

短 篇

广泛黏液变性的弥漫性星形细胞瘤1例

兰州总医院影像诊断科

(甘肃 兰州 730050)

侯艳霞 叶建军 吕万有
魏清顺 张丽荣

【关键词】广泛; 黏液变性; 弥漫性; 星形细胞瘤

【中图分类号】R782.6

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5131.2018.08.046

通讯作者: 叶建军

1 一般资料

患者,女,29岁。1年前无明显诱因出现双侧颞部胀痛,伴间断性双眼视物模糊,近6月来,头痛症状加重,并出现间断性左下肢抽搐及言语中断。查体:不完全性运动性失语,双眼视力下降,行走不稳。

影像学表现:头颅MR平扫及增强提示:左侧脑室旁脑实质内见大小约9.1cm×6.5cm×5.8cm的长T1长T2信号肿块影,其内信号欠均匀,可见斑片状短T1稍短T2信号,肿块于抑水抑脂序列呈高、低混杂信号,扩散加权成像呈稍低信号;增强扫描时肿块内斑片及条索状短T1稍短T2信号明显强化;左侧脑室受压变形,中线结构受压向右移位约0.9cm。拟诊断:左侧脑室旁占位,考虑:(1)黏液性乳头型室管膜瘤;(2)皮样囊肿(图1-5)。头颅CT平扫提示:左侧脑室旁脑实质内可见一大片状低密度影,边界较清,大小约8.9cm×6.2cm,脑干及中线结构受压向右移位约1.0cm。拟诊断:左侧脑室旁占位,考虑为良性肿瘤性病变(图6)。

手术记录:开颅,u型剪开硬脑膜后,见颞叶脑皮层颜色发白,张力较高,架手术显微镜,切开部分颞叶皮层,形成约4cm×5cm皮层隧道,垂直切入约1cm即可见胶冻样病变组织,质韧呈胶冻状,与周围脑组织界限相对较清,仔细分离,病变组织深至脑干左侧及侧脑室壁,上至顶叶,后至侧脑室枕角及小脑幕,前至额颞交接,下至颅底,分块切除,切除病变大小约9cm×7cm×6cm。

病理:镜下可见瘤组织,细胞核圆形,部分胞浆透亮,微囊形成(图7);免疫组化示a-catenin(+/-),Ki67(+)<10%,GFAP(+),Olig-2(+),EMA(-),TP53(+) \approx 40%,NeuN散在(+),S100(+);病理诊断:原浆型星形细胞瘤,WHO II级。

2 讨 论

2007版中枢神经系统肿瘤分类中弥漫性星形细胞瘤属II级^[1],2016版新的分类中将原浆型及纤维型删除。好发于额颞叶、脑干,患者多有癫痫病史^[2-5],临床病理研究指出,本病常有平均6年的癫痫病史^[4,6],但本例患者以头痛症状为主,癫痫为发展至后期症状。本病好发于中青年,发病高峰年龄段为35~40岁,男女发病比例大约为1:2^[7],但广泛黏液变性的弥漫性星形细胞瘤发病年龄较轻,男女未见明显差异,与以往弥漫性星形细胞瘤有所不同。文献报道,大部分病例多为结节状,常位于一侧大脑半球,钙化、囊变少见^[8],部分病灶周围伴轻度水肿。本例为我科误诊病例,病变整体以广泛性黏液变性、微囊形成为主,实性部分仅为中心少部分,呈短T1稍短T2信号,CT呈稍高密度,增强扫描时病变实性部分呈斑片状轻度强化,这与文献报道不相符,误诊原因可能是过多考虑了黏液变性成份,可能无具体细胞形态,所以考虑为富含黏液类的肿瘤或者为非肿瘤性病变。病理上,本病组织病理学常见特征是含大量肿瘤性星形细胞,细胞体积小,细胞核一致圆形或椭圆形,胞质较少,依稀可见含少量胶质纤维的胞突,少许GFAP表达,黏液变性和微囊形成是常见的特征性病变,但既往文献影像学报道少见广泛黏液变性的类型。所以本病的表现可能因黏液变性的范围和程度存在多样性。本病需与毛细胞型星形细胞瘤鉴别,后者以儿童及青少年好发^[9],

