

◆ 个案报道

MRI findings of malignant hemangiopericytoma in lateral ventricle: Case report

侧脑室内恶性血管周细胞瘤 MRI 表现 1 例

陈 苑,程敬亮,薛康康,张春艳

(郑州大学第一附属医院磁共振科,河南 郑州 450052)

[Key words] Hemangiopericytoma; Lateral ventricle; Magnetic resonance imaging

[关键词] 血管周细胞瘤;侧脑室;磁共振成像

DOI:10.13929/j.1003-3289.2016.07.044

[中图分类号] R445.2; R739.41 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2016)07-1151-02

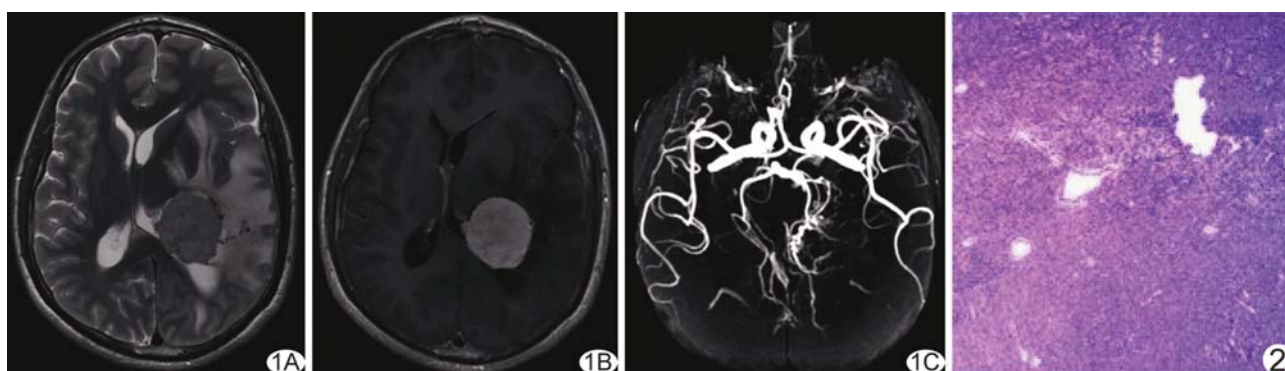


图 1 侧脑室内恶性血管周细胞瘤 A. T2WI 示左侧侧脑室三角区类圆形均匀等信号病灶,可见片状瘤周水肿及流空血管影; B. 增强后病灶呈明显均匀强化; C. MRA 示病变区紊乱血管团,左侧大脑后动脉增粗,为供血动脉 图 2 病理图 镜下可见类圆形细胞排列致密,间质内见“鹿角形”血管(HE, ×200)

患者男,51 岁。无明显诱因出现间断性头痛 20 余天,偶有头晕、恶心。头颅 CT:左侧侧脑室内类圆形高密度影,内部及周边未见钙化。MRI:平扫示左侧侧脑室三角区类圆形病变,大小约 39 mm×35 mm×34 mm,形态规则,边界清晰,信号较均匀,呈等 T1 等 T2 信号,DWI 上轻度扩散受限,病灶内及周围可见增粗流空血管影。占位效应明显,周围脑实质可见明显水肿,双侧脑室受压变窄。增强扫描病灶明显均匀强化,可见增粗血管(图 1A、1B)。MRA:左侧大脑后动脉增粗迂曲,病灶区可见紊乱血管团(图 1C)。行侧脑室占位切除术,术中见肿瘤呈灰红色,质韧,有完整包膜,与周围脑室壁有粘连,术中出血凶猛。病理:镜下见肿瘤细胞呈圆形或卵圆形,细胞丰富,排列致密,生长活跃,可见核分裂象,间质内见“鹿角形”血管(图 2)。

免疫组化:CD34(弱+),CD99(+),Vim(+),Bcl-2(+),Ki-67(5%~10%+)。病理诊断为血管周细胞瘤(hemangiopericytoma, HPC),低度恶性。

讨论 HPC 是一种起源于毛细血管 Zimmerman 外皮细胞的具有潜在恶性的肿瘤,又称血管外皮细胞瘤,其生物学行为具有侵袭性,误诊率和复发率较高;可发生于身体任何部位,以深部软组织多见,神经系统 HPC 较少见,脑室内 HPC 更为罕见。脑室内 HPC 多表现为等或稍长 T1、T2 信号,信号多不均匀,体积较大,呈分叶状,可见囊变坏死,瘤周占位效应明显,可见瘤周水肿;脑室内 HPC 血供丰富,平扫时可见流空血管,增强后明显强化。本例 HPC 位于侧脑室三角区,呈类圆形,信号均匀,无囊变、坏死及钙化,明显均匀强化,表现类似脑膜瘤而被误诊,但瘤周可见大片水肿,MRA 明确显示肿瘤血供丰富,来源于左侧大脑后动脉,肿瘤区可见紊乱增粗血管团,符合 HPC 富血供的特点。HPC 与脑膜瘤的鉴别:①脑膜瘤多见于女性,而 HPC 多见于男性;②HPC 信号多不均匀,易囊变,但钙化较脑膜瘤少见;③HPC 占位效应明显,瘤周可见明显水肿区;

