

Clin Radiol, 2007, 62(2):152-159.

- [21] Tsang KW, Tan KC, Ho PL, et al. Inhaled fluticasone in bronchiectasis: a 12 month study[J]. Thorax, 2005, 60(3):239-243.
- [22] 于红, 李惠民, 刘士远, 等. Multidetector CT angiography with volumetric three-dimensional rendering to evaluate bronchial arteries in primary lung cancer[J]. 中国人民解放军军医学报(英文版), 2006, 21(3):189-194.

- [23] Kon Y, Tsukada H, Hasegawa T, et al. The role of Pseudomonas aeruginosa elastase as a potent inflammatory factor in a rat air pouch inflammation model[J]. FEMS Immuno Med Microbiol, 1999, 25(3):313-321.
- [24] 吴其标, 李素云, 万毅刚, 等. 支扩宁合剂干预对大鼠支气管扩张症模型的影响研究[J]. 中医药学刊, 2004, 22(3):438-440.
- (收稿日期:2011-02-28 修回日期:2011-06-24)

幕上囊性室管膜瘤一例

· 病例报道 ·

崔恒, 程敬亮, 张勇

【中图分类号】R445.2; R739.41 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2012)02-0217-01

病例资料 患者,女,2岁。20余天前无明显诱因出现右上肢抽搐,口吐白沫,持续20min左右,无发热,无双眼上翻等症状,当地医院按脑炎治疗。10余天前又出现上述症状,按癫痫治疗后,症状消失。患儿自发病以来,神志尚清,大小便正常,体重无明显变化。转诊至我院查体:全身皮肤粘膜无黄染、皮疹及出血点,浅表淋巴结未触及肿大;头颅无畸形,双侧瞳孔等大等圆,直径约3mm,嘴唇红润,左侧扁桃腺Ⅱ°肿大,颈软,气管居中;生理反射存在,病理反射未引出。实验室检查:白细胞 $15 \times 10^9/l$,红细胞 $4.5 \times 10^9/l$ 。

MRI平扫示左额顶区不规则形长 T_1 长 T_2 囊性信号影(图1a,b),FLAIR序列上与脑脊液等信号,信号均匀,边界清晰,DWI上呈低信号,病灶大小为 $4.7 \text{ cm} \times 4.7 \text{ cm} \times 4.8 \text{ cm}$ 。增强MRI示囊性病灶内部未见明显强化,囊壁呈不规则强化(图1c)。1个月后MRI复查:病灶大小为 $5.5 \text{ cm} \times 5.6 \text{ cm} \times 6.4 \text{ cm}$,明显大于第一次所见。MRI诊断为囊性胶质瘤或原始神经外胚层肿瘤(PNET)。

手术记录:硬膜下可见囊性占位,大小约 $10 \text{ cm} \times 10 \text{ cm} \times 8 \text{ cm}$,囊壁薄,内容物为淡黄色液体,瘤体与脑组织边界清,瘤体似有包膜,红褐色,血供丰富,质中。病理诊断:(左额顶)室管膜瘤(图1d)。免疫组化结果:LCA(-)EMA(-),CK(-),GFAP(+),Oligo-2(-),Ki-67(约20%+)。

讨论 室管膜瘤(ependymoma)约占颅内肿瘤的5%,其中约8%发生于侧脑室。颅内室管膜瘤主要发生在10岁之前,4~6岁为高发年龄段,约1/3在3岁之前做出诊断^[1]。室管膜瘤常见于脑室系统,大多数情况下生长于后颅窝,尤其是第四脑室的底壁^[2]。其他部位的室管膜瘤少见,文献报道较少,本例发生于额顶叶,且生长速度较快。室管膜瘤起源于室管膜或室管膜残余部位,故少数可位于大脑半球,始于脑室周围白质,随其生长逐渐达大脑凸面。室管膜瘤多属偏良性肿瘤,WHO分级为Ⅱ级。

脑实质内的室管膜瘤一般紧邻脑室,有时可部分突入脑室。肿瘤囊变发生率高,周围常伴水肿;肿瘤实质部分增强扫描呈斑片状不均匀明显强化,囊变部分不强化。脑实质内的室管膜瘤应与偏恶性的胶质瘤相鉴别,后者常伴中心坏死区,周围大片水肿,不规则花环状强化^[3]。大脑半球伴囊变的室管膜

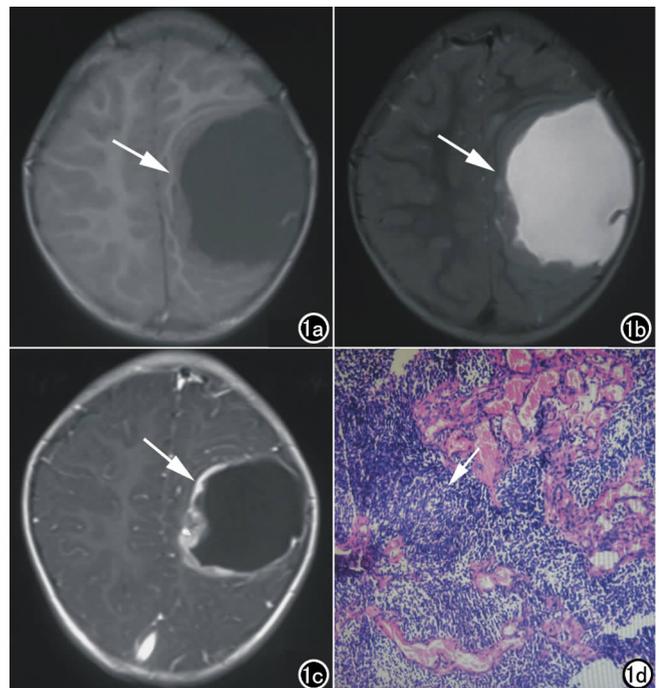


图1 女,2岁,幕上囊性室管膜瘤。a) T_1 WI示左额顶叶病灶呈均匀低信号(箭); b) T_2 WI示病灶呈均匀高信号(箭); c) 增强扫描示囊性病灶内部未见明显强化,囊壁可见不规则强化(箭); d) 病理片镜下示病灶内菊形团结构(箭),中央血管周围可见由含胶质纤维构成的无核区($\times 200$, HE)。

瘤需与脑脓肿鉴别,后者起病急,常伴发热,病灶强化及周围水肿程度常较前者显著,DWI呈高信号^[4];另外,室管膜瘤的囊腔比脑脓肿的大。

参考文献:

- [1] Shim KW, Kim DS, Choi JU. The history of ependymoma management[J]. Childs Nerv Syst, 2009, 25(10):1167-1183.
- [2] Ben Ammar CN, Kochbati L, Frikha H, et al. Primitive intracranial ependymomas. Salah-Azaiz institute experience [J]. Cancer Radiother, 2004, 8(2):75-80.
- [3] Schneider T, Mawrin C, Scherlach C, et al. Gliomas in adults[J]. Dtsch Arztebl Int, 2010, 107(45):799-807.
- [4] Chang SC, Lai PH, Chen WL, et al. Diffusion-weighted MRI features of brain abscess and cystic or necrotic brain tumors: comparison with conventional MRI[J]. Clin Imaging, 2002, 26(4):227-236.
- (收稿日期:2011-02-15 修回日期:2011-04-08)

作者单位:450052 郑州,郑州大学第一附属医院磁共振科

作者简介:崔恒(1980-),男,河南民权人,硕士研究生,主要从事中枢神经系统影像学诊断工作。

通讯作者:程敬亮, E-mail: cjr. chjl@vip. 163. com