

形肿物呈囊实性,囊变区呈低密度影,中心实性成分及囊壁呈稍高密度影;增强扫描囊变区不强化,中心实质部分和囊壁强化明显,呈不均匀渐进性强化,基本符合腮腺良性肿瘤的影像学特征。MRI 是诊断导管内乳头状瘤较为可靠的影像学方法,通常表现为囊实性病灶,囊变区 T₁WI 低信号、T₂WI 呈高或稍高信号,增强后无强化;囊壁及囊内实性成分 T₁WI 等信号、T₂WI 呈低信号,增强后呈中度强化。但本例患者无 MRI 检查。

此外,腮腺导管内乳头状瘤还需要与腮腺多形性腺瘤及淋巴乳头状囊腺瘤(Warthin 瘤)相鉴别^[4]。①腮腺多形性腺瘤多见于双侧腮腺浅叶的中上部,以中青年女性居多。常无触及腮腺区圆形或者椭圆形边界规整的无痛性肿块;CT 增强以轻中度强化为主,呈渐进性强化特点,少见囊变坏死。② Warthin 瘤好发于双侧腮腺浅叶后下象限,以长期吸烟史的中老年男性居多。CT 增强表现为“快进快出”特点,可见贴边血管征。

总之,腮腺导管内乳头状瘤为良性肿瘤,确诊需要依靠病理学和免疫组织化学检查。手术切除通常是腮腺导管内乳头状瘤首选治疗方法,但腮腺导管内乳头状瘤也有恶变的倾

向^[5]。因此当颈部影像检查提示边界不清软组织肿块,呈侵袭性生长;增强示不均质强化,常伴有骨质破坏、颈部淋巴结肿大及远处转移的患者,应建议临床随访。

[参考文献]

- [1]Leon B, Johnw E, Peter R, et al. 世界卫生组织肿瘤分类:头颈部肿瘤病理学和遗传学[M]. 刘红刚,高岩,译. 北京:人民卫生出版社,2006.
- [2]Noseri H, Erden T, Toros S, et al. Intraductal papilloma of the parotid gland in a child[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2007, 264(11): 1385-1386.
- [3]刘争进,殷平,陈春成,等. 腮腺导管内乳头状瘤一例[J]. 中华口腔医学杂志,2012,47(12):769-770.
- [4]盛茂,王嗣伟,晋丹丹,等. 腮腺多形性腺瘤与腺淋巴瘤的 CT 影像特征及对比分析[J]. 实用放射学杂志,2017,32(1):28-30.
- [5]Nagao T, Sugano I, Matsuzaki O, et al. Intraductal papillary tumors of the major salivary glands: case reports of benign and malignant variants[J]. Arch Pathol Lab Med, 2000, 124(2): 291-295.

侧脑室孤立性纤维性肿瘤影像学表现 1 例

Imaging characteristics of solitary fibrous tumor of lateral ventricle: report of one case

余悦¹,贾晓峰²,张国平²,廖欣¹

(1. 贵州医科大学附属医院影像科,贵州 贵阳 550004;2. 贵阳市第二人民医院影像科,贵州 贵阳 550023)

YU Yue¹, JIA Xiao-feng², ZHANG Guo-ping², LIAO Xin¹

(1. Department of Radiology, the Affiliated Hospital of Guizhou Medical University, Guizhou 550004, China;

2. Department of Radiology, the Second People's Hospital of Guiyang, Guiyang 550023, China)

[关键词] 侧脑室;脑肿瘤;磁共振成像;体层摄影术,X 线计算机

[中图分类号] R739.41;R814.42;R445.2

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-1062(2024)11-0824-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.11.015

病例 女,46岁,因“发现右侧肢体无力3月”就诊。患者3月前无明显诱因出现右侧肢体无力,行走跛行,持物不稳,于外院行头颅 MRI 后考虑左侧侧脑室三角区占位并梗阻性脑积水,考虑室管膜瘤可能。为进一步明确诊治转诊我院。既往无特殊。家族史无特殊。体格检查患者不能配合查体。CT 平扫示:左侧侧脑室见一大小约 63 mm×50 mm×52 mm 不规则稍高密度影,其内见片状低密度影,边界尚清(图 1)。MRI 平扫+增强示:左侧侧脑室见一大小约 66 mm×51 mm×52 mm 分叶状肿块影,呈 T₁WI 等低、T₂WI 混杂信号,其内见片状 T₁WI 低、T₂WI 高信号影(图 2,3)。增强扫描肿块呈不均匀明显强化,中心见小片状无强化区,T₂WI 稍低信号区增强扫描后明显强化(图 4,5)。影像诊断:左侧侧脑室占位,考虑脑膜瘤可能。行左侧三角区入路侧脑室内病变切除,术中所见:皮

