

短 篇

颅骨多发毛细血管瘤一例

湖北医药学院附属人民医院放射科
(湖北 十堰 442000)

李 胜 朱新枝

【关键词】颅骨；毛细血管瘤

【中图分类号】R682.1+1

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5131.2017.04.047

通讯作者：李 胜

1 一般资料

患者，男，34岁。“发现右侧头部包块20余天”入院。患者约20天前发现后枕部约花生大小包块，质地硬，活动度差，无疼痛，起初以为“火疖”，未行特殊处理，包块无明显明显变化。头颅CT平扫示：右侧颅骨见三处（右额骨、右顶叶、右颞骨）膨胀性骨质破坏区，内为稍高密度软组织肿块影，破坏区内见残存条状骨间隔、骨嵴，病变周围未见骨质增生硬化，颅内外板明显膨胀变薄（图1-3）。既往史：有高血压病史，口服硝苯地平缓释片控制血压（具体不详），否认头部外伤史。入院体格检查：T：36.3℃ P：84bpm R：19bpm BP：120/80mmhg，神志清晰，右枕部可触及大小约2.0cm×2.0cm×1.5cm包块，活动度差，无压痛。入院实验室检查无异常。免疫球蛋白血症全套检查均无异常。骨髓穿刺细胞学示：增生活跃，未见异常浆细胞。胸部、腰椎及骨盆X线平片检查均无异常。MRI平扫：右侧额部、颞部、枕顶部颅骨内外板及板障见团块状等、长T1长T2信号区，病灶呈膨胀性改变，范围约1.9cm×2.9cm，局部脑实质受压，信号未见明显异常。MRI增强：右侧额部、颞部、枕顶部颅骨病灶均匀强化，枕部部分病灶边缘强化，病灶基底部与脑膜相连（图4-6）。入院后积极术前准备在麻醉下行右额颞枕开颅颅骨多发占位病变切除术，术中额部可见颅骨内外板、板障侵袭严重，异常组织突出颅骨外，大小约2.0cm×3.0cm，与颅骨联系紧密，边界不清，质地硬，色暗红，撬开并分离骨瓣，见颅骨硬脑膜异常组织与硬脑膜粘连紧密，大小约4.0cm×4.0cm，边界清楚，质地韧软，色暗红。沿肿瘤边缘扩大剪开硬脑膜，见额叶局部受压明显，蛛网膜无明显侵袭受损。于颞部开5.0cm×5.0cm骨窗，探查硬膜下未见明显异常组

