

双平面 CT 扫描诊断鞍区脊索瘤的价值

魏文洲¹, 李俊², 任征辉³, 童世平¹

摘要:目的 评价轴位加冠状位 CT 扫描在诊断鞍区脊索瘤中的作用。方法 回顾性分析 9 例经手术证实的脊索瘤的轴位和冠状位 CT 扫描资料, 其中 7 例同时行增强扫描。结果 所有病例的病灶中心均位于鞍区, 其边缘不规则或模糊, 蝶骨体骨质明显破坏, 4 例鼻咽部有巨大软组织肿块, 6 例患者的瘤体内可见斑片状或不规则块状钙化影。结论 双平面 CT 扫描可准确显示肿瘤向颅内侵犯的范围以及骨质破坏的程度, 在排除鞍区的其它病变后, 结合临床表现和 CT 特征可诊断脊索瘤。

关键词: CT 扫描; 诊断; 脊索瘤

中图分类号: 730.4 文献标识码: A 文章编号: 1000-8578(2001)05-0407-02

Biplane Computed Tomography of Sella Chordoma

WEI Wen-zhou, LI Jun, REN Zheng-hui, et al

Department of Radiology, Renmin Hospital of Wuhan University, Wuhan 430060, China

Abstract: **Objective** To evaluate biplane Computed tomography (CT)-a transverse and coronal in diagnosing sella chordoma. **Methods** 9 cases of sella chordoma proved by operation and pathology were retrospectively discussed. All patients were examined by biplane CT. 7 cases of them were simultaneously injected with ionized contrast. **Results** The central location of mass was sella, its rim was irregular or dim. The density of mass was diverse in 3 cases, iso- in 4 cases, hypo- in 2 cases. **Conclusion** Biplane CT is of value in delineating the precise extent of tumor, both intracranially and extracranially, as well as in evaluating bony changes. After excluding the tumors which were frequent in sella, we should consider it chordoma.

Key words: CT; Diagnosis; Chordoma

本文回顾性分析经手术病理证实的 9 例鞍区脊索瘤的 CT 影像资料, 旨在阐明轴位加冠状位 CT 扫描在诊断鞍区脊索瘤的作用, 并结合文献就本病的鉴别诊断问题进行了讨论。

1 材料和方法

本组 9 例中男 6 例, 女 3 例。年龄 19~56 岁, 平均 42.6 岁。病程 1~4 年, 其中 1 例 2 年后复发。主要临床表现为间断性头痛, 复视及视力障碍, 其中 3 例有单侧眼球突出, 2 例伴有渐进性鼻塞。

所有病例均用岛津 SCT-5000T 全身 CT 机作轴位和冠状位平扫, 其中 7 例同时行增强扫描, 层厚、层距为 2~5mm。

2 结果

9 例的肿块中心均位于蝶鞍, 外形不规则, 呈分叶状或边界模糊(图 1~5)。肿块直径范围为 2.4~6.3cm, 肿块周围均无瘤旁低密度的水肿带。平扫

时, 3 例表现为等、低、高混杂密度灶, 4 例为较均匀的等密度灶, 2 例表现为低密度灶。7 例增强扫描中 1 例中度强化, 4 例轻度强化, 2 例无强化。本组 9 例均有蝶骨体溶骨性破坏, 7 例破坏枕骨斜坡的部分骨质, 3 例累及蝶骨大翼和蝶骨翼板, 1 例还累及一侧的视神经管。4 例可见鼻咽部巨大软组织肿块。9 例中 6 例的瘤体内可见散在斑片状、不规则块状钙化影。

3 讨论

脊索瘤起源于错置的或残留的胚性脊索, 好发于蝶枕部和骶尾部, 据文献报道 35%~40% 的脊索瘤发生在颅底^[1]。根据肿瘤的主要部位可将颅内脊索瘤分为鞍部型、颅中凹型和斜坡型。本组 9 例均位于蝶鞍部, 说明此部位发病多见。

