DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.20.017

神经外科(Minimally invasive neurosurgery)的名称,其意义是以微小的手术损伤来治疗某些神经外科疾病。其主要内容包括显微神经外科、血管内神经外科、神经内窥镜术和立体定向神经外科等[8~10]。近年来内窥镜术的广泛开展,已经用于夹闭颅内前循环的动脉瘤,并辅助显微手术(Endoscopy assisted microsurgery)处理颅内动脉瘤,其优点是可借助内窥镜观察动脉瘤瘤颈背侧显微镜不能看到的结构,使术者的操作更加方便。内镜在显微手术、特别是锁孔手术(Keyhole operation)方面将发挥更加重要的作用。在血管内治疗方面,国内外许多学者在栓塞材料及设备的改进上做了大量工作,包括液体栓塞剂Onyex的临床应用、血管内支架辅助技术(Stent-assisted technique)、三维数字减影血管造影(3-dimensional digital substraction angiography, 3D DSA)和血管内血管镜(Endovascular angioscopy)等,将极大地提高血管内栓塞颅内动脉瘤的治疗效果和安全性。相信在不远的将来,用微侵袭外科的方法处理颅内动脉瘤将会有更广阔的发展前景。

参考文献:

[1] Groden C, Kremer C, Regelsberger J, *et al*. Comparison of operative and endovascular treatment of anterior circulation aneurysms in patients in poor grades[J]. Neuroradiology, 2001, 43(9): 778-783.
[2] Anxionnat R, Bracard S, Ducrocq X, *et al*. Intracranial aneurysms: clinical value of 3D digital subtraction angiography in the therapeutic decision and endovascular treatment[J]. Radiology, 2001, 218(3): 799-808.
[3] Khanna R K, Malik G M, Qureshi N. Predicting outcome following surgical treatment of unruptured intracranial aneurysms A proposed grading system [J]. J Neurosurg, 1996, 84(1): 49-54.
[4] Sluzewski M, Bosch J A, van Rooij W J, *et al*. Rupture of intracranial aneurysms during treatment with Guglielmi detachable coils: incidence, outcome, and risk factors[J]. J Neurosurg, 2001, 94(2): 238-240.
[5] Thornton J, Bashir Q, Aletich V A, *et al*. What percentage of surgically clipped intracranial aneurysms have residual necks[J]? Neurosurgery, 2000, 46(6): 1298-1300.
[6] Hayakawa M, Murayama Y, Duckwiler G R, *et al*. Natural history of the neck remnant of a cerebral aneurysm treated with the Guglielmi detachable coil system[J]. J Neurosurg, 2000, 93(4): 561-568.
[7] Asgari S, Doerfler A, Wanke I, *et al*. Complementary management of partially occluded aneurysms by using surgical or endovascular therapy[J]. J Neurosurg, 2002, 97(4): 843-850.
[8] Hellwig D, Bauer B L. Minimally invasive neurosurgery by means of ultrathin endoscopes[J]. Acta Neurochir Suppl(Wien), 1992, 54: 63-68.
[9] Steiger H J, Schmid E R, Stummer W, *et al*. Transorbital keyhole approach to anterior communicating artery aneurysms[J]. Neurosurgery, 2001, 48(2): 347-351.
[10] Levy D I, Ku A. Balloon-assisted coil placement in wide-necked aneurysms. Technical note[J]. J Neurosurg, 1997, 86(4): 724-727.

(编辑 王 红)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2003)20-1814-01

脾脏原发性非霍奇金淋巴瘤1例

Primary non-Hodgkin lymphoma of the spleen: a case report

王旭东,李智泉,刘昌培,施小庄 (重庆市第九人民医院病理科,重庆 400700)

1 临床资料

患者,男性,37岁。入院前20 d无明显诱因出现左上腹及腰背部疼痛并持续加重向肩背部放射,无发热。查体:全身浅表淋巴结无肿大,腹软,脾左肋缘下4 cm,质地较硬,可扪及结节。B超及CT示:巨脾,脾脏多发性、实质性占位,性质待定,外周血象基本正常。手术见脾脏肿大,表面多个结节状肿块,脾门淋巴结肿大,一并切除送检。术后随访病人7个月,全身其它处未发现恶性淋巴瘤。

