

《请您诊断》病例 2 答案:筛窦神经鞘瘤

吕长磊, 陈学强, 张云枢, 罗庆华, 徐蓉

【中图分类号】R814.42; R445.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2007)04-0432-01

病例资料 患者,男,35岁。无明显诱因发现鼻根包块半年,不伴发热、恶心、呕吐,无咳嗽、咳痰。当地医院对症治疗,症状无缓解,近2个月鼻背部包块增大,伴疼痛,午后明显,不伴复视、眩晕。

CT:筛窦软组织肿块,周围骨质破坏累及鼻中隔及前颅窝底(图1)。MRI:筛窦团块状异常信号灶(图2),Gd-DTPA增强扫描可见病灶明显强化(图3a),矢状面显示肿瘤破坏前颅窝骨质突入颅内,与周围脑实质分界清楚(图3b)。

手术所见:肿瘤位于前颅凹底硬膜外、突入筛窦,肿瘤颅内部分约3cm×3cm大小,位于嗅沟,呈灰黄色、质韧、血供丰富。将肿瘤组织和肿瘤包膜送病检。

免疫组化结果:Actin(-)、Vimentin(+),MBP(+),S100(+),GFAP(±),NF(-)。病理诊断:(筛窦)神经鞘瘤。

讨论 神经鞘瘤为生长缓慢的良性肿瘤,起源于由施万细胞即神经膜细胞构成的神经鞘膜,肿瘤多发生于脑神经穿出软脑膜以外的远端上,即位于脑外硬膜内的一段,该肿瘤为非胶质神经外胚层肿瘤。临床上神经鞘瘤占颅内肿瘤5%~10%^[1],好发年龄40~60岁,神经鞘瘤位于筛窦内比较少见。本例MRI影像表现为筛窦内软组织团块,呈椭圆形,信号欠均匀,边缘较清楚,肿瘤致窦腔扩大,窦壁骨质吸收破坏,增强后明显不均匀强化,病变向上后侵犯额窦及颅内,前颅窝底骨质破坏,额叶直回受压、移位。术前误诊为筛窦嗅神经母细胞瘤,但后者发病高峰年龄20~50岁,主要表现为嗅觉丧失、鼻出血、视力障碍;而本例除包块、疼痛外,无其他临床表现。筛窦神经鞘瘤有良性肿瘤表现,但缺乏特异性,瘤体较大合并骨质破坏时很难与其他恶性肿瘤鉴别,近来报道^[2,3]有2例鼻窦神经鞘瘤,有相同的CT和MRI表现,对今后的鉴别诊断有借鉴价值。

影像检查可以确定病变的范围,CT能够很好显示肿瘤对周围骨质的破坏,MRI对于显示瘤体与脑组织的关系有明显优势,可以用于辅助临床治疗措施的制定,确诊需要综合临床表现与病理检查。

(注:本刊2007年第二期有较大图像)