脊索瘤一般生长缓慢, 具有局部浸润性和高的局部复发性, 其发病率约占原发性骨肿瘤的 3%~4%, 有文献报道可高达 8.4%^[2], 为第 4 位常见的原发性骨肿瘤。患者的临床表现与肿瘤的部位和生长方向有关^[3]。本组病例的肿块中心均位于蝶鞍部, 其首发症状为间断性头痛, 肿块压迫视交叉和

收稿日期: 2000-09-20; 修回日期: 2001-02-15

作者单位: 1. 430060 武汉大学人民医院放射科, 2. 口腔科, 3. 武汉市商业职工医院内科

视神经时,引起视神经萎缩、视力下降、视野缺损等;肿瘤向眶上裂伸展时可造成单侧眼球突出,向鼻咽部生长形成软组织肿块时可引起鼻塞、咽部异物感、吞咽困难、呛咳及声音嘶哑等症状;肿块向两侧增大时累及两侧的海绵窦,临床上常见眼运动神经麻痹、视物困难及海绵窦综合症。

脊索瘤的影像学表现与其组织学特征有关^[4]。肿块的直径从 1~ 10cm 不等,绝大多数病例肿块直径在 2~ 5cm。肿瘤质软、灰褐色、胶冻样多小叶的肿块,分界清楚并有假包膜。另外,脊索瘤中可有坏死区、新老出血灶和钙化区。本组病例主要为斑点状和斑片状钙化。

脊索瘤的 CT 扫描一般应包括轴位和冠状位,轴位扫描可明确病灶中心部位和边缘情况以及周边骨质的改变(图 1, 3),冠状位扫描能清楚地显示肿瘤颅内外侵犯的范围和程度(图 2, 4, 5)。平扫时,病变多为混杂密度和等密度,静脉注入造影剂后扫描,病灶轻到中度强化,一般低密度影无强化,等或稍高密度影强化。

鞍区脊索瘤需与垂体瘤、颅咽管瘤、鼻咽癌相鉴别^[5]。垂体瘤一般表现为蝶鞍扩大,鞍底骨质吸收变薄或破坏。而脊索瘤的蝶鞍扩大,但不及垂体瘤明显,且常有斜坡骨质破坏,本组 7/9 例有斜坡骨质破

坏。另外,大多数脊索瘤的病灶有钙化是另一个显著影像学特征,本组中 6 例有钙化。绝大多数颅咽管瘤表现为鞍上边界清楚的囊性肿块,囊壁有弧线形或蛋壳样钙化,邻近骨一般无破坏。鼻咽癌颅内侵犯多表现为颅底骨质明显破坏,但肿块主要在鼻咽腔,CT 检查常明显强化,且瘤内无钙化。

因此,当 CT 扫描发现鞍区出现边界欠清、密度不均的软组织肿块,且肿块内有钙化,临近骨质呈溶骨性破坏,肿块累及斜坡的中上部,再结合患者的临床表现,并排除此部位其它常见肿瘤后,就应考虑脊索瘤的可能。(本文图见封 2)

参考文献:

- [1] Kendall BE Cranial chordoma[J]. Br J Radiol 1977; 50: 687.
- [2] Weber AL, Brown EW, Hug EB, et al Cartilaginous tumors and chordomas of the cranial base[J]. Otolaryngol Clin North Am, 1995, 28(3): 453.
- [3] 高培毅,戴建平,尚京伟,等. 颅内脊索瘤的 CT 诊断[J]. 中华放射学杂志 1990; 24(2): 97.
- [4] 刘松龄,张云亭,白人驹,等. 1 例罕见的后颅凹硬膜内脊索瘤伴脑室内转移[J]. 医学影像学临床与研究 1999; 1(1): 41.
- [5] 杜金梁,解中福,孙贵琴,等. 颅内脊索瘤的影像学诊断[J]. 临床放射学杂志 1998; 17(3): 191.

