

恶性脑膜瘤伴全脑脊膜转移一例

郑兰, 曹惠霞, 韩立新

【中图分类号】R739.45; R445.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2012)06-0685-02

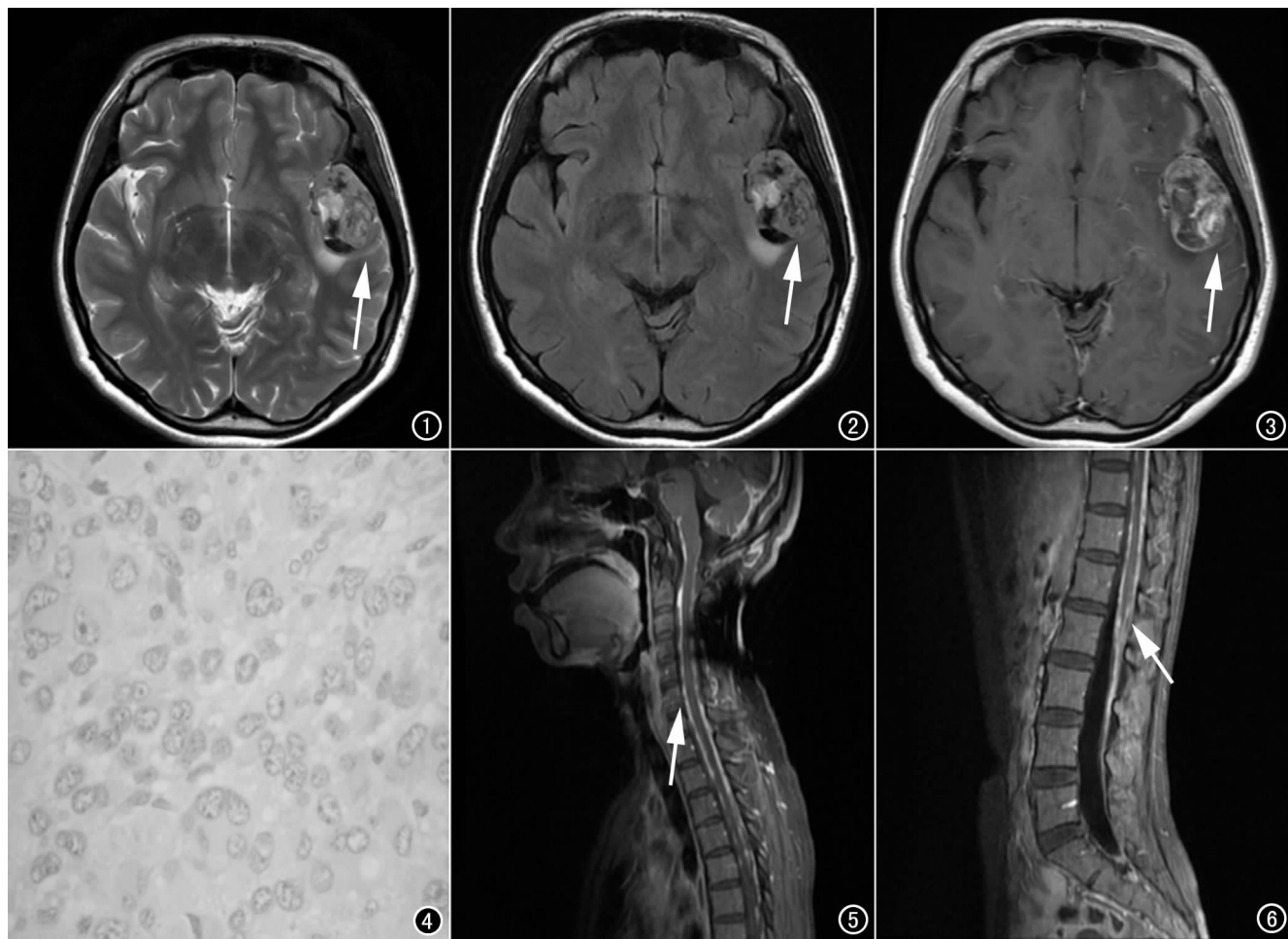


图1 头部T₂WI示左额颞叶类椭圆形占位,肿块呈不均匀混杂信号,内片状高信号及极低信号(箭)。图2 头部T₂FLAIR示病灶以不均匀等、稍低信号为主,内部混杂小片状高信号(箭)。图3 头部T₁WI增强扫描示病灶不均匀强化,内部出血区不强化,包膜明显环状强化。左侧额部硬膜下细条状T₁WI高信号,增强未强化(箭)。图4 病理片示恶性脑膜瘤。肿瘤细胞呈圆形或卵圆形,细胞异型性明显,核浆比明显增高,核呈空泡状,明显的大核仁(×400, HE)。图5 肿瘤复发后,颈、胸部T₁WI增强扫描示双侧小脑半球表面脑膜、延髓及颈、上胸段脊髓表面脊膜呈明显强化(箭)。图6 肿瘤复发后,腰骶部T₁WI增强扫描示腰段脊髓(下至马尾神经)表面呈明显强化(箭)。

病例资料 患者,女,29岁,因突发头痛,伴呕吐4天入院。外院行头颅CT检查提示脑内占位性病变。本院头颅MRI:平扫于左额颞部见一大小约40 mm×31 mm×39 mm类椭圆形占位,边界清晰,似有包膜,T₁FLAIR以不均匀等信号为主,内部混杂小片状高信号,T₂WI呈不均匀混杂信号,内见片状高信号及极低信号,T₂FLAIR见病灶周围片状高信号,增强后病灶呈明显不均匀强化,内部出血坏死区不强化,包膜呈明显环状强

化。左侧额部硬膜下见细条状T₁FLAIR高信号,增强未见强化。病灶呈宽基底附着于硬脑膜,脑膜尾征不明显,周围脑实质受压,见小片状长T₁长T₂水肿信号,左外侧裂池受压变扁,左侧侧脑室轻度受压变扁,中线结构尚居中(图1~3)。

