

· 案例分析 ·

不同起源多发脑膜瘤 1 例报道*

朱庆宝^{1,2}, 周夏², 舒志强², 张志超², 童贤周³

(马鞍山市人民医院:1. 康复医学科;2. 神经外科;3. 病理科, 安徽 马鞍山 243000)

[摘要] 颅内多发脑膜瘤在临床中少见, 偶见零星报道, 病理确诊不同起源的脑膜瘤更为少见, 其确切发病机制仍不清楚, 手术全切仍是首选治疗方案。该文回顾分析了该院收治的 1 例不同起源的多发脑膜瘤患者的诊治过程, 并总结相关临床治疗经验。

[关键词] 多发脑膜瘤; 手术治疗; 病理亚型; 起源

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2026.04.044

中图法分类号:R739.45

文章编号:1009-5519(2026)04-0946-03

文献标识码:B

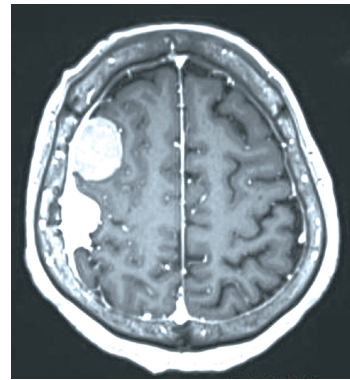
脑膜瘤起源于蛛网膜帽状细胞, 发病率约占脑肿瘤的 1/3, 多为单发。颅内同时生长 2 个及以上的脑膜瘤, 肿瘤之间没有解剖学关系, 同时在排除神经纤维瘤病后称为多发脑膜瘤。临床较为少见, 据报道, 多发脑膜瘤发病率为 0.9%~8.9%^[1]。

本院于 2023 年 6 月收治 1 例多发脑膜瘤, 术后病理证实为脑膜瘤(纤维型, WHO 1 级; 内皮型, WHO 1 级), 诊断不同起源多发脑膜瘤, 通过对该患者的诊疗过程进行分析, 总结相关临床经验。

1 临床资料

患者, 女, 71 岁, 因“头晕 4 d”于 2023 年 6 月入院, 患者入院前 4 d 无诱因下出现头晕不适, 间断性发作, 每次发作 30 min 左右, 休息后可好转, 无视物旋转及呕吐等症状。患者于本院门诊就诊, 行头颅 MRI 检查示右侧额叶占位, 为进一步治疗收治入院。入院查体, 神志清楚, 对答切题, 颅神经阴性, 深、浅感觉均正常, 四肢肌张力正常, 左侧肢体肌力 V⁻ 级, 可对抗阻力, 但较右侧肌力略弱, 病理征阴性。头颅 MRI 平扫+增强扫描示, 右侧额顶部颅板下见 2 枚结节状异常信号, T1WI 呈稍低信号、T2WI 分别呈高/稍高信号, 位于前方的病灶大小约为 2.5 cm×3.1 cm×2.5 cm, 以宽基底与颅板相连, 增强扫描轻中度强化, 邻近硬脑膜增厚、呈线条状强化, 位于后方病灶大小约为 1.9 cm×3.2 cm×3.2 cm, 增强扫描呈明显强化, 邻近硬脑膜明显增厚、呈线条状强化, 病灶基底与邻近颅骨分界欠清, 见图 1。头颈部 CE-MRA、MRV 检查示, 右侧额顶部见团块状异常信号, 位于后方的占位与右侧大脑中动脉远端分支及右侧上吻合静脉关系密切, 见图 2、3。患者各项术前检查无手术禁忌。在静吸复合麻醉下行左侧额颞开颅肿瘤切除术。术中见前方肿瘤包膜完整, 质地硬, 肿瘤呈白色, 与硬脑

膜无粘连, 肿瘤边界清楚, 蛛网膜间隙完整, 肿瘤血供少, Simpson I 级切除(图 4)。后方的肿瘤位于中央前回, 肿瘤呈暗红色, 质地软, 边界不清, 与脑组织无蛛网膜间隙, 并与硬脑膜粘连, 肿瘤呈侵袭性生长, 血供丰富。Simpson I 级切除, 保留上引流静脉。术后患者恢复良好, 神志清醒, 四肢肌张力正常, 左侧肢体肌力 V⁻ 级, 病理征阴性; 术后 11 d 出院。术后 3 个月门诊随访, 患者肌力肌张力正常, 头颅 MRI 检查未见脑膜瘤复发。



