

脊髓内室管膜下瘤一例

荆彦平, 张焱, 胡瑛, 王岸飞, 王晓艳, 夏志辉, 崔晓琳

【中图分类号】R739.43; R445.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2012)06-0694-02

室管膜下瘤是中枢神经系统慢性生长的良性肿瘤,可发生在脑室系统通道上的任何部位,以第四脑室最常见,占 50%~60%,其次为侧脑室,占 30%~40%,脊髓室管膜下瘤非常少见^[1]。

病例资料 患者,男,41 岁。1 年前无明显诱因出现右下肢间断性麻木感,无明显规律,活动后略好转,2 个月来症状加重,出现双下肢无力入院。临床检查:双下肢肌力弱,肌萎缩,精细动作笨拙,浅、深感觉减退。

MRI 检查:胸₁₀₋₁₁水平脊髓增粗,髓内见椭圆形等 T₁ 长 T₂ 信号影,病变大小约 18 mm × 8 mm × 48 mm,病变边界欠清,其内信号不均,可见斑片状更长 T₂ 信号影(图 1、2);DWI 在 b 值=1000 时,显示扩散受限呈明显高信号(图 3)。静脉注入 Gd-DTPA 后扫描,胸₁₀₋₁₁水平脊髓内病变呈斑片状不均匀轻度强化,边界不清(图 4、5)。MRI 诊断:胸₁₀₋₁₁水平脊髓内占位,胶质瘤可能性大。

手术及病理:全麻下采用标准后正中入路,打开胸₁₀₋₁₁椎板,沿中线切开硬脊膜并两侧悬吊,剪开蛛网膜后以银夹将其固定于硬脊膜上,术中见肿瘤呈灰褐色,质韧,实性,部分有小囊变,血运中等,边界不清,无明显包膜。术中仔细辨认切开后正中沟,减少牵拉脊髓,采用脊髓专用镊分离肿瘤,但肿瘤较大、黏连紧密,



图 1 MR 平扫矢状面 T₁ WI 示髓内椭圆形等 T₁ 信号影,病变边界欠清(箭),内小囊状低信号。

图 2 MR 平扫矢状面 T₂ WI 示胸₁₀₋₁₁水平脊髓增粗,髓内椭圆形长 T₂ 信号影(长箭),并可见斑片状更长 T₂ 信号影(短箭)。

图 3 DWI b 值=1000 示病变呈扩散受限高信号影(箭)。

图 4 MR 增强矢状面示病变呈斑片状不均匀轻度强化,边界不清(箭)。

图 5 冠状面 T₁ WI。

图 6 镜下瘤细胞成菊形团样簇状分布,包埋在丰富的纤维基质中(×400, HE)。

行分块部分切除髓内肿瘤。采用人工硬脊膜减张缝合,并去椎板减压。镜下及免疫组化:瘤细胞成菊形团样簇状分布,包埋在丰富的纤维基质中,胶质纤维酸性蛋白(GFAP)染色呈阳性, S-100(+), CK(-), Ki-67(-)(图 6)。病理结果:(胸髓内)室管膜下瘤,WHO I 级。术后双下肢肌力稍恢复,转入放疗科。

讨论 室管膜下瘤(Subependymoma)是室管膜瘤的一种类型,星形细胞是其中一种活跃的成分,室管膜细胞分散在其

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:荆彦平(1975-),男,河南三门峡人,硕士研究生,主治医师,主要从事磁共振诊断工作。

通讯作者:张焱, E-mail: L200812@163.com

间^[2],属于良性肿瘤,生长缓慢,好发于中年男性,多发生在侧脑室或第四脑室,脊髓内罕见;相对多发于颈段或颈胸段,以脊髓腹侧为主,多呈偏心性生长;肿瘤多呈类球形或分叶状,触之较硬,切面灰褐色。临床症状常表现为进行性肢体无力和麻木感,病程较长。由于肿瘤血供较差,边界清楚,因此,手术切除的效果较好,一般不必放、化疗^[3];但本例肿瘤边界欠清,有粘连,不能完全切除,术后行放疗。

髓内室管膜下瘤 MRI 表现为髓内单发占位病变,脊髓水肿不明显,常伴脊髓增粗,很少有脊髓空洞。CT 平扫肿瘤呈等密度或稍低密度。MRI T₁WI 呈等或稍低信号,T₂WI 呈稍高信号,T₁WI 常见肿瘤内有小囊样低信号,T₂WI 呈囊性更高信号,考虑与肿瘤的坏死、钙化、囊变及肿瘤出血有关;由于肿瘤血供较差,CT 和 MRI 增强扫描肿瘤通常不强化或轻度不均匀强化;增强扫描强化特点是与其他肿瘤鉴别要点之一^[4]。DWI b 值=1000 示病变呈扩散受限高信号影,提示肿瘤细胞外间隙小,细胞密集,水分子扩散受限,也是与其他肿瘤鉴别要点之一。