(杨 卉校对)

欢迎订阅《癌症》杂志

《癌症》是由卫生部主管、中山医科大学肿瘤防治中心(世界卫生组织癌症研究合作中心)主办的肿瘤学专业性核心期刊,国内外公开发刊。《癌症》已成为我国肿瘤学界重要的学术论坛,在国内外享有一定的信誉和影响力:1992 年首批进入中国科技核心期刊,据中国科学引文数据库统计的“被引频次最高中国科技期刊 500 名排行榜”《癌症》一直居国内同类杂志的领先地位;被“中国科学引文数据库”等收录为来源期刊;被《中国科技期刊(光盘版/网络版)》首批选为全文收录来源期刊,被选为中国学术期刊综合评价数据库来源期刊,并进入国际“因特网”。可见《癌症》具有良好的发展势头。

为了提高出版质量及缩短发表周期,《癌症》已改为月刊,用进口铜版纸印刷,封面过塑胶装,每期 112 页,随文排印彩色照片,在版式编排上与国际惯例接轨。

《癌症》每月 5 日出版,定价每册 12 元,全年 144 元。欢迎到当地邮局订阅。邮发代号 46-21 号。如果漏订,可汇款到本编辑部发行组邮购。联系地址:广州市东风东路 651 号中山医科大学肿瘤防治中心内,邮政编码:510060,电话/传真:020-87777136。

宫颈鳞癌组织HPV16/18感染与多个癌基因产物表达的研究

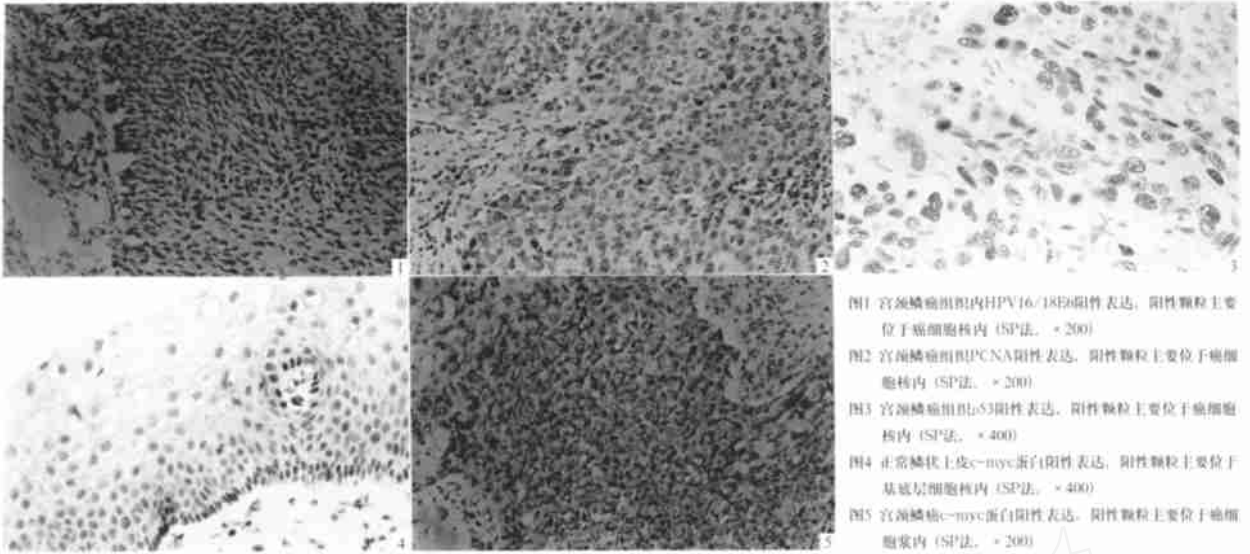


图1 宫颈鳞癌组织内HPV16/18阳性表达, 阳性颗粒主要位于癌细胞核内 (SP法, ×200)
 图2 宫颈鳞癌组织PCNA阳性表达, 阳性颗粒主要位于癌细胞核内 (SP法, ×200)
 图3 宫颈鳞癌组织p53阳性表达, 阳性颗粒主要位于癌细胞核内 (SP法, ×400)
 图4 正常鳞状上皮c-myc蛋白阳性表达, 阳性颗粒主要位于基底层细胞核内 (SP法, ×400)
 图5 宫颈鳞癌c-myc蛋白阳性表达, 阳性颗粒主要位于癌细胞核内 (SP法, ×200)