注: 位于前方的病灶大小约为 2.5 cm×3.1 cm×2.5 cm, 增强扫描轻中度强化, 邻近硬脑膜增厚、呈线条状强化, 位于后方病灶大小约为 1.9 cm×3.2 cm×3.2 cm, 增强扫描呈明显强化。

图 1 术前 MRI

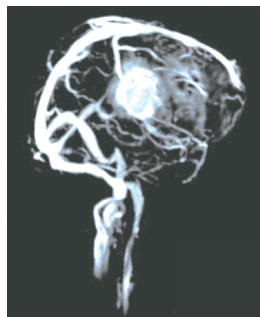
术后病理诊断: 前方肿瘤组织为脑膜瘤, 纤维型, WHO 1 级; 免疫组织化学结果: Vimentin(+), EMA(局部+), CD34(-), GFAP(-), STAT6(-), S-100(部分+), Ki-67(3%+)。后方肿瘤组织为脑膜瘤, 内皮型, WHO 1 级, 瘤组织表面呈侵袭性生长; 免疫组织化学结果: Vimentin(+), CKpan(-), EMA(局部+), Desmin(-), SMA(-), GFAP(-), S-100(-), CD34(-), STAT6(-), Ki-67(3%, +)。见

* 基金项目: 皖南医学院校级科研项目(WK2023JXYY084)。

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20260303.1007.002\(2026-03-03\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20260303.1007.002(2026-03-03))

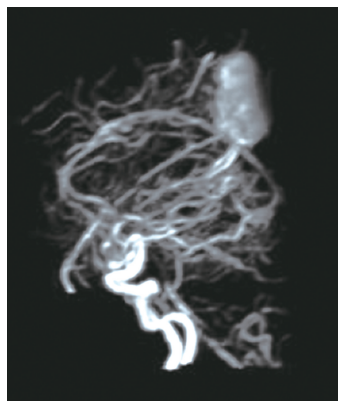
引用格式: 朱庆宝, 周夏, 舒志强, 等. 不同起源多发脑膜瘤 1 例报道[J]. 现代医药卫生, 2026, 42(4): 946-948.

图 5。



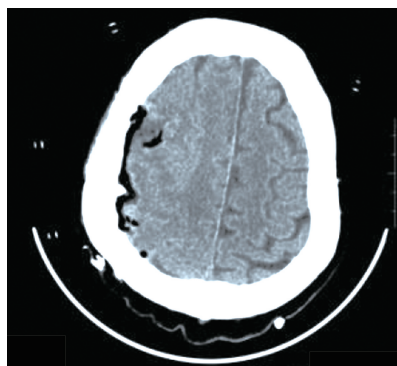
注:位于后方的占位与右侧上吻合静脉关系密切,术中需保护引流静脉;位于前方的占位不显影。

图 2 头颈部 MRV 检查



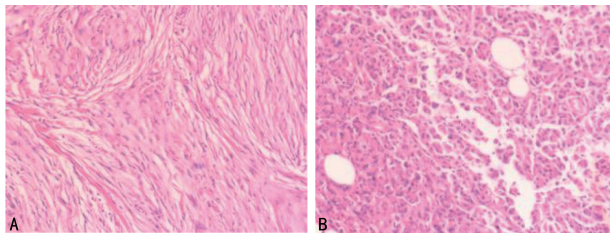
注:位于后方的占位与右侧大脑中动脉远端分支关系密切,位于前方的占位不显影。

图 3 头颈部 CE-MRA 检查



注:术后第 1 天复查头颅 CT 示肿瘤全切,术区无出血。

图 4 患者术后第 1 天复查头颅 CT



注:A. 位于前方的肿瘤,光镜下可见纤维型细胞束状平行排列,有丰富的网状纤维和胶原纤维,诊断脑膜瘤(纤维型),WHO 1 级;B. 位于后方的肿瘤,光镜下可见拟似蛛网膜内皮细胞,细胞分化好,旋涡状排列,瘤细胞的核内空化呈开窗改变,肿瘤组织内血管丰富,诊断脑膜瘤(内皮型),WHO 1 级。

图 5 病理图(苏木精-伊红染色,100×)