层下约 3 cm 侧脑室房部见病变组织,呈红褐色,表面包膜完整。术后病理检查:大体呈灰白灰褐色,质中。镜下:瘤细胞呈长梭形,束状排列,可见细胞疏松区与密集区(图 5)。免疫组化:VIM+、STAT6+、CD34+、CD99+、Bcl-2+。病理诊断:左侧侧脑室“孤立性纤维性肿瘤(SFT)(WHO II 级)”。

讨论 SFT 是一种罕见的间叶组织起源的梭形细胞肿瘤,可发生于全身各部位,最常见于胸膜^[1],发生于颅内的 SFT 较为少见,约占中枢神经系统肿瘤的 1%^[2],而发生于侧脑室的更为罕见。目前 SFT 发病病因尚不明确,因组织学特点与免疫表型与血管外皮细胞瘤(HPC)类似,且与 HPC 都具有 12q13 易位,NAB2 和 STAT6 融合引起 STAT6 在核内表达^[3],2016 年 WHO 将 SFT 和 HPC 归类为一个实体,并命名为 SFT/HPC。但在 2021 年最新的 WHO 神经系统肿瘤分类中将其修

[收稿日期] 2023-12-29;[修回日期] 2024-02-08

[作者简介] 余悦(1998-),女,贵州遵义人,在读硕士研究生。E-mail:923742903@qq.com

[通信作者] 廖欣,贵州医科大学附属医院影像科,550004。E-mail:1066413835@qq.com

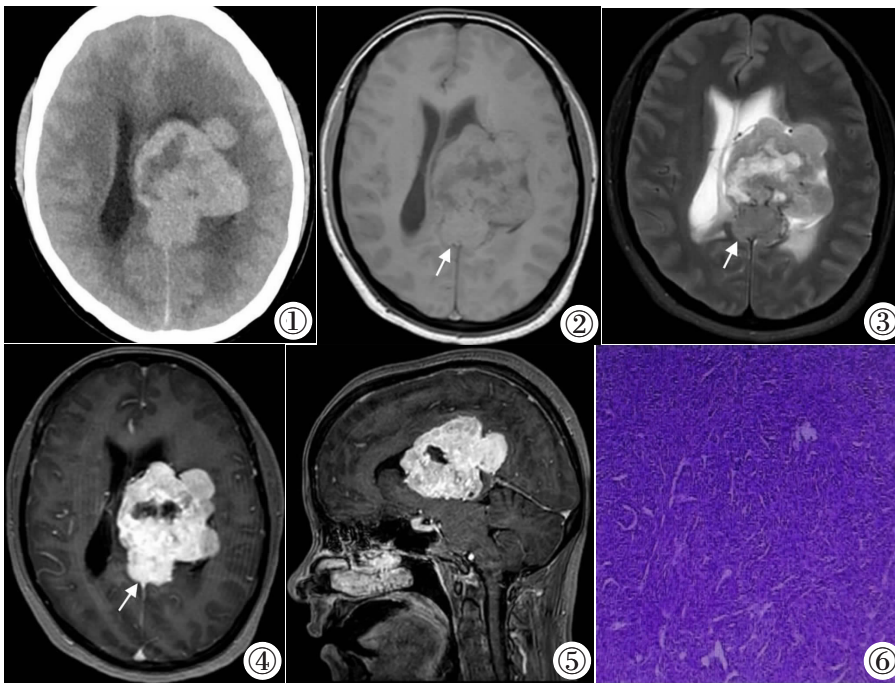


图 1 CT 平扫示左侧侧脑室稍高密度肿块,内见低密度影,边界尚清。图 2,3 MRI 平扫示左侧侧脑室肿块呈 T₁WI 等低、T₂WI 混杂信号,内见囊变坏死区。图 4,5 MRI 增强示肿块不均匀强化,囊变坏死区无强化,T₂WI 稍低信号区增强扫描后明显强化,即“阴阳征”(箭头)。图 6 镜下见瘤细胞呈长梭形,束状排列(HE)。

