

◆ 个案报道

Supratentorial hemangioblastoma: Case report

幕上成血管细胞瘤 1 例

罗 京, 蒋 谊, 刘 军

(中南大学湘雅二医院放射科, 湖南 长沙 410011)

[Keywords] hemangioblastoma; magnetic resonance imaging; tomography, X-ray computed

[关键词] 成血管细胞瘤; 磁共振成像; 体层摄影术, X 线计算机

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2020.09.041

[中图分类号] R734.2; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2020)09-1421-01

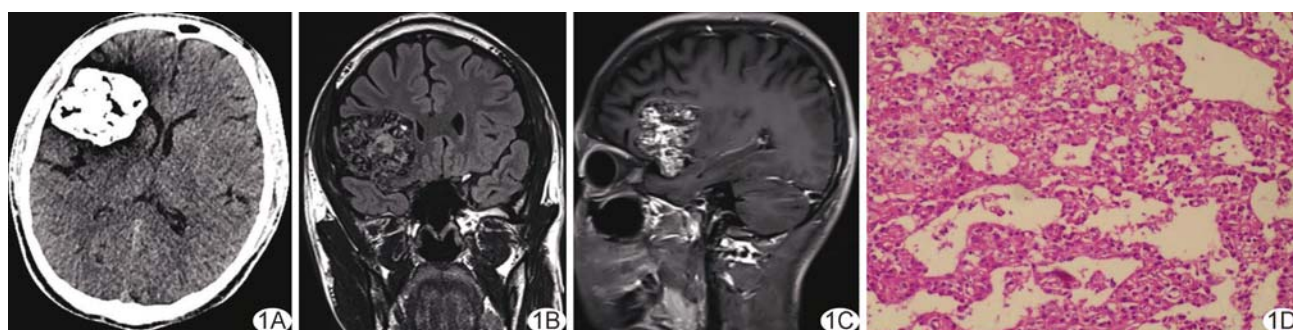


图 1 右侧额颞叶交界区成血管细胞瘤 A. 平扫 CT; B. FLAIR-T2WI; C. 增强 T1WI; D. 病理图(HE, ×100)

患者男, 23 岁, 因“发作性头痛 1 年余”入院。查体及实验室检查未见异常。头颅 CT: 右额颞叶交界处 6.4 cm × 4.5 cm 团块状混杂密度影, 其内见大量片状、结节状钙化(图 1A); MRI 示该处 5.9 cm × 4.2 cm 肿块, 边界清晰, T1WI、T2WI 及液体衰减反转恢复(fluid attenuated inversion recovery, FLAIR)图像信号高低混杂(图 1B), 呈“爆米花样”改变, 增强后明显不均匀强化(图 1C)。影像学诊断: 右额颞叶占位, 考虑海绵状血管瘤? 行开颅切除术, 术中见右侧额颞叶交界区淡黄色肿块, 伴大量钙化, 血运不丰富, 与周围脑组织粘连。术后病理: 间叶组织源性肿瘤, 部分肿瘤细胞胞浆空泡状, 细胞间富含血管, 伴明显玻璃样变、多灶钙化及局灶胆固醇结晶沉积(图 1D); 免疫组织化学: CK(点灶+), EMA(部分+), GFAP(-), S100(+), CD34(血管+), CD31(血管+), CD56(+), NSE(灶性+), α -Inhibin(灶性+), Olig-2(+), ATRX(-), D2-40(-), Ki-67(1%+)。病理诊断: 右侧额颞叶交界区成血管细胞瘤(hemangioblastoma, HB)。

讨论 HB 又称血管网状细胞瘤, 为起源于中胚叶残余的富血供良性肿瘤, 多见于颅后窝小脑半球, 偶见于幕上, 以头痛为常见症状, 本例间断性头痛可能与肿块压迫有关。影像学上 HB 分为大囊小结节型、单纯囊型及实质肿块型, 本例属实质肿块型, CT 示肿块内大量钙化, 与既往认为 HB 无钙化、且以之作为幕上实质型 HB 与脑海绵状血管瘤的关键鉴别点有所不同; 平扫 MRI 未见明显流空血管影, 瘤周水肿不明显。鉴别诊断: ①脑膜瘤, 多为宽基底实性等 T1、等 T2 脑外肿块, 增强后明显均匀强化, 内部可见砂粒样或不规则钙化及脑膜尾征, 邻近颅骨骨质改变, MRS 可见特征性丙氨酸峰信号; ②转移瘤, 有原发肿瘤病史, 好发于皮髓质交界区, 多表现为小病灶且瘤周水肿明显, 实性病灶强化程度通常低于 HB; ③血管外皮瘤, 实性脑外肿块, 易跨小脑幕生长、常累及静脉窦或颅骨, T1WI 肿瘤信号与脑皮质相仿, T2WI 呈稍高或等信号, 不均匀, 多见坏死、囊变, 无钙化, 可见流空血管信号, 增强后明显不均匀强化。最终诊断需依靠病理学检查。

[第一作者] 罗京(1994—), 男, 湖南永州人, 在读硕士。E-mail: luojing_2017@csu.edu.cn

[收稿日期] 2019-12-16 [修回日期] 2020-08-02