

2198-2204.

- [19] 徐钟慧,王鸿琳,杜德顺,等.多普勒超声观察干燥综合征腮腺病变的血流动力学特征.中国医学影像技术,2010,26(9):1674-1677.
- [20] Giuseppetti GM, Argalia G, Salera D, et al. Ultrasonographic

contrast-enhanced study of sicca syndrome. Eur J Radiol, 2005, 54(2):225-232.

- [21] Knopf A, Hofauer B, Thürmel K, et al. Diagnostic utility of acoustic radiation force impulse (ARFI) imaging in primary Sjögren's syndrome. Eur J Radiol, 2015, 25(10):3027-3034.

Subtentorial intraparenchymal anaplastic ependymoma in cerebellum: Case report

幕下小脑实质间变性室管膜瘤 1 例

吕青青,张 勇,程敬亮,汪卫建

(郑州大学第一附属医院核磁共振科,河南 郑州 450052)

[Key words] Subtentorial; Anaplastic ependymoma; Magnetic resonance imaging [关键词] 幕下;间变性室管膜瘤;磁共振成像

DOI:10.13929/j.1003-3289.201609097

[中图分类号] R739.41; R445.2 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2017)03-0398-01

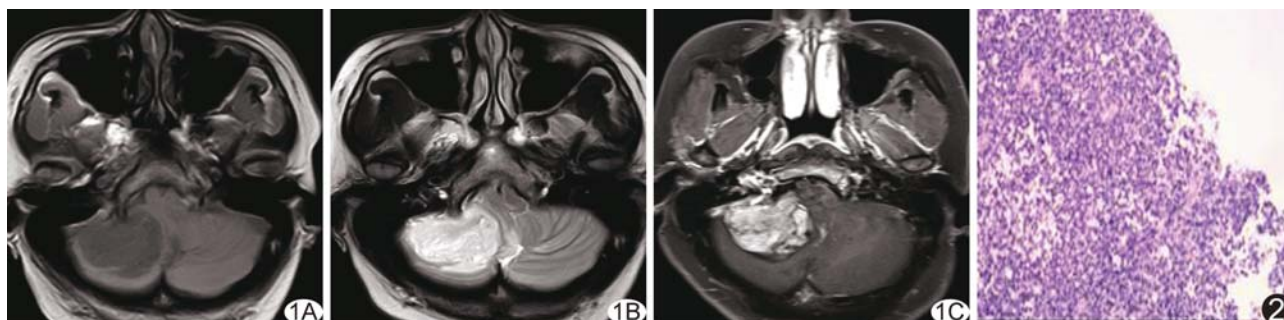


图 1 幕下小脑实质间变性室管膜瘤 MR 图像 A、B. 轴位 T1WI 及 T2WI 示右侧小脑半球团块状长 T1 混杂长 T2 信号影; C. 增强扫描示病灶明显强化 图 2 病理图 瘤细胞呈“菊形”团样,瘤细胞异形明显,核分裂活跃,围绕血管排列(HE, ×100)

患者女,41 岁,因“头痛、头昏 20 天,双下肢无法站立 2 天”就诊。神经系统检查及实验室检查无异常,初步诊断为“精神障碍”。MR 检查:右侧小脑半球可见团块状长 T1 混杂长 T2 信号(图 1A、1B),周边见片状长 T1 长 T2 水肿信号,FLAIR 呈高信号,DWI 见高信号,小脑中脚及 4 脑室明显受压变形;增强后右侧小脑半球病变呈团块状明显强化,边界清晰,约 4.0 cm×3.9 cm×4.3 cm(图 1C)。MRI 诊断:室管膜瘤。行后正中右拐入路肿瘤切除术,术中见肿瘤位于右侧小脑及枕骨大孔,呈灰红色,质软,血供丰富,边界不清。术后大体病理示肿瘤呈灰白灰红碎组织,镜下示瘤细胞呈“菊形”团样,瘤细胞异形明显,核分裂活跃,围绕血管排列(图 2)。免疫组化:GFAP(局部+),S-100(+),Oligo-2(散在+),EMA(-/+),NSE(-),Syn(-),CD99(-/+),FLI-1(+/-),CD56(+),CK(-),CK-L(-),Ki-67(60%+),LCA(-)。病理诊断:右侧小脑半球间变性室管膜瘤(WHO III

级)。

讨论 脑实质室管膜瘤是发生于脑室系统外,起源于胚胎残余的室管膜静止细胞的肿瘤。好发于儿童及青少年,少数可见于 50 岁左右的中老年人。幕下脑实质间变性室管膜瘤多发生于小脑半球,多为实性,瘤内出血少见;MRI 多呈等或稍长 T1 信号,等或稍长 T2 信号,肿瘤周围可见水肿;增强扫描肿瘤实质成分呈明显强化,中心坏死区无强化;常与脑室关系密切,易压迫脑室造成梗阻性脑积水。本例患者肿瘤发病年龄和部位均不典型,MRI 表现与上述表现基本相符。幕下脑实质间变性室管膜瘤需与髓母细胞瘤、脑膜瘤等相鉴别:髓母细胞瘤为儿童后颅窝常见恶性肿瘤,囊变坏死少见,增强扫描后强化较均匀,常通过脑脊液播散转移;脑膜瘤形态较规整,边缘常清晰,信号较均匀,基底部常与邻近脑膜相接触,增强扫描可见脑膜尾征。幕下脑实质内的室管膜瘤影像表现虽有一些特征,但因发病率低,发病部位少见,误诊率高;若 MRI 表现为幕下脑实质内实性肿块,呈长 T1 长 T2 信号,增强扫描呈明显强化,应考虑幕下脑实质内室管膜瘤的可能。

[第一作者] 吕青青(1993—),女,河南商丘人,在读硕士。

E-mail: 478071645@qq.com

[收稿日期] 2016-09-21 [修回日期] 2016-11-24