

· 头颈疾病 ·

牙本质生成性影细胞瘤CT表现一例报道

解放军第252医院放射科 (河北 保定 071000)

孙永青 陈为军 刘亚飞 王 智

【关键词】牙本质生成性影细胞瘤; 电子计算机断层扫描

【中图分类号】R781.4

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2015.06.007

1 病例资料

牙本质生成性影细胞瘤罕见, 为具有局部侵袭性的牙源性肿瘤, 因其具有侵袭性、易复发性的特点, 手术治疗常需要扩大切除^[1], 尤其是影像学显示边界不清时。影像学可以在术前确定病变的范围、大小、内部特征及周围组织的侵犯情况, 术前对该病变的正确诊断, 对合理治疗有积极的指导意义。我院近期遇到一例患者, 现报告如下。

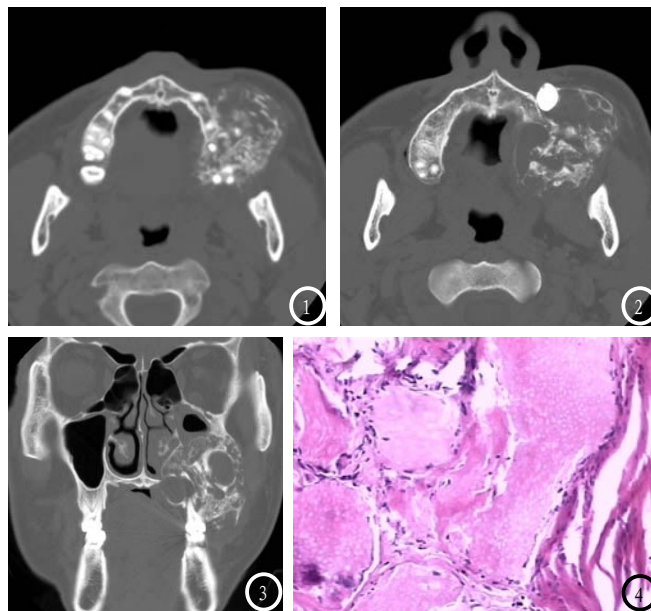
患者男性, 41岁, 因左侧面颊部无痛性肿物四年并渐进性增大就诊。患者四年前无意中发现左侧面部肿物, 约“红枣”大小, 无疼痛及红肿, 生长缓慢, 曾口服抗炎药治疗无效, 后肿物逐渐长大。查体: 两侧面部不对称, 左侧上颌区明显膨隆, 皮肤无红肿, 皮温不高, 触诊肿物表面不光滑, 约鸡蛋大小, 压乒乓球样感, 不活动, 压痛不明显, 左侧鼻腔狭窄。

CT表现(图1-3): 左侧上颌骨内可见一膨胀性肿物影, 边界不清楚, 周围可见不连续骨包壳, 其内密度不均, 局部呈蜂窝状改变, 内可见分隔状、斑片状骨质密度影, 低密度区CT值介于3Hu~35Hu, 病变内可见牙齿包埋其中(箭头); 左侧上颌窦窦壁受累, 体积变小, 窦腔内粘膜增厚; 病变内侧凸入鼻腔, 下鼻甲受压, 鼻道狭窄。病理图片(图4): 肿瘤内可见较多的影细胞团巢, 局部可见钙化。病理诊断: 牙本质生成性影细胞瘤。

2 讨论

2005年, 根据WHO牙源性钙化囊肿的特性, 分为牙源性钙化囊性瘤、牙本质生成性影细胞瘤、牙源性影细胞瘤^[2]。牙本质生成性影细胞瘤(Dentinogenesis ghost cell tumour, DGCT), 是一种罕见的肿瘤^[3], 通常无自觉症状, 好发于男性。肿瘤多为骨内型(中心性), 少数为外周型, 前者来源于颌骨, 极具侵袭性, 手术治疗常需要扩大切除; 外周型牙本质生成性影细胞瘤多发生在牙龈或牙槽黏膜, 生物学行为不具有侵袭性, 局部切除很少复发。

