个案与短篇

文章编号:1000-5404(2006)05-0488-02

原发性恶性听神经瘤1例

钟 东,唐文渊 (重庆医科大学附属第一医院神经外科,重庆 400016)

患者,女,45岁。2005年11月1日因"右耳耳鸣9年,右耳听力进行性下降3年,头痛1个月"入院。查体:双侧眼底视乳头水肿;右侧面部疼、触觉减退,右侧角膜反射减弱;右侧鼻唇沟、额纹变浅;右耳听力明显下降;右侧咽反射减弱;向右侧注视时有粗大水平眼震;四肢肌力正常,双侧巴氏征阴性。右手指鼻试验阳性,昂伯氏征阳性。头部MRI平扫见右桥小脑角混杂信号分叶状病灶,大小约3.5 cm×4 cm×4.5 cm;增强见肿瘤明显、不均匀增强,肿瘤部分嵌入脑干内,脑干及四脑室受压左移,右侧内听道开口喇叭状扩大,听神经内听道段明显强化,肿瘤呈鼠尾状突入内听道(图1)。入院诊断:右侧听神经瘤。

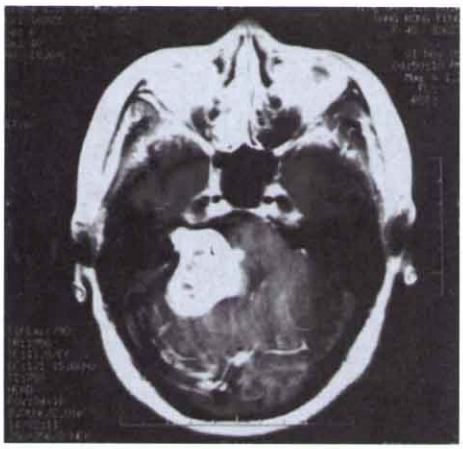


图1 术前头部增强MRI(轴位)

入院后于11月7日在全麻下经枕下入路显微镜下行听神经瘤次全切除、枕下减压术。术中见右侧小脑半球外侧皮层有黄变,桥小脑角之脑池内有少许陈旧性出血,肿瘤呈灰褐色,有包膜,瘤内之陈旧性出血数毫升及坏死部分质脆软,易吸除;实质性部分呈灰黄色,质地较韧,血供丰富。肿瘤包膜内侧面与脑干粘连紧密,肿瘤与脑干之间的正常蛛网膜层次、界限不清。术中在剥离肿瘤内侧面包膜时出现两次生命体征(心率、血压)的波动,遂中止剥离,残留少许与脑干粘连紧密之内侧面包膜,次全切除肿瘤大小约3.5 cm×4 cm×4.5 cm。

术后患者口角略左歪,右眼闭合稍差,四肢活动。术后15 d作头部CT平扫见肿瘤已基本切除,脑干及四脑室移位明显好转(图2)。术后20 d患者可搀扶行走,遂行伽玛刀治疗,观察5 d无异常反应后予以出院门诊随访。目前正在随访之中。

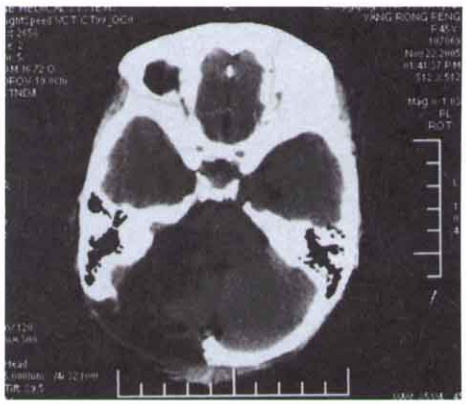


图2 术后15 d头部CT平扫

术后病理报告"恶性听神经瘤"。病理切片HE染色见梭形细胞排列成束,部分胞界融合,细胞质染色丰富,细胞核细长呈栅栏状,多数核大深染,核异形性明显,核分裂象多见(图3)。神经特异性烯醇化酶染色NSE(++),胶质纤维酸性蛋白染色GFAP(±),网状纤维染色(-)。

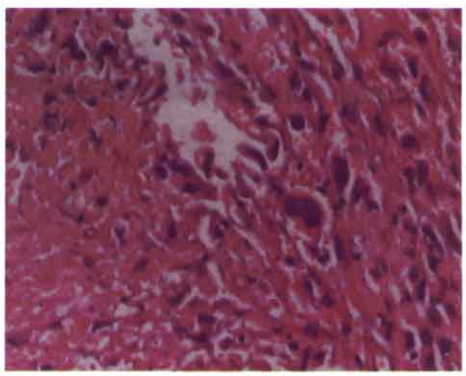


图3 恶性听神经瘤的光镜观察 (HE×100)

3 讨论

听神经瘤为常见颅内肿瘤之一,恶性听神经瘤十分罕见,至今国外仅报道8例,均为个案报道,国内仅1例个案报道。

浸润性生长及核分裂象是恶性肿瘤的重要特征。本例临床表现、CT、MRI及手术所见均具备了听神经瘤的主要特征。

作者简介:钟 东(1967-),男,广东省肇庆市人,硕士研究生,副主任医师,主要从事神经内窥镜手术及桥小脑角肿瘤临床方面的研究,发表论文10余篇。电话:(023)89011151

