

MRI manifestations of intracranial malignant paraganglioma: Case report

颅内恶性副神经节瘤 MRI 表现 1 例

张 烁,程敬亮,张 勇

(郑州大学第一附属医院磁共振科,河南 郑州 450052)

[Keywords] paraganglioma; neuroendocrine tumors; magnetic resonance imaging

[关键词] 副神经节瘤;神经内分泌瘤;磁共振成像

DOI:10.13929/j.1672-8475.201811060

[中图分类号] R739.41; R445.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-8475(2019)07-0449-01

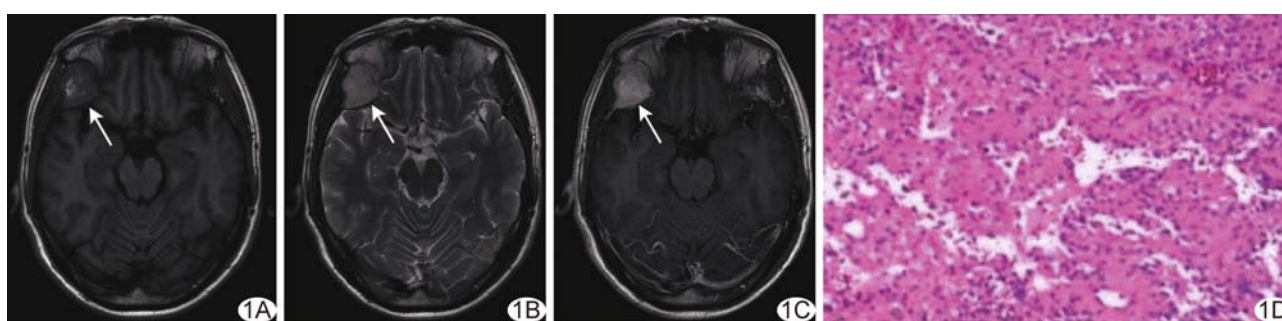


图 1 颅内恶性 PGL A. 轴位 MR T1WI; B. 轴位 MR T2WI; C. MR 增强扫描; D. 病理图(HE, ×100) (箭示病灶)

患者男,53 岁,因“头痛、头晕伴行走不稳 20 余天,加重 1 天”入院。查体:血压 201 mmHg/115 mmHg,神志清,精神可,自主体位。实验室检查未见明显异常。MRI:右侧额颞叶交界区见约 2.8 cm×3.5 cm×3.4 cm 团块状 T1WI 混杂等、高信号(图 1A),T2WI 呈稍高信号(图 1B),Flair 序列呈高信号,高 b 值($b=1\ 000\ \text{s/mm}^2$)DWI 呈高信号,病灶内见点线状血管流空信号;增强后病灶呈明显不均匀强化,邻近硬脑膜局部强化(图 1C)。MRI 诊断:右侧额颞叶交界区占位性病变,考虑脑膜瘤。行右额颞开颅蝶骨嵴周边占位切除术,术中见肿瘤呈红褐色,质地稍韧,边界不清,血运丰富,严重侵蚀蝶骨嵴及眶外侧壁周边骨质,并与硬膜粘连。术后病理检查:肿瘤组织呈灰白灰红色,约 4.0 cm×3.0 cm×1.2 cm,切面呈灰白灰红、质软;镜下见肿瘤细胞大小一致,胞质红染(嗜酸性),胞核圆形,散在核分裂,瘤细胞巢内形成丰富血窦或裂隙状结构(图 1D)。免疫组织化学:AE1/AE3(—),EMA(灶+),S-100(灶+),GFAP(—),Oligo-2(—),Ki-67(30%+),PR(—),CD56(+),Syn(+),CgA(+), β -catenin(浆+),CD10(局灶+),CD99(+),Vimentin(+). 病理诊断:颅内恶性副神经节瘤(paraganglioma, PGL)。

讨论 PGL 是起源于神经嵴外胚层细胞的少见神经内分泌肿瘤,多为良性,恶性少见,可发生于全身各个系统,原发于颅内者极为罕见。根据是否有儿茶酚胺分泌功能,肾上腺外 PGL 可分为功能性和无功能性 2 种,前者出现儿茶酚胺分泌增多症状,多表现为阵发性高血压或阵发性肾上腺素能刺激征,如头痛、发汗、心动过速等,后者可因占位效应出现局部压迫等症状。PGL 瘤体血供丰富, MRI 多因血管流空效应呈混杂信号,表现为典型“盐和胡椒征”,病变较小时征象多不明显。本例平扫 MRI 示典型“盐和胡椒征”;增强后邻近硬脑膜局部强化,呈“脑膜尾征”;符合颅内 PGL 影像学表现。

鉴别诊断:①脑膜瘤,MR T1WI 多呈等或低信号、T2WI 多呈等或稍高信号,瘤体信号多均匀,内可伴钙化,多无流空血管信号,增强后多呈均匀强化,常伴有宽基底“脑膜尾征”;②血管周细胞瘤, MRI 多表现为不均匀混杂信号,多数 T1WI 呈等或低信号、T2WI 呈高信号,瘤体内多伴囊变、坏死或钙化,可见粗大流空血管信号;③颅内脑外淋巴瘤,MR T1WI 多呈等或低信号、T2WI 呈等信号,病灶囊变、坏死、出血等较少见,肿瘤常向脑实质浸润。

[第一作者] 张烁(1991—),女,河南平顶山人,在读硕士。E-mail: zhangshuo1mail@163.com

[收稿日期] 2018-11-29 [修回日期] 2019-06-06