

## 乙状窦旁脂肪瘤累及内耳一例

唐欣薇, 李静, 王振常

【关键词】 脂肪瘤; 乙状窦旁; 后颅窝; 体层摄影术, X线计算机; 磁共振成像

【中图分类号】 R739.61; R814.42; R445.2 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2019)05-0587-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2019.05.022

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



**病例资料** 患者,男,37岁,主因3年前无明显诱因出现眩晕,伴恶心呕吐,20天前饮酒后再次出现上述症状,并伴右耳耳鸣、听力下降,故来我院就诊。查体:患者舌根淋巴结增生,听力学检查左耳正常,右耳未测出气、骨导,其他症状、体征及神经系统症状均为阴性。颞骨CT:右侧乙状窦旁可见类圆形低密度影,病灶大小约1.0 cm×0.9 cm×0.9 cm(前后径×左右径×上下径),邻近乙状窦前壁骨质未见明显异常,平

扫、增强扫描CT值分别约-107 HU、-119 HU,增强扫描可见边缘强化,右侧乙状窦受压,其内对比剂填充良好,双侧耳蜗骨质结构未见异常(图1、2)。MRI检查:右侧后颅窝乙状窦区可见异常信号影,病变中央部主体T<sub>1</sub>WI呈高信号(图3),T<sub>2</sub>WI+抑脂序列呈周边高信号,中心低信号(图4)。DWI呈环形高信号(图5),增强扫描病灶中心未强化,周边呈环形强化(图6);乙状窦内流空信号好,且右侧耳蜗底周内可见点片