[第一作者] 陈苑(1993—),女,河南临颍人,在读硕士。

E-mail: chenyuanshizt@163.com

[收稿日期] 2015-11-25 [修回日期] 2016-01-21

④ HPC 血供较脑膜瘤丰富, 瘤内可见较多流空血管影。HPC 术中极易出血, 术前行 MR 增强扫描及 MRA 可显示血供特点, 为临床治疗提供更多的信息; 术前行栓塞术, 可降低出血风险。HPC 的确诊仍需结合病理及免疫组化。

Ultrasonic diagnosis of fetal right ventricular double outlet combined mitral valve atresia: Case report 超声诊断胎儿右心室双出口合并二尖瓣闭锁 1 例

周爱云, 郭素萍, 肖帆, 齐祥飞

(南昌大学第一附属医院超声科, 江西 南昌 330006)

[Key words] Fetal; Congenital heart disease; Ultrasonography

[关键词] 胎儿; 先天性心脏病; 超声检查

DOI: 10.13929/j.1003-3289.2016.07.045

[中图分类号] R445.2; R541.1 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2016)07-1152-01

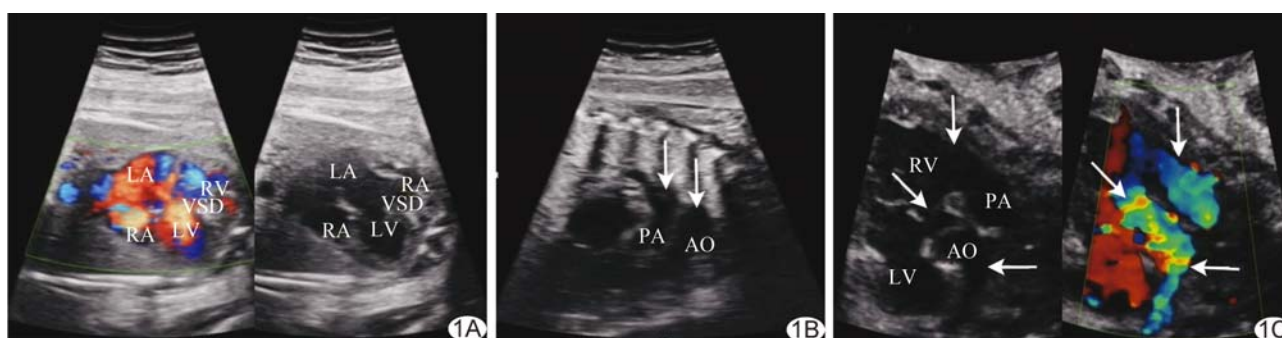


图1 胎儿右心室双出口合并二尖瓣闭锁 A. 胎儿四腔心观; B. 动脉长轴观示大动脉异位(箭); C. 动脉长轴观示右心室双出口(箭)
(LA: 左心房; LV: 左心室; RA: 右心房; RV: 右心室; VSD: 室间隔缺损; PA: 肺动脉; AO: 主动脉)

患孕妇, 26 岁, 孕 2 产 1, 停经 28 周。产前胎儿心脏超声畸形筛查(图 1): 心脏位于左侧胸腔, 心房正位, 心室左襻, 房室连接不一致, 全心增大, 主动脉及肺动脉平行走向、均起源于解剖右心室, 主动脉位于肺动脉右前方, 左心房与左心室间的二尖瓣位置未见正常二尖瓣回声及启闭活动, 呈条带状回声, 三尖瓣未见明显异常, 房间隔中央部回声中断、约 13 mm, 室间隔回声中断、约 10 mm。CDFI: 右心室血流均汇入主、肺动脉, 二尖瓣位未见血流通过; 探及房间隔中央部左向右、卵圆孔右向左过隔血流信号, 室间隔收缩期左向右、舒张期右向左过隔血流信号。超声诊断: 胎儿心脏先天性发育畸形: 右心室双出口, 大动脉异位, 二尖瓣闭锁, 房间隔缺损, 室间隔缺损。引产后经尸体

解剖证实。

讨论 先天性右心室双出口合并二尖瓣闭锁较为少见。右心室双出口属于先天性心脏病的圆锥动脉干畸形, 由于两支动脉均自解剖右心室发出, 常合并大动脉异位。二尖瓣闭锁主要为二尖瓣口封闭, 无瓣膜结构, 左心房与左心室不相通, 常可合并房间隔缺损、室间隔缺损等, 分为二尖瓣缺如和二尖瓣无孔两种类型。前者表现为二尖瓣位无正常瓣膜结构呈带状强回声, 无启闭活动, 左心房与左心室无交通; 后者可见瓣膜结构回声, 但无瓣膜启闭活动。二尖瓣闭锁主要应与以下病变相鉴别: ①二尖瓣狭窄: 心尖四腔观及胸骨旁四腔心观可见二尖瓣启闭活动, 开放受限, CDFI 示瓣口花色血流信号; ②单心室: 表现为“十”字交叉失常, 室间隔不显示, 仅见一个心室腔, 腔内可见两组房室瓣, 且均做规律的启闭运动。先天性右心室双出口合并二尖瓣闭锁主要依靠超声心动图确诊, 需结合彩色多普勒图像、重点观察大血管及瓣膜。

[第一作者] 周爱云(1960—), 女, 江西南昌人, 学士, 教授。

E-mail: 18942337527@163.com

[收稿日期] 2015-11-02 [修回日期] 2015-12-05