

◆ 个案报道

Oligodendroglioma of cerebellar vermis: Case report

小脑蚓部少突胶质细胞瘤 1 例

朱晨迪, 张 勇, 程敬亮, 董安珂

(郑州大学第一附属医院磁共振科, 河南 郑州 450052)

[Key words] Cerebellar vermis; Oligodendroglioma; Magnetic resonance imaging

[关键词] 小脑蚓部; 少突胶质细胞瘤; 磁共振成像

DOI: 10.13929/j.1003-3289.201611076

[中图分类号] R739.4; R445.2 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2017)07-1123-01

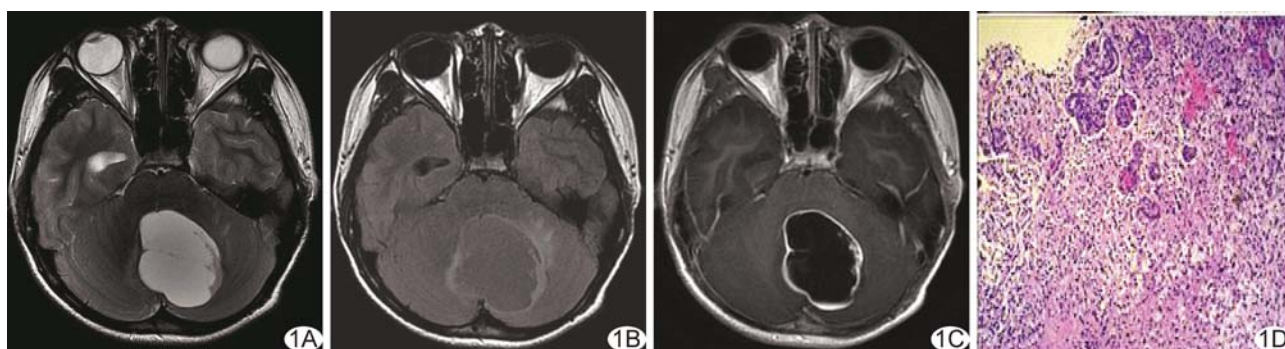


图 1 小脑蚓部少突胶质细胞瘤 A. T2WI; B. FLAIR 序列; C. 增强扫描; D. 病理图(HE, ×100)

患儿男, 14 岁, 1 个月前无明显诱因出现间断性头晕, 伴头痛、恶心、呕吐, 8 天前出现行走不稳, 呈醉酒步态, 当地医院诊断为小脑蚓部占位性病变。体检: 醉酒步态, 指鼻试验左侧阳性, 轮替试验左侧阳性, 跟膝试验左侧阳性, Romberg 征阳性。MRI: 颅内病灶呈类圆形, 位于小脑蚓部并延伸至左侧小脑半球、4 脑室内。病灶呈囊性, T1WI 呈低信号, T2WI 呈高信号(图 1A), FLAIR 序列呈等信号(图 1B), 周围可见轻度高信号水肿区, DWI($b=1\,000\text{ s/mm}^2$)未见弥散受限; 增强扫描病变呈边缘环形强化, 4 脑室、脑干及小脑半球受压移位(图 1C)。小脑蚓部肿块切除术中见肿瘤实质部分呈灰褐色, 约 $5\text{ cm} \times 4\text{ cm} \times 4\text{ cm}$, 质软, 边界不清, 无包膜, 血供丰富, 肿瘤周围水肿明显, 肿瘤向内达 4 脑室顶部, 两侧挤压小脑半球内侧面。免疫组化: GFAP(阳性细胞约 45%), Oligo-2(+), S-100(+), Ki-67(阳性细胞约 5%), Syn(+), EMA(-), CD34(-)。病理诊断: 小脑蚓部少突胶质细胞瘤伴显著血管内皮增生(图 1D)。

讨论 少突胶质细胞瘤约占颅内原发肿瘤的 4%, 好发于

成人, 在儿童原发颅内肿瘤中不足 1%。90% 以上的少突胶质细胞瘤发生于幕上, 额叶多见, 发生于后颅窝及椎管内少见。本例患儿 14 岁, 肿瘤原发于小脑蚓部, 实属罕见。少突胶质细胞瘤的临床症状以头痛、癫痫为主, 本例因发生于小脑, 首发症状为共济失调相关表现。

少突胶质细胞瘤钙化较常见, CT 对显示钙化敏感, 但本例患者在术前未行 CT 检查; 少突胶质细胞瘤 MRI 多表现为 T1WI 低信号、T2WI 及 FLAIR 序列高信号, 肿瘤边界清楚, 可伴轻度瘤周水肿, 增强后强化方式多样, 可见囊变, 但整个瘤体完全呈囊性者少见。本例肿瘤呈完全囊性, MR 增强扫描表现为囊壁显著环状强化, 且位于幕下小脑蚓部, 影像诊断困难, 易与髓母细胞瘤、毛细胞型星形细胞瘤及血管母细胞瘤相混淆。三者均好发于儿童及青少年。髓母细胞瘤多见于小脑蚓部, 多以实性为主, 可有小囊变, 囊变明显者少见; 毛细胞型星形细胞瘤好发于小脑, 典型影像表现为以囊性病变为主, 伴有壁结节的囊实性肿块, 增强后实性部分强化, 但囊壁不强化或轻度强化; 血管母细胞瘤好发于小脑半球, 也可见于小脑蚓部, 大囊小结节为其典型影像学表现, 增强后壁结节明显强化, 肿瘤周围及壁结节内出现流空血管影。

[第一作者] 朱晨迪(1990—), 女, 河南汝州人, 在读硕士。

E-mail: 1349722572@qq.com

[收稿日期] 2016-11-14 [修回日期] 2017-02-15