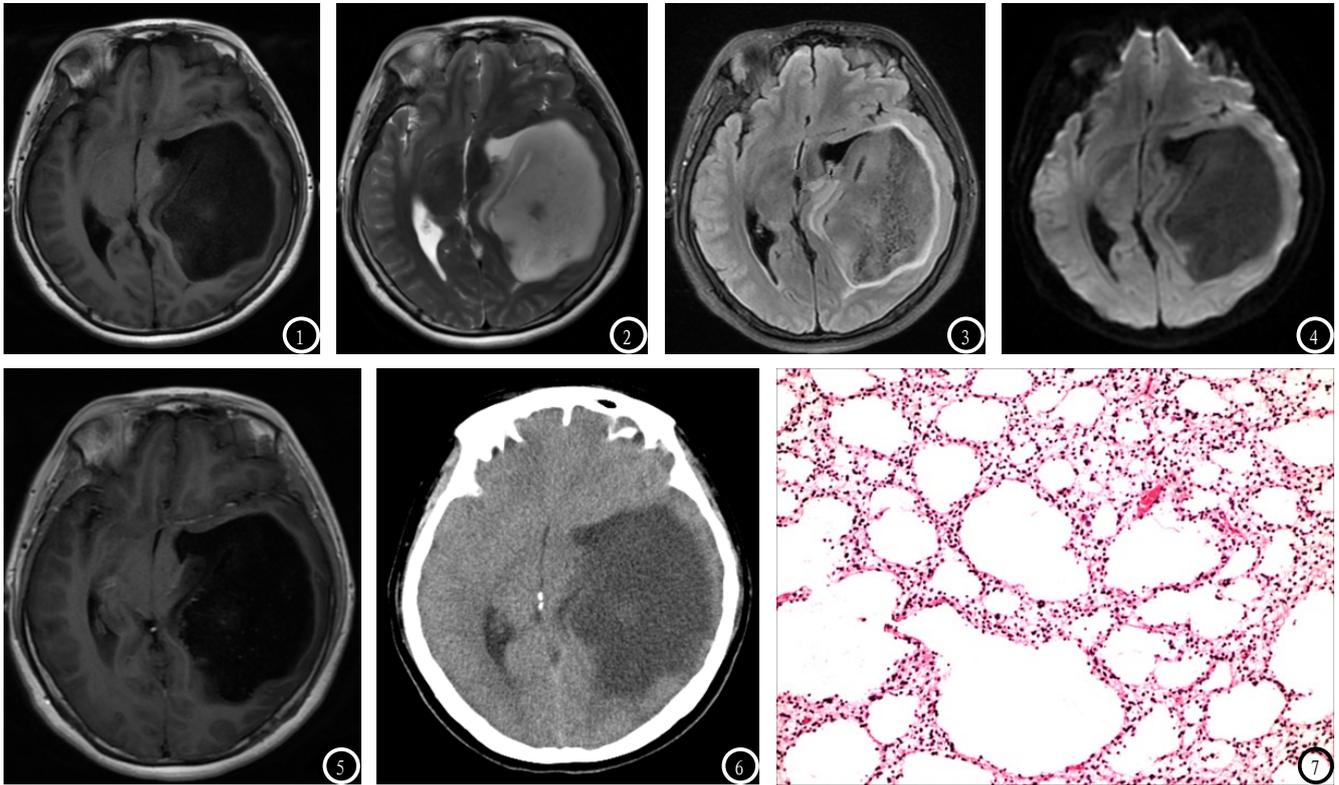


图1 T1WI轴位:病变位于左颞叶,呈低信号,中心实质部分呈高信号;图2 T2WI轴位:病变呈高信号,中心部分呈低信号;图3 T2-FLAIR轴位:病变呈混杂高信号,中心部分呈稍高信号,周围可见瘤周水肿带;图4 DWI轴位:病变整体呈低信号;图5 轴位T1WI增强:中心可见斑片明显不均匀强化影;图6 CT平扫:病变呈低密度,中心部分呈稍高密度;图7 病理:细胞核圆形,部分胞浆透亮,大量微囊形成(HE, X100)。

无明显性别差异,幕下小脑半球多见,幕上少见,典型者常表现为“大囊伴壁结节”^[10],囊性部分影像表现与前者相似,壁结节呈稍长T1稍长T2信号,CT呈稍高密度,增强后实性成分及囊壁呈明显强化;当毛细胞型星形细胞瘤表现不典型时,与本病鉴别困难,此时需依靠病理。

参考文献

[1] 汤艳萍,李令建.弥漫性星形细胞瘤的MRI与CT联合诊断及病理分析[J].中国CT和MRI杂志,2017,15(4):27-29.

[2] Sanai N,Chang S,Berger MS, et al.Low-grade gliomas in adults[J].J Neurosurg,2011,115(5):948-965.

[3] Englot DJ,Berger MS,Barbaro NM, et al.Predictors of seizure freedom after resection of supratentorial low-grade gliomas.A review[J].J Neurosurg,2011,11(2):240-244.

[4] 陈莉,卢德宏.伴有长期癫痫病史脑肿瘤的临床病理学[J].继续医学教育,2006,20(6):37-40.

[5] 李南云.罕见的癫痫相关低级别脑肿瘤的病理学诊断[J].临床与实验病理学杂志,2012,28(12):1303-1310.

[6] Prayson RA,Estes ML. Protoplasmic astrocytoma A clinicopathologic study of 16 tumors[J].Am J Clin Pathol,1995,103(6):705-709.

[7] Wessels PH,Weber WE,Raven G, et al.Supratentorial gradw II astrocytoma:biological features and clinical course[J].Lancet Neurol,2003,2(7):395-403.

[8] 杨晓平,任克.右顶叶原浆型星形细胞瘤1例[J].中国医学影像技术,2013,29(2):319.

[9] 刘遂平,曹丽霞,腾海英.脑胶质瘤的MRI诊断与鉴别诊断[J].中国CT和MRI杂志,2015,13(1):21-24.

[10] 殷灿,陈自谦,宋娟,等.不典型毛细胞型星形细胞瘤的MRI表现[J].医学影像学杂志,2016,26(8):1353-1356.

(本文编辑:刘龙平)

【收稿日期】2017-10-23