

◆ 个案报道

Papillary tumor of the pineal region: Case report

松果体区乳头状肿瘤 1 例

陈春芳, 陈泽荣, 张 冬, 罗良平

(暨南大学附属第一医院放射科, 广东 广州 510630)

[Keywords] brain neoplasms; pineal gland; magnetic resonance imaging

[关键词] 脑肿瘤; 松果腺; 磁共振成像

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2021.12.042

[中图分类号] R739.41; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2021)12-1919-01

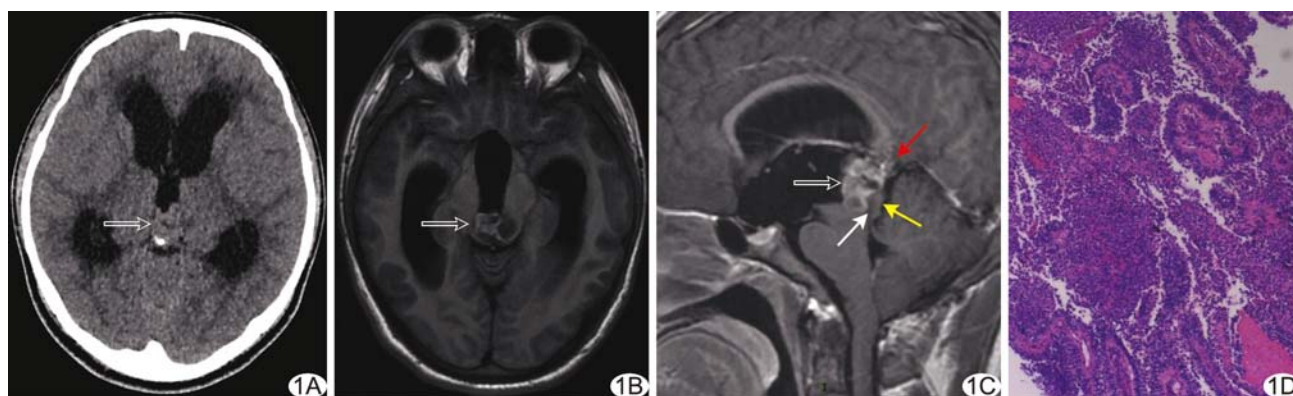


图 1 PTPR A. 头颅轴位 CT 平扫图; B. 头颅轴位平扫 MR T1WI; C. 头颅矢状位增强 T1WI(白箭为中脑导水管上份, 黄箭为中脑顶盖、红箭为大脑大静脉); D. 病理图(HE, $\times 40$) (空心箭示病灶)

患者男, 21 岁, 间断性头晕头痛伴呕吐 2 月余; 既往体健。查体未见明显异常。实验室检查无特殊。头部 CT: 松果体区 $2.3\text{ cm} \times 2.0\text{ cm} \times 2.5\text{ cm}$ 团块状混杂密度灶, 内见斑片状低密度区及少许结节状钙化(图 1A); 头部 MRI 见囊实性病灶, T1WI、T2WI 及弥散加权成像均呈高低混杂信号, 增强后不均匀强化; 病灶突向第三脑室, 中脑导水管上份受压、闭塞, 幕上脑室系统扩大, 与中脑顶盖、大脑大静脉分界清晰(图 1B、1C)。影像学诊断: 松果体区占位, 考虑生殖细胞瘤。于全麻下行显微镜下松果体区肿瘤切除术, 术中见松果体区灰红色肿瘤, 质软, 与周边组织粘连, 血供丰富。术后病理: 光镜下肿瘤细胞呈乳头状浸润性生长, 瘤细胞密度大, 异型性明显(图 1D); 免疫组织化学: CK(弥漫, +), Vim(弥漫, +), SSTR-2(灶, +), S-100(部分弱, +), GFAP(灶, +), Olig-2/EMA/Syn/Neun/Nestin/PR/CEA 均(-), P53(约 20%, +), Ki-67(热点区约 5%+), H3K27M(-), H3K27me3(+). 病理诊断: 符合松果体区乳头状肿瘤(papillary tumor of the pineal region, PTPR)(WHO II

~III 级)。

讨论 PTPR 为起源于松果体区连合下器特殊室管膜细胞的神经上皮肿瘤, 具有较高局部复发倾向; 多见于年轻人, 临床表现无特异性, 头痛为最常见首发症状。影像学上, PTPR 于平扫 CT 常表现为松果体区等或稍高密度肿块, 伴不同程度钙化; MRI 为松果体区囊实性占位, T1WI、T2WI 呈高低混杂信号, 弥散加权成像弥散受限, 增强后实性部分明显强化。鉴别诊断: ①生殖细胞瘤, 多为实性均质肿块, T1WI 呈等低信号, 可见囊变及钙化, 钙化常表现为吞噬样中心钙化, 增强后肿瘤明显强化, 可向中脑背侧延伸并向前浸润; ②畸胎瘤, 多为多房分叶状肿瘤, T1WI 呈高信号, 脂肪抑制 T1WI 信号减低, 可见钙化及囊变, 增强后实性成分轻度或不强化; ③松果体细胞瘤, 常为边界清楚的肿块, 边缘见散在钙化, 常见囊变, 可伴出血, 增强后边缘或结节状强化。T1WI 高信号有助于鉴别 PTPR 与松果体区其他肿瘤, 必要时可行 MR 脂肪抑制序列及梯度回波序列扫描。最终确诊有赖于病理学检查。

[第一作者] 陈春芳(1994—), 女, 广西来宾人, 在读硕士。E-mail: unchencf@foxmail.com

[收稿日期] 2021-06-03 [修回日期] 2021-10-02