

临床隐匿颅外颈内动脉动脉瘤 1 例报道

张青萍, 许 昱

(武汉大学人民医院耳鼻咽喉头颈外科, 武汉 430060)

Atypical extracranial internal carotid artery aneurysms: one case report

Zhang Qingping, Xu Yu

(Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, Renmin Hospital of Wuhan University)

【中国分类号】R76

【文献标志码】B

【收稿日期】2016-09-01

颅外颈内动脉动脉瘤 (extracranial internal carotid artery aneurysms, ECAA) 较少见, 临床表现各异, 病情复杂, 处理较困难, 延误诊治极易发生动脉瘤血栓脱落而导致脑栓塞及动脉瘤破裂出血等风险^[1]。本文旨在结合临床上 1 例症状隐匿的 ECAA 病例, 探讨 ECAA 的诊治。

1 临床资料

患者, 男, 47 岁, 因“右侧头顶、颜面部及颈部疼痛 8 d 余”就诊, 患者于 8 d 前无明显诱因出现右侧头顶、颜面部及颈部疼痛, 为持续性胀痛, 伴发热感, 无明显咽痛、咽异物感, 无咳嗽、咳痰, 无吞咽困难、声音嘶哑, 无四肢活动障碍及大小便失禁。既往有癫痫病史十余年, 有吸烟史及饮酒史分别 25 年。查体: BP 122/66 mmHg, P 68 次/min, T 36.5 °C。专科体检: 左侧扁桃体 I° 肿大, 右侧扁桃体 II° 肿大, 表面未见明显红肿、化脓。右侧软腭抬举差, 右侧咽腭弓明显肿胀, 左侧软腭抬举正常, 悬雍垂左偏, 伸舌居中。颈部未触及明显肿块及明显搏动。发病后患者于当地医院就诊, 行鼻咽 MRI 平扫示: 鼻咽部肿物伴颅底骨质破坏, 右侧中耳乳突炎 (图 1), 门诊以“右侧咽旁间隙新生物性质待查”收入, 入我科后查血常规、生化全套、尿常规、凝血功能、术前病原、心电图、胸片均

未见明显异常, 行电子喉镜示: 右侧鼻咽侧壁膨隆 (图 2A)。为明确肿物对周围组织, 特别是周围骨质的侵蚀及肿物血供情况, 行鼻咽部 CT 扫描+增强, 影像显示右侧鼻咽部见大小约 4.5 cm × 2.5 cm × 5.2 cm 肿物, 其内密度不均匀, 增强扫描不均匀强化, 考虑右侧咽旁间隙富血供肿块 (图 2B), 神经源性肿瘤可能性大, 拟次日行鼻咽部活检明确肿瘤性质, 根据病检结果制定手术方案, 上级医师查房时结合 MRI 及 CT 阅片时发现: CT 增强提示肿物内有高密度影, 若考虑钙化, 对应 MRI 部位无论 T1 加权还是 T2 加权均应黑色低信号, 但在 MRI 上 T1WI 对应部位显示长 T1 和 T2WI 显示短 T2, 排除钙化, 结合患者外院鼻咽 MRI 平扫肿块内结节样长 T1 短 T2 信号, 高度怀疑颈部动脉瘤。仔细反复询问患者既往史, 患者否认头颈部外伤及手术史, 查体未能触及颈部表面或鼻咽口咽部搏动等体征, 结合头痛、头昏等不典型临床症状, 考虑颈部动脉瘤尚不明确, 同患者及其家属沟通, 结合影像资料, 颈部动脉瘤的诊断尚不能排除, 建议进一步完善 CT 颈部血管造影 (CTA), 明确新生物和颈部血管的关系, 征求患者及其家属同意后行颈部 CTA, 明确右侧咽旁间隙 (邻近颈动脉鞘) 见软组织肿块 (红色圆圈所示), 肿块内不规则造影池与右颈内动脉相连, 右侧颈内动脉动脉瘤并瘤内血栓形成 (图 2C)。此结果亦和鼻咽部 MRI 及 CT 上影像相符合。此例患者有长期癫痫病史, 不排除以往癫痫发作时头部撞击史等可能, 另有长期饮酒吸烟史, 对血管的损伤有加重的效果。

结合病史及辅助检查, 现明确诊断为: ECAA, 完善术前相关准备后, 在介入科置入球扩式覆膜支架于假性动脉瘤瘤颈处并释放, 复查造影显示覆膜支架位置、形态良好, 血流通畅, 假性动脉瘤瘤颈仅见少量返流的内漏显影 (图 2D), 结合抗炎、抗凝、对症支持治疗, 术后 3 d 患者右侧头颈部胀痛消失, 症状好转后出院, 电话随访患者, 患者未再诉头顶、颜面部及颈部疼痛, 达到临床治愈。

