

. 个案报告 .

枕骨原发性骨肉瘤1例

张月清 王 伟 王福林 何二平

【关键词】骨肉瘤;枕骨;显微手术

【文章编号】1009-153X(2023)08-0544-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】R 739.41; R 651.1*1

1 病例资料

28岁男性,因发现右侧枕部头皮肿块伴进行性增大4个月于2019年10月入院。4个月前,发现右侧枕部皮下一个鸽蛋大小肿块,触之疼痛,进行性增大。入院体格检查:右侧枕部可及一约3 cm×3 cm大小的半球形肿块,质硬,固定,伴触痛,表面皮肤无红肿、破溃。头颅CT显示右侧枕骨病变,局部骨质破坏(图1A、1B)。头颅MRI增强扫描显示右侧枕骨异常信号肿块影,考虑颅骨肿瘤(图1C、1D)。完善术前准备后,行手术治疗。术中见肿瘤呈肉红色,血供丰富,瘤腔内见钙化骨样组织,局部骨膜增厚伴颅骨虫蚀样破坏,并侵犯硬脑膜,扩大切除病变颅骨及所侵犯硬脑膜,一期钛网成形术(图1E)。术后病理显示瘤细胞弥漫分布,排列密集,瘤细胞核梭性或卵圆形,有异型性,核膜清楚,核分裂像多见,考虑骨肉瘤(图1F)。术后随访1年,未见局部复发及转移。

2 讨论

颅骨骨肉瘤是一种极为罕见的恶性肿瘤,占所有骨肉瘤的0.5%~2.0%,以男性略多见,好发于青少年,多见于颅盖部,少数可位于颅底。颅骨骨肉瘤多为原发性,少数可继发于骨巨细胞瘤、骨纤维异常增殖症等。该肿瘤恶性程度高,病情发展快,易发生肺部转移,预后极差。

颅骨骨肉瘤的多表现为颅骨局限性包块,生长迅速,可伴疼痛及压痛。其CT主要表现为不规则软组织肿块伴局部骨质破坏,并伴不同程度层状骨膜反应、骨膜形成后骨质再受损、骨质吸收现象等。MRI则多表现为局部混杂信号影,骨膜反应表现为皮质增厚,骨皮质破坏T₂像表现为低信号的骨皮质内含有高信号的肿瘤组织,从而出现骨皮质中断增强后不均匀强化。MRI对病变骨、骨破坏及骨膜反应的敏感性较CT差,但可明确病变范围,且对软组织结构的显示更为清晰。因此,临床上通常联合应用头颅CT及MRI扫描以提升诊断符合率。

颅骨骨肉瘤恶性程度高,预后差,应采取多学科综合治

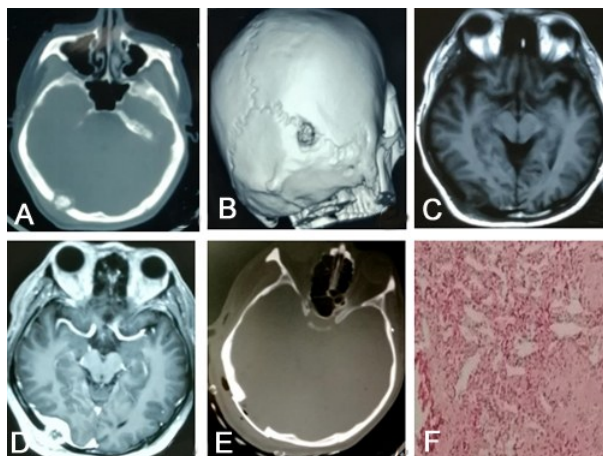


图1 枕骨原发性骨肉瘤手术前后影像表现及术后病理表现

A、B. 术前CT示右侧枕骨近人字缝处病变,骨质破坏;C、D. 术前MRI示病变累及颅骨内外板,局部硬脑膜受侵及,增强后病灶明显强化;E. 术后CT示病变骨全切,钛网修补;F. 术后病理示右枕骨骨肉瘤(HE,×40)

疗。目前,较为认可的治疗方案为手术切除病变骨,术后辅以化疗,但是否配合放疗,仍存争议。同时,手术应遵循无瘤原则,适当扩大切除病变,尽量做到切缘阴性,这对病人的预后至关重要。本文病例术中发现肿瘤边界不清,局部颅骨明显破坏,硬脑膜受到累及,考虑恶性可能大,遂扩大切除病变直至正常边界。而对于正常边界的判断,我们的体会是除了观察颅骨被肿瘤侵蚀破坏情况外,局部的血供也可作为参考,当切除到正常颅骨边界时,出血往往会明显减少,骨蜡封堵较为容易。本文病例的肿瘤已侵犯硬脑膜,术中一并予以切除,同时人工脑膜修补脑膜及钛网修补颅骨缺损,术后2周辅助放化疗,每隔3个月复查头胸部CT,术后随访1年,未见局部肿瘤复发及远隔转移。

综上所述,颅骨骨肉瘤恶性程度高,病情进展迅速,早期诊断、早期治疗对于提高病人的预后极其重要。因此,临床上对于疑似病例,应尽早予以头颅CT及MRI检查明确病变情况,制定手术为主的综合治疗方案,提高病人的生存率。

(2021-09-27收稿,2021-11-06修回)