

极其相似,但弥散加权成像呈高信号,表观弥散系数(apparent diffusion coefficient, ADC)降低;而 RDD 呈等或高信号,ADC 升高或无变化;③浆细胞肉芽肿 T1WI 呈等或低信号、T2WI 呈高信号,增强后均匀或不均匀强化。最终确诊需靠病理检查。

Atypical meningioma across cranium: Case report

跨颅骨非典型脑膜瘤 1 例

王小艳¹, 谭清军², 刘影², 杨兴业², 杨志鹏², 张士德¹

(1. 哈尔滨医科大学附属第二医院放射线科, 黑龙江 哈尔滨 150086; 2. 临朐县人民医院影像科, 山东 潍坊 262600)

[Keywords] meningioma; skull; magnetic resonance imaging

[关键词] 脑膜瘤; 颅骨; 磁共振成像

DOI:10.13929/j.issn.1003-3289.2021.07.040

[中图分类号] R739.45; R445.2 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2021)07-1116-01



图 1 左颞枕部非典型脑膜瘤 A. 轴位 FLAIR T1WI; B. 轴位 FLAIR T2WI; C. 轴位增强 T1WI (白箭示“脑脊液湖”征,红箭示“鼠尾”状强化) 图 2 病理图(HE, ×100)

患者女,73 岁,发现左颞枕部肿物进行性增大 2 月余,偶感疼痛,无恶心、呕吐、发热及癫痫;高血压病史 8 年,未系统治疗。查体:左耳后颞部 3.0 cm×3.0 cm 肿物,皮肤颜色正常,无压痛,可推动。头部 MRI:左侧颞枕部 3.9 cm×4.2 cm×4.6 cm 肿物,边缘光滑,跨颅骨生长,T1 液体衰减反转恢复(fluid attenuated inversion recovery, FLAIR)序列图像呈低信号(图 1A)、T2 FLAIR 图呈稍高信号(图 1B),并见“脑脊液湖”征;增强后肿物呈轻度强化,周围脑膜呈细长“鼠尾”状强化(图 1C);病变区颅骨不规则增厚、破坏,肿物周围未见明显水肿,左侧侧脑室后角受压变窄。影像学诊断:左颞枕部脑外肿瘤。行颅内外占位切除术,术中见类圆形肿物,外侧与颅骨外膜及颅骨粘连紧密,中央与颅内部分连续,周围颅骨内外板呈虫噬样骨质缺损,硬膜外可见紫红色瘤样组织,紧贴硬膜,凸入颞枕叶脑组织部分与脑皮层局部粘连,基底部分延伸至左侧横窦、乙状窦及小脑幕。术后病理:光镜下见肿瘤细胞呈片状生长,核仁巨大,核分裂增多,≥4 个核分裂象/10 个高倍镜视野(图 2);

免疫组织化学:ER(-),PR(-),CK(灶+),EMA(+),Vim(+),S-100(+),Ki-67(40%+),CD34(-)。病理诊断:左颞枕部非典型脑膜瘤。

讨论 2016 版 WHO 中枢神经系统肿瘤分类将脑膜瘤分为 3 个组织学类型,非典型脑膜瘤属于 II 级,临床少见跨颅骨者。跨颅骨非典型脑膜瘤多起源于硬膜外。非典型脑膜瘤 T1WI 多呈等-低信号,T2WI 呈等-高信号,可不均匀;增强后呈“鼠尾”状中、重度强化,又称“脑膜尾征”;磁共振波谱(magnetic resonance spectroscopy, MRS)可见特征性的 Ala 与 Glx 峰。鉴别诊断:①嗜酸性肉芽肿,多发于儿童及青少年,典型病灶内可见“纽扣”样死骨;②颅骨原发性淋巴瘤,成人好发于颅盖骨,多无硬化边,可见较大软组织肿物和相对轻的骨质破坏,无钙化;儿童好发于颅底骨,较少累及外层骨皮质,MRS 可见宽大的 Lip 峰;③转移瘤,颅内侵犯明显,坏死、水肿范围较大,MRS 多见 NAA 峰;④浆细胞肿瘤,以颅骨板障内见多发小病灶为特征性表现。最终确诊需依靠病理学检查。

[第一作者] 王小艳(1993—),女,山东潍坊人,在读硕士,医师。E-mail: 1334576752@qq.com

[收稿日期] 2020-09-18 [修回日期] 2021-04-20