

## 《请您诊断》病例 29 答案:透明隔非霍奇金淋巴瘤一例

段阳, 李巍, 陶黎, 海洋

【中图分类号】R445.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2009)07-0811-02

**病例资料** 患者,男,59岁。无明显诱因出现头晕头痛、站立不稳并逐渐加重5天入院。无恶心及呕吐,无抽搐及大小便失禁,无发热,无咳嗽。神经系统检查:言语增多,吐字清楚,缺乏逻辑,远记忆正常,近记忆明显减退。

**MRI表现:**透明隔区有一不规则肿块,在室间孔附近以中线为中心对称性向两侧膨胀性生长,呈握拳样和团块样,大小约2.0 cm×2.2 cm,周边于T<sub>1</sub>WI呈等信号或稍低信号,T<sub>2</sub>WI呈等信号或稍高信号,中心可见散在点状长T<sub>1</sub>、长T<sub>2</sub>信号。增强扫描示肿块呈握拳样和团块样强化(图1~4)。肿块与左、右侧脑室脉络丛静脉丛相延续,脉络丛扩张迂曲,以左侧更著(图4)。矢状面图像示肿块与前联合、大脑内静脉、脉络丛上静脉、

丘纹上静脉及透明隔静脉等关系密切(图5)。左、右侧脑室扩张变形,双侧侧脑室前、后角可见不规则片状长T<sub>1</sub>、长T<sub>2</sub>信号。**MRI诊断:**透明隔非霍奇金淋巴瘤可能性大,不排除其它。

**手术所见:**肿瘤大部位于透明隔,并与双侧穹窿柱、体部及丘纹上静脉粘连,大小约2 cm×3 cm,质地中等,与周围组织分界较清,但与丘纹上静脉粘连,探查双侧室间孔通畅不佳。**病理检查:**镜下示瘤细胞弥漫性分布,大小较一致,核小,圆形或卵圆形,染色质粗,可见核分裂象。免疫组化染色结果:GFAP(-),EMA(-),Vim(±),LCA(+),CD3(-),CD20(+),CD68(±)。结合免疫组化染色结果,考虑透明隔非霍奇金淋巴瘤(B细胞来源)。

