

• 病例报道 •

脑膜血管外皮瘤的 MRI 诊断一例

傅立平, 包迎伟, 纪建松

【中图分类号】R445.2; R732.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2010)06-0700-02

病例资料 患者,男,60岁,因头昏乏力3个月入院。体检:实验室检查:无阳性发现。MRI表现:平扫可见顶部中线偏左侧不规则肿块, T_1 WI 为不均匀高信号, T_2 WI 为混杂信号,横断位上最大径约 $48\text{ mm} \times 66\text{ mm}$,高度约 41 mm ,增强后肿块呈明显强化,肿块与软脑膜关系密切,呈脑膜尾征,邻近脑组织呈受压改变,轻度水肿,肿块包绕上矢状窦。左侧脑室受压向下移位。余脑实质未见异常信号,脑中线结构居中。MRA 示肿块与右侧脑膜中动脉及颞浅动脉关系密切。两侧颈内动脉虹吸段及其主要分支、椎基底动脉及其主要分支显示清晰,血管走行自然,管腔形态正常、未见狭窄及异常扩张,脑底动脉环显示清楚,未见受压推移。MRI 诊断:顶部占位,脑膜瘤首先考虑,包绕上矢状窦。MRA 示肿块与右侧脑膜中动脉及颞浅动脉关系密切。病理检查:冰冻送检暗红组织3块,大小分别为 $1.5\text{ cm} \times 0.7\text{ cm} \times 0.3\text{ cm}$, $1.2\text{ cm} \times 0.7\text{ cm} \times 0.2\text{ cm}$, $0.5\text{ cm} \times$

$0.3\text{ cm} \times 0.2\text{ cm}$,常规送检肿瘤组织1块, $7\text{ cm} \times 4\text{ cm} \times 3\text{ cm}$,表面覆脑膜,有一处见肿块穿透脑膜,大小 $2\text{ cm} \times 2\text{ cm} \times 2\text{ cm}$ 。剖面灰白,质硬。镜示肿瘤细胞形态大小较一致,胞浆少,胞界不清,核圆形、卵圆形,染色质细,核仁不明显,核分裂罕见,弥漫成片,排列无定向或略成旋涡状,其中可见丰富的小血管伴改变,部分区域可见鹿角状分支的小血管,未见出血坏死。IHC: VM (+), CD34 (-), S-100 (-), Des (-), SMA (-), Ki67 ($<10\%$), SMA (-)。病理诊断:脑膜血管外皮瘤, WHO II 级。

讨论 血管外皮瘤(hemangiopericytoma, HP)又称为血管周细胞瘤,是一种较少见的血管肿瘤,好发于下肢、盆腔和腹膜后。发生于颅内者,多数为转移所致,病变位于小脑者可达95%,位于顶部中线区尚未见报道。大约80%的患者以头痛为首发症状,主要表现为间断性枕下痛,60%的患者有呕吐、眩晕