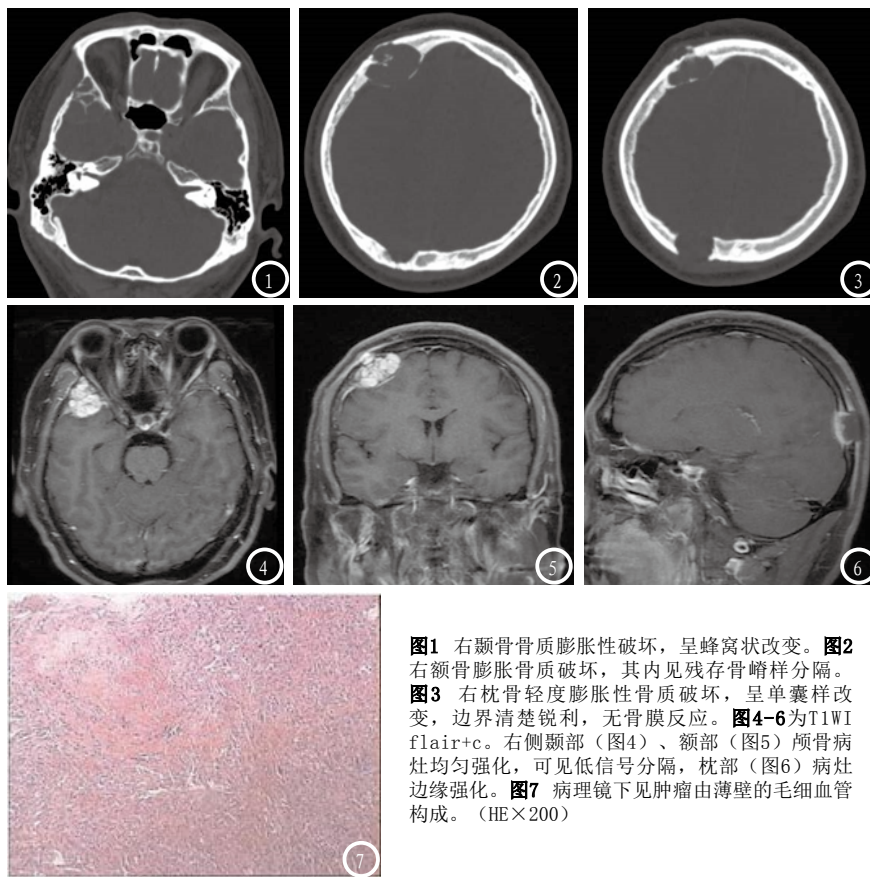


图1 右颞骨骨质膨胀性破坏，呈蜂窝状改变。图2 右额骨膨胀骨质破坏，其内见残存骨嵴样分隔。图3 右枕骨轻度膨胀性骨质破坏，呈单囊样改变，边界清楚锐利，无骨膜反应。图4-6为T1WI flair+c。右侧颞部（图4）、额部（图5）颅骨病灶均匀强化，可见低信号分隔，枕部（图6）病灶边缘强化。图7 病理镜下见肿瘤由薄壁的毛细血管构成。（HE×200）

组织,分离探查蝶骨脊,见蝶骨脊骨质异常,硬膜外可见异常占位性病变,大小约2.0cm×2.0cm,边界清楚,质地韧软,色红。枕部以异常病变为中心,做纵形长约8cm直切口,分离暴露肿瘤周边至颅骨,术中见枕骨局部侵袭严重,异常病变突出颅外,颅外大小约1.5cm×1.5cm,边界不清,质地软,色红,血供丰富,颅内部分大小约2.0cm×2.0cm,边界清楚,质软,肿块与硬脑膜粘连不紧密,无明显侵袭受损。术后肿物送上级医院会诊,华中科技大学同济医院会诊意见:(颞叶、枕叶及额部)多发性的毛细血管瘤,符合血管瘤病(图7)。免疫组化:CD34(+),CD31(弱+),FL11(散在+),ERG(+),SMA(+),Ki67(LI约10%)。

2 讨 论

毛细血管瘤是最常见的良性肿瘤之一,好发于表皮或视网膜膜,但发生于骨骼系统极少见,仅占骨原发肿瘤的0.4%^[1],发生于颅骨的毛细血管瘤病更为罕见。骨源性毛细血管瘤多发生于扁骨或长骨的骨干。是一种先天性发育异常,在胚胎时期部分血管组织脱离全身血管系统、单独在骨组织内发育而成。骨血管瘤按组织学可分为海绵型、毛

细血管型和静脉型,其中以海绵型多见。骨源性海绵状血管瘤由大的薄壁血管和扩张的血管窦组成,被纤维组织分割,骨毛细血管瘤病理镜下表现为极度增生、扩张的毛细血管,缺乏纤维分隔,表现为很小的血管瘤^[2]。

骨血管瘤可发生于任何年龄,报道中30~50岁的女性常见。由于生长缓慢,症状轻微或无明显症状,且常常发生在非承重的部位,因此可直到老年才进展发病。肿瘤发生于脊椎和颅骨时,因占位效应可引起神经系统受压症状。病理骨折和截瘫为脊椎血管瘤常见的并发症。

起源于骨的毛细血管瘤大多数还是表现为良性肿瘤的特点,轮廓清楚,一般有边界,轻度膨胀,中间可有分隔,应为镜下增生的纤维和残留的骨小梁。毛细血管瘤因血管小,管腔较狭窄且生长慢,早期多导致骨质蜂窝状或网格状改变,随肿瘤生长增大,后期肿瘤破坏区骨质中心可出现液化坏死而出现囊状改变。多数学者认为X线/CT检查骨质破坏出现网格状或蜂窝样改变是骨毛细血管瘤的特征性表现^[1-3]。

由于灶内积累的血凝块造成信号或密度不均匀,MRI平扫下肿瘤信号不均,T1WI呈等、低混杂信号,T2WI呈不均匀高信号,周围多数无明显水肿,由于肿瘤血

供丰富,在增强扫描动脉期即出现明显的强化,而极度扩张的血管网,又使流入的造影剂滞留,不易廓清,导致静脉期强化程度进一步升高^[4]。少数病灶可表现为轻度强化或环形强化。本例发生于额部及颞部血管瘤迅速明显强化,而位于枕部病灶则表现为偏侧性边缘强化。

参考文献

- [1] 张帆,杨立,张雪林. 罕发骨源性毛细血管瘤的CT与MRI诊断价值[J]. 医学影像学杂志, 2015, 25(4): 591-594.
- [2] 徐国政,马廉亭,秦尚振,等. 多发性颅骨内血管瘤一例报告并文献复习[J]. 中华神经外科杂志, 2004, 20(3): 235-237.
- [3] 王娟,张家雄,周守国,等. 长骨血管瘤的X线、MRI表现与病理对照[J]. 临床放射学杂志, 2013, 32(11): 1622-1625.
- [4] 侯秋萍,戴捷,曹俊华,等. 椎管硬膜内毛细血管瘤1例并文献复习[J]. 中国CT和MRI杂志, 2015, 13(10): 119-120.

(本文编辑: 刘龙平)

【收稿日期】2017-03-06