

查。本例患者 30 天前有肝素接触史,入院后使用低分子肝素前血小板计数正常,无感染指征,未应用其他导致血小板急速减少的药物;治疗期间常规抗凝溶栓后症状未缓解,使用低分子肝素第 5 天,血小板下降至基础值 50% 以下,且造影发现血栓进展,4Ts 评分系统评分为 7 分,高度怀疑 HIT;停用肝素、改

用利伐沙班之后血小板逐渐恢复,症状改善,且抗心磷脂抗体、自身抗体等阴性,可排除其他可能引起血小板减少的疾病因素,抗血小板抗体(+),亦支持 HIT 的诊断。以肝素治疗 DVT、肺栓塞等血管疾病时,当短期内接触肝素的患者的血小板迅速下降时,应警惕 HIT。

Oligoastrocytoma in fourth ventricle: Case report

第四脑室少突星形细胞瘤 1 例

赵 丽¹, 刘卓航¹, 张秀梅¹, 周华康²

(1. 吉林大学第一临床医院放射科, 2. 神经外科, 吉林 长春 130000)

[Key words] Oligoastrocytoma; Fourth ventricle

[关键词] 少突星形细胞瘤; 第四脑室

DOI: 10.13929/j.1672-8475.201805013

[中图分类号] R739.41; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1672-8475(2018)12-0774-01

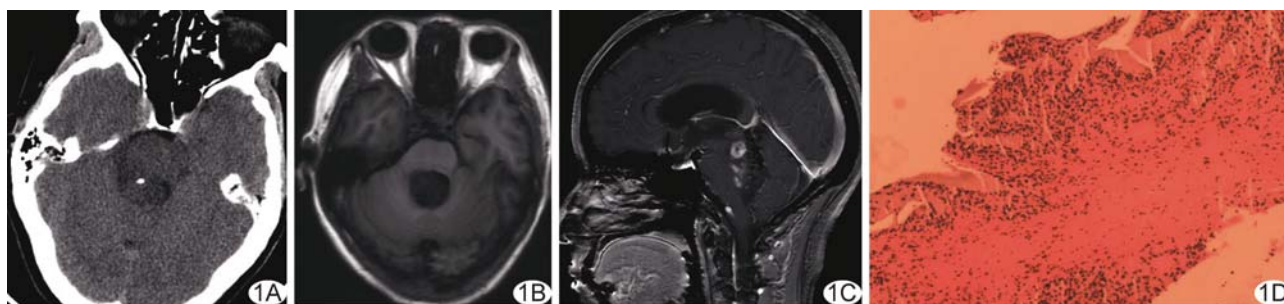


图 1 第四脑室少突星形细胞瘤 A. CT 平扫; B. 平扫 MR T1WI; C. 增强 MR T1WI; D. 病理图(HE, ×100)

患者女, 48 岁, 无明显诱因进行性加重恶心、喷射性呕吐 35 天, 呕吐物为胃内容物; 实验室检查及神经系统检查均未见明显异常。CT: 第四脑室内可见边缘较清楚、形态不规则的低及稍低密度肿块, 约 4.0 cm × 3.5 cm × 2.0 cm, 密度略欠均匀, CT 值约 15~27 HU, 病灶边缘可见结节样、颗粒状粗糙样钙化(图 1A), 肿块沿中脑导水管向上生长至右侧环池, 中脑及脑干受压、变形, 第四脑室、中脑导水管及四叠体池被肿块占据, 双侧侧脑室扩张, 侧脑室旁白质呈对称性密度减低。MR: 第四脑室内病灶平扫 T1WI 呈低信号(图 1B), 内可见局灶性更低信号区; 增强 T1WI 显示病灶周边呈环状强化, 中心区域呈轻度强化或无强化(图 1C)。影像学诊断: 第四脑室脉络丛乳头状瘤或室管膜瘤可能性大。行颅内病灶切除术, 术中见肿块呈淡红色, 与第四脑室顶粘连紧密, 与周围脑组织边界不清, 质地较软, 血供中等。术后病理: 部分瘤细胞呈多角形、圆形, 弥漫分布,

核浓染, 胞浆红染; 其他瘤细胞呈大圆形或多边形, 蜂窝状、片块状排列(图 1D)。免疫组化: Ki-67(阳性细胞约 10%), GFAP(+), ligo-2(+), S-100(+), Nestin(+), Syn(+), Map2(+). 病理诊断: 第四脑室少突星形细胞瘤。

讨论 少突星形细胞瘤是少突胶质细胞瘤的一种变异类型, 为混合性肿瘤, 既有少突胶质细胞成分, 又有星形细胞成分, 属 WHO II 级中枢神经系统肿瘤。本病好发于幕上脑皮质, 常见于额叶, 发生于第四脑室者罕见。少突星形细胞瘤最常见的临床症状为癫痫发作, 发生率为 80%, 这可能与肿瘤浸润脑组织的部位和程度有关; 其影像学表现也具有一定特点, CT 常可见肿瘤边缘结节样、短粗状钙化, MR 检查在定位病灶、识别肿瘤成分方面具有优势。本例增强 T1WI 病灶周边呈环状强化, 表明肿瘤内含有部分实质成分, 而病灶中心区域表现为轻度强化或无强化, 提示可能含有囊变或钙质成分。少突星形细胞瘤与少突胶质细胞瘤术前鉴别诊断困难, 发生于第四脑室内时更难以鉴别。少突星形细胞瘤可退变成多形性胶质母细胞瘤, 但前者预后相对较好。

[第一作者] 赵丽(1991—), 女, 山东新泰人, 在读硕士。

E-mail: 2402132819@qq.com

[收稿日期] 2018-05-15 [修回日期] 2018-10-14