

◆ 个案报道

Malignant peripheral nerve sheath tumor of prostate: Case report

前列腺恶性外周神经鞘瘤 1 例

张春艳,程敬亮,张 勇,薛康康,陈 苑

(郑州大学第一附属医院磁共振科,河南 郑州 450052)

[Key words] Prostatic neoplasms; Malignant peripheral nerve sheath tumor; Magnetic resonance imaging

[关键词] 前列腺肿瘤;恶性外周神经鞘瘤;磁共振成像

DOI:10.13929/j.1003-3289.2016.07.047

[中图分类号] R445.2; R737.25 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2016)07-1154-01



图 1 前列腺恶性外周神经鞘瘤 轴位 T1WI(A)、T2WI(B)和矢状位 T2WI(C)图像示病变外周部分呈 T1WI 低信号、T2WI 稍高信号,中央部分呈 T1WI 等信号、T2WI 明显高信号 图 2 病理图 肿瘤细胞呈梭形,排列紧密、呈束状(HE,×200)

患者男,33岁,因“排尿排便困难1月余”入院。实验室检查:总前列腺特异性抗原(tPSA)0.89 ng/ml。MRI(图1):盆腔内膀胱与直肠间见一不规则团块状长 T1 混杂 T2 信号,DWI($b=800 \text{ s/mm}^2$)呈高信号,病变信号欠均匀,边界欠光整,与直肠前壁及部分精囊腺分界欠清,前列腺显示欠佳。增强扫描病变周边部分呈明显不均匀强化,中心液化坏死区不强化。病变大小约 $68 \text{ mm} \times 62 \text{ mm} \times 83 \text{ mm}$ 。动态增强扫描后的时间-信号强度曲线呈单相型,表现为持续渐进性强化。行盆腔肿瘤根治切除术,术中见肿瘤来自前列腺部,大小约 $10 \text{ cm} \times 8 \text{ cm}$,质硬。肿瘤与盆腔粘连。术后病理:镜下见肿瘤细胞主要为梭形瘤细胞,胞质丰富,呈嗜酸性,核分裂象多见;细胞排列紧密,呈束状、编织状排列(图2)。免疫组化:CD34(血管+),S-100(+),Nestin(+),Vimentin(+),CK7(-),Ki-67(约70%+)。诊断为前列腺恶性外周神经鞘瘤(malignant peripheral nerve sheath tumor, MPNST)。

讨论 MPNST 起源于外周神经施万细胞或神经鞘分化的恶性肿瘤,可发生于全身任何部位,最常见于颈部、臀部和四肢

等,泌尿系统神经鞘瘤少见,发生于前列腺者罕见。病因尚不清楚,发病机制可能与神经多纤维瘤病-2 的基因失活突变有关。神经鞘瘤在病理学上可分为 Antoni A 区和 Antoni B 区。A 区由密集的束状细胞组成,不易发生囊变;B 区瘤细胞稀少,排列疏松,常发生囊变或出血。如 A 区集中在瘤体中央,B 区分布于周围,即出现“靶征”。本例病变外周部分主要为 Antoni A 区,T1WI 呈低信号,T2WI 呈稍高信号,增强时呈不均匀明显强化;中央部分主要为 Antoni B 区,因发生黏液变性或囊变坏死,T1WI 呈等信号,T2WI 呈明显高信号,且不强化。肿块体积较大、信号不均、边界不清及血供丰富均符合恶性肿瘤的特征。鉴别诊断:①前列腺癌,T2WI 表现为正常较高信号的周围带内出现低信号结节,PSA 水平显著增高,而前列腺 MPNST 的 PSA 水平一般正常。与 MPNST 相比,前列腺癌较少发生中央区坏死囊变。②前列腺淋巴瘤,二者均来源于间叶组织,MRI 表现类似,但前列腺淋巴瘤以 T1WI 低信号、T2WI 等信号改变为主,本例 MPNST 表现为 T1WI 低信号、T2WI 混杂高信号。前列腺 MPNST 与平滑肌肉瘤、横纹肌肉瘤等在临床症状及影像学上不易鉴别,需依靠病理和免疫组化确诊。

[第一作者] 张春艳(1990—),女,河南新密人,在读硕士。

E-mail: 952006965@qq.com

[收稿日期] 2015-11-05 [修回日期] 2016-01-20