

· 短篇报道 ·

原发性额骨血管脂肪瘤1例报告

李 灿*

鄄城县人民医院CT磁共振中心 (山东 菏泽 274700)

【关键词】血管脂肪瘤; 额骨; CT; MRI

【中图分类号】R732.2

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2024.1.007

Primary Intraosseous Angiolipoma of the Frontal Bone

Li Can*

Center of CT and MRI, Juancheng People's Hospital, Heze 274700, Shandong province, China

Keywords: Intraosseous Angiolipoma; Frontal Bone; CT; MRI

患者女, 56岁, 因三年内额部肿胀缓慢加重步入我院外科门诊, 近两月来轻微头痛, 无外伤史, 无头晕, 无呕吐, 无肢体活动障碍, 饮食、睡眠可。体格检查可见左侧额部明显肿大, 触之质硬。增强CT及颅脑MRI显示, 额骨膨胀性病变, 门诊以额骨肿瘤收入神经外科, 行“额骨肿瘤”切除术。术前影像学拟诊“额骨脂肪瘤”、“额骨血管瘤”、“额骨脑膜瘤”。最终病理结果为额骨血管脂肪瘤, 出乎我们的意料。故报告其影像学和病理学表现, 提高影像医师对该病的认识。

1 影像学表现

增强CT显示额骨左侧部明显膨胀性改变, 内密度混杂, 额骨外板骨质结构连续性完整, 内板骨质结构连续性遭到破坏, 多发内板连续性中断并毛糙, 板障内见脂肪密度、软组织密度及血管影。左侧额叶受压, 内未见明显异常密度灶(图1A, 图1B, 图1C)。

颅脑MRI检查显示左侧额骨膨胀性改变, 在T₁WI、T₂WI及T₂-FLAIR序列上以高信号为主, 内板侧见稍许线状低信号(图2A, 图2B, 图2C); 在T₂压脂序列上, 病变中心以低信号为主并见间或线状高信号, 周边以高信号为主(图2D); DWI序列以低信号为主, 边缘见少许弥散受限区域(图2E)。

病灶周围并未见任何水肿信号显示, 这增强了我们诊断良性病变的信心。征求患者同意后, 患者在我院神经外科住院并行额骨部分切除术, 手术过程顺利, 切除病灶送病理。术后复查颅脑CT示病灶切除完整, 并颅骨修补(图3A~图3B)。

病理显示病灶由成熟的脂肪及大量血管构成, 未见脂肪肉瘤成分, 未见异型细胞及上皮成分, 部分血管扩张、充血(图4)。免疫组化结果: EMA(-), Vim(+), PR(-), CD34 vascular(+), S-100 adipose(+), Ki-67: individual (+), CD99(-)。最终诊断为血管脂肪瘤。血管脂肪瘤发生在额骨罕见, 需要和额骨脂肪瘤、额骨血管瘤及额骨脑膜瘤鉴别。术后4天患者出院, 出院时无明显不适或中枢神经功能受损情况。术后6个月电话随访, 患者反馈恢复良好, 身体无不适, 并在外院行颅脑CT检查, 无复发征象。

2 讨论

血管脂肪瘤是一种好发于青少年的良性肿瘤, 生长缓慢^[1], 发病部位多为躯干和上肢的皮下^[2-4], 有时难以与血管平滑肌脂肪瘤^[5-6]鉴别。头部血管脂肪瘤少见, 多位于硬膜外间隙^[4]。骨内血管脂肪瘤极其罕见, 可供参考的影像学资料难以找到。本例额骨血管脂肪瘤, CT增强及MRI资料齐全, 故对该患者的报道有助于提升大家对该罕见病变的影像学认识。

虽然血管脂肪瘤为良性肿瘤, 但该例额骨血管脂肪瘤CT图像显示内板多发骨质不连续、毛糙, 显示出其具有一定的侵袭性。为何颅脑外板完整, 而内板受侵蚀, 有待进一步总结研究。但本例显示肿瘤血管成分多分布靠近额骨内板, 或许提示血管成分的多寡与其侵袭性相关。

