

· 骨肌疾病 ·

腓窝神经鞘瘤影像诊断一例

中国人民解放军第82医院影像科 (江苏 淮安 223301)

许康祥

【关键词】神经鞘瘤; 腓窝; 影像诊断

【中图分类号】R322.8

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2015.05.023

国内有关外周神经鞘瘤影像学诊断文献相对较少^[1], 而腓窝神经鞘瘤为较少见的腓窝实性肿块之一, 方氏等报告的50例腓窝肿块中仅1例神经鞘瘤, 占腓窝实性肿块的5.6%(1/18)^[2]。兹报告1例具有CT、MRI和手术病理资料的腓窝神经鞘瘤, 着重探讨影像学特征及本例MRI增强扫描时肿块包膜强化的意义。

1 病历资料

患者, 男, 44岁。自己无意中发现右膝后包块一周, 体检: 生命体征正常。右侧腓窝内可扪及一大小约3cm×2cm×2cm包块, 边界清楚, 质软, 压之有酸麻感。未及其他阳性体征。CT: 平扫显示右腓窝腓动静脉后方股二头肌与半腱肌间有一均质软组织结节, 约2.0cm×2.1cm×3.1cm, 轴切面呈圆形, 纵切面呈椭圆形, CT值约43.3HU, 病灶边界清晰, 局部边缘见点状钙化, 肿块周围被脂肪包绕。增强扫描呈明显强化, 可见小斑点低密度无强化区(图1-4)。MRI: 右腓窝肿块位置、大小、形态同CT所见。平扫: 肿块实质T1WI呈低信号, T2WI呈高信号伴点状稍低或更低信号; 肿块包膜厚约1.5mm, 厚度均匀, T1WI、T2WI信号均低于肿块实质。增强扫描病灶呈明显强化, 其内见斑点状低信号无强化区。包膜增强早期轻度强化, 延迟期强化明显(图5-7)。术中所见: 腓窝肿块位于胫神经后外侧, 约2cm×2cm×2cm, 黄色, 质地中等, 包膜完整, 胫神经受压变扁。仔细分离包块包膜, 予以完整切除。病理检查: 瘤组织由梭形细胞呈编织状、栅栏状及束状排列, 分化成熟; 部分区域由疏松水肿的星网状细胞组成, 局部有出血及粘液样变

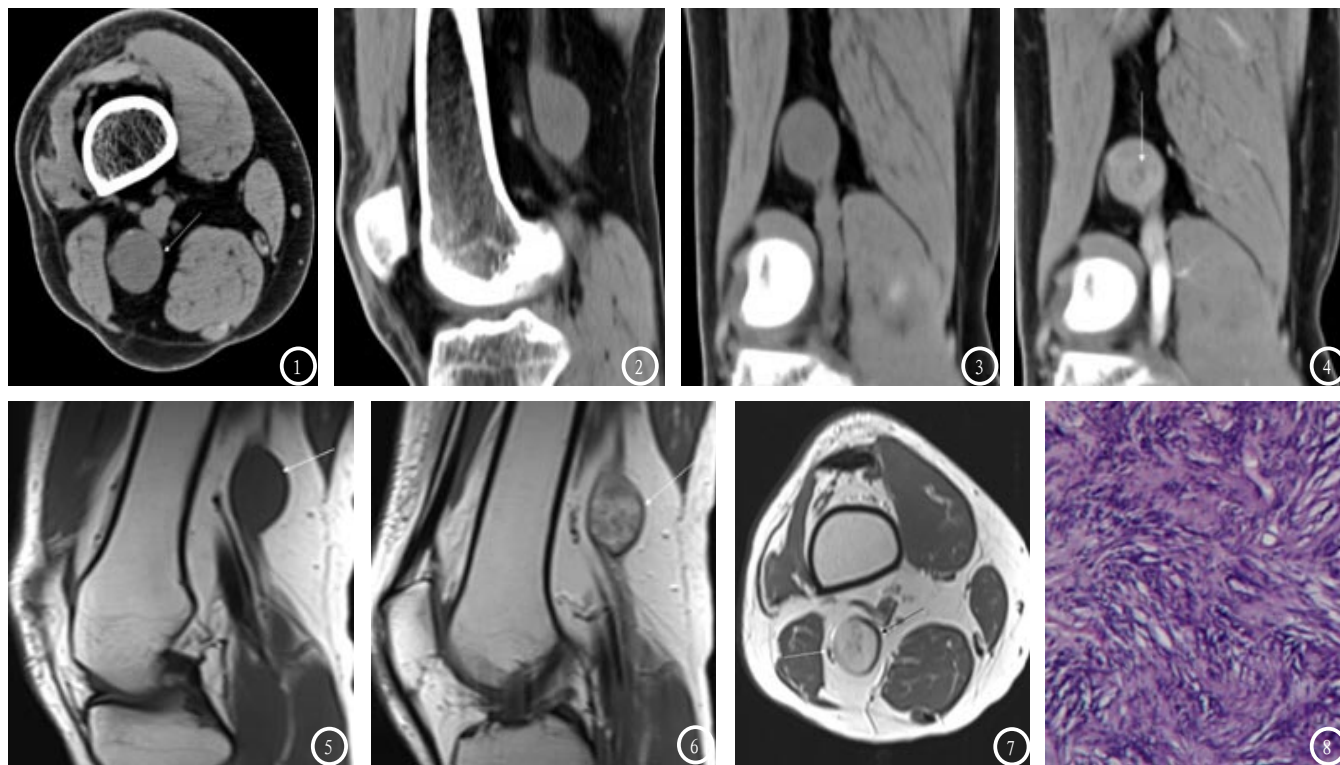
性, 少许淋巴细胞浸润。免疫组化: S-100(+++), CD56(++-+++), Vim(++), NF(-), Des(-), GFAP(灶+), EMA(灶+), Ki-67(<2%)。病理诊断: (右膝后包块)神经鞘瘤(图8)。