脊髓内室管膜下瘤的 MRI 鉴别诊断主要包括髓内常见的室管膜瘤和星形细胞瘤。室管膜瘤最常见的部位为脊髓下端、圆锥部和终丝,半数伴有脊髓空洞;室管膜下瘤多发于颈髓,脊髓空洞少见。此外,室管膜瘤的上端或下端常可见囊变区,室管膜瘤是富血供肿瘤,增强扫描实性部分明显强化;室管膜下瘤多为肿瘤内的小囊变,无强化或轻度强化。髓内星形细胞瘤多位于颈胸段脊髓,多数情况下平扫肿瘤的边界欠清楚,增强扫描亦见肿瘤实性增强部分边缘模糊;室管膜下瘤边界相对清

楚,增强不明显。

总之,脊髓内室管膜下瘤是一种少见、生长缓慢、非侵袭性的良性病变,男性多于女性,中年人多见,多发于颈髓或颈胸段脊髓,脊髓空洞和脊髓水肿少见,T₁WI 为等或低信号,信号不均,T₂WI 为高信号;增强后无强化或轻微强化;掌握了髓内室管膜下瘤的特点,是有可能在术前做出明确诊断的。治疗多采用手术治疗,不能全切者,术后辅以放、化疗^[5]。

参考文献:

- [1] Ragel BT, Osborn AG, Whang K, et al. Subependymomas: an analysis of clinical and imaging features[J]. Neurosurgery, 2006, 58 (5): 881-890.
- [2] David NL, Hiroko O, Otmar D, et al. The 2007 WHO classification of tumours of the central nervous system[J]. Acta Neuropathol, 2007, 114 (2): 97-109.
- [3] Kumar R, Singh V. Subependymal giant cell astrocytoma: a report of five cases[J]. Neurosurg Rev, 2004, 27(4): 274-280.
- [4] Telfan AE, Judkins A, Younkin D, et al. Subependymal giant cell astrocytoma with cranial and spinal metastases in a patient with tuberous sclerosis. Cases report[J]. J Neurosurg, 2004, 100(5): 498-500.
- [5] Jang WY, Lee JK, Lee JH, et al. Intramedullary subependymoma of the thoracic spinal cord[J]. J Clin Neurosci, 2009, 16(6): 851-853.

(收稿日期:2011-06-15)

全国第十一届头颈部影像学进展学术研讨会暨 全国第十四届头颈部影像学进展学习班征文通知

由中华放射学杂志和中华医学会放射学分会头颈学组(筹备)共同主办,上海交通大学医学院附属第九人民医院、复旦大学附属眼耳鼻喉医院、首都医科大学附属同仁医院承办的全国第十一届头颈部影像学进展学术研讨会(暨全国第十四届头颈部影像学进展学习班)将于 2012 年 11 月 9—11 日在上海宝隆美爵宾馆召开。会议将邀请国内著名专家进行专题讲座,内容涉及头颈部影像诊断进展、新技术的临床应用等,此次会议将增设颌面部影像学专题会场,重点讲解和讨论颌面部临床对影像学的需求、临床和影像学进展、存在的问题和未来发展方向。同时举行的全国第十四届头颈部影像学进展学习班,详细讲解头颈部影像解剖及解剖变异、影像检查方法、各种病变的影像学诊断与鉴别诊断,参会代表可免费参加学习班。欢迎同道踊跃投稿或报名参加。本次会议为国家级继续教育项目,授予国家级Ⅰ类继续教育学分。

征文内容:凡未正式公开发表过的有关头颈部影像技术、诊断与鉴别诊断、介入治疗和新进展等方面的论文以及个案报道、疑难病例讨论均可投稿。

投稿要求:论著类稿件全文在 4000 字内,并附有 800 字左右的中文摘要,中文摘要应包括:目的、方法、结果、结论四要素。

请用 Email 投稿,主题请注明“头颈部会议”,凡收到 Email 投稿后均给以回复,如未收到针对投稿的 Email 回复,请再发 Email。Email 投稿地址:jiguangqian@cma.org.cn。来稿请务必注明作者单位、邮编、姓名、电话及其他确切联系方式,投稿请注明“头颈部会议”字样,请自留底稿,恕不退稿。

投稿截止日期:Email 投稿截止日期为 2012 年 10 月 10 日。学习班报名截稿日期为 2012 年 10 月 30 日。具体事宜联系人:姬广茜(电话:010-85158291)。

会议报到时间为 2012 年 11 月 9 天(全天),会议撤离时间为 2012 年 11 月 11 日下行 1 点之前,会议费 900 元。住宿费自理。

(中华放射学杂志编辑委员会 中华医学会放射学分会头颈学组)