2 讨论

多发脑膜瘤是指颅内 2 个或 2 个以上解剖学不相关的脑膜瘤,在排除神经纤维瘤病后方可诊断。检索国内外文献,多发脑膜瘤偶有报道^[2],其中曾令成等^[3]报道了 36 例,邱炳辉等^[1]报道 16 例。结合本例患者,分析如下。

一般特点及临床表现:国内对多发脑膜瘤的报道较少,多发脑膜瘤的一般特点和单发脑膜瘤特点一致,以女性多见,女性:男性比例约为 3.46:1^[4],发病年龄为 40~45 岁。首发症状取决于肿瘤生长部位和大小,多数患者以颅高压为首发症状;如肿瘤位于功能区,可能会导致对侧肌力下降或失语^[5],部分患者以癫痫发作为首发症状,行头颅 CT、MRI 等检查可以确诊。诊断及治疗:多发脑膜瘤的诊断以 CT、MRI 检查为主,MRI 平扫+增强可以清晰显示肿瘤的部位、大小。对于多发脑膜瘤需要注意,肿瘤可能起源不同,肿瘤血供及生长方式均不同,术前需要高度重视,为手术做好充分准备^[6];对于血供特别丰富的脑膜瘤,可以术前栓塞供血动脉,减少术中出血,提高全切率。

作者建议常规行 MRA、MRV 检查,明确肿瘤的血供是否丰富,为肿瘤全切做好充分准备;必要时可在术前行介入栓塞,减少血供。MRV 可以判断肿瘤与重要静脉的关系,对于重要静脉需要尽量保留,否则可能会导致术后引流障碍,严重时导致颅内出血^[7]。多发脑膜瘤的治疗以手术为主,术中尽量 Simpson I 级切除肿瘤,不能全切除的肿瘤术后根据病理选择合适的治疗方式。术后定期复查,如肿瘤复发^[8],仍以手术切除为主要治疗手段。

肿瘤起源:多发脑膜瘤的治疗,国内曾令成等^[3]报道了 36 例,邱炳辉等^[1]报道 16 例,病理结果相同的共计 52 例(83.9%),余 10 例(16.1%)病理结果不同。对于相同病理的肿瘤发生机制,可能为肿瘤细胞脱落后,沿脑脊液或静脉播散后远处种植;也可以用单克隆起源多中心生长学说解释。但是对于同一患者不同病理结果,用上述学说却无法解释。结合本案例,该患者颅内的 2 个不同脑膜瘤亚型(纤维型、内皮型),MRI 增强扫描强化明显不同,术中肿瘤质地、生长方式、血供等明显不同,对于这类患者,有学者用顿挫学说进行解释,认为多发脑膜瘤是神经纤维瘤病的亚型^[9],作者认为应该行基因学检测,明确后方可诊断。

脑膜瘤是非神经上皮来源的颅脑肿瘤,起源于蛛网膜颗粒上的帽状细胞。作者认为多发脑膜瘤的发病原因是在放射线等致病因素作用下,不同部位的帽状细胞同时或先后突变形成脑膜瘤。同一患者的突变倾向是相同的,所以大多数的多发脑膜瘤病理亚型一致,而少部分患者不同部位的不同细胞突变,形成不同亚型的脑膜瘤。作者认为病理结果不同的患者

可诊断为多源发脑膜瘤,其发病原因是在相同或不同病因下,不同部位的帽状细胞同时或先后发生变异,进而生长成为不同亚型的脑膜瘤,此类患者的肿瘤起源不同,病理类型不同。国内陈立一等^[10]报道 1 例家族性多发脑膜瘤,认为可能与第 22 对染色体部分缺失有关。

治疗与预后:多发脑膜瘤的治疗以手术为主,术中注意保护重要结构,尽量全切肿瘤。预后取决于患者年龄、一般状况及肿瘤切除情况。

总之,多发脑膜瘤在临床上少见,目前发病原因尚不清楚,治疗以手术为主,术中尽量全切除肿瘤,多恢复良好。

参考文献

- [1] 邱炳辉,欧阳辉,漆松涛,等. 颅内多发性脑膜瘤的临床特点与手术治疗[J]. 广东医学,2001,22(2):133-134.
- [2] LARSON J J, TEW J M J, SIMON M, et al. Evidence for clonal spread in the development of multiple meningiomas [J]. J Neurosurg, 1995, 83(4):705-709.
- [3] 曾令成,厉华,陈如东,等. 无症状脑膜瘤的临床特征及手术治疗[J]. 华中科技大学学报(医学版),2023,52(6):

847-854.

