

◆ 个案报道

Meningioma in right jugular foramen region-posterior
cranial fossa: Case report

右侧颈静脉孔区-颅后窝脑膜瘤 1 例

郭雨竹¹, 张 卓¹, 金雪梅², 金光玉^{1*}

(1. 延边大学附属医院放射科, 2. 病理科, 吉林 延吉 133000)

[Keywords] meningioma; jugular foramen; diagnostic imaging

[关键词] 脑膜瘤; 颈静脉孔; 诊断显像

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2021.09.040

[中图分类号] R739.41; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2021)09-1437-02

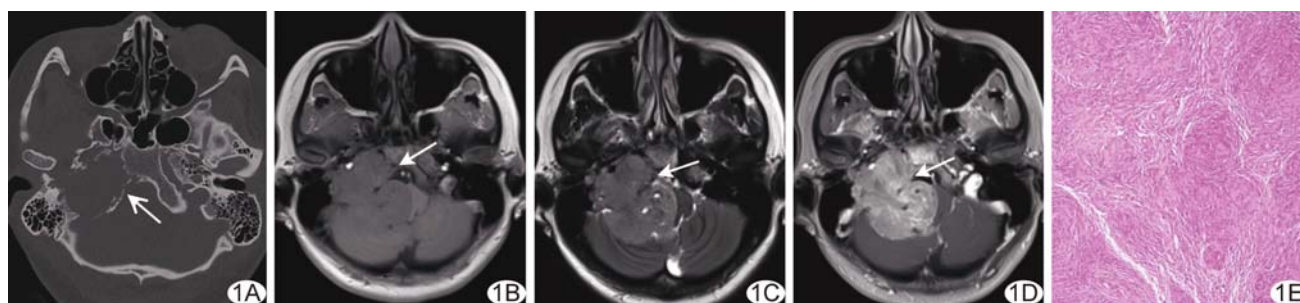


图 1 右侧颈静脉孔区-颅后窝脑膜瘤 A. 颞骨 CT; B. MR T1WI; C. MR T2WI; D. 增强 MRI; E. 病理图(HE, ×100) (箭示病灶)

女性患儿, 16 岁, 右耳间断性疼痛伴听力下降, 偶有搏动性耳鸣 8 个月; 既往体健。专科检查: 右侧外耳道下近鼓膜处暗红色肿物向外隆起, 无搏动。电测听检查结果为右耳传导性聋、左耳平均听阈 25 dB; 声导抗测试显示双耳呈 A 型曲线。颞部 CT: 右侧颈静脉孔区为中心的大范围骨质破坏, 累及右侧枕骨、斜坡、颞骨岩部、乳突及外耳道后壁, 边缘未见硬化; 右侧外耳道内见 0.8 cm × 0.6 cm 软组织影, 右侧内听道壁不光整(图 1A)。头部 MRI: 5.4 cm × 4.2 cm × 7.5 cm 分叶状肿块, 以右侧颈静脉孔区为中心, 横跨颅后窝, 向颅内外生长, T1WI 呈稍低信号(图 1B)、T2WI 呈稍高信号(图 1C), 其内均见小斑片状低信号及小囊状高信号, 弥散加权成像呈不均匀高信号; 增强后肿瘤明显不均匀强化, 小囊变区未见强化(图 1D); 右侧颈内静脉被包埋, 右侧颈内动脉向前移位; 病变跨桥小脑脚区延伸至颅后窝, 脑干及第四脑室受压, 幕上脑室扩张。影像学诊断: 右侧颈静脉孔区-颅后窝区占位, 考虑颈静脉球瘤。行右侧枕下乙状窦后入路颈静脉孔区肿瘤切除术, 术中见肿瘤呈暗灰色, 质软, 血运丰

富, 与右侧枕骨、斜坡、颞骨脑膜粘连明显, 与右侧听神经粘连。术后病理: 光镜下梭形瘤细胞呈片状排列, 热点区见 2~4 个/10 HF 不典型核分裂象, 部分区域伴透明变性出血(图 1E); 免疫组织化学: RP(部分+), Vim(+), EMA(灶+), CD34(血管+), S-100(-), Ki-67(10%+), STAT 6(胞质+)。病理诊断: (右侧颈静脉孔区-颅后窝) 脑膜瘤, WHO II 级。

讨论 颈静脉孔区脑膜瘤少见, 分为原发性及继发性脑膜瘤; 早期无明显临床症状, 肿瘤通过孔道扩展到其他区域时可出现相应临床表现; 影像学表现为颈静脉孔区骨质破坏, 伴骨质增生、硬化及沙砾状钙化, 少见出血、坏死及囊变, T1WI 及 T2WI 呈等信号或稍高信号, 增强后明显强化, 可见脑膜尾征。本例影像学未见明显骨质增生硬化及脑膜尾征, 导致术前误诊为颈静脉球瘤。鉴别诊断: ①颈静脉球瘤, 颈静脉孔扩大, 周围骨质不规则破坏, 常累及鼓室, T1WI 呈中等信号, T2WI 为高信号, 可见典型“盐椒征”及均一强化; ②神经鞘瘤, 起源于第 IX~XI 对脑神经, 颈静脉孔扩大, 多无骨质破坏, 可见囊变及不均

[基金项目] 国家自然科学基金(81860304)。

[第一作者] 郭雨竹(1995—), 女, 吉林辽源人, 在读硕士。E-mail: 15144262649@163.com

[通信作者] 金光玉, 延边大学附属医院放射科, 133000。E-mail: kimguangyu@163.com

[收稿日期] 2021-02-08 [修回日期] 2021-08-11