· 个案报道 ·

Solitary fibrous tumor/hemangiopericytoma in third ventricle: Case report

第三脑室孤立性纤维性肿瘤/血管外皮细胞瘤 1 例

时园园，张　勇，程敬亮，汪卫建

（郑州大学第一附属医院磁共振科，河南 郑州　450052）

[Key words]　Solitary fibrous tumors; Hemangiopericytoma; Third ventricle; Magnetic resonance imaging

[关键词]　孤立性纤维性肿瘤；血管外皮细胞瘤；第三脑室；磁共振成像

DOI: 10.13929/j.1672-8475.201711013

[中图分类号]　R739.41; R445.2　[文献标识码]　B　[文章编号]　1672-8475(2018)03-0192-02

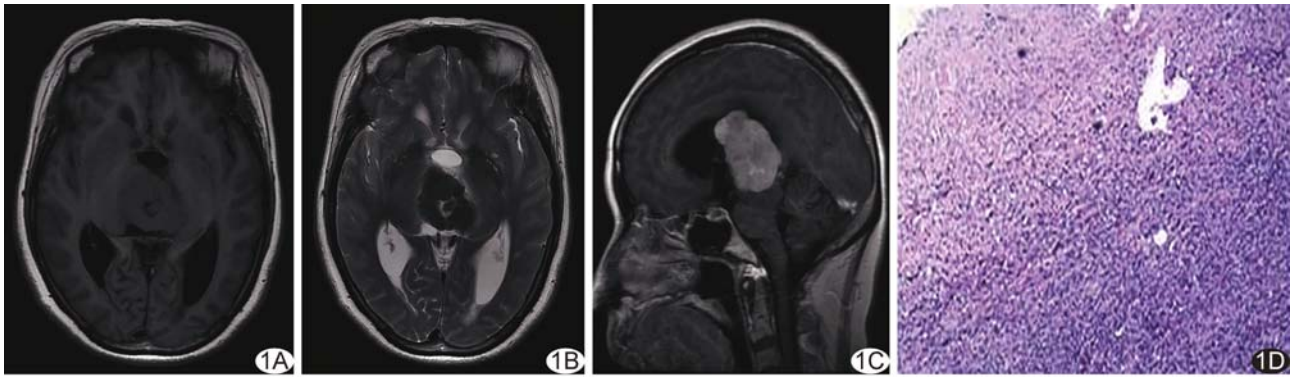


图 1　第三脑室孤立性纤维性肿瘤/血管外皮细胞瘤　A、B. 轴位 T1WI(A)及 T2WI(B)示第三脑室分叶状混杂等长 T1 等 T2 信号，病灶内斑片状囊性区呈长 T1 长 T2 信号；C. 矢状位 MR 增强扫描病灶呈不均匀强化，囊性区未见强化；D. 病理图(HE，×100)

患者女，54 岁，7 个月前无明显诱因出现双下肢无力，偶有头晕，无恶心、呕吐，3 个月前发现记忆力下降；发病以来神志清、精神可，睡眠正常。MRI：第三脑室可见不规则斑片状混杂等长 T1 等 T2 信号，约 36.6 mm×41.5 mm×49.2 mm，病灶内见斑片状囊性长 T1 长 T2 信号，瘤周见多发流空血管影，双侧丘脑及中脑受压移位，内见斑片状稍长 T2 信号(图 1A、1B)；增强扫描病灶呈明显强化，囊性区无强化(图 1C)。MRI 诊断：脑膜瘤。颅内肿瘤切除术中见第三脑室内巨大肿瘤起源于第三脑室后方脉络丛，包膜完整，质地坚韧，血供丰富，中脑脑水管受压闭塞，脑脊液循环受阻。病理检查：肿瘤由丰富、致密的梭形细胞构成，细胞大小相对一致，间质可见粗细不等胶原纤维束及“鹿角状”分支血管(图 1D)。免疫组化：CD34(血管+)，Vim(+)，STAT-6(+)，Ki-67(阳性细胞约 3%)，Collag-IV(±)，GFAP(−)，Oligo-2(−)，S-100(−)。病理诊断：孤立性纤维性肿瘤(solitary fibrous tumor，SFT)/血管外皮细胞瘤(hemangiopericytoma，HPC)，Ⅱ级。

讨论　SFT/HPC 是一种纤维母细胞源性的间叶组织肿瘤，中枢系统少见，位于脑室者更为罕见，最常见于 30～60 岁成人。SFT/HPC 可分为 3 级[1]：Ⅰ级为经典 SFT 表型，细胞密度相对较低；Ⅱ级为经典 HPC 表型或与 SFT 表型混合存在，细胞密度较高；Ⅲ级为间变性 HPC 或恶性 SFT 或二者混合存在，可伴有明显异型性或坏死等。STAT6 是 SFT/HPC 的一种高度敏感和特异的诊断性标记。中枢系统 SFT/HPC 的临床表现与肿瘤生长部位有关，如头痛、肢体麻木或抽搐、视力下降等。本例以偶有头晕、双下肢无力为主要症状。SFT/HPC 生长具有侵袭性，多呈分叶状；MRI 信号混杂，T1WI 及 T2WI 多呈混杂等长信号，与瘤内伴有囊变、坏死有关，瘤内出血及钙化少见；肿瘤血供丰富，瘤周常伴水肿，脑膜尾征少见。本例 MR 增强扫描病灶呈不均匀强化，瘤周可见多条供血动脉。本例 SFT/HPC 需与以下疾病相鉴别：①脑膜瘤，多为良性，呈类圆形或椭圆形，脑膜尾征为其主要 MRI 特征[2]；②生殖细胞瘤，MRI 信号均匀，呈等或稍长 T1 及 T2 信号，瘤周无水肿，肿瘤与大脑内静脉及大脑大静脉关系紧密；③松果体细胞瘤，典型 MRI 表现为等 T1 等 T2 信号，边缘毛糙，增强后周边呈不均匀强化。

[第一作者]　时园园(1989—)，女，河南焦作人，在读硕士，医师。

E-mail: 857435584@qq.com

[收稿日期]　2017-11-06　[修回日期]　2017-12-19

［参考文献］

［1］ Louis DN, Perry A, Reifenberger G, et al. The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System: A summary. Acta Neuropathol, 2016, 131(6): 803-820.

