因此笔者认为仅切除神经鞘瘤并不彻底,应将肿瘤连

同扁桃体一起切除。

#### 参 考 文 献

- [1] Anil HT, Gowda BV, Lakshmi S, et al. Schwannoma of the palatine tonsil. *J Laryngol Otol*, 2005, 119: 570-572.
- [2] Bildirici K, Cakli H, Kecik C, et al. Schwannoma (neurilemmoma) of the palatine tonsil. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2002, 126: 693-694.
- [3] Lall GS, Walsh RM, Rowlands DC, et al. Schwannoma (neurilemmoma) of the tonsil. *J Laryngol Otol*, 1999, 113: 585-586.
- [4] Naik SD, Agrawal S. Neurilemmoma of tonsil. *J Ind Med Assoc*, 1975, 65: 17-18.
- [5] 周斌, 张月飞, 江枫. 扁桃体神经鞘瘤 1 例报告. *耳鼻咽喉-头颈外科*, 2003, 10: 39.
- [6] 戴良, 祝红辉, 黄文生. 扁桃体神经鞘瘤 1 例. *临床耳鼻咽喉科杂志*, 2003, 17: 77.
- [7] 郭柳, 孙方清, 嵇学智. 扁桃体神经鞘瘤 1 例. *临床耳鼻咽喉科杂志*, 2000, 14: 278.
- [8] 徐玉川, 李一堂. 扁桃体恶性上皮样神经鞘瘤一例. *四川肿瘤防治*, 1998, 11: 34.
- [9] 吴胜海, 孟庆文, 姜永州. 扁桃体恶性神经鞘瘤 1 例. *重庆医药*, 1992, 21: 46.
- [10] Williams HK, Cannell H, Silvester K, et al. Neurilemmoma of the head and neck. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 1993, 31: 32-35.
- [11] Pfeifle R, Baur DA, Paulino A, et al. Schwannoma of the tongue: report of 2 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 2001, 59: 802-804.
- [12] Cohen LM, Schwartz AM, Rockoff SD. Benign schwannomas: pathologic basis for CT inhomogeneities. *AJR*, 1986, 147: 141-143.
- [13] Ko SF, Lee TY, Lin JW, et al. Thoracic neurilemmomas: an analysis of computed tomography findings in 36 patients. *J Thorac Imaging*, 1998, 13: 21-26.
- [14] Suh JS, Abenoza P, Galloway HR, et al. Peripheral (extracranial) nerve tumors: correlation of MR imaging and histologic findings. *Radiology*, 1992, 183: 341-346.
- [15] 顾雅佳, 王玖华, 陈彤箴. 颈部神经鞘瘤的 CT 表现及其病理基础. *中华放射学杂志*, 2000, 34: 551-554.

(收稿日期: 2007-08-17)

(本文编辑: 隋行芳)