病理检查:脾脏大小为22.5 cm×13 cm×7 cm,表面多个直径约1.5~2.5 cm的灰白色结节,切面见较多散在的直径1~2 cm的边界清楚的灰白色结节。光镜下观察见瘤细胞体积较大,圆形、卵圆形及多形性,胞质较少,可见胞质内有空泡,核异型性明显,染色质较粗,可见有1~2个核仁,并可见较多单核或多核瘤巨细胞,结节内有坏死及纤维组织增生,脾窦及白髓内尚可见散在分布的肿瘤灶。脾门淋巴结改变与脾脏结节相似。免疫组化标记:CD45、CD20阳性,CD3、CD15、CD30、CK、EMA、CD68均为阴性。

病理诊断:脾脏原发性非霍奇金淋巴瘤(大B细胞型)。

2 讨论

原发于其它部位的恶性淋巴瘤约半数以上累及脾脏,而真正原发于脾脏的恶性淋巴瘤却极为少见。其发病年龄为13~81岁,平均为57岁,男略多于女[2]。目前大多数学者认为诊断

(下转1817页)

作者简介:王旭东(1952-),男,重庆市人,副主任医师,主要从事病理诊断方面的研究。电话:(023)68203424
收稿日期:2003-06-14;修回日期:2003-08-11

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

低, 但我们在长期的观察时间内仍然发现有脑水肿、放射性坏死或再出血的可能。立体定向放射治疗 AVM 的适应证包括: ①年老体弱合并有严重心、肺等其他脏器疾病, 不能耐受手术者; ②病灶小于 3 cm, 位于功能区, 部位深在者; ③血管内栓塞＋立体定向放射; ④手术切除＋立体定向放射; ⑤手术切除＋血管内栓塞＋立体定向放射等。

3.3　手术切除

从理论上讲手术切除仍然是一种根治性的治疗, 手术的目的主要是防止再出血及控制癫痫。手术的危险性主要取决于动静脉畸形的部位、范围以及血管分流的程度。早期文献中全切除术的手术死亡率为 4%~20%, 平均为 10%左右, 应用显微手术技术后死亡率显著下降为 1%左右[6]。随着血管内栓塞及立体定向放射治疗技术的广泛应用, 传统的手术治疗 AVM 受到了很大的挑战。单纯的开颅手术治疗存在着不易暴露、止血困难、出血多等风险, 特别对大型深在的 AVM, 单纯手术可能造成严重的神经功能障碍乃至"正常灌注压突破"。由于绝大多数非手术疗法的死亡原因是再出血, 而再出血的间隔时间较长, 患者在死亡之前可以存活很多年, 故不应容许有过高的手术死亡率和致残率, 在选择手术对象方面要求较为严格。手术的选择要权衡疾病本身自然发展的风险以及手术风险孰轻孰重, 特别是在有血管内栓塞及立体定向放射治疗等方法来辅助治疗的情况下。目前开颅手术切除病灶主要适应于: ①单支供血, 表浅引流, 位于非功能区者; ②大型 AVM, 经过血管内栓塞及立体定向放射治疗后, 病灶不能完全闭塞而位置表浅者; ③脑室内的中小型 AVM 极易出血, 应首先考虑手术切除; ④位于大脑半球非功能区的中小型 AVM[7]。

总之, AVM 的大小和部位影响着治疗指征和方法的选择, 而每一种治疗又各有其优缺点。对于脑 AVM 的治疗应该根据病灶的大小、范围、部位以及血流速度和操作者本身的经验来选择, 这几种方法既可以单独运用, 也可以联合应用, 这对降低再出血、减轻癫痫及头痛发作, 提高 AVM 治愈率, 降低治疗风险具有十分重要的意义[8]。

参考文献:

[1] Spetzler R F, Martin N A. A proposed grading system for arteriovenous malformations[J]. J Neurosurg, 1986, 65(4): 476-483.

[2] Smith J L, Garg B. Treatment of arteriovenous malformations of the brain [J]. Curr Neurol Neurosci Rep, 2002, 2(1): 44-49.