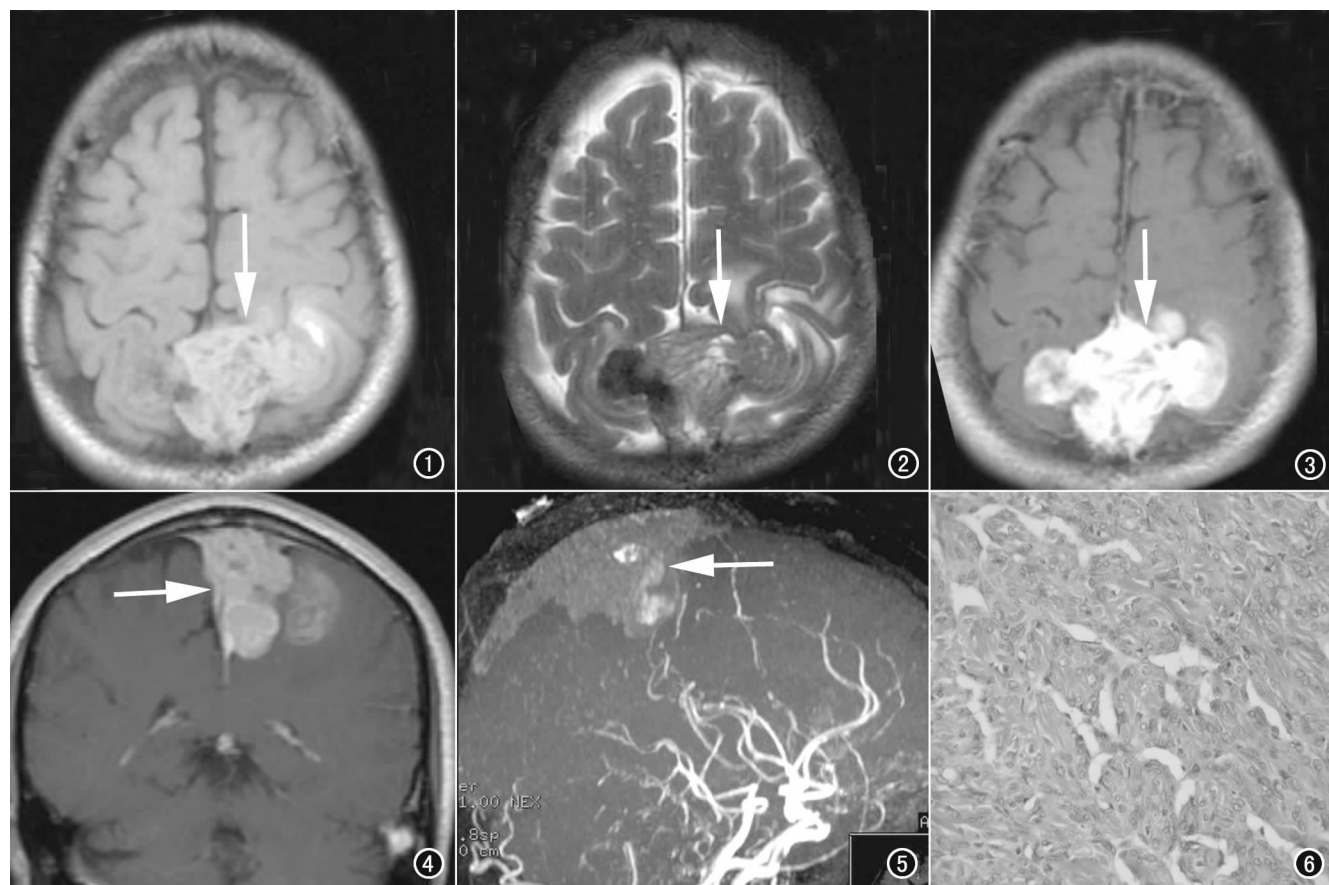


图1 T_1 加权扫描图像示顶部后中线偏左侧不规则肿块影(箭), T_1 WI 为不均匀高信号。图2 T_2 WI 示肿块混杂信号,边界欠清(箭)。图3 增强扫描示肿块明显强化(箭)。图4 冠状面增强扫描图像示明显强化的肿块累及上矢状窦,并有脑膜尾征(箭)。图5 CE-MRA 图像示肿块有颞浅动脉多条分支参与供血(箭)。图6 病理图像肿瘤细胞胞浆少,染色质细,核仁不明显,弥漫成片,排列无定向或略成旋涡状,其中可见鹿角状分支的小血管。

作者单位: 323000 遂昌人民医院放射科(傅立平、包迎伟);丽水市中心医院放射科(纪建松)

作者简介:傅立平(1958-),男,浙江遂昌人,主治医师,主要从事影像诊断工作。

通讯作者:纪建松, E-mail: jjstcty@sina.com

和复视等症状^[1,2]。本例患者未发现有原发病灶。

1942 年 Stout 和 Murray 首次报道并命名血管周细胞瘤,血管周细胞瘤来源于毛细血管壁外的周细胞(pericyte)。周细胞首先由瑞士组织学家 Zimmermann 描述,也称 Zimmermann 细胞^[3]。由于本病是一种血管性肿瘤,常伴有出血灶,MRI 更容易鉴别肿瘤与其他结构的间隙以及出血有较特异性的信号改变,因此 Rusch 等^[4]认为 MRI 比 CT 对本病术前诊断、评价更有价值。本例患者以头昏乏力为首发症状,临床检查无特异性,MRI 表现与脑膜关系非常密切(脑膜尾征),并且血供非常丰富,强化显著,极易误诊为脑膜瘤,故误诊为侵袭性脑膜瘤。