［2］ 蒋春秀，朱建彬，邹天宇，等. 颅内孤立性纤维瘤/血管外皮瘤与脑膜瘤的临床和 MRI 对比分析. 中国医学影像技术，2017，33(6)：848-852.

Ultrasonic diagnosis of extracranial vertebral artery dissection: Case report

超声诊断颅外段椎动脉夹层 1 例

胡　景[1]，原韶玲[2]，于世平[3]

（1. 山西医科大学影像系，山西 太原　030001；2. 山西医科大学附属山西省肿瘤医院超声科，山西 太原　030013；3. 山西医科大学第二医院介入治疗科，山西 太原　030001）

［Key words］ Carotid arteries; Vertebral artery dissection; Ultrasonography

［关键词］ 颈动脉；椎动脉夹层；超声检查

DOI：10.13929/j.1672-8475.201711040

［中图分类号］ R654.3；R445.1　［文献标识码］ B　［文章编号］ 1672-8475(2018)03-0193-01

患者女，39 岁，主因“头痛 1 周，2 天前情绪激动后突然出现眩晕伴恶心、呕吐，走路不稳（向左侧倾斜），且症状持续加重”就诊。查体：左侧指鼻试验、轮替试验、跟膝胫试验欠稳准，闭目难立征（+）。颈部动脉超声：右侧椎动脉起始段管腔清晰，椎间段（C_{5-6}、C_{4-5}、C_{3-4}）管腔内透声欠佳，其内可见条带状高回声，与血管内壁连续，呈“双腔”结构，真腔较窄处内径约 0.13 cm，收缩期峰值血流速度 87 cm/s，舒张末期峰值血流速度 33 cm/s，阻力指数 0.62，假腔内可见实性低回声充填；CDFI 示假腔内未探及血流信号。超声提示：右侧椎动脉夹层伴壁内血肿形成（图 1）。全脑 DSA 支持超声诊断。

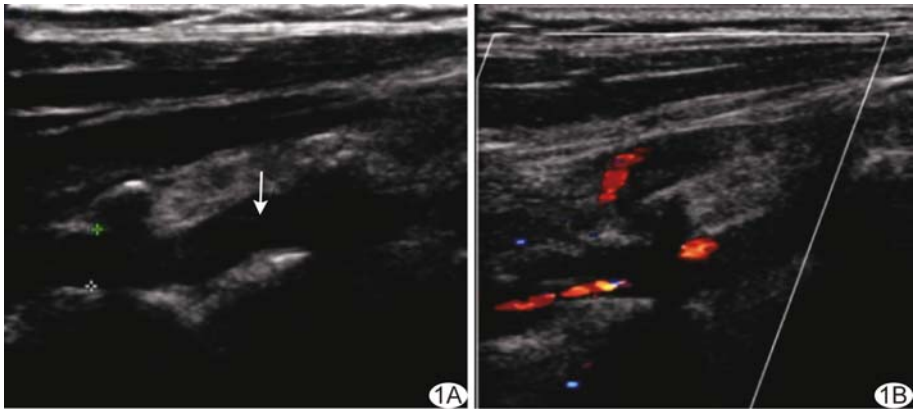


图 1　椎动脉夹层超声表现　A. 二维声像图示椎间段椎动脉夹层漂浮的内膜（箭）；B. CDFI 示椎间段椎动脉血流信号明亮，呈“窄带状”，可见壁内血肿

讨论　椎动脉夹层是椎基底动脉区缺血性卒中的重要原因，发病率约 1.5/10 万，好发于青壮年。根据发病原因可分为自发性和外伤性，以前者居多。椎动脉夹层最常见的临床表现为枕区及颈部疼痛，与脑干或小脑缺血性损伤有关。DSA 是诊断椎动脉夹层的“金标准”，超声是颅外段椎动脉病变的首选检查方法，诊断率达 79%～90%。颅外段椎动脉夹层的超声特征主要包括管腔内漂浮的内膜活瓣、双腔结构、节段性壁内血肿、不规则动脉狭窄。根据病变累及血管的部位不同，其超声表现各异。如病变仅累及血管内膜，则内膜撕裂，呈“双腔”结构；如病变累及中层平滑肌层，则可形成壁内血肿，致使管腔变窄；如壁内血肿发生于中膜与外膜之间，外膜破裂易形成假性动脉瘤。本例可见右侧椎动脉管腔内漂浮的内膜活瓣及假腔内形成的壁内血肿，提示夹层病变累及中层平滑肌层。椎动脉夹层超声表现需与动脉粥样硬化相鉴别，前者管腔内可见线状膜样中等回声随血流飘动，后者可在动脉内-中膜增厚基础上出现硬化斑块。

［第一作者］ 胡景（1992—），女，山西运城人，在读硕士。

E-mail：1064386646@qq.com

［收稿日期］ 2017-11-21　［修回日期］ 2017-12-13