DGCT典型病理特征是可见上皮细胞退变为影细胞



CT平扫显示左侧上颌骨内可见一膨胀性肿物, 边界不清楚, 周围可见不连续骨包壳, 其内密度不均, 局部呈蜂窝状改变, 内可见分隔状、斑片状骨质密度影, 低密度区CT值介于3Hu~35Hu, 病变内可见牙齿包埋其中(图1-3); 左侧上颌窦窦壁受累, 体积变小, 窦腔内粘膜增厚; 病变内侧凸入鼻腔, 下鼻甲受压, 鼻道狭窄。HE染色4×10, 肿瘤内可见较多的影细胞团巢, 局部可见钙化(图4)。

作者简介: 孙永青, 男, 影像医学专业, 主治医师, 主要研究方向为CT及磁共振诊断。

通讯作者: 孙永青

胞,并伴有数量不等的发育不良的牙本质形成^[4]。由于DGCT具有肿瘤和囊肿的双重特征,其影像学表现复杂,常显示颌骨内密度不均匀的肿块,可为单房、多房或蜂窝状,以单房多见,边界清楚或不清楚,病变内常有大小不一的斑块状高密度钙化灶,由于X线片周围结构的重叠,对不明显钙化的显示不良,而CT可以发现较小的钙化灶;病灶区常常有埋没牙并可见牙根吸收,肿物可侵犯邻近组织^[5]。

无论在临床检查还是影像学特征上,DGCT都易与成釉细胞瘤相混淆,二者都具有侵袭性行为,手术方式也基本一致,病理上区别在于DGCT存在大量的影细胞及发育不良的牙本质。由于成釉细胞瘤囊内常含有实质性成分,增强后有强化,其为成釉细胞瘤区别于囊肿的特征性表现^[6,7]。

总之,当影像学显示颌面骨膨胀性肿物,且肿物内含有囊性及钙化成分时,应想到DGCT的可能性。

参考文献

- [1] 李斌斌,李铁军.颌骨牙本质生成性影细胞瘤的复发与恶变[J].北京大学学报,2011,1(43):48-51.
- [2] 李铁军.牙源性肿瘤的WHO(2005)新分类[J].现代口腔医学杂志,2007,21(4):337-339.
- [3] Stone CH, Gaba AR, Benninger MS et al. Odontogenic ghost cell tumor: A case report with cytologic findings[J]. Diagn Cytopathol, 1998, 18(3): 199-203.
- [4] 黄洪章,陶谦.成釉细胞瘤的临床及基础研究[J].中国实用口腔科杂志,2009,2(2):82-84.
- [5] 张伟,郭传宾,贺向丽.牙本质生成性影细胞瘤一例报告并文献复习[J].现代口腔医学杂志,2011,25(1):69-70.
- [6] 胡永杰,王平仲.牙源性囊肿与牙源性肿瘤的影像学诊断[J].中国实用口腔科杂志,2007,2(2):71-76.
- [7] 林杰果,黄明忠,梁文汉,等.颌骨多房肿瘤性病变的CT诊断[J].中国CT和MRI杂志,2011,9(3):28-30.

【收稿日期】2015-12-05

(上接第11页)

参考文献

- [1] 谢先举.气管切开术治疗90例重症脑外伤疗效分析[J].当代医学,2014,5(04):12-13.
- [2] 陈乃峰.气管切开术治疗重症脑外伤临床分析[J].吉林医学,2012,8(15):78-79.
- [3] 陈德珠,林敬成,江倩华,周柱江,左六二.早期经皮扩张气管切开术在重型颅脑损伤患者中的应用[J].现代诊断与治疗,2012,7(09):22-23.
- [4] 刘千祥.浅谈气管切开术在重症脑外伤中的应用[J].中外医疗,2011,3(04):36-37.

- [5] 王倩.重症颅脑外伤患者气管切开术后的护理[J].中国社区医师(医学专业),2011,9(30):78-79.
- [6] 孟祥群.气管切开后使用两种气管套管的肺部感染发病率比较[J].中外医学研究,2011,5(06):23-24.
- [7] 刘平非.气管切开术与插管术在重症脑外伤中应用的比较[J].中国实用神经疾病杂志,2011,10(09):45-46.
- [8] 时国朝,李敏,王枫,胡伟国.经皮扩张气管切开术与常规手术气管切开术的比较[J].临床肺科杂志,2010,6(05):36-37.

【收稿日期】2015-12-08