通讯作者:唐文渊,电话:(023)89011159

收稿日期:2005-12-25;修回日期:2006-02-23

术中见肿瘤内侧面与脑干粘连紧密，边界不清，瘤内有陈旧性出血及坏死。术后病理切片HE染色镜下不仅见异形核、而且有核分裂象。同时该患者全身检查未发现其他原发病灶等，其"原发性恶性听神经瘤"的诊断是确立的。

随着现代显微神经外科技术的不断进步，听神经瘤的手术全切除率已可达80%～90%以上，若术中完全忽略了恶性听神经瘤的可能性，一味盲目追求肿瘤的全切除，可能会影响脑干功能而导致灾难性后果。我们建议若术中发现听神经瘤与脑干之间的正常蛛网膜层次、界限不清，有呈浸润性生长的趋势，有突破与脑干之间的正常蛛网膜甚至脑干软脑膜的趋势时，要考虑到恶性听神经瘤的可能性，及时中止继续切除肿瘤，术中残留之少部分肿瘤术后还可进行伽玛刀治疗。

关键词：恶性；听神经瘤
中图法分类号：R739.43 文献标识码：B

参考文献：

[1] BARI M E, FORSTER D M, KEMENY A A, *et al*. Malignancy in a vestibular schwannoma. Report of a case with central neurofibromatosis, treated by both stereotactic radiosurgery and surgical excision, with a review of the literature[J]. Br J Neurosurg, 2002, 16(3): 284-289.

[2] 戚远光，陈若铜，刘建民，等. 原发性恶性听神经瘤1例[J]. 中华肿瘤杂志，1989，11(1)：66.

（编辑 薛国文）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2006)05-0489-01

反𬌗前牙残根的正畸与修复联合治疗

袁松波，汪志德，张 萍 （第三军医大学新桥医院口腔科，重庆 400037）

反𬌗前牙残根并不多见，且临床中往往首拔除残根后的固定义齿修复处理。作者在近6年中采用正畸与修复联合治疗方法，保存此类残根首桩核冠修复，取得了良好疗效。

1 材料与方法

9例患者，9颗反𬌗前牙残根，其中上颌中切牙3颗，上颌侧切牙6颗。年龄最小为13岁，最大为25岁。选择标准为：上颌反𬌗前牙残根，经完善的根管治疗后无叩痛、无明显的松动，根面至少与牙龈平齐，牙弓内能获得足够容纳牙残根的间隙。

治疗方法：首先通过残根根管精结一个弯制的"Ω"形临时短桩，以备正畸牵引之用。安装方丝弓托槽固定节段矫治器，方丝宜用钛锰丝或钛锰丝加不锈钢丝双弓丝。若间隙不足，可用正畸减径砂条分次减径处理前牙，以获得足够容纳牙残根的间隙。通过钛锰丝和"Ω"形自将反𬌗残根牵引入正常牙弓内。最后拔出临时短桩，以常规传统桩核和烤瓷牙冠修复残根。

2 结果

9例患者9颗反𬌗前牙残根经正畸与修复联合治疗后，达到了恢复前牙美观和功能要求。6例6颗患牙，经2个月至4年的随访(5号3例失访)：前牙排列正常，烤瓷冠和残根均无松动，无龈瘘，牙龈无明显发炎，与邻牙邻接关系正常，患者满意。

3 讨论

残根、残冠的保存治疗为患者保留了大量的过去被认为该拔除的患牙，已经取得重大成功[1]。但反𬌗牙残根由于其位置异常，目前临床中常常被拔除，其缺牙间隙用固定桥修复。我们用正畸的方法将错位的残根牵引至正常的牙弓内，再行桩核和烤瓷牙冠修复，保留牙根，避免了拔牙，同时避免了固定桥修复时磨切邻牙等缺点。正畸与修复联合治疗为反𬌗前牙残根的保存治疗提出了一种新的方法，对邻牙伴有轻度不齐的，也可通过节段弓矫治器，同时加以矫正排齐。我们的治疗体会是：1 桩冠的口腔段不宜过长，尽量避免与对颌牙形成反𬌗咬合，因为过大的反覆𬌗会在治疗过程中引起残根的创伤。本组病例中有4例患者因较深的反覆𬌗面就过渡性牙体预备，以帮助解除反𬌗，减少创伤。2 粘结托槽位置稍偏向牙颈部，避免过大的𬌗向牵引分力将残根过渡拔出，导致残根松动。3 当残根排齐后，尚需保持3～6个月，方可进行修复治疗。保持方法可采用原节段弓矫治器保持，也可另做活动保持器保持。若治疗前，同时存在其他前牙轻度不齐的，则在残根修复后，还应继续用活动保持器保持。4 由于经修复后的反𬌗残根有腭向移动复发的倾向，所以最好将烤瓷冠做成全属舌面背，防止发生舌侧龋瓷现象。

关键词：反𬌗；残根；正畸；修复
中图法分类号：R783 文献标识码：B

参考文献：

[1] 施斯根，王忠荣. 残冠残根的保存治疗与修复Ⅳ. 残冠残根的修复与利用[J]. 中华口腔医学杂志，2005，40(4)：343-345.

（编辑 龙 亮）

作者简介：袁松波(1962-)，男，浙江省宁波市人，硕士，副主任医师，副教授，主要从事口腔修复学方面的研究。电话：023-68774645

收稿日期：2005-10-12；修回日期：2006-01-23