作者单位:442000 湖北,十堰郧阳医学院附属太和医院MRI室
作者简介:吕长磊(1981-),男,河南人,医师,主要从事MRI影像诊断工作。

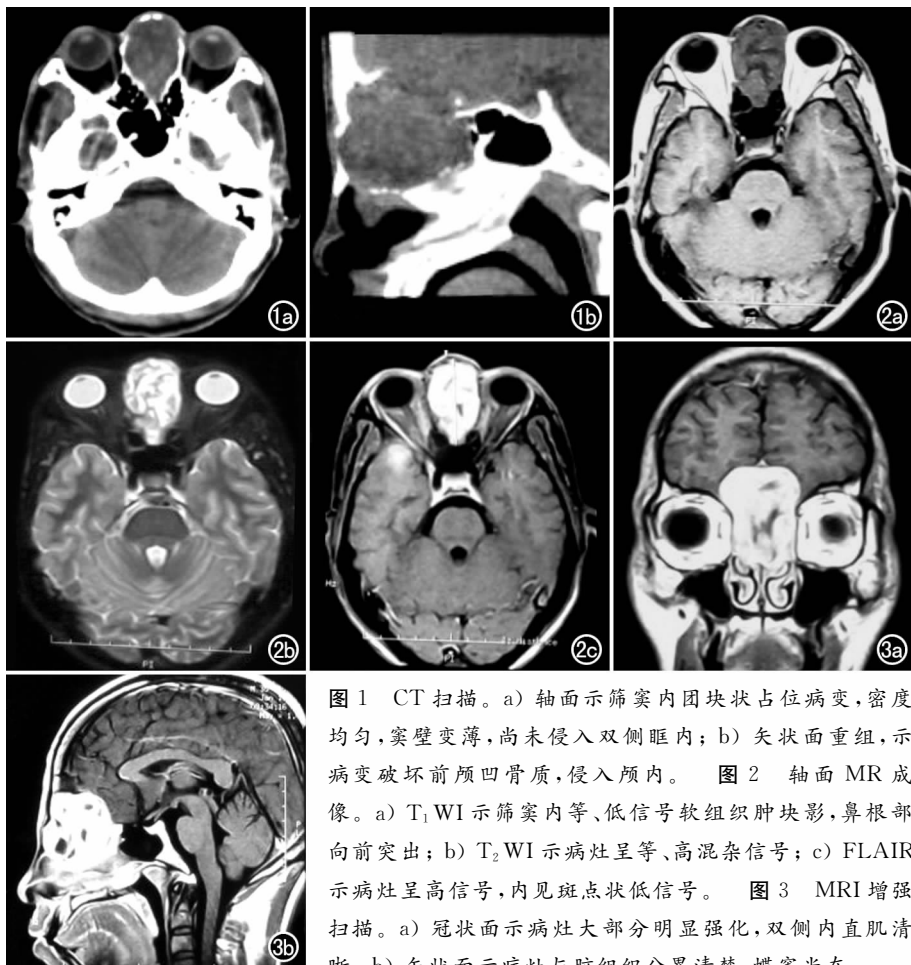


图1 CT扫描。a)轴面示筛窦内团块状占位病变,密度均匀,窦壁变薄,尚未侵入双侧眶内; b)矢状面重组,示病变破坏前颅凹骨质,侵入颅内。图2轴面MR成像。a) T₁WI示筛窦内等、低信号软组织肿块影,鼻根部向前突出; b) T₂WI示病灶呈等、高混杂信号; c) FLAIR示病灶呈高信号,内见斑点状低信号。图3MRI增强扫描。a)冠状面示病灶大部分明显强化,双侧内直肌清晰; b)矢状面示病灶与脑组织分界清楚,蝶窦尚在。

参考文献:

- [1] 沈天真,陈星荣.神经影像学[M].上海:上海科学技术出版社,2003.8.
- [2] 毛永征,王振常,梁熙虹.蝶筛隐窝神经鞘瘤一例[J].临床放射学杂志,2007,26(1):97.
- [3] 刘林峰,杨光钊,李方利,等.蝶窦神经鞘瘤一例[J].中华放射学杂志,40(增刊):217-218.

(收稿日期:2006-11-15)

专家点评

鼻窦内软组织肿块的组织学种类很多,影像学确定其类型常较困难。病变部位、密度和信号、窦壁骨质情况和病变强化情况是鉴别诊断的重要信息。可以表现为显著强化或非常显著强化的鼻窦内软组织肿块并不多,主要有神经鞘瘤、血管外皮细胞瘤和脑膜瘤,均为少见病变。本例MR强化非常显著,病变内有多发小的囊变区,符合典型神经鞘瘤的影像学表现,但难以与血管外皮细胞瘤区别。脑膜瘤很少囊变、信号和强化多均匀,不同于神经鞘瘤。

(西安交通大学第一医院医学影像中心 鱼博浪)