

· 病例报告 ·

颅内斜坡骨软骨瘤一例

赵志峰 于庆春

患者 男,30 岁。以慢性头痛 2 个月,逐渐加重伴右侧听力下降 1 个月为主诉入院。于 2 个月前无诱因逐渐出现头痛,为胀痛,可忍受,右侧为重,时有发作,无恶心、呕吐,近 1 个月头痛加重,体检均正常。

影像表现:CT 显示右颈静脉孔区占位性病变,脑外可见骨性高密度影,形态不规则,小脑受压,大小为 21 mm×18 mm,内听道未见异常改变(图 1)。MRI 提示右颈静脉孔区占位性病变,与斜坡骨右侧缘分界不清,关系密切,于 T₂WI 呈骨性信号,其周见半圆形高信号带,小脑受压移位(图 2),T₁WI 示病变大部分呈骨性低信号(图 3),增强图像显示占位病变内部有轻微强化区,外周无强化,硬脑膜受压被推起,增厚,强化明显,局部蛛网膜下腔增宽,小脑内未见异常(图 4,5)。

手术所见:肿瘤位于颈静脉孔区,基底部为斜坡骨的右侧缘,脑膜组织受推挤并且粘连紧密,推压小脑半球下部,肿块色白,质硬,血供一般,因肿瘤左侧部分与右椎动脉粘连紧密,采用分块切除。

病理所见:为灰白色碎渣样组织,质地硬,体积约为 1.5 cm×1.5 cm×0.5 cm,其中有骨性组织。镜下所见大部分为分化好的骨小梁,部分为软骨和纤维组织,均未见恶性表现。诊断为骨软骨瘤(图 6)。

讨论 骨软骨瘤好发于长骨的干骺端,发生于颅内者实

属罕见。颅内骨软骨瘤多位于颅底,起自颅底骨,起源于硬脑膜者罕见,本例手术证实为颅底斜坡骨右侧缘起源的骨软骨瘤。本例说明了骨软骨瘤的生长是由成软骨组织产生软骨,再由软骨通过钙化和骨化作用产生瘤体的松质骨而逐步完成,同时也说明任何存在软骨生长中心的部位都有可能发生骨软骨瘤。通过仔细分析,考虑本例临床症状可能与肿瘤压迫及血管、脑膜、神经粘连有关。

本病需要与颈静脉孔区颈静脉球瘤、脑膜瘤及听神经瘤鉴别。颈静脉球瘤常沿颈静脉生长,可经颈静脉孔伸入后颅凹,在桥小脑角部形成肿物。MRI 所见在 T₁WI 中呈等信号,T₂WI 为中到高信号,病灶内富含血供,在 T₁、T₂WI 上呈现曲线状、点状的无信号区,为特征性表现,肿瘤增强后可以明显强化。脑膜瘤可有钙化,MRI 于钙化部可无信号,但增强后于肿瘤非钙化部可明显强化。听神经瘤可见内听道扩大,增强后可明显强化,很少有钙化^[1-2]。

参 考 文 献

- [1] Lin WC, Limg JF, Ho DM . A rare giant intracranial osteochondroma. Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei), 2002, 65: 235-238.
- [2] Baer Henney S, Tatagiba M, Samii M. Osteochondroma of the cervical spine causing occipital nerve neuralgia. Neurol Res, 2001, 23: 777-779.

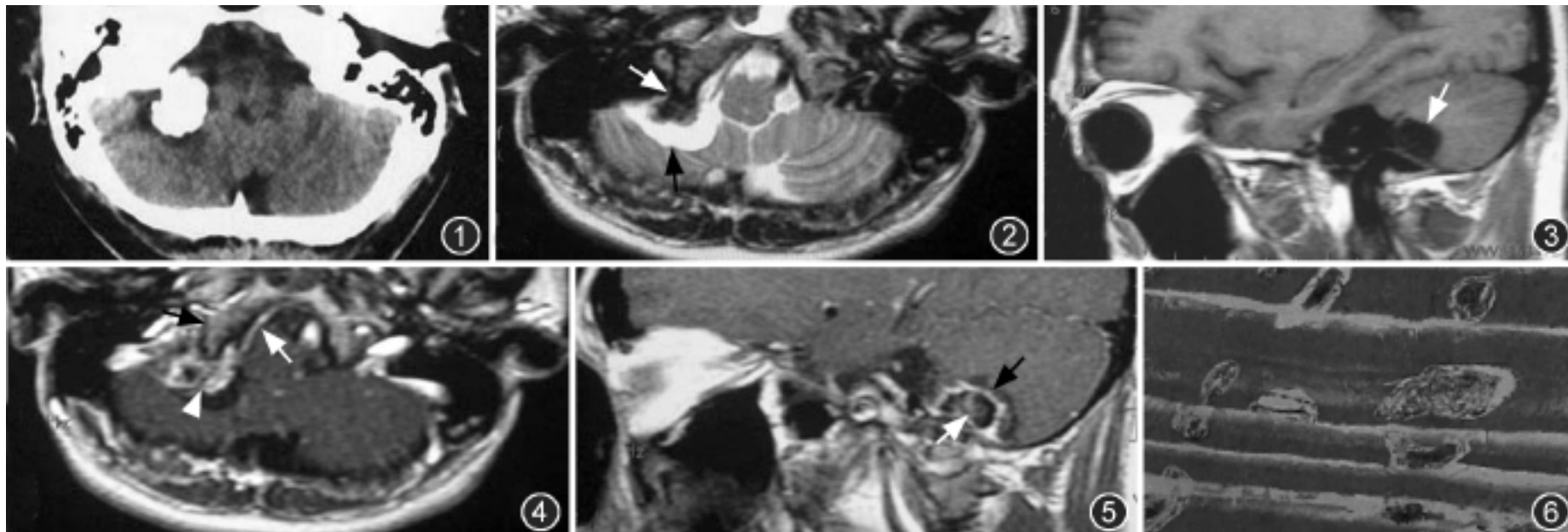


图 1 CT 横断面像示右颈静脉孔区有一骨性密度占位,形态不规则,小脑受压,大小为 21 mm×18 mm,基底部显示不清楚 图 2 MR 横断面 T₂WI 示病变呈骨性信号(白箭),与颅底斜坡骨右侧缘关系密切,为较宽的高信号带(黑箭) 图 3 MR 矢状面 T₁WI 示病变边界清晰,呈骨性低信号(白箭) 图 4 MR 横断面增强 T₁WI 示病变位于枕骨斜坡(黑箭),白箭头示病变中心增强区,白箭示右椎动脉 图 5 MR 矢状面增强 T₁WI,黑箭示增强的脑膜组织,较厚,白箭示病变区中心有强化,外周有无强化的低信号带 图 6 病理切片。镜下所见大部分为分化好的骨小梁,部分为软骨和纤维组织,均未见恶性表现(HE × 20)

(收稿日期:2007-04-09)

(本文编辑:隋行芳)