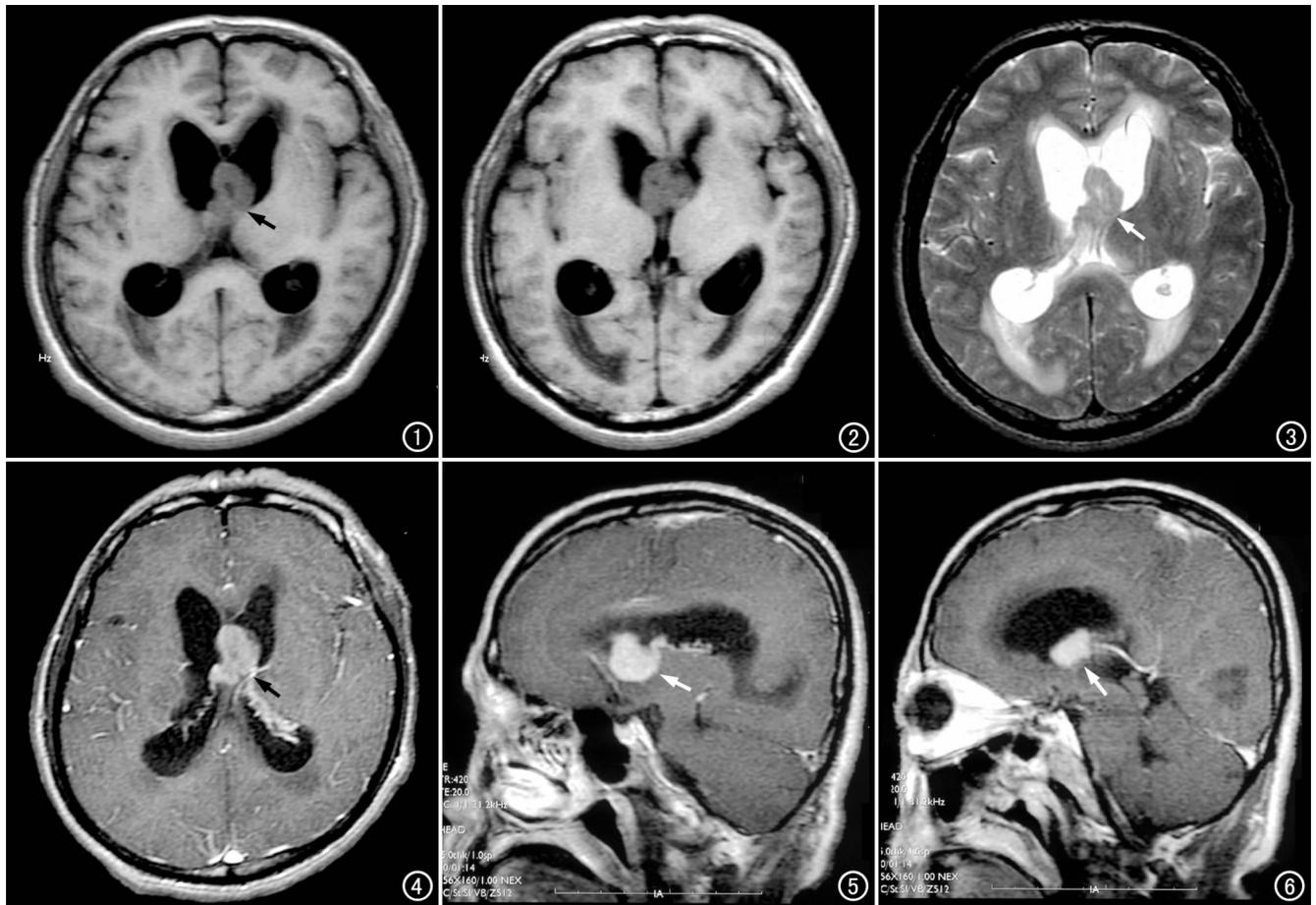


图1 T<sub>1</sub>WI示病变呈握拳样(箭),等信号~稍低信号,中心见低信号坏死区。图2 T<sub>1</sub>WI示病灶呈团块状,中心有散在点状低信号。图3 T<sub>2</sub>WI示双侧侧脑室扩张,侧脑室前、后角内有不规则高信号影(箭)。图4 增强扫描示病灶较均匀强化,坏死区无强化,病灶与侧脑室脉络丛静脉相延续,静脉丛迂曲,以左侧更明显(箭)。图5 矢状面增强扫描示肿瘤呈团块样均匀强化(箭),与脉络丛上静脉关系密切。图6 另一层面矢状面图像示肿瘤与大脑内静脉关系密切(箭)。

作者单位:110042 沈阳,辽宁省肿瘤医院影像科(段阳);118000 辽宁,丹东市中医院放射科(李巍);110002 沈阳,中国医科大学临床医药学院医学影像系(陶黎);110083 沈阳,沈阳军区总医院放射科(海洋)

作者简介:段阳(1966-),男,辽宁沈阳人,主任医师,主要从事神经影像和影像图像处理工作。

**讨论** 中枢神经系统淋巴瘤罕见,好发于50~60岁,免疫缺陷者好发于30岁左右,占恶性淋巴瘤的0.2%~2.0%,约占颅内肿瘤的1%。可继发于全身淋巴瘤,也可原发于中枢神经系统。原发中枢神经系统淋巴瘤以往的名称包括网状细胞肉瘤、微胶质瘤,50~60%发生于一个或多个脑叶(白质或灰质)。25%发生于深部中线结构(透明隔、基底节、胼胝体),25%发生于幕下,10%~30%为多发。与此相反,全身淋巴瘤转移至中枢神经系统时病变多位于软脑膜,而不是脑实质。在我国淋巴瘤一般多发在免疫系统功能正常者,免疫系统功能缺陷或HIV病毒感染者在国外常见。

根据肿瘤的强化形态、占位程度以及发生部位进行分析,可明显提高颅内淋巴瘤的术前诊断水平,提高治疗效果和确定最佳治疗方案。CT平扫示淋巴瘤75%与室管膜相连(假脑膜征,但无钙化),60%的病灶呈高密度,10%为等密度;90%以上肿瘤有强化,74%以上强化均匀。因此当病灶无强化时,常导致延误诊断;增强表现类似棉绒球。使用激素治疗后CT示部分病灶可部分或全部消失(甚至在手术时),导致所谓的“幽灵瘤”,这种现象有助于诊断。

