

Cerebral arteriovenous malformation resembling tumor-like lesion: Case report

酷似肿瘤样病变的脑动静脉畸形 1 例

熊真亮^{1,2}, 李栋学², 曾宪春², 王荣品^{2*}, 刘新峰², 黄平³

(1. 贵州大学医学院, 贵州 贵阳 550025; 2. 贵州省人民医院放射科, 3. 病理科, 贵州 贵阳 550002)

[Keywords] arteriovenous malformations; magnetic resonance imaging [关键词] 动静脉畸形; 磁共振成像

DOI: 10.13929/j.1003-3289.201901168

[中图分类号] R 44.2 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2019)11-1764-02

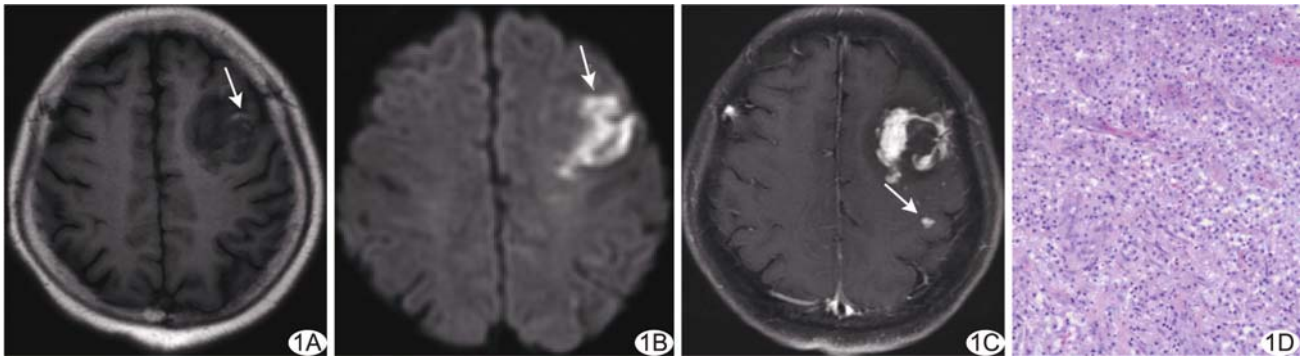


图 1 左侧额顶叶 AVM A. T1WI 示病灶内条片状高信号(箭); B. DWI 示病变内部分区域扩散功能受限, 呈高信号(箭); C. 增强扫描示病变后方小结节样强化(箭); D. 病理图(HE, ×200)

患者女, 63 岁, 因“言语含混不清 4 天”入院。查体: 神志清, 语言表达吐字不清。实验室检查未见异常。MRI: 平扫示左侧额顶叶交界区约 34.0 mm × 39.0 mm 类圆形稍长 T1、稍长 T2 信号, T1WI 示病灶内条片状稍高信号(图 1A), T2WI 病灶内可见条状流空信号, DWI 示病变左份呈高信号(图 1B); 增强扫描病变中央未见强化, DWI 所示扩散受限区域呈结节状、条状显著强化, 病变后方见小结节样明显强化(图 1C), 周围脑组织轻微水肿改变。MRI 诊断: 考虑肿瘤性病变, 星形细胞瘤可能性大。行开颅病变切除术, 术中见病变位于左侧额顶叶皮髓质交界区, 呈灰白色, 无包膜, 质韧, 血供丰富。病理检查: 脑组织动-静脉血管畸形伴液化坏死, 大量泡沫细胞反应(图 1D); 免疫组织化学: CD68(KP-1)(+), CD57(+), Lysozyme(+), MBP(+), LCA(少数细胞+), CD20(少数细胞+), CD3(少数细胞+), CD31(少数血管+), CD34(少数血管+), Ki-67(约 5%+)。病理诊断: 左侧额顶叶动静脉畸形(arteriovenous

malformation, AVM)。

讨论 脑 AVM 是因胚胎期血管生成的调控机制发生障碍所致, 表现为病变部位脑动脉和脑静脉之间无毛细血管, 动脉与静脉直接相通。AVM 可发生于任何部位, 但大脑和脊髓 AVM 发病率和死亡率最高, 常合并出血。本例患者出现言语含混, 考虑病变内出血所致。

脑 AVM MRI 信号特点取决于病变成分, 当合并出血时 T1WI 表现为高信号, 部分病变 T2WI 可见血管流空信号。本例病变呈球形占位, 内见扩散功能受限区域, 未见引流畸形静脉, 因此 MRI 误诊为肿瘤性病变。但回顾性分析本例, 病变内 T1WI 呈条片状稍高信号, 提示病变内出血; T2WI 条状流空信号, 提示畸形血管可能; DWI 高信号区增强后未强化, 可能是病灶内出血或慢血流所致; DWI 扩散受限区域增强后呈结节状、条状显著强化, 类似迂曲增宽强化的畸形血管; 病变后方小结节样强化, 强化程度与主病灶一致, 考虑血管畸形可能; 病灶

[基金项目] 贵州省科技计划项目(黔科合平台人才[2019]5803)、贵州省留学人员科技创新项目([2016]03 号)。

[第一作者] 熊真亮(1993—), 男, 贵州台江人, 在读硕士。E-mail: xzhenliang@126.com

[通信作者] 王荣品, 贵州省人民医院放射科, 550002。E-mail: wangrongpin@126.com

[收稿日期] 2019-01-27 [修回日期] 2019-04-28

周围水肿少,占位效应轻;这些与肿瘤特征均不相符。

鉴别诊断:①胶质母细胞瘤,多呈混杂信号,实性部分多呈稍长 T1、稍长 T2 信号,瘤周多伴水肿,增强后呈不均匀或花环样

强化;②海绵状血管瘤,为边界清楚混杂信号,周围见低信号“黑环”,增强后明显强化;③血管网状细胞瘤,多呈囊实性改变,多数表现为大囊小结节,占位效应轻,增强后结节多明显强化。

