

◆个案报道

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

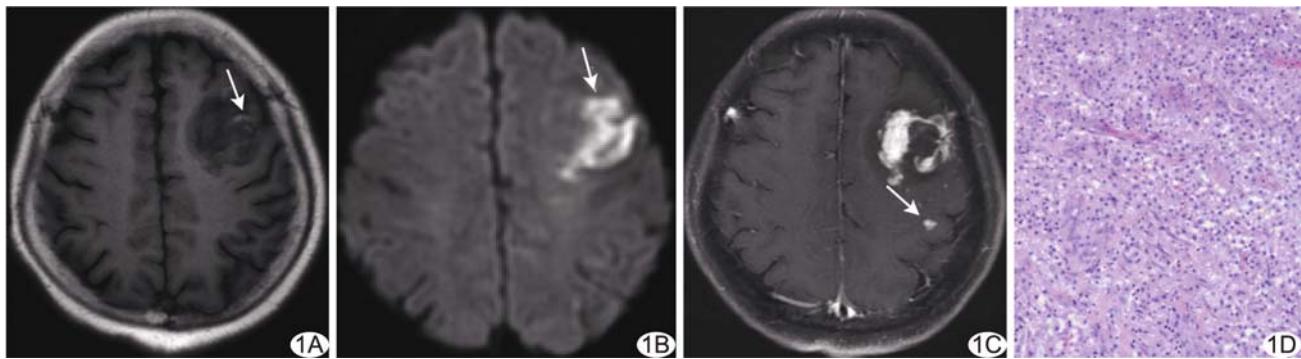


图1 左侧额顶叶 AVM A. T1WI 示病灶内条片状高信号(箭); B. DWI 示病变内部分区域扩散功能受限, 呈高信号(箭); C. 增强扫描示病变后方小结节样强化(箭); D. 病理图(HE, ×200)

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所示扩散不受限区域呈结节状、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扩散不受限区域增强后呈结节状、条状显著强化,类似纡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,多呈囊实质性改变,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

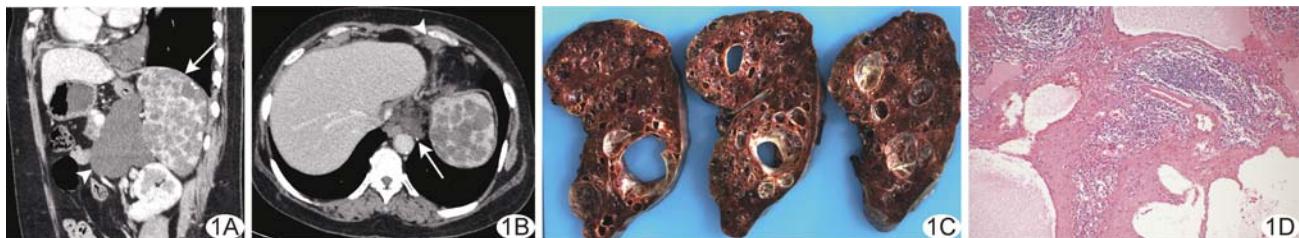


图1 淋巴管瘤病累及纵隔、脾脏及腹膜后多器官 A.腹部CT示脾内充满圆形、片状水样低密度影(箭);左上腹见不规则水样低密度影,与胰腺体尾部界限不清(箭头);B.胸部CT示食管下段周围(箭)、心包右前区(箭头)多发结节状、斑片状不规则软组织影;C.脾脏大体病理;D.脾脏淋巴管瘤病理图(HE,×100)

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 $10.43 cm \times 8.92 cm \times 11.03 cm$ 形态不规则水样低密度影,包绕脾动脉,与胰腺体尾部界限不清,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 $18 \sim 35 HU$,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 $0.23 \sim 6.05 cm$,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 $10.06 cm \times 8.21 cm \times 10.34 cm$,切面呈多房囊性,囊腔直径 $0.51 \sim 6.23 cm$,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