

关。当患者有动脉夹层的高危因素,临床有不明原因的腹部疼痛且除外消化系统、胆道系统及泌尿系疾病外,应考虑到血管病变可能。CTA 检查是发现血管病变快捷、准确的方法,其多

种后处理技术可准确显示血管夹层、动脉瘤及血管闭塞等病变。

## Neuroblastoma of adult intraspinal detecting in MRI: Case report 成人椎管内神经母细胞瘤 MRI 表现 1 例

张丽娜<sup>1</sup>, 宋清伟<sup>1</sup>, 高 雪<sup>2</sup>, 刘爱连<sup>1</sup>

(1. 大连医科大学附属第一医院放射科, 2. 病理科, 辽宁 大连 116011)

[Key words] Neuroblastoma; Spinal canal; Magnetic resonance imaging [关键词] 神经母细胞瘤; 椎管; 磁共振成像  
DOI: 10.13929/j.1003-3289.201701132  
[中图分类号] R738.1; R445.2 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2017)09-1442-01

患者女, 65 岁, 以“间断性腰疼 4 年, 双下肢疼痛, 不能活动 10 天”为主诉入院。专科检查: 腰部叩击痛(+), 向下肢放射, 双下肢感觉正常, 双下肢肌力 II~III 级, 双侧 Babinski 征(-)。胸腰椎 MRI: T11~L1 水平椎管内硬膜下见条块状异常信号, 长约 7.8 cm, T1WI 呈等信号(图 1A); T2WI 以等信号为主, 内见不规则片状高信号区(图 1B); 增强后病灶呈明显不均匀强化(图 1C), 边界不清, 侵犯脊髓圆锥和马尾(图 1D)。患者行脊髓后路入路髓内肿瘤切除术, 术中见肿物突破蛛网膜外露, 长约 8 cm, 色红、质软, 血供丰富, 侵犯脊髓圆锥及马尾神经, 神经包埋于肿瘤中。镜下见大量小细胞弥漫性浸润, 细胞胞浆少, 细胞圆形, 核浓染, 未见核仁; 免疫组化结果: CK、CD20、CD3、CD43、MuM-1、CD79α、TIF-1 和 LCA 均为阴性, CD56、S-100、Syn、bcl-2 和 bcl-6 均为阳性, Ki-67 阳性细胞数 > 80%。病理诊断: 椎管内低分化神经母细胞瘤。患者于术后 1 个月死亡。



图 1 T11~L1 水平椎管内低分化神经母细胞瘤 MRI 表现 A. 椎管内硬膜下 T1WI 呈条块状等信号; B. T2WI 呈条块状等信号, 内见片样高信号区(箭); C. 矢状位增强呈明显不均匀强化; D. 冠状位增强后病灶边界不清, 侵犯脊髓圆锥和马尾(箭)

讨论 神经母细胞瘤起源于肾上腺髓质及存在交感神经节的原始神经嵴细胞, 可沿交感神经链从颈部、纵隔、腹膜后到盆腔, 儿童多见, 青年和成年人少见。本例发生于老年人, 十分罕见。神经母细胞瘤的病理类型包括神经母细胞瘤、节细胞神经母细胞瘤和神经节瘤, 其中神经母细胞瘤分化程度最低, 节

胞神经母细胞瘤是内含分化成熟和不成熟细胞的混合性肿瘤, 神经节瘤分化程度最高, 3 种类型可相互转化。本例为低分化神经母细胞瘤, Ki-67 阳性细胞数 > 80%, 提示预后极差。

该病需与髓外硬膜下肿瘤如神经鞘瘤、脊膜瘤和硬膜外肿瘤如淋巴瘤、转移瘤等相鉴别。本例定位于髓外, 主要位于硬膜下并突破蛛网膜侵犯脊髓圆锥和马尾。神经源性肿瘤多引起椎间孔扩大, 脊膜瘤一般信号和强化均匀, 常伴硬膜尾征; 淋巴瘤多侵犯椎间孔和骨质, 本例病灶体积较大但椎间孔并未见破坏。转移瘤可与本例 MRI 表现相同, 但其通常破坏椎体及附件, 本例未侵犯骨质。由于该病预后较差, 易发生转移和死亡, MR 平扫及增强可清晰显示肿瘤位置及大小, 影像表现有一定特点。

[第一作者] 张丽娜(1979—), 女, 山东滨州人, 硕士, 副主任医师。  
E-mail: zln201045@163.com

[收稿日期] 2017-01-24 [修回日期] 2017-06-16