2 讨论

腓窝神经鞘瘤属于周围神经鞘瘤的一种, 肿瘤起源于神经鞘的Schwann细胞, 属于神经鞘肿瘤的一部分, 好发年龄为20~50岁, 好发部位包括头颈部、躯干、四肢屈面、纵隔及后腹膜的软组织^[3]。张景等^[1]将周围神经鞘瘤分为主神经干神经鞘瘤和分支神经束神经鞘瘤, 本例CT、MRI显示瘤体位于胫神经后方(图1、图7), 手术亦证明肿瘤位于胫神经主干, 当属周围神经鞘瘤中的主干神经束神经鞘瘤。

周围神经鞘瘤大体标本多呈球形, 肿瘤大小不一, 实性或者部分囊变, 有包膜, 在镜下主要包括Antoni A型区和Antoni B型区^[4,5]。A型区是纤维型细胞平行排列成束状, 肿瘤较小时以Antoni A型区为主, CT及MRI上表现为实性肿块; B型区呈疏松空泡状, 有时呈囊状网状结构, 常有脂肪变性, 细胞外可见含铁血黄素和脂褐素^[6], 肿瘤较大时以Antoni B型区为主, CT上表现为低密度区, MRI上表现为T1WI低信号, T2WI高信号区, 本例瘤体整体呈明显强化, 而中心见点状无强化区, 初步认为此征象对本病的诊断有重要参考价值。

我们观察到MRI增强早期T1WI矢状位示肿瘤包膜呈不均匀轻度强化(图6), 稍延迟的轴位显示包膜呈明显强化(图7), 其原因可能是肿瘤包膜血供相对较



CT平扫示病灶呈椭圆形等密度影(图1-3), 病灶紧邻胫神经(图1白色箭头), 胫神经明显受压变扁, 增强扫描病灶呈明显强化, 其内见斑点状无强化区(图4中白色箭头)。

图5为T1WI平扫, 病灶呈等信号, 与肌肉信号相似, 病灶边缘见线状低信号(白色箭头处)。图6-7为T1WI增强扫描的矢状位和横断位, 病灶呈明显不均匀强化, 横断位示病灶紧邻胫神经, 胫神经受压呈弧形(图7黑色箭头), 腓神经与病灶分界尚清晰(图7白色箭头); 图8为镜下表现瘤组织由梭形细胞呈编织状、栅栏状及束状排列, 分化成熟; 部分区域由疏松水肿的星网状细胞组成, 局部有出血及粘液样变性, 少许淋巴细胞浸润。

少且质密, 增强早期, 瘤体快速明显强化, 包膜强化度滞后, 稍延迟期瘤体强化度开始减退, 而包膜进一步强化。

腓窝实性肿块需与滑膜软骨瘤病、血管瘤、脂肪瘤、血肿等鉴别^[2], 但本例瘤体在CT和MRI矢状位上均显示神经“传入传出征”(图2, 图6)^[1], 应有助于鉴别诊断。注意与神经纤维瘤的鉴别有重要临床意义, 因为神经鞘瘤仅仅压迫邻近神经纤维, 手术可以将其分离切除, 而不损伤神经^[7], 而神经纤维瘤与神经纤维分界不清, 手术无法完全切除。据文献报道, 约90%的神经鞘瘤可于肿块的一侧发现伴行的神经, 而神经纤维瘤无此征象^[3], 可作为二者的鉴别点, 本例可见伴随且受压的胫神经。

总之, 肿块周围被脂肪包绕、传入传出征、不强化的Antoni B型区及伴随神经干等, 均有助于腓窝神经鞘瘤的影像诊断。

参考文献

- [1] 张景, 沈思, 刘斯润. 周围神经鞘瘤的MRI表现与其神经解剖分区的关系[J]. 实用放射学杂志, 2014, 30(3): 478-481.
- [2] 方挺松, 彭加友, 樊长妹. 膝关节腓窝肿物的MRI表现[J]. 实用医学影像杂志, 2012, 13(2): 117-119.
- [3] 周康荣, 陈祖望. 体部磁共振成像. 复旦大学出版社. 2008. 1251-1255.
- [4] 王坚, 朱雄增. 软组织肿瘤病理学. 人民卫生出版社. 2008. 403.
- [5] 邵志平, 孙大鹏, 戴胜杰. 颈部神经鞘瘤18例[J]. 实用放射学杂志, 2009, 25(5): 843.
- [6] 许开元, 朱浪涛, 胡国栋, 王彬, 肖丹丹. 良性周围神经鞘瘤的CT、MR表现与病理对照[J]. 实用放射学杂志, 2011, 27(10): 1545.
- [7] Colreavy M P, Lacy P D, Hughes J, et al. Head and neck schwannomas: a 10 year review[J]. J Larygol Otol, 2000, 114(2): 119.

【收稿日期】2015-10-08