

Papillary tumor at pineal region: Case report

松果体区乳头状肿瘤 1 例

张 伊, 付其昌, 任翠萍, 程敬亮

(郑州大学第一附属医院磁共振科, 河南 郑州 450052)

[Keywords] pinealoma; papilloma; magnetic resonance imaging

[关键词] 松果体瘤; 乳头状瘤; 磁共振成像

DOI: 10.13929/j.issn.1672-8475.2021.07.018

[中图分类号] R739.41; R445.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-8475(2021)07-0447-01

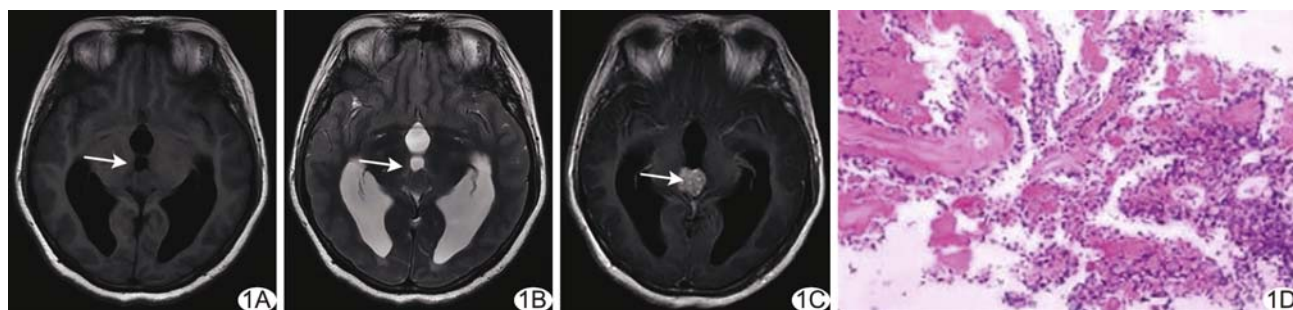


图 1 PTPR A. MR T1WI; B. MR T2WI; C. 增强 MR T1WI; D. 病理图(HE, ×200) (箭示病灶)

患者女, 43 岁, 以“间断头晕 1 年, 加重 3 天”入院; 既往体健。查体未见明显异常。头部 MRI: 三脑室后份见团块状稍低 T1 信号, 其内见点片状 T1 高信号(图 1A), T2WI 呈等信号(图 1B), T2-液体衰减反转恢复序列图像呈低信号, 弥散加权成像 ($b=0, 1\,000\text{ s/mm}^2$) 未见弥散受限; 四叠体池受压; 幕上脑室系统扩张, 脑室周围可见条片状 T2 高信号; 增强 T1WI 见病灶明显强化(图 1C), 信号稍欠均匀, 约 $22\text{ mm} \times 13\text{ mm} \times 16\text{ mm}$; 诊断: 三脑室后份异常信号, 考虑富血供占位性病变, 生殖细胞瘤? 行神经内镜下第三脑室造口术+三脑室后部病变活检术+侧脑室外引流术, 术中见三脑室后部占位, 淡黄色, 质软, 血供丰富, 三脑室导水管明显受压。术后病理: 光镜下见肿瘤上皮样细胞乳头状结构排列, 核圆, 核分裂象少见(图 1D); 免疫组织化学: GFAP(灶+), S-100(灶+), Oligo-2(-), EMA(-), CK(+), NSE(灶+), MAP2(+), Syn(+), CgA(-), TTF-1(-), P63(-), Ki-67(约 2%+), CK8/18(±), Vim(+). 病理诊断: 松果体区乳头状肿瘤(papillary tumor of pineal region, PTPR)。

讨论 PTPR 是 2007 年世界卫生组织中枢神经系统肿瘤

分类中新增的松果体区罕见神经上皮性肿瘤, 儿童及成人均可见, 多因压迫脑室出口导致幕上脑室系统积水、颅内压增高而出现头痛。PTPR 影像学表现常为边界清楚的肿块, MRI 呈 T1 低信号 T2 高信号, 增强后可见强化; T1WI 也可出现并非由松果体区脂肪、黑色素、钙化或出血引起的高信号。本例肿瘤位于三脑室后份, 整体呈稍低 T1 信号, 内部可见点片状 T1 高信号, 并明显强化, 信号稍欠均匀, 可能与肿瘤内部伴囊变、坏死有关。病理学上 PTPR 以乳头状排列的致密上皮样细胞为特征, 并可特异性表达 CK 及局灶性表达 GFAP。鉴别诊断: ①生殖细胞肿瘤, MR T1WI 呈稍低或等信号、T2 等信号, CT 可见松果体钙化, 免疫组织化学染色示 CD117、PLAP 弥漫阳性; ②乳头状室管膜瘤, MR T1WI 呈混杂稍低或等信号、T2 等或高信号, 常伴出血、坏死, 光镜下可见特征性的室管膜结节及血管周围假结节; ③脉络丛乳头状瘤, 多位于侧脑室及第四脑室, 发病年龄较低, MR T1WI 呈等或低信号、T2WI 呈高信号。发现松果体区实性不均质肿块, 尤其与囊变相关 T1 高信号时, 应考虑本病可能, 确诊依靠病理检查。

[第一作者] 张伊(1996—), 女, 河南焦作人, 在读硕士。E-mail: zhangyiizy@163.com

[收稿日期] 2021-03-18 [修回日期] 2021-05-13