本病的诊断主要依靠病理检查,肿瘤一般为单发,局限,为圆形或椭圆形肿块或结节,直径 1~20 cm 不等。本例患者 MRI 平扫可见病灶位于顶部中线偏左侧,为不规则形,T₁WI 为不均匀高信号,T₂WI 为混杂信号,考虑为肿瘤内伴有出血所致;增强后肿块呈明显强化,肿块与脑膜关系密切,呈现脑膜尾征,这是误诊的关键。肿瘤与脑膜关系密切并包绕上矢状窦,提示肿瘤为脑膜或脑膜周围起源。血管周细胞瘤多为实性,棕红色或紫红色圆形肿块,质软而脆,有明显的鱼肉,无完整的包膜。肿瘤镜下表现为由小的嗜碱性梭形细胞组成,核呈卵圆形,细胞浆界限不清。银染色显示瘤细胞位于血管腔外周。这些细胞排列在多数壁薄的血管周围,这些血管常呈典型的鹿角状,由于这些组织学的特点存在变异,有时需电镜协助诊断。

Enzinger 等^[5]以核分裂相的多少作为诊断恶性的标准,认为瘤细胞丰富和有明显核分裂相及坏死、出血灶者常属恶性。本例肿瘤包绕血管并强化显著,提示肿瘤血管源性的可能,MRI 诊断有一定意义。

手术广泛切除是治疗本病的有效方法,为防止术中大出血,可行介入血管栓塞术,减少出血。本病为潜在的恶性肿瘤,即使镜下表现为良性,细胞分化较好,也存在复发转移的可能,因此需要长期的随访。对于镜下表现为恶性者,可考虑辅助放疗或伽玛刀治疗。

参考文献:

- [1] 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,1998. 566-567.
- [2] 袁进国,于明克,王子文,等. 桥小脑角区血管周细胞瘤误诊为三叉神经鞘瘤一例[J]. 中国肿瘤临床与康复,2007,14(3):61-62.
- [3] Bose B. Hemangiopericytoma: A clinicpathologic and ultrastrure study[J]. World J Surg,1981,5(6):863-871.
- [4] Rusch VW,Shuman WP,Schmidt R,et al. Massive pulmonary hemangiopericytoma: An innovative approach to evaluation and treatment[J]. Cancer,1989,64(9):1928-1936.
- [5] Enzinger FM,Smith BH. Hemangiopericytoma: An analysis of 106 cases[J]. Hum Pathol,1976,7(1):61-82.

(收稿日期:2009-05-19 修回日期:2009-06-15)

艾滋病系列丛书

艾滋病患者免疫功能损害,并发机遇性感染和相关性肿瘤,严重危及生命。85%艾滋病患者死于并发症的发生。影像学检查是艾滋病并发症的重要诊断方法。

李宏军教授通过 1998 年~2008 年共 10 年的研究特别是留学回国后,深入疫区,亲自采集国内临床第一手资料,总结出中国艾滋病并发症疾病谱系,基本完成中国艾滋病临床应用基础研究。人民卫生出版社全面立项资助,系列出版以下 5 本专著。

《艾滋病影像鉴别图谱》 16 开本,251 页精装,定价 69 元。

《艾滋病临床与影像诊断》 2007 年 1 月由中国医药科技出版社出版,图文并茂,图片 400 余幅,16 开精装本,定价 68 元,全国各大新华书店有售,网上订购或由中国医药科技出版社邮购。

《ATLAS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN HIV/AIDS》 16 开本,276 页精装,定价 70 美元(国际市场价)。2007 年该书被卫生部高等院校教材办公室,人民卫生出版社选为西医参考书“走出去”规划重点出版图书,2007 年 10 月 9 日在德国国际书展上引起强烈反响,畅销欧美发达国家,被美国 NIH 收录。

《艾滋病眼病鉴别图谱》 16 开本,276 页精装,定价 69 元。内容包括眼眶病和眼底病。

《艾滋病影像与解剖、病理对照鉴别图谱》 16 开本,429 页 84 万字,精装,定价 199 元。内容包括艾滋病活体影像、尸体影像、解剖标本及病例对照。

全国各大新华书店有售,网上订购或由人民卫生出版社邮购。地址:100078 北京市丰台区方庄方群园 3 区 3 号楼;邮购电话:010-67605754