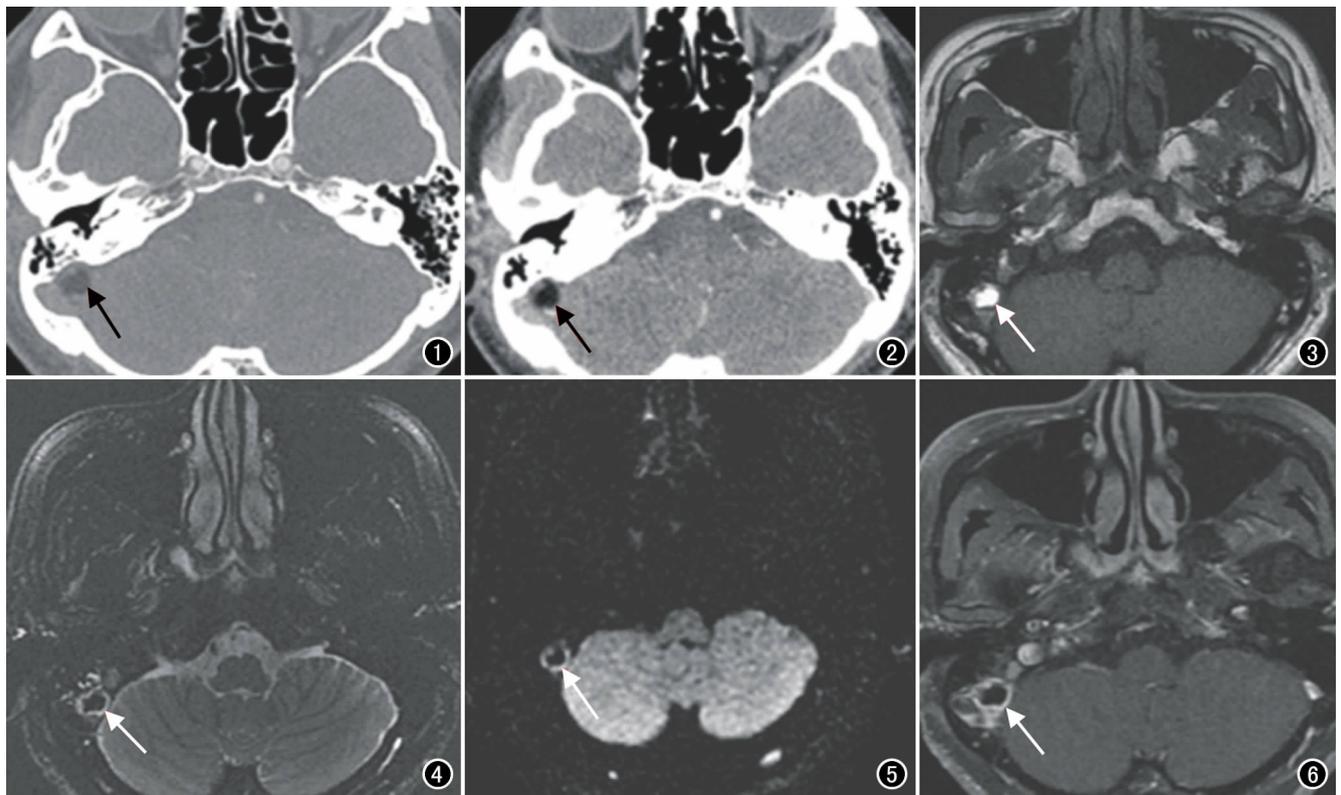


图1 横轴面平扫(软组织窗)示右侧乙状窦旁类圆形低密度影(箭),边缘清晰。图2 横轴面CT增强扫描动脉期示病灶边缘强化(箭),右侧乙状窦受压,乙状窦前壁骨质未见明显异常。双侧耳蜗内未见异常。图3 横轴面T<sub>1</sub>WI平扫示右侧后颅窝乙状窦内侧软组织肿块影,病变中央部主体呈高信号(箭)。图4 横轴面T<sub>2</sub>WI脂肪抑制序列图像示病变呈周边高信号,中心低信号(箭)。图5 横轴面DWI示病灶呈环形高信号(箭)。图6 横轴面T<sub>1</sub>WI增强扫描脂肪抑制图像示病灶中心未强化,周边可见不均匀强化(箭)。

状异常信号影, T<sub>1</sub>WI 呈高信号(图 3、4), 增强扫描耳蜗底周可见轻度强化(图 6)。影像学诊断: 右侧后颅窝乙状窦区病灶考虑脂肪瘤可能。患者行手术治疗, 术中可见肿物位于内淋巴囊区域, 色白, 质软, 去除后颅窝及乙状窦表面骨板, 于肿物表面切开, 内部为一充满脂肪样物囊袋, 囊壁与内淋巴囊壁内侧相连, 予以彻底切除, 右侧内淋巴囊肿物送病理检查, 病理结果示标本中可见纤维肉芽组织 2 块(直径 0.8~1.0 cm), 其内可见炎性细胞浸润及血管增生, 并可见多核巨细胞反应及钙盐沉着(图 7、8)。

患者行耳后切口, 做耳后肌骨膜瓣, 软化乙状窦及后颅窝硬脑膜, 结合影像表现及术中情况, 诊断为后颅窝脂肪瘤。

**讨论** 后颅窝脂肪瘤作为颅内皮样囊肿的一种分类<sup>[1]</sup>, 多发生于颅底或后颅窝近中线区, 如桥小脑角、中颅窝底鞍旁、后颅窝四脑室等处, 其结构特点是被一层由角质上皮所构成的包膜围绕, 囊内含有大量角化蛋白、胆固醇结晶及脂肪组织<sup>[2]</sup>。本例影像学表现不同于普通脂肪瘤, 其病灶位于右侧后颅窝乙状窦后内侧, 易与内淋巴囊来源肿瘤相混淆。

本例病变耳蜗内可见脂滴信号, 考虑为病变破裂所致。搜索国内外文献, 较少见脂肪瘤破裂的相关报道, 但有学者报道, 皮样囊肿破裂后病灶与周围脑组织内可见脂质滴聚集<sup>[3]</sup>。颅内皮样囊肿破裂较少见, 最常见的破裂原因为自发性破裂, 有关脂肪瘤为何自发性破裂的研究, 国内外也较少报道。笔者查阅脂肪瘤破裂的相关文献, 推测脂肪瘤破裂可能与肿瘤直径、位置、脂肪密度有关<sup>[4-5]</sup>, 也可能是由于年龄依赖性荷尔蒙的改变引起腺体分泌增多, 导致病变短期内快速增长而出现自发破裂。另外, 医源性及外伤性因素如劳动、外力打击、局部挤压也是自发破裂的原因<sup>[6-7]</sup>。此例患者病变邻近耳蜗在 MRI 上可见异常脂肪信号影, 推测是破裂后的乙状窦旁脂肪瘤其内脂滴进入耳蜗形成的, 并且脂肪样物质可经蜗窗、前庭窗或局部破坏迷路骨壁侵入或刺激内耳引起迷路炎, 导致患者出现眩晕、恶心、呕吐及听力下降等迷路炎症状。