磁共振成像对该病的鉴别诊断和定性诊断有巨大价值, 磁共振对病灶内部成分的显示较CT更丰富。在T₁WI和T₂WI上病灶以高信号为主, T₂压脂以低信号为主, 提示病灶含有大量脂肪成分; 而近额骨内板处的低信号线状影, 则为流空的血管影, 提示近额骨内板处存在大量高流速的动脉血管。DWI序列显示病灶大部分为低信号, 而周边的少许弥散受限区为邻近颅骨受病灶影响所致。磁共振同时对病灶的边界显示更为清晰。而病灶周围无水肿信号, 对其定性诊断有很大的帮助。

最终病理诊断为血管脂肪瘤, 对影像医师来时还是具有很大的挑战性。通过该病例, 我们影像科医生应该意识到血管脂肪瘤可以发生于颅骨, 虽为良性肿瘤, 却具有一定的侵蚀性, 我们猜测其侵蚀性与其血管成分的多寡有关。手术切除是骨血管脂肪瘤的首选治疗方案。该患者术后恢复良好, 6个月内复查颅脑CT无复发征象。

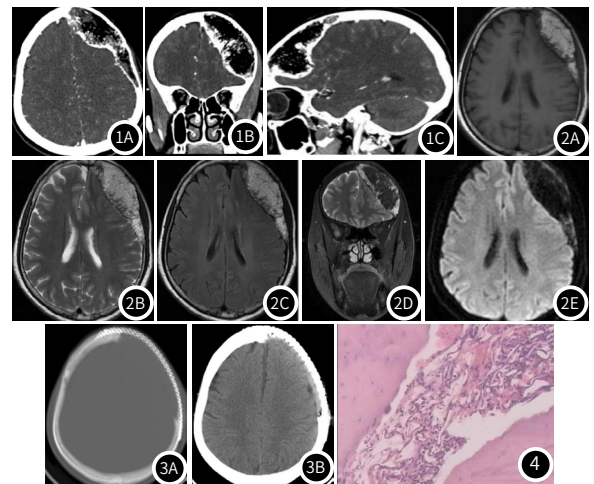


图1A~图1C 颅脑增强CT, 额骨左侧部膨胀性病变, 内密度混杂。图2 轴位T₁WI(图2A), T₂WI(图2B), T₂-FLAIR(图2C)示额骨左侧部膨胀性病灶, 以高信号为主, 近额骨内板侧大量流空信号; 冠状位T₂压脂(图2D)显示病灶内大量脂肪成分; DWI示病灶以低信号为主, 周边小范围内颅板受影响而表现为弥散受限。图3A~图3B 额骨病灶完全切除并颅骨修补术后。图4 病灶内大量脂肪及血管成分, 部分血管扩张充血。

参考文献

- [1] Enzinger and Weiss' s Soft Tissue Tumors, 5th ed. St. Louis Mo: Mosby; 2007.
- [2] Howar WR, Helwig EB. Angiolipoma [J]. Arch Dermatol, 1960, 82: 924-931.
- [3] Lin JJ, Lin F. Two entities in angiolipoma. A study of 459 cases of lipoma with review of literature on infiltrating angiolipoma [J]. Cancer, 1974, 34: 720-727.
- [4] Murphey MD, Carroll JF, Flemming DJ, et al. From the archives of the AFIP: Benign musculoskeletal lipomatous lesions [J]. Radiographics, 2004, 24: 1433-1466.
- [5] 张琪, 朱斌, 毛羽. 肝血管平滑肌脂肪瘤影像学诊断要点 [J]. 罕少疾病杂志, 2015, 22(5): 30-32.
- [6] 赵森, 庄球, 刘梦雯等. MRI与CT联合检查肝血管平滑肌脂肪瘤的影像表现对其诊断价值分析 [J]. 中国CT和MRI杂志, 2020, 18(7): 140-143, 177.

(收稿日期: 2023-01-25) (校对编辑: 孙晓晴)

【第一作者】李 灿, 男, 主治医师, 主要研究方向: 肌骨系统CT和MRI诊断。E-mail: 18661592502@163.com

【通讯作者】李 灿