

.个案报告.**原发性颅底软骨肉瘤1例**

毛国超 张越林 闫峰 任鹏宇 王刚 李澜

【关键词】软骨肉瘤；颅底；诊断；治疗

【文章编号】1009-153X(2015)01-0063-02 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 739.41; R 651.1¹¹

原发性颅底软骨肉瘤是一种十分罕见、生长缓慢及局部侵袭性的低度恶性肿瘤，临床表现及影像学表现缺乏特异性，术前诊断极其困难。本文就我们收治的1例原发性颅底软骨肉瘤患者治疗经验总结如下。

1 病例资料

患者，男，47岁，以右侧耳鸣伴听力下降3年入院。患者无明显诱因出现右侧耳鸣，伴记忆力下降，无头痛、恶心、呕吐及四肢抽搐等。当地医院头颅CT检查示右侧中颅窝及桥小脑角区骑跨右侧岩锥的“哑铃状”略低密度占位。我院头颅MRI增强检查示右侧中颅窝及后颅窝哑铃状占位性病变，大小约6.8 cm×4.1 cm，呈均质显著强化，无脑膜尾征表现，病变向下经颅底孔裂伸入右侧咽旁间隙，包绕大脑中动脉分支（图1A）。考虑三叉神经鞘瘤，遂行开颅肿瘤切除术。术中见病变呈蜡块状，呈灰白色，血供较丰富，分块切除病变组织后，可见病变已侵蚀颅底骨质，向内侧侵入海绵窦，切开小脑幕，切断岩上窦后，可见病变经岩骨延续至桥小脑角区。术后复查头颅CT未见明显肿瘤组织残留。术后病理学结果为中分化软骨肉瘤（肿瘤由肿瘤性软骨细胞及软骨基质构成）。术后40 d，患者无明显诱因出现右耳流出红色粘稠状液体。颞骨薄层CT检查示右中颅窝、右侧岩锥内1/2部、枕骨斜坡右侧可见一30 mm×35 mm类圆形骨质破坏区，局部软组织肿块影并右侧乳突炎。考虑为鼓膜糜烂，未予特殊治疗。术后45 d，行三维适形放疗，计划DT48Gy/24次，但在完成DT32Gy/16次后，无明显诱因出现发热（体温最高达39.2℃），不伴寒战。血常规示血红蛋白为119 g/L，白细胞计数为5.3×10⁹/L，中性粒细胞百分比88.1%。降钙素原为0.5 ng/ml~2 ng/ml。怀疑全身感染，有中毒危险进展成全身重度

感染。出现脑脊液耳漏后暂停放疗，给予腰大池置管引流，并给予头孢曲松钠联合美罗培南抗感染治疗10 d后，患者右侧外耳道已无分泌物，体温正常出院。术后7月患者复查MRI示肿瘤复发，右侧中后颅窝底部见不规则肿块，最大径约60 mm，形态不规则（图1B）。患者目前无明显症状，继续随访中。

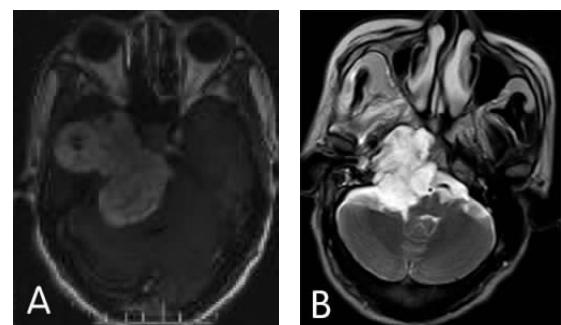


图1 1例原发性颅底软骨肉瘤患者手术前后MRI图

A.术前MRI增强示右侧中颅窝及后颅窝可见哑铃状占位性病变，大小约6.8 cm×4.1 cm，呈均质显著强化，无脑膜尾征表现，病变向下经颅底孔裂伸入右侧咽旁间隙，包绕大脑中动脉分支，中线轻度左移；B.术后7月复查头颅MRI示右侧中后颅窝底部见不规则肿块，最大径约60 mm，形态不规则

2 讨论

软骨肉瘤好发于骨盆、肋骨及肩胛骨，发生于颅底者罕见，多见于蝶筛骨、蝶枕和颞枕骨等颅骨软骨结合处。原发性颅底软骨肉瘤一般呈膨胀性生长并具有侵袭性，破坏周围骨质结构，但多边界清晰。颅内软骨肉瘤所在部位、大小及生长速度不同可出现不同临床表现。①颅神经受压或受损症状，以第Ⅲ、Ⅴ、Ⅵ对颅神经损害常见，晚期会出现垂体功能减退及下丘脑症状。本例患者因肿瘤压迫听神经出现听力下降及耳鸣。侵犯岩骨尖者可表现为典型的岩骨尖综合征。②脑结构受压。颅底软骨肉瘤体积常较大，主要向颅内生长，可压迫推移或浸润邻近的脑结构，相应地出现偏瘫、感

觉减退、锥体束征、共济失调、癫痫发作等。③颅内压增高。

肿瘤本身的体积和并发的脑积水均可导致颅内压增高。④

颅外症状。当肿瘤侵犯鼻咽部、眼眶等可出现鼻塞、嗅觉障碍、眼球突出、视力障碍等。

对于颅内软骨肉瘤,放疗疗效明显,但大多数学者认为首选手术治疗。术前应检查明确有无颅骨骨质的破坏,若有颅骨骨质破坏,术中切除肿瘤后建议修补颅底,以免出现脑

脊液漏、颅内感染等并发症。

原发性颅底软骨肉瘤临床罕见,临床表现缺乏特异性,术前诊断极其困难。如果患者临床表现和影像学资料不一致时,我们需考虑到软骨肉瘤的可能性,应进一步检查确诊。对该类病人,我们应该要考虑可能出现的并发症,从而提早采取治疗措施。

(2013-11-27 收稿,2014-07-03 修回)