# 经验交流

文章编号:1000-5404(2011)07-0756-02

# 颅内14例恶性黑色素瘤的临床诊断及治疗体会

董留建,王树凯 (450052 郑州,郑州大学第一附属医院神经外科)

【关键词】 颅内;黑色素瘤;诊断;治疗
【中图法分类号】 R739.41 【文献标志码】 B

颅内恶性黑色素瘤(malignant melanoma,MM)是中枢神经系统中极其罕见的肿瘤,分为原发性颅内MM和转移性颅内MM[1]。其恶性程度高,病程短,进展快,诊断困难,误诊率高,早期明确诊断和综合治疗可改善预后。现回顾分析1990年7月至2010年7月本院收治的14例病理确诊的颅内MM患者的临床资料,对其影像及诊治进行探讨,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

选取1990年7月至2010年7月本院收治的经病理确诊的颅内MM患者14例,其中男性10例,女性4例;年龄18~78岁,平均44.6岁;幕上7例,幕下4例,颅内多发2例,全脑转移1例。体表有黑痣者5例,皮肤MM切除史1例,MM肺部转移行胸腔镜肿瘤切除史1例。4例术前诊断为颅内MM。在误诊的10例中,4例误诊为胶质瘤,1例误诊为血管畸形,2例误诊为脑膜瘤,2例误诊为脑出血,1例误诊为海绵状血管瘤。

### 1.2 辅助检查

行CT检查12例,MRI检查14例,MRA检查2例。6例头颅CT示高密度或混杂密度病灶,6例为等或稍低密度病灶。增强扫描时,肿瘤呈不同程度的均匀强化或环状强化。7例MRI平扫示短$T_1$短$T_2$信号,4例短$T_1$长$T_2$信号,注射钆喷酸葡胺后出现程度不均匀的强化;3例稍长$T_1$长$T_2$信号,注射增强剂后增强不明显。2例行磁共振血管造影(MRA)检查未见明显血管畸形。

### 1.3 手术方法

均行手术治疗,依肿瘤部位采取相应的手术入路。8例行显微镜下肿瘤全切术,3例行近全切术,多发肿瘤2例行大病灶切除术,全脑转移1例取活检术病理确诊后行伽玛刀治疗。

### 1.4 病理分析

14例MM患者标本均行常规HE染色。4例诊断困难者进一步行免疫组织化学而确诊。

## 2 结果

术后诊断9例为转移性颅内MM,5例为原发性颅内MM。随访结果:9例转移性颅内MM存活2周至11个月,其中1例转移性单发MM确诊后曾行2次手术并存活2个月;4例原发性颅内MM存活4~23个月,1例小脑原发性MM于2005年4月术后存活至今,其术后出现脑积水行脑室-腹腔(V-P)分流,无肿瘤复发和转移,现生活基本自理。

## 3 讨论

### 3.1 颅内MM特点

颅内MM恶性程度高,临床表现无特异性[2]。本组误诊率高,预后多不佳,8例患者在出现脑部症状半年左右死亡。本组男性较女性多发,且以中青年多发,与国内外报道大致相同。原发性颅内MM少见,本组5例为原发性颅内MM,少于9例转移性颅内MM。本组原发性颅内MM术后平均生存时间为14个月,转移性颅内MM术后平均存活时间为5个月,因此原发性颅内MM的预后好于转移性颅内MM。

### 3.2 颅内MM诊断

3.2.1 影像学诊断 CT:CT平扫表现无特异性,多为高密度或混杂密度病灶,也可为等或稍低密度病灶。增强扫描时,肿瘤呈不同程度的均匀强化或环状强化。MRI:一般颅内MM多表现为短$T_1$短$T_2$信号,但在MRI上肿瘤却因含有黑色素细胞数量的不同而表现为不同的信号。Isikler等[3]根据瘤内黑色素含量不同,将MRI表现分为4型:①黑色素型:$T_1$WI为高信号,$T_2$WI为低信号;②非色素型:$T_1$WI为低信号或等信号,$T_2$WI为高或等信号;③上述二型的混合;④出血型:只表现不同时期出血的MRI特征。因此本组7例为黑色素型。

3.2.2 病理学诊断 病理学是确诊颅内MM的"金标准",免疫组织化学染色能确诊及鉴别诊断。本组14例结合临床表现,以HE染色切片的细胞形态观察为基础,合理应用免疫组织化学染色,都及时得出MM的明确诊断。

3.2.3 术前误诊分析 ①疾病存在个体差异,临床表现不典型,影像学检查没有特异性:本组2例患者仅表现为头晕,MRI仅见病灶稍长$T_1$长$T_2$信号,增强不明显,误诊为低级别胶质瘤。②患者病情重,影像学检查不完备:本组1例患者来院时已昏迷,急查CT示左基底节区高密度,行急诊手术,术前误诊为脑出血。③药物或其他治疗而掩盖了病情:本组1例患者在外院曾行伽玛刀治疗,影像学检查无特异性,误诊为脑膜瘤。④本病是极少见病,医师缺乏对本病的敏感性,易误诊为胶质瘤、脑出血、脑膜瘤等。

### 3.3 临床治疗

本病的预后差,但在手术基础上进行包括伽玛刀或适形调强放射治疗、化疗、免疫治疗以及基因治疗的综合治疗有望提高疗效。

【通信作者】 王树凯,电话:(0371)66862072

3.3.1 手术治疗 颅内MM恶性程度极高,侵犯的范围广,手术不易彻底切除,术后易复发,在不影响功能的前提下彻底切除甚至扩大全切是治疗颅内原发黑色素瘤的首选方法,对位于非功能区的肿瘤,应连同周围组织切除,颅内转移性MM有占位症状的可行近全切术或大病灶切除术。