订为 SFT^[4],并将 SFT 分为 3 个级别,Ⅰ级为良性,外科手术切除是其主要治疗手段,Ⅱ级为交界性,Ⅲ级为恶性,Ⅱ、Ⅲ级除了外科手术切除以外,还需要放射治疗避免其复发和扩散^[5]。文献报道大多数 SFT 以中老年多见,无明显性别差异^[6]。SFT 临床表现无特异性,与肿瘤的发生部位有关,主要是颅内压增高和神经受压所引起的头晕、头痛、呕吐、肢体无力和癫痫等症状^[7]。SFT 大体形态多不规则,多数有包膜,切面呈灰白色;镜下瘤细胞呈长梭形相互交织短束状排列,富细胞区和高度纤维化的少细胞区同时存在,并被纤维间质分隔;免疫组化瘤细胞 STAT6、Vimentin、CD34、CD99、BCL-2 常表达阳性^[8],其中 STAT6 阳性对诊断较为关键,是最新报道的一种高度敏感和特异的标记物^[9]。SFT 的 CT 平扫主要表现为团块状高或者稍高密度影,可见低密度囊变坏死区,增强扫描病灶实质部分明显强化,囊变坏死区无明显强化。MRI 平扫主要表现为孤立分叶状肿块,T₁WI 多为等、低信号,而 T₂WI 信号多样,可为高、等、低或混杂信号,主要以等高信号为主^[9],高信号区反映肿瘤囊变坏死,等信号区反映瘤细胞聚集区,而低信号区反映肿瘤富含胶原纤维,且胶原纤维成分越多,T₂WI 信号越低^[10]。MRI 增强扫描表现为病灶不均匀明显强化,囊变坏死区无明显强化,当 SFT 在 T₂WI 上呈明显低信号,增强扫描后该区域明显强化,这一表现被认为是 SFT 较为特异的影像表现,称之为“阴阳征”^[11]。本病例影像表现与文献报道基本一致,而且也存在“阴阳征”这一特异表现。侧脑室 SFT 需要和脑膜瘤、室管膜瘤及脉络丛乳头状瘤等鉴别。

①脑膜瘤:女性多见,病灶形态多规则,坏死、囊变少见,合并钙化多见,常呈宽基底与脑膜相连,增强可见“脑膜尾征”。②室管膜瘤:好发于儿童及青年,病灶常与脑实质分界不清,粗大钙化、囊变常见,增强扫描为不均匀强化。③脉络丛乳头状瘤:儿童多见,常合并脑积水,病灶边缘凹凸不平呈乳头状,囊变、钙化少见,增强扫描明显强化,其内见颗粒样低强化区。

综上所述,SFT 发生于侧脑室极为罕见,术前易误诊,影像表现为与脑膜关系密切的孤立分叶性肿块,CT 呈稍高密度,MRI 呈 T₁WI 低、T₂WI 混杂信号,肿块内多有囊变坏死,增

强扫描不均匀明显强化,当出现“阴阳征”时需考虑 SFT 的可能,最终确诊仍需结合病理及免疫组化结果。

[参考文献]

- [1]Bhati AS, Rana N, Raheja G, et al. Rare case of solitary nasal fibrous tumor eroding skull-base[J]. Asian J Neurosurg, 2022, 17 (2): 375-378.
- [2]Shankarj JS, Hodgson L, Sinha N. Diffusion weighted imaging may help differentiate intracranial hemangiopericytoma from meningioma[J]. J Neuroradiol, 2019, 46(4): 263-267.
- [3]Zhang R, Yang Y, Hu C, et al. Comprehensive analysis reveals potential therapeutic targets and an integrated risk stratification model for solitary fibrous tumors [J]. Nat Commun, 2023, 14(1): 74-79.
- [4]Louis DN, Arie P, Pieter W, et al. The 2021 WHO classification of tumors of the central nervous system: a summary [J]. Neuro-Oncology, 2021, 23(8): 1231-1251.
- [5]Macagno N, Vogels R, Appay R, et al. Grading of meningeal solitary fibrous tumors/hemangiopericytomas: analysis of the prognostic value of the Marseille Grading System in a cohort of 132 patients[J]. Brain Pathol, 2019, 29(1): 18-27.
- [6]卢丽娜,龚建平,宦坚. 胸腹部孤立性纤维性肿瘤的 CT 表现[J]. 中国临床医学影像杂志,2018,29(1):61-64.
- [7]王超,王晓明. 颅内孤立性纤维性肿瘤的影像学特征及病理学对照分析[J]. 中国临床医学影像杂志,2017,28(6):381-386.
- [8]石士奎,俞岚,张莉. 颅内孤立性纤维性肿瘤的 MRI 征象与病理对照[J]. 医学影像学杂志,2018,28(7):1049-1052.
- [9]Gordillo C, Raymond M, De Melo R. A rare case of a pelvic solitary fibrous tumor[J]. Cureus, 2022, 14(3):e23686.
- [10]崔艳秋,俞咏梅,窦彤,等. 孤立性纤维性肿瘤的影像及病理分析 [J]. 中国临床医学影像杂志,2017,28(4):250-254.
- [11]林家权,蒋牧良,毛一朴,等. 颅内孤立性纤维瘤/血管外皮细胞瘤影像表现与病理相关分析[J]. 实用放射学杂志,2019,35(12): 1901-1905.