透明隔淋巴瘤的鉴别诊断:①颅内非透明隔淋巴瘤,其它区域的肿瘤往往为大片水肿中有明显的均匀一致的增强病灶,边界不清,周边水肿类似指状;透明隔淋巴瘤常常出现由于增大的病灶造成脑室系统的改变;②胶质瘤,胶质瘤常伴有明显的边缘强化和(或)不规则强化,周围浸润水肿区和占位效应明显,当胶质瘤和淋巴瘤同时发生囊变和坏死时,鉴别诊断十分困难;③转移瘤,转移瘤一般水肿和占位效应更明显,可多发也可单发,好发于大脑中动脉供血范围皮髓交接区,一般增强后呈环形强化;④脑膜瘤,脑膜瘤有明显强化趋势,很少误诊为透明隔淋巴瘤。鉴别要点为白质凹陷征和脑膜尾征。⑤脑脓肿,可以根据发生部位及强化呈环形强化区别;⑥炎性肉芽肿,结合相关临床炎症病史和抗炎试验治疗,对鉴别诊断有一定帮助。

#### 参考文献:

- [1] Fermann H, Heindel W, Schaper J, et al. CT and MR Imaging in Primary Non-Hodgkin's Lymphoma[J]. Acta Radiol, 1997, 38(3): 259-267.

- [2] Johnson BA, Fram EK, Johnson PC, et al. The Variable MR Appearance of Primary Lymphoma of the Central Nervous System: Comparison with Histopathologic Features[J]. AJNR, 1997, 18(3): 563-572.
- [3] Ruiz A, Post MJ, Bundschu C, et al. Primary Central Nervous System Lymphoma in Patients with AIDS[J]. Neuroimaging Clin North Am, 1997, 7(2): 281-296.

(收稿日期:2008-09-16)

#### 专家点评

原发性中枢神经系统淋巴瘤是一种少见恶性肿瘤,约占颅内肿瘤的1%,但其确诊病例数无论是在免疫功能正常还是低下的人群中均呈逐年上升的趋势。由于无内源性淋巴组织,故中枢神经系统淋巴瘤的起源不十分清楚。在免疫功能正常者淋巴瘤好发年龄为60~70岁,免疫功能低下者发病年龄30~40岁。病理上,该肿瘤呈局限性和浸润性边界不清的肿块,可沿血管周围间隙浸润,肿瘤细胞排列较致密。

中枢神经系统淋巴瘤的典型影像学表现为较大的类圆形肿块影,75%~85%位于幕上,多位于脑深部中线结构如基底节和胼胝体等,约75%与室管膜和/或脑膜相连,多为单发,约30%可为多发病灶。由于肿瘤细胞排列密集,CT平扫可呈等密度或较高密度,增强后瘤体均匀强化。MRI是诊断本病的重要方法,肿瘤在T<sub>1</sub>WI上多呈与脑灰质近似的等信号,T<sub>2</sub>WI上呈等信号或稍低信号,增强扫描时90%以上可出现明显强化;与肿瘤本身大小相比,其周围水肿较轻;免疫功能低下者肿瘤组织多发生坏死、出血,可出现环形强化。

本病对放射治疗高度敏感,多数病例放疗后病灶完全消失,但通常1年内复发。典型的中枢神经系统淋巴瘤根据肿瘤的部位、增强形态以及占位程度一般不难诊断。本例发生于透明隔实属罕见,从其影像表现考虑为淋巴瘤难度很大,主要是定位和确定性质,最后诊断须依赖病理组织学。鉴别诊断:①中枢神经细胞瘤,好发于青年人,多位于透明隔向一侧生长为主,可钙化、囊变,增强呈中度强化;②胶质瘤,常伴明显边缘强化或不规则强化,周围浸润水肿区和占位效应明显。

(大连医科大学附属第一医院 伍建林)

## 《放射学实践》2009年专刊征订启事

由《放射学实践》杂志编辑出版的2009年专刊,内容为影像医学专业人员感兴趣的病例报道集萃,共搜集43个病例分I、II两册。

专刊现存少量,对外发行。定价:10元/套(免邮费),欲购从速!

联系人:明桥 电话:027-83662875 传真:027-83662887

地址:430030 武汉市解放大道1095号 同济医院《放射学实践》编辑部

E-mail: fsxsj@yahoo.cn radio@tjh.tjmu.edu.cn