后颅窝脂肪瘤破裂罕见, 累及耳蜗的更为少见, 其临床表现缺乏特异性<sup>[8]</sup>, 但 CT、MRI 表现具有一定的特征性, 一旦确诊破裂后, 为了避免内容物继续溢出而进一步造成损害, 应尽早手术治疗<sup>[9]</sup>。

笔者对此病例及相关脂肪瘤文献进行分析时, 发

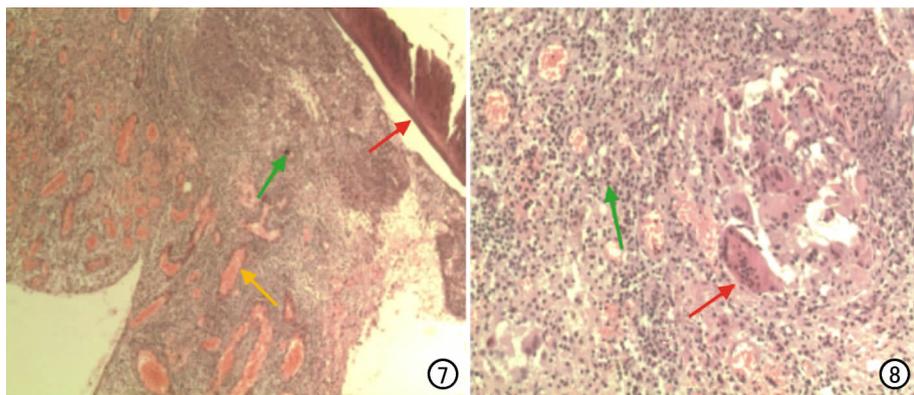


图 7 右侧内淋巴囊肿物镜下病理结果: 标本中可见纤维肉芽组织 2 块(直径 0.8~1.0 cm), 其内可见炎性细胞浸润(绿箭)、血管增生(黄箭)及钙盐沉着(红箭)( $\times 40$ , HE)。图 8 镜下病理示多核巨细胞反应(红箭)及炎性细胞(绿箭)( $\times 100$ , HE)。

现颅内脂肪瘤破裂进入耳蜗导致听力下降的病例非常少见, 该病例提醒临床及影像工作者, 颅内脂肪瘤破裂也可能会进入耳蜗, 从而出现眩晕、恶心、听力下降等症状。

#### 参考文献:

- [1] 程振江, 王承缘. 颅内脂肪瘤高场强 MRI 分析[J]. 放射学实践, 1999, 14(2): 90-92.
- [2] 胡和平, 黄其鏊. 颅内先天性胆脂瘤的 MRI[J]. 第一军医大学学报, 1991, 11(1): 76-78.
- [3] Asil K, Gunduz Y, Ayhan LT, et al. Spontaneous rupture of intracranial dermoid tumor in a patient with vertigo. Computed tomography and magnetic resonance imaging findings[J]. Pol J Radiol, 2013, 78(4): 79-82.
- [4] Davenport MS, Neville AM, Ellis JH, et al. Diagnosis of renal angiomyolipoma with hounsfield unit thresholds: effect of size of region of interest and nephrographic phase imaging[J]. Radiology, 2011, 260(1): 158-165.
- [5] Gandhi SP, Chandra PB, Patel KN, et al. Role of 64 slice multidetector computed tomography and angiography to establish relationship between tumor size, aneurysm formation and spontaneous rupture of renal angiomyolipomas: single center experience[J]. Urol Ann, 2016, 8(2): 173-177.
- [6] 杨璐. 颅内皮样囊肿破裂 MRI 表现[J]. 第三军医大学学报, 2013, 35(16): 1770-1772.
- [7] Karthaus EG, Buck DB, Zettervall SL, et al. Clinical presentation, management, and outcomes of isolated visceral artery dissections[J]. J Vasc Surg, 2015, 61(6): 91-98.
- [8] Zhang Y, Cheng JL, Zhang L, et al. Magnetic resonance imaging of ruptured spinal dermoid tumors with spread of fatty droplets in the central spinal canal and/or spinal subarachnoid space[J]. J Neuroimaging, 2013, 23(1): 71-74.
- [9] 荆彦平. 颅内皮样囊肿破裂的 CT、MRI 诊断[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2017, 15(1): 14-16.

(收稿日期: 2018-09-22 修回日期: 2018-11-19)