

实用放射学杂志, 2008, 24(2): 44-47.

- [4] Harish S, Lee JC, Ahmad M, et al. Soft tissue masses with "cyst-like" appearance on MR imaging; distinction of benign and malignant lesions[J]. Eur Radiol, 2006, 16(12): 2652-2660.
- [5] Chen CK, Wu HT, Chiou HJ, et al. Differentiating benign and malignant soft tissue masses by magnetic resonance imaging: role of tissue component analysis[J]. J Chin Med Assoc, 2009, 72(4): 194-201.
- [6] Bidault F, Vanel D, Terrier P, et al. Liposarcoma or lipoma; does genetics change classic imaging criteria[J]. Eur J Radiol, 2009, 72(1): 22-26.
- [7] Polland RE, Garcia TC, Stieger SM, et al. Quantitative evaluation

of perfusion and permeability of peripheral tumors using contrast-enhanced computed tomography[J]. Invest Radiology, 2004, 39(6): 340-344.

- [8] Vander Woude HJ, Verstraete KL, Hogendoorn PC, et al. Musculoskeletal tumours; does fast dynamic contrast enhanced subtraction MR imaging contribute to the characterization[J]. Radiology, 1998, 208(3): 821-828.
- [9] Einarsdóttir H, Karlsson M, Wejde J, et al. Diffusion-weighted MRI of soft tissue tumors[J]. Eur Radiol, 2004, 14(6): 959-963.
- [10] 周春香, 孟俊非, 陈应明, 等. 磁共振氢质子波谱在下肢骨-软组织疾病中应用初探[J]. 临床放射学杂志, 2003, 22(12): 65-68.

(收稿日期: 2010-06-28 修回日期: 2011-02-15)

椎管内血管外皮细胞瘤一例

· 病例报道 ·

于凤凯, 朱俭, 韩云鹏, 韩芳

【中图分类号】R445.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2011)04-0445-01

椎管内血管外皮细胞瘤国内外报道甚少, 笔者搜集 1 例该病患者资料报道如下。

病例资料 患者, 男, 28 岁, 因双下肢麻木、乏力进行性加重半年入院。查体: 双下肢痛觉减退、肌力 III 级, 膝反射(++), 踝反射(++).

腰椎 MRI: 腰₃~骶₁ 水平椎管内占位性病变(图 1、2), 边界清晰, 大小约 17 mm×17 mm×99 mm, T₁WI 呈欠均匀等信号, 伴部分明显高信号区, T₂WI 为不均匀高信号; MRI 增强扫描该占位 T₁WI 等信号区明显强化, 高信号区无强化, 软脊膜尾征明显(图 3)。影像诊断: 椎管内占位。后转入南方医科大学附属珠江医院进一步治疗, 术前考虑椎管内富血供肿瘤, 并给于术前介入栓塞, 术中肿物占据椎管内空间较大, 紫红色, 边界清楚, 血供丰富, 经显微镜下仔细分离肿瘤证实肿瘤来源于硬脊膜, 未侵及椎体, 镜下切除全部肿瘤。术后病理诊断: 血管外皮细胞瘤(图 4)。免疫组化: CD34(+), Vimentin(+), EMA(-)。

讨论 椎管内血管外皮细胞瘤极少见, 属脊膜间叶来源, 在组织学上 WHO(2007)将其定为 II、III 级, 中年人发病多见, 临床表现无明确特征性, 其症状和体征主要取决于病灶的大小及部位, 而与组织病理学分型无关, 发病部位以硬膜外型最多见, 硬膜下型少见, 本例肿瘤内含大量成熟脂肪组织, 应视为椎管内脂肪瘤型血管外皮细胞瘤^[1], 据笔者观察国内未见类似报道。

在影像学上, CT 对该肿瘤的椎体受累情况有很大帮助, 而 MR 在显示其解剖形态、肿瘤及周围病理改变方面极具优势, MR 上肿瘤一般为长 T₁、长 T₂ 信号, 也可表现为混杂信号, 本例肿瘤内即可见大量脂肪信号, 瘤周一般无水肿, 增强明显强化, 明显的软脊膜尾征提示了肿瘤血供丰富, 但其并不特异, 富血供的脊膜瘤、椎管内血管母细胞瘤及副神经节瘤亦

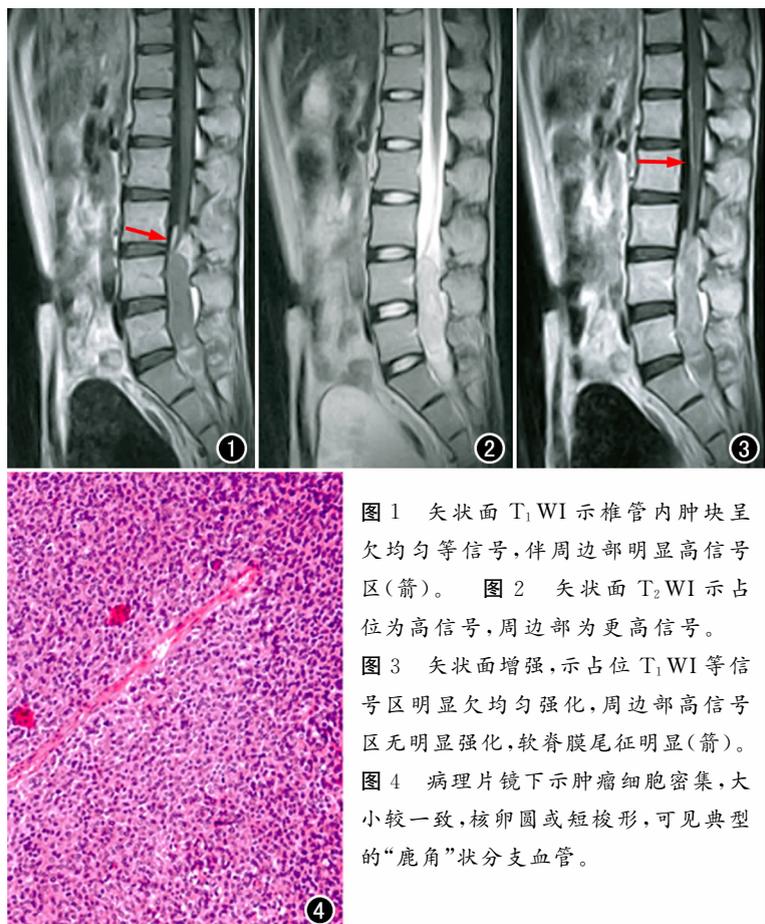


图 1 矢状面 T₁WI 示椎管内肿块呈欠均匀等信号, 伴周边部明显高信号区(箭)。图 2 矢状面 T₂WI 示占位为高信号, 周边部为更高信号。图 3 矢状面增强, 示占位 T₁WI 等信号区明显欠均匀强化, 周边部高信号区无明显强化, 软脊膜尾征明显(箭)。图 4 病理片镜下示肿瘤细胞密集, 大小较一致, 核卵圆或短梭形, 可见典型的“鹿角”状分支血管。

可见类似表现, MRA 可显示肿瘤富血供状态, 但无 DSA 治疗作用, 术前栓塞十分必要, 可大大减少该类肿瘤的术中出血。影像学对该病的术前及预后的评估具有重要价值。

参考文献:

- [1] Nielson GP, Dickersin GR, Provenzl JM, et al. Lipomatous hemangiopericytoma. a histologic, ultrastructural, and immunohistochemical study of a unique variant of hemangiopericytoma[J]. Am J Surg Pathol, 1995, 19(7): 748-756.

(收稿日期: 2010-09-20)