3.3.2 综合治疗 本组14例患者均行手术治疗,6例行伽玛刀放疗,5例行替莫唑胺化疗,其中3例是放疗加化疗方案,余6例术后未行放化疗,1例小脑原发MM 2005年术后存活至今,因样本太少而疗效不具统计学意义。根据本组14例治疗的临床经验:联合化疗优于单一药物,综合治疗要好于单一治疗。目前国内外主张对颅内MM采用手术、放疗、化疗、免疫治疗及基因治疗的综合治疗[4]。立体定向放疗(伽玛刀)和适形调强放疗对颅内转移性MM有一定疗效,治疗后患者生存质量高于全脑普通放疗。病程中、晚期或具有高危因素的早期病变应予以全身化疗:氮烯咪胺是目前用于转移性MM的最主要化疗药物,但其代谢产物不易通过血脑屏障;最新的化疗药物替莫唑胺可治疗并预防脑转移病变,副反应较少,反应率9%[5];近年来,随着介入治疗技术的发展,介入化疗亦作为重要的治疗手段;对于重度颅内MM也可采用干扰素;但基因治疗目前尚处于临床前的试验阶段[6]。

总之,在明确诊断的基础上,综合应用各种治疗手段,实施个体化治疗方案是延长此类患者生命的根本。但此病十分罕见,其治疗手段仍待积累,未应用或未普及于临床的新型科研成果仍待验证,其中适形调强放射治疗对本病的治疗最值得期待。

## 参考文献:

[1] 王忠诚. 王忠诚神经外科学[M]. 第3版. 武汉:湖北科学技术出版社, 2008:744.
[2] Kounin G K, Romansky K V, Traykov L D, *et al*. Primary spinal melanoma with bilateral papilledema[J]. Clin Neurol Neurosurg, 2005, 107(6):525-527.
[3] Isiklar I, Leeds N E, Fuller G N, *et al*. Intracranial metastatic melanoma: correlation between MR imaging characteristics andmelanin content[J]. AJR Am J Roentgenol, 1995, 165(6):1503-1512.
[4] 王涤宇, 牟永告, 张湘衡, 等. 颅内原发恶性黑色素瘤综合治疗长期存活1例[J]. 中国神经肿瘤杂志, 2006, 4(2):107-112.
[5] Boogerd W, de-Gast G C, Dalesio O. Temozolomide in advanced malignant melanoma with small brain metastases: can we withhold cranial irradiation?[J]. Cancer, 2007, 109(2):306-312.
[6] Aboody K S, Najbauer J, Schmidt N O, *et al*. Targeting of melanoma brain metastases using engineered neural stem/progenitor cells[J]. Neuro Oncol, 2006, 8(2):119-126.

(收稿:2010-10-18 修回:2010-11-22)

(编辑 邓强庭)

文章编号:1000-5404(2011)07-0757-03

经验交流

# 金属网杯结合植骨技术在髋臼骨缺损中的应用

陈 伟,王金成,常 非,张明磊 (130033 长春,吉林大学中日联谊医院骨科)

【关键词】 打压植骨;结构植骨;金属网;金属杯;骨缺损
【中图法分类号】 R687.3 【文献标志码】 B

随着人工髋关节置换术(total hip arthroplasty, THA)的广泛开展,患者生存期的延长,目前全髋关节的翻修病例也在不断增加。我院翻修患者的手术,已经占全髋关节置换的15%。有效修复髋臼处骨缺损的部位,重建髋臼处的解剖结构,将直接影响到翻修假体的稳定性和远期效果,是髋关节翻修术成功的关键因素。我科自2008年1月至2010年8月,采用颗粒打压植骨及结构植骨技术,根据髋臼缺损金属加强网和加强杯特点,依据Paprosky髋臼骨缺损的不同分型,结合使用金属网和金属杯进行髋臼缺损重建22例,随访效果满意,报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

22例患者(22髋),年龄53~73岁,平均66岁,男性17例(17髋),女性5例(5髋),无菌性松动翻修19例(19髋),术后感染2期翻修3例(3髋)。根据Paprosky分型:PaproskyⅡB型6例(6髋),PaproskyⅡC型9例(9髋),PaproskyⅢA型7例(7髋)。髋臼上缘采用打压植骨结合金属网加强10例,结合金属加强杯12例,产品为德国Link公司和北京爱康公司产品。

### 1.2 术前准备

术前除给予患者髋关节正位和左、右倾斜45°(Judet)位X线片外,必要时还要拍摄三维重建CT,以了解髋臼缺损情况,并根据国际通用的Paprosky分类方法,对不同髋臼进行分类,制定手术方案。

### 1.3 植骨的选择

自体骨取自切除的股骨头的正常骨,异体骨取自我院骨库自备的深冻骨或冻干骨,以及商品异体骨、植骨材料,将充分浸泡、冲洗,去除脂类,手术前均制成1cm$^3$大小的颗粒,加入庆大霉素的生理盐水浸泡,并反复冲洗干净。

### 1.4 手术方法

均采用后外侧手术入路,取出松动下沉失败的假体。显露

【通信作者】 王金成,E-mail:jinchengwang@hotmail.com