Lymphangiomatosis involving mediastinum, spleen and retroperitoneum: Case report

淋巴管瘤病累及纵隔、脾脏及腹膜后 1 例

江永芳,朴金明,窦乐,曹殿波

(吉林大学第一医院放射科,吉林 长春 130021)

[Keywords] lymphangioma; mediastinum; spleen; retroperitoneum [关键词] 淋巴管瘤;纵隔;脾脏;腹膜后腔

DOI:10.13929/j.1003-3289.201901144

[中图分类号] R733.2; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2019)11-1765-01

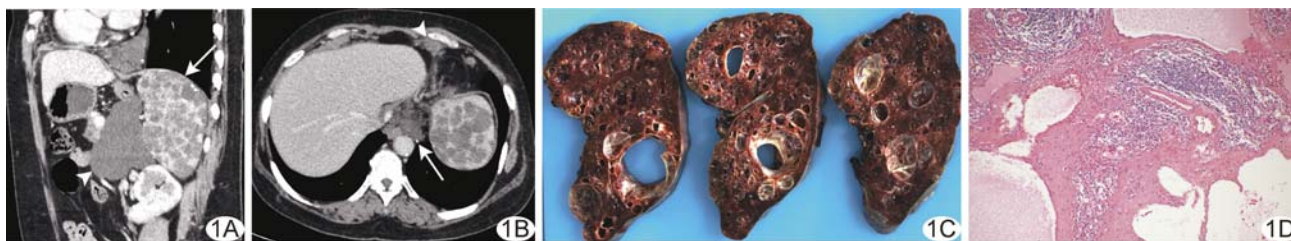


图 1 淋巴管瘤病累及纵隔、脾脏及腹膜后多器官 A.腹部 CT 示脾内充满圆形、片状水样低密度影(箭);左上腹见不规则水样低密度影,与胰腺尾部界限不清(箭头);B.胸部 CT 示食管下段周围(箭)、心包右前区(箭头)多发结节状、斑片状不规则软组织影;C.脾脏大体病理;D.脾脏淋巴管瘤病理图(HE,×100)

患者女,52 岁,体检发现脾脏及胰腺占位入院。查体:腹部平坦,左上腹有轻压痛,未触及肿块。实验室检查:血小板 $372 \times 10^9/L$,白蛋白 36.2 g/L,癌胚抗原、CA19-9 均为阴性。腹部 CT:脾大,脾脏内充满圆形、片状水样低密度影,边缘点状钙化,增强后病灶边缘可见轻度线样强化;左上腹约 10.43 cm × 8.92 cm × 11.03 cm 形态不规则水样低密度影,包绕脾动静脉,与胰腺尾部界限不清,增强后未见明显强化(图 1A)。胸部 CT:食管下段周围、心包右前区见多发结节状、斑片状不规则软组织密度影,CT 值约 18~35 HU,内见多个小钙化影,增强后未见明显强化(图 1B)。影像学诊断:考虑淋巴管瘤病累及纵隔、脾脏及腹膜后多器官可能。行腹部探查术,术中见脾脏和胰尾部囊性病变,与周围结肠、左肾分界较清;遂行胰尾、脾肿瘤切除术,纵隔病变未予干预。术后病理示脾脏呈弥漫囊腔样变,直径 0.23~6.05 cm,囊内多为较清亮液体,部分为黏液及淡褐色胶冻样物,局部伴钙化(图 1C);胰尾部囊性肿物约 10.06 cm × 8.21 cm × 10.34 cm,切面呈多房囊性,囊腔直径 0.51~6.23 cm,内壁光滑,囊内为淡褐色胶冻样物,与脾脏病

变性质相同;镜下见瘤细胞弥漫、多中心性生长,伴纤维化、玻璃样变性及灶状钙化,提示脾脏、胰尾部淋巴管瘤(图 1D),结合胸腹部影像学表现,综合诊断为淋巴管瘤病累及纵隔、脾脏及腹膜后多器官。

讨论 淋巴管瘤是先天或继发损伤等造成的淋巴管扩张,常见于婴幼儿,成人少见;多发生于颈部和腋窝,腹腔、腹膜后、骨及纵隔等区域较少见;同时累及 2 个部位以上者称为淋巴管瘤病。本例病变同时累及纵隔、脾脏及腹膜后多器官,十分罕见。本病可无明显症状,病灶较大压迫周围器官可引起相应症状。

淋巴管瘤 CT 表现为囊性低密度影或软组织样密度影,单发或多发,边界较清楚,少数可伴有钙化,病灶多有分隔、分叶,增强后壁和分隔可见轻度线状增强,其余组织无强化。本例胸腹部 CT 表现符合淋巴管瘤特征。治疗方法首选手术切除,完整切除肿物后,多数患者预后良好,但病灶累及广泛者常因病灶难以彻底清除而致术后复发,故需随访复查。对于病灶较小且无临床症状者可定期随访观察。

[第一作者] 江永芳(1992—),女,安徽淮南人,在读硕士。E-mail: 13214311915@163.com

[收稿日期] 2019-01-23 [修回日期] 2019-05-08