手术所见:剪开硬脑膜,见硬膜下有黑色陈旧性机化的血肿样物质,肿瘤与脑膜粘连比较紧密,质软,色红黑,血供丰富,似乎有边界,无明显包膜,取少量肿瘤组织送病理检查。大体所见:灰黄灰褐色碎组织一堆,总体积5 cm×3 cm×1 cm,切面灰黄灰白实性中,局部略脆。光镜下未见正常脑组织,肿瘤细胞弥漫性分布,密度明显增加,乳头状结构不明显。病理诊断为间变性室管膜瘤,经北京宣武医院和天坛医院会诊后考虑

作者单位:510010 广州,广州军区广州总医院磁共振室(郑兰、曹惠霞、韩立新);510120 广州,广州市妇女儿童医疗中心(郑兰)

作者简介:郑兰(1985—),女,河南南阳人,硕士研究生,主要从事中枢神经系统MRI诊断工作。

通讯作者:曹惠霞, E-mail: caohuixia@163.com

恶性脑膜瘤。

免疫组织化学结果:EMA 小灶性阳性,CK 个别阳性,Vimentin 阳性,P53、MGMT、PTEN 阳性,MIB-1 增殖指数约 10%。其余 GFAP、S-100、PLAP、NeuN、CD34、NF、Syn、SMA、ER、PR 均阴性(图 4)。

出院后患者无剧烈头痛,恶心呕吐,四肢抽搐等,并在本院行普通外照射放疗,总剂量为 60Gy/30 次/42 天,放疗过程顺利。5 个月后,患者在一次散步时突然感觉周围声音特别大,尖叫,然后迅速意识丧失,四肢强直-阵挛发作,眼向上翻,牙关紧闭,口吐白沫。抽搐约 3 min,30 min 后患者自行清醒。复查 MRI 示左侧前颅窝底新发占位,C₂ 水平椎管内结节,与脊膜相连,增强后异常强化,双侧额部、双侧小脑半球表面脑膜、延髓、全段脊髓(下至马尾神经)及双侧神经根表面脊膜呈明显强化,考虑小脑脑膜、全脊膜广泛转移(图 5、6)。2 次手术,显微镜下切开部分额极,见肿瘤位于脑内,质软,色红,供血丰富,与脑组织有一定边界,基底位于前颅窝底。显微镜下全切肿瘤,灼烧肿瘤附着的脑膜。由于广泛脊髓蛛网膜下腔转移,术后继续口服抗癫痫药物,按期放化疗。