双平面CT扫描诊断区脊索瘤的价值

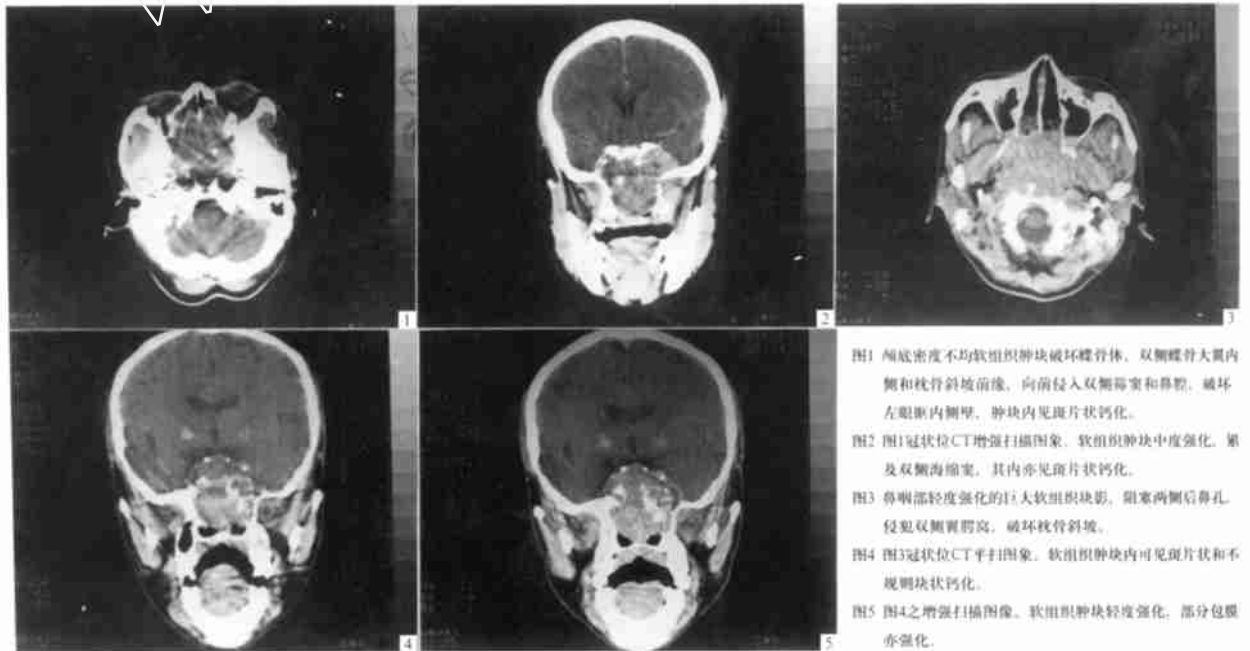


图1 颅底密度不均软组织肿块破坏椎体, 双侧蝶骨大翼内侧和枕骨斜坡前缘, 向前侵入双侧鼻窦和鼻腔, 破坏左眼眶内侧壁, 肿块内见斑片状钙化。
 图2 图1冠状位CT增强扫描图像, 软组织肿块中度强化, 累及双侧海绵窦, 其内亦见斑片状钙化。
 图3 鼻咽部轻度强化的巨大软组织块影, 阻塞两侧后鼻孔, 侵犯双侧翼腭窝, 破坏枕骨斜坡。
 图4 图3冠状位CT平扫图像, 软组织肿块内可见斑片状和不规则块状钙化。
 图5 图4之增强扫描图像, 软组织肿块轻度强化, 部分包膜亦强化。