[3] Yamagami T, Morishita H, Kikkawa M, *et al*. Re: congenital arteriovenous malformation in the neck successfully treated by direct puncture and embolization with n-butyl cyanoacrylate and a microcoil[J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2002, 25(3): 228-230.

[4] Kinouchi H, Mizoi K, Takahashi A, *et al*. Combined embolization and microsurgery for cerebral arteriovenous malformation [J]. Neurol Med Chir (Tokyo), 2002, 42(9): 372-378.

[5] Shin M, Kawamoto S, Kurita H, *et al*. Retrospective analysis of a 10-year experience of stereotactic radio surgery for arteriovenous malformations in children and adolescents[J]. J Neurosurg, 2002, 97(4): 779-784.

[6] Pik J H, Morgan M K. Microsurgery for small arteriovenous malformations of the brain: results in 110 consecutive patients[J]. Neurosurgery, 2000, 47(3): 571-575.

[7] Han P P, Ponce F A, Spetzler R F. Intention to treat analysis of Spetzler-Martin grades IV and V arteriovenous malformations: natural history and treatment paradigm[J]. J Neurosurg, 2003, 98(1): 3-7.

[8] Berman M F, Sciacca R R, Pile S J, *et al*. The epidemiology of brain arteriovenous malformations[J]. Neurosurgery, 2000, 47(2): 389-396.

（编辑　王　红）

（上接 1814 页）

脾脏原发性恶性淋巴瘤的标准有 4 条: ① 最初的临床主要症状为脾脏肿大、有压迫症状及腹部不适; ② 临床、生化、血液学及放射学检查排除了其它处有恶性淋巴瘤; ③ 手术探查见肿瘤仅限于脾脏, 可累及脾门淋巴结, 但肠系膜与腹主动脉旁淋巴结无恶性淋巴瘤; ④ 诊断脾脏淋巴瘤后至其它处出现恶性淋巴瘤之间必须≥6 个月[1]。大体分 3 型: ①弥漫增生型; ②粟粒结节型; ③结节型, 其组织学类型: 各型淋巴瘤均可发生, 非霍奇金多见, B 细胞较 T 细胞多[2]。在组织学诊断时应注意: (1) 增生的脾小体与瘤性结节鉴别: ① 瘤性结节与淋巴鞘动脉无关, 即瘤性结节无动脉通过, 这是鉴别的关键。② 瘤性结节多而密, 分布不均, 大小不一, 且相差悬殊, 有的互相融合; ③瘤性结节位于红髓, 但不侵犯也不阻塞红髓; ④ 瘤性结节细胞单一, 无生发中心, 无类似皮质带呈队列状的细胞和类似外皮质带的结构, 有的结节甚至极小, 结节中心部有时可见伊红样无结构物, PAS 阳性; ⑤该型有特殊的侵犯淋巴鞘的方式, 瘤细胞围着淋巴鞘或突入鞘内。(2) 与血管内皮肉瘤鉴别: 后者脾脏较多见, 常有不规则血管腔隙, 网状纤维分布在细胞团之周, 瘤细胞之间缺乏, 并可借助免疫组化鉴别。本例符合上述条件并经免疫组化证实。

根据病变范围将脾脏原发性恶性淋巴瘤分为 3 期: Ⅰ期, 肿瘤仅限于脾内; Ⅱ期, 除脾外, 肿瘤已累及脾门淋巴结, Ⅲ期: 肿瘤累及肝及远处淋巴结。临床治疗仍以手术切除脾脏并辅以化疗, 其预后与组织学类型、分期、和治疗有密切关系, Ⅰ期较Ⅱ、Ⅲ期疗效好[1], 整体生存率约 50%[3]。

关键词: 脾脏; 原发性淋巴瘤
中图法分类号: R730.263　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 王成林, 林　贵. 罕见病、少见病的诊断与治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000.561.

[2] 同济医科大学病理教研室、中山医科大学病理教研室编. 外科病理学[M]. 第 2 版. 武汉: 湖北科学技术出版社, 1999.610-611.

[3] 周庚寅. 肿瘤组织病理诊断[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001.753.

（编辑　陈聪连）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net