讨论 脑膜瘤是颅内较常见的原发性肿瘤,大多为良性(WHO I 级),恶性(间变性)脑膜瘤少见,属于脑脊膜上皮细胞肿瘤大类,WHO III 级。恶性脑膜瘤约占颅内全部脑膜瘤的 1%~7%^[1-2],复发率及转移率较良性者明显升高。脑膜瘤发生转移大约只占全部脑膜瘤的 0.1%^[3-5],文献报道有转移部位为肺、硬膜、腹部器官如肝、肾、淋巴结以及骨,通过脑脊液流动方式在椎管内种植转移比较罕见^[5]。

恶性脑膜瘤的症状、体征及发生部位与良性脑膜瘤区别不大,还有生长于侧脑室内的恶性脑膜瘤发生椎管转移的报道^[3,5]。

影像上良、恶性脑膜瘤有各自的特点。恶性脑膜瘤常呈浸润性生长,形态多不规则,呈分叶状,瘤周可有大片水肿,瘤体不均匀强化,可伴骨质破坏。良性脑膜瘤大多形态规整,信号均匀,多数呈明显较均匀强化,边缘较光滑,有完整包膜,颅板可增厚,很少出现骨质破坏。该型肿瘤通常血供丰富,易发生出血、坏死、囊变等改变使其 MRI 信号呈混杂表现。若肿瘤卒

中,MRI 信号随着时间演变而改变。出血的急性期 T₁WI 可见肿瘤内部或周边有高信号,若看到硬膜下条状高信号,提示出血进入蛛网膜下腔,本例患者可见到典型的上述改变。

本例恶性脑膜瘤术后尽管进行了放疗,但仅 5 个月后即发生颅内转移,而且沿蛛网膜下腔转移到多部位脑膜及全脊髓(下至马尾神经)表面脊膜。国外亦有少数文献^[1,3]报道恶性脑膜瘤转移至椎管内,但多为局部型、结节样转移,类似大范围的整个中枢神经系统脑脊膜型转移方式尚未见报道。恶性脑膜瘤一旦发生椎管转移后,患者通常在数月内死亡。放疗对防止肿瘤转移的作用并不大,但可以一定程度上缓解患者症状,延长患者的生存期^[2-3]。若肿瘤位于可切除的部位,直接手术切除比放疗更安全。化疗效果不理想。

病理诊断恶性脑膜瘤的患者手术后应定期复查,MRI 为随访的常规方式,特别是术后出现脊髓相关症状和体征^[2],检查还应包括脊柱 MRI,以便早期发现中枢神经系统转移,提高患者的生存率。

参考文献:

- [1] Kuroda H,Kashimura H,Ogasawara K,et al. Malignant intracranial meningioma with spinal metastasis——case report[J]. Neurol Med Chir (Tokyo),2009,49(6):258-261.
- [2] Chuang HC, Lee HC, Cho DY. Intracranial malignant meningioma with multiple spinal metastases——a case report and literature review:case report[J]. Spine,2006,31(26):E1006-1010.
- [3] Eom KS, Kim HS, Kim TY, et al. Intraventricular malignant meningioma with CSF-disseminated spinal metastasis:case report and literature review[J]. J Korean Neurosurg Soc,2009,45(4):256-259.
- [4] Delgado-López PD, Martín-Velasco V, Castilla-Díez JM, et al. Metastatic meningioma to the eleventh dorsal vertebral body:total en bloc spondylectomy——Case report and review of the literature [J]. Neurocirugia (Astur),2006,17(3):240-249.
- [5] Lee GC, Choi SW, Kim SH, et al. Multiple extracranial metastases of atypical meningiomas[J]. J Korean Neurosurg Soc,2009,45(2):107-111.

(收稿日期:2011-06-24 修回日期:2011-08-15)