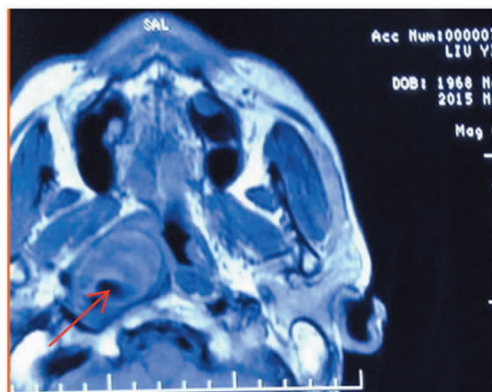
作者介绍: 张青萍, Email: ljzqp@163.com,

研究方向: 过敏性鼻炎的基础性研究。

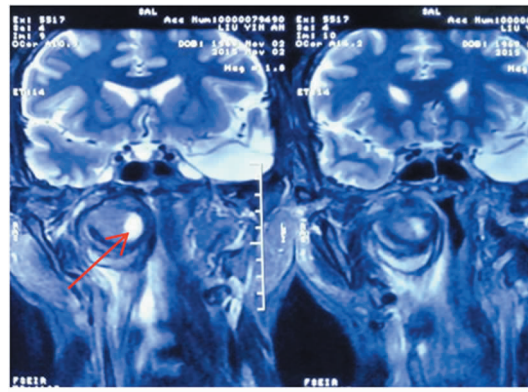
通信作者: 许 昱, Email: xy37138@163.com。

基金项目: 湖北省自然科学基金资助项目 (编号: 2012FFB04320、2013CKB006)。

优先出版: <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20170630.1048.048.html>
(2017-06-30)



A. 鼻咽部 T1WI

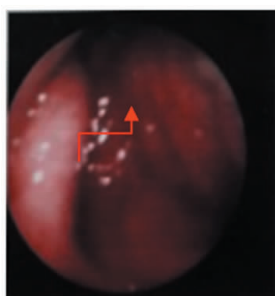


B. 鼻咽部 T2WI

注:鼻咽部和口咽部右侧壁见混杂信号肿块,边界尚清晰,有包膜:A 图为 T1WI,见结节状低信号(红色箭头所指),尚有斑片状高信号;B 图为 T2WI,见不规则高信号(红色箭头所指)。肿块压迫周围组织

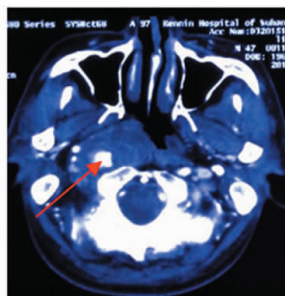
图 1 鼻咽部 MRI 平扫

Fig.1 Nasopharyngeal MRI scan



红色箭头所指为右侧鼻咽部隆起

A. 纤维喉镜检查



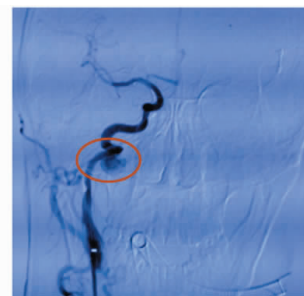
右侧鼻咽部见密度不均匀肿块,肿块内出现高密度影(红色箭头指)

B. 鼻咽部 CT 平扫+增强



行颈部 CTA 结果示右侧颈内动脉动脉瘤并瘤内血栓形成(红色圆圈示)

C. 术前 CTA



介入置入球扩式覆膜支架于瘤颈处(红色圆圈所示)

D. 介入治疗

图 2 入院后相关辅助检查

Fig.2 Relevant auxiliary examination after admission

2 讨论

颈动脉颅外段动脉瘤较少见,在外周血管瘤中占 0.4%~4.0%^[2], 占有颈动脉血管重建术的 1.5%^[3], 早期研究报道 ECAA 与梅毒、结核、邻近血管局部感染相关。近年研究发现, ECAA 大多继发于高血压所致动脉粥样硬化, 创伤、医源性损伤和先天性病变也是形成 ECAA 的重要因素^[3-4]。

假性动脉瘤为动脉受损后血液积聚于周围肌肉和筋膜间, 形成血肿, 逐渐机化成一片状纤维组织外层, 血凝块或血栓内逐渐形成的瘤腔往往呈类

圆形, 在 DSA 表现为“葫芦样”或“水滴样”改变, 本例即是。ECAA 一旦发现, 应立即治疗。保守治疗主要为抗凝、抗血小板聚集, 相关研究发现保守治疗卒中的发生率高达 50%^[5], 故首选外科治疗, 包括开放手术和血管内手术 2 种方式。1808 年 Cooper 采用结扎颈总动脉近段的术式治疗 1 例 ECAA, 其中风和致死率据统计分别为 25% 和 20%^[6], 在后续的开放手术中, 1956 年 Dintza 采用颈动脉瘤切除并吻合颈内动脉的方法治疗 ECAA, 成为治疗 ECAA 的标准术式^[7]。神经损伤概率及致死率分别降至 5.5%~10.0% 和 2.2%~6.0%^[8]。目前越来越多的医师采用血管内治疗^[4]。Zhou 等^[9]对 1985 至 2004 年间行

