

- connectivity within medial temporal lobe in mild cognitive impairment. Hippocampus, 2013, 23(1):1-6.
- [18] Yassa MA, Muftuler LT, Stark CE. Ultrahigh-resolution microstructural diffusion tensor imaging reveals perforant path degradation in aged humans in vivo. Proc Natl Acad Sci U S A, 2010, 107(28):12687-12691.
- [19] Wang Z, Yan C, Zhao C, et al. Spatial patterns of intrinsic brain activity in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: A resting-state functional MRI study. Hum Brain Mapp, 2011, 32(10):1720-1740.

Huge cystic neurilemmoma in anterior cranial fossa: Case report

前颅窝巨大囊性神经鞘瘤1例

刘远成,曾宪春

(贵州省人民医院放射科,贵州 贵阳 550002)

[Key words] Cranial fossa, anterior; Neurilemmoma; Diagnostic imaging

[关键词] 颅窝,前;神经鞘瘤;诊断显像

DOI: 10.13929/j.1003-3289.201801058

[中图分类号] R739.41; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2018)11-1609-01

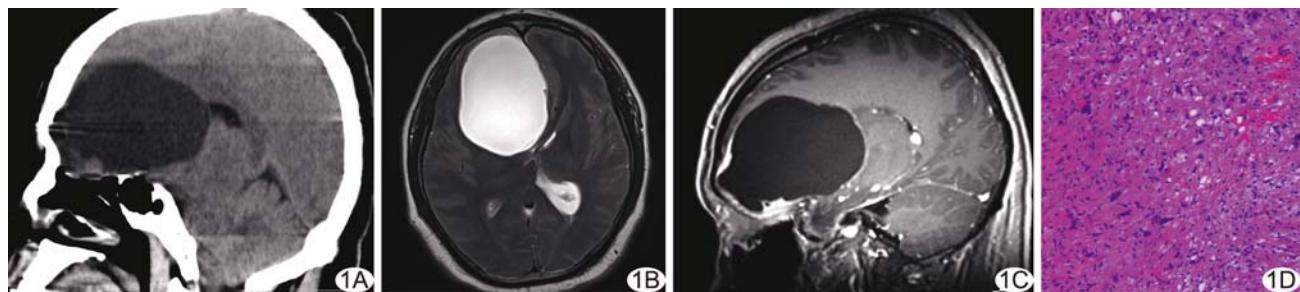


图1 前颅窝巨大囊性神经鞘瘤 A. 头颅CT平扫矢状位重建图像; B. 平扫MR T2WI; C. 增强MR矢状位重建T2WI; D. 病理图(HE, ×200)

患者男,34岁,因“头晕、头痛1月余,加重1周”就诊。专科查体无明显异常。头颅CT平扫示右侧前颅窝底巨大类圆形低密度影,约91 mm×60 mm×57 mm,CT值约15 HU,基底部紧贴于右侧筛窦顶壁(图1A)。MRI:平扫示右侧前颅窝底类圆形囊性病灶,呈长T1长T2信号(图1B),其内信号均匀,边界清晰,相邻额叶脑实质受压、移位、变薄,FLAIR序列呈等信号;增强扫描示病灶内部无明显异常强化,囊壁厚薄不均,其前部及底部见结节状均匀强化(图1C)。影像学诊断:前颅窝底蛛网膜囊肿可能性大。遂行右侧翼点入路右额颞部巨大囊性占位切除术,术中见肿瘤壁呈灰白色、鱼肉样,质韧、不易吸除,未见右侧嗅神经及嗅沟,引流出约35 ml黄色清亮液体,完整切除肿瘤组织。术后病理见大量梭形肿瘤细胞,部分区域可见细胞变性

(图1D);免疫组化:S-100多克隆(+),CD57(+),GFAP(-),NSE(-),EMA(-),Ki-67(阳性细胞<1%)。病理诊断:神经鞘瘤囊性变。

讨论 神经鞘瘤常发生于脊神经根和颅神经,发生于前颅窝底者临床少见。前颅窝神经鞘瘤临床表现多不典型,以头痛、嗅觉减退或丧失、癫痫为主,少数可表现为颅内压增高、鼻漏、视物模糊等。与桥小脑区神经鞘瘤具有典型影像学特征不同,前颅窝神经鞘瘤多无特异性影像学表现,多数患者就诊时瘤体直径已超过50 mm。前颅窝神经鞘瘤CT可表现为混杂等密度或低密度影,多数边界清楚,少数可见钙化、筛板被侵蚀或破坏等征象;MRI常表现为囊实质性混杂病灶,增强扫描肿瘤实性成分明显强化,部分可伴瘤周广泛水肿。本例前颅窝神经鞘瘤呈显著囊性变,MR增强扫描仅可见少许实质性成分,术前诊断困难,平扫易误诊为单纯蛛网膜囊肿。多数前颅窝神经鞘瘤可完整手术切除,患者预后良好。

[第一作者] 刘远成(1989—),男,贵州贵阳人,本科,技师。

E-mail: 451009334@qq.com

[收稿日期] 2018-01-09 [修回日期] 2018-07-27