

. 个案报告 .

脑实质内神经鞘瘤 1 例

陈加贝 欧阳辉

【关键词】神经鞘瘤;脑实质;显微手术

【文章编号】1009-153X(2015)06-0384-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 739.41; R 651.1*1

脑实质内神经鞘瘤指起源于脑实质并与颅神经无关的神经鞘瘤,临床罕见。本文就我们收治的 1 例病理学证实的脑实质内神经鞘瘤患者的治疗经验总结如下。

1 病例资料

患者,男,16 岁,因间歇性头痛、呕吐伴左侧肢体乏力 2 周入院。体格检查:神志清楚,左侧肢体肌力 IV 级,右侧肢体肌力 V 级。头颅 MRI 检查示右侧侧脑室旁占位(图 1A~C)。全麻下行开颅肿瘤切除术,术中可见瘤结节呈灰黄色,质软,血供不丰富,囊液淡黄色,囊腔内侧壁为侧脑室外侧壁,未见该侧壁肿瘤样改变。术后病理学检查示酸性钙结合蛋白阳性,确诊为神经鞘瘤(图 1D、1E)。

2 讨论

颅内神经鞘瘤属良性肿瘤,约占颅内原发性肿瘤的 8%,绝大多数起源于三叉神经、面神经的雪旺细胞,缺乏雪旺细胞的脑实质内发生神经鞘瘤甚为罕见。关于脑实质内神经鞘瘤的发病机制,目前大致分为两种观点:一种观点认为多潜能间充质软脑膜细胞、神经嵴细胞的异位转化,导致异位神经鞘瘤的发生;另一种观点则认为肿瘤可能起源于蛛网膜下腔血管周围神经丛以及支配脑内细小动脉的肾上腺素能神经纤维。脑实质内神经鞘瘤好发于儿童及青少年,临床表现取决于肿瘤的大小及部位。其影像学表现:①囊变,为主要表现, MRI 呈长 T₁、长 T₂ 信号,若存在壁内结节则更具诊断意义;②钙化,较少见,多位于结节内;③瘤周水肿常见。因本病发病率极低,临床表现不典型,故术前诊断困难,常需要与毛细胞型星形细胞瘤、多形性黄色星形细胞瘤、节细胞胶质瘤鉴别。毛细胞型星形细胞瘤多为实性病灶,偶见

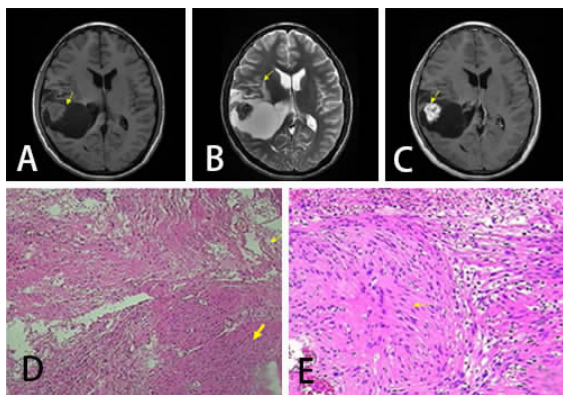


图 1 1 例右侧侧脑室旁颞顶枕交界区脑实质内神经鞘瘤患者术前影像学图及术后病理学图

A(T₁WI)、B(T₂WI)。术前头颅 MRI 见右侧侧脑室旁颞顶枕交界区不规则囊实性占位病变,囊内结节大小约 2.6 cm×2.5 cm,边界清,菜花状,瘤周轻度水肿;C. 术前增强 MRI 示瘤结节明显不均强化,瘤壁无强化;D. 术后病理学检查(HE,×100)示梭形细胞排列紧密,形态较一致,形成 Antoni A 型(箭头所示),网状细胞排列疏松,细胞无异型性,形成 Antoni B 型;⑤术后病理学检查(HE,×200)示梭形细胞呈流水状、栅栏状纵横交错排列

囊性变,瘤周水肿少见。多形性黄色星形细胞瘤通常位于幕上,好发于儿童及青少年,男女均可发病,CT 可见囊变,密度不均匀,钙化罕见,肿瘤位置表浅,易累及软脑膜。节细胞胶质瘤好发于颞叶,壁结节内可见钙化,瘤周轻度或无水肿,由于肿瘤生长缓慢,邻近颅骨可见受压侵蚀改变。本病确诊依赖病理学检查,组织病理学呈两型结构,即致密型(Antoni A 型)和网状型(Antoni B 型)。致密型神经鞘细胞呈梭状,排列紧密,互相交织成漩涡状或栅栏状,胞核呈杆状,多呈栅状排列,称为 Verocay 小体,为肿瘤常见特征;网状型细胞较小,呈星状或多角状,排列疏松,无一定方向,间质有水肿,血管较丰富。脑实质内神经鞘瘤大多数患者可以接受手术治疗,肿瘤全切除后预后良好。

(2013-12-22 收稿,2014-05-05 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2015.06.025

作者单位:510515 广州,南方医科大学南方医院神经外科(陈加贝、欧阳辉)

通讯作者:欧阳辉,E-mail:oyh199118@163.com