ECAA治疗的患者进行回顾性分析,结果发现:血管内治疗患者脑神经损伤的概率低于手术组 (4% vs. 14%, $P<0.05$),术后 30 d 卒中及死亡的发生概率低于手术组 (5% vs. 14%, $P<0.05$),Li 等^[9]回顾了行介入治疗的 224 例 ECAA 患者,行血管内手术成功者占 92.8%,术后出现内漏的占 8.1%,卒中的概率为 1.8%。与开放手术比较,虽然血管内手术存在球囊移位、支架断裂及狭窄导致卒中、持续性动脉瘤内漏等风险,但是毋庸置疑,介入治疗手术后效果远远好于单纯开放手术。但是血管内治疗不能解除已经形成的巨大动脉瘤对周围组织及神经的压迫症状,目前选择动脉瘤切除合并自体或人工血管间植术成为常规且普遍的术式^[10]。本例 ECAA 其动脉瘤位置较高,位于颈内动脉颅外段的远端接近颅底,手术难以到达,具有血管内治疗的绝对指征。

本病可无任何临床症状而偶然发现或临床工作中患者主诉头晕、头痛等不典型症状而常常被经验较少的耳鼻喉科年轻专科医师忽略,游潮^[11]报道 12 例创伤性颅内假性动脉瘤病例中 4 例是术中发现。本文中此例患者临床症状不典型,主诉为右侧头顶、颜面部、颈部胀痛不适,未能触及颈部表面或鼻咽口咽部搏动等体征,鼻咽部肿物位置较深,多考虑鼻咽癌等恶性肿瘤,仔细反复询问既往史,患者否认头颈部外伤史,这对于考虑颈动脉动脉瘤的诊断增加了难度,由于解剖关系的毗邻,颈动脉瘤常在耳鼻咽喉头颈外科部位出现临床症状,本例患者即在鼻咽部发现异常肿物,若不仔细阅片,误认为 CT 扫描的肿块内的高密度影为钙化,取病检可能导致患者大出血,鉴于鼻咽部位置较深,止血异常困难。另外,由于扁桃体周围脓肿、咽侧间隙脓肿侵蚀颈动脉导致假性动脉瘤,此时若切开排脓,特别是在口内切开,亦可能导致灾难性的后果。

尽管 ECAA 临床表现各异,有些患者症状不典型,作为耳鼻喉科年轻的专科医师,不能掉以轻心,对于此类病例,特别是咽旁间隙肿物的病例,需完

善术前检查,结合 CT 及 MRI 对应部位仔细阅片,明确肿物与血管的位置关系,不能贸然手术探查,否则可能出现术中大出血而危及患者生命,引起不必要的医疗纠纷。

参 考 文 献

- [1] Kakisis JD, Giannakopoulos TG, Moulakakis K, et al. Extracranial internal carotid artery aneurysm[J]. J Vasc Surg, 2014, 60(5):1358-1358.
- [2] El-Sabrou R, Cooley DA. Extracranial carotid artery aneurysms: Texas Heart Institute experience[J]. J Vasc Surg, 2000, 31(4):702-712.
- [3] Attigah N, Kulkens S, Zausig N, et al. Surgical therapy of extracranial carotid artery aneurysms; long-term results over a 24-year period[J]. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2009, 37(2):127-133.
- [4] Radak D, Davidovic L, Tanaskovic S, et al. A tailored approach to operative repair of extracranial carotid aneurysms based on anatomic types and kinds[J]. Am J Surg, 2014, 208(2):235-242.
- [5] Hosoda K, Fujita S, Kawaguchi T, et al. The use of an external-intracranial shunt in the treatment of extracranial internal carotid artery saccular aneurysms: technical case report[J]. Surg Neurol, 1999, 52(2):153-155.
- [6] Li Z, Chang G, Yao C, et al. Endovascular stenting of extracranial carotid artery aneurysm: a systematic review[J]. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2011, 42(4):419-426.
- [7] Rana NR, Hodgson KJ, Ramsey D, et al. Management approach to an extracranial internal carotid artery aneurysm[J]. J Vasc Surg, 2013, 57(2):526.
- [8] Srivastava SD, Eagleton MJ, O'Hara P, et al. Surgical repair of carotid artery aneurysms: a 10-year, single-center experience[J]. Ann Vasc Surg, 2010, 24(1):100-105.
- [9] Zhou W, Lin PH, Bush RL, et al. Carotid artery aneurysm evolution of management over two decades[J]. J Vasc Surg, 2006, 43(3):493-496.
- [10] 张雷, 陆华, 柏骏, 等. 近颅底巨大颈内动脉颅外段动脉瘤切除并人工血管重建一例[J]. 中华神经外科杂志, 2011, 27(10):1055-1057.
- [11] 游潮, 王翔, 贺民. 创伤性颅内假性动脉瘤的诊断与治疗[J]. 中国脑血管杂志, 2007, 4(10):440-444.

(责任编辑:冉明会)