- [4] 任前浪,白刚,王浩楠,等. 771 例脑膜瘤流行病学分析[J]. 昆明医科大学学报,2023,44(2):161-165.
- [5] OGASAWARA C, PHILBRICK B D, ADAMSON D C. Meningioma: a review of epidemiology, pathology, diagnosis, treatment, and future directions [J]. Biomedicine, 2021,9(3):319.
- [6] 陈政纲,杨堃,王子珍,等. 中央区巨大脑膜瘤的显微手术治疗[J]. 中国临床神经外科杂志,2019,24(8):464-466.
- [7] 林涛,陈志杰,刘姐,等. 老年与中青年皮质中央区脑膜瘤患者的临床特点及手术效果差异分析[J]. 中华神经医学杂志,2023,22(5):494-499.
- [8] 黄冠又,郝淑煜,王亮,等. 脑膜瘤术后复发生存分析:附 176 例报告[J]. 中国现代神经疾病杂志,2022,22(11):993-999.
- [9] LUSINS J O, NAKAGAWA H. Multiple meningiomas evaluated by computed tomography [J]. Neurosurgery, 1981,9(2):137-141.
- [10] 陈立一,张纪,赵革灵. 一组四人家族遗传多发性脑膜瘤 [J]. 中华神经外科杂志,1996,12(6):330.

(收稿日期:2025-02-26 修回日期:2025-10-25)

• 案例分析 •

乳腺并殖吸虫感染 1 例

张智慧¹,马红敏¹,余秋波²,周洪亮^{1△}

(1. 重庆市渝北区人民医院病理科,重庆 401120;2. 重庆医科大学分子病理检测中心,重庆 400016)

[摘要] 2025 年 2 月,该院收治 1 例怀疑乳腺肿瘤的老年女性患者。结合临床病史及术前乳腺超声、磁共振成像动态增强考虑肿瘤合并感染可能。肿物行穿刺后病理提示寄生虫感染,术后病理,镜下见寄生虫虫体,详细追问患者病史后结合病理形态学考虑并殖吸虫感染可能。术后标本送检重庆医科大学分子医学检测中心,行病原宏基因检测明确为斯氏并殖吸虫。经随访,患者乳腺肿物切除术后,乳腺及身体其他各部位未再发肿物及其他不适症状,未进行相关驱虫治疗。该文结合相关文献总结了并殖吸虫感染的病理诊断及临床诊疗方案,以期提高临床及病理医生对肺吸虫的认识,在临床资料不确定并殖吸虫感染诊断,但病理高度怀疑时,应进一步完善基因检测以明确,指导临床早期正确干预,减少因误诊导致的医疗损害,减少延误治疗引起的器官损害。

[关键词] 乳腺寄生虫病; 肺吸虫; 斯氏并殖吸虫; 病理学; 宏基因组学第二代测序; 老年人

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2026.04.045

中图法分类号:R532.2

文章编号:1009-5519(2026)04-0948-04

文献标识码:B

乳腺寄生虫病在临床是较为少见的疾病,而乳腺并殖吸虫感染则是更罕见的寄生虫感染病变,故临床工作中易被忽略甚至误诊为肿瘤性病变。当前临床病理诊断寄生虫感染主要依赖于大体取材时观察到虫体及镜下观察到特征性病理学改变。由于乳腺寄生虫病的少见性,目前偶有文献报道,导致大部分临

床及病理医生对乳腺寄生虫感染的认识不足,且寄生虫不同阶段的形态差异较大,通过大体及镜下形态尚不能完全辨别寄生虫,确诊仍需进一步借助抗原检测及基因检测。本院收治 1 例乳腺并殖吸虫感染患者,通过其流行病学、镜下形态及基因检测的展现,总结其临床特点及诊疗方案,并结合相关文献复习拓展,

△ 通信作者, E-mail:zhouhl1101@163.com。

引用格式:张智慧,马红敏,余秋波,等. 乳腺并殖吸虫感染 1 例[J]. 现代医药卫生,2026,42(4):948-951.