

后颅凹非典型室管膜瘤的 CT 和 MR 诊断探究

吴辉建

石门县中医医院 湖南常德 415300

【摘要】目的 研究后颅凹非典型室管膜瘤的 CT 诊断, 后颅凹非典型室管膜瘤的 MR 诊断, 对比两种诊断方式。**方法** 选择我院近期收治的 10 例后颅凹非典型室管膜瘤患者作为研究对象, 研究后颅凹非典型室管膜瘤的 CT 诊断, 后颅凹非典型室管膜瘤的 MR 诊断, 对比两种诊断方式。**结果** 本文研究 10 例病例中, 6 例进行 CT 平扫, 肿瘤为等密度或稍高密度。区别在于小脑脑实质室管膜瘤密度不均质, 或高或等, 或混杂密度, 或钙化; 10 例病例中, 只有 6 例术前定性确诊, 1 例误诊为听神经瘤, 2 例误诊为转移瘤, 3 例报告为小脑肿瘤, 未能做出提示定性诊断。**结论** 后颅凹非典型室管膜瘤位于小脑实质, 多为实质性, 内可见多发小灶或坏死囊变, CT 诊断与 MR 诊断均表现为混杂信号、混杂密度, 需要与脑膜瘤与听神经瘤、转移瘤进行区别诊断。

【关键词】 后颅凹; 非典型室管膜瘤; CT 诊断; MR 诊断**【中图分类号】** R739**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1672-0415 (2019) 06-198-01

后颅凹非典型室管膜瘤 (Posterior fossa atypical ependymoma) 位于第四脑室, 偶可位于小脑脑室^[1]。国外文献报道显示, 个别后颅凹非典型室管膜瘤患者, 肿瘤位于小脑脑室。选择我院近期收治的 10 例后颅凹非典型室管膜瘤患者作为研究对象, 研究后颅凹非典型室管膜瘤的 CT 诊断, 后颅凹非典型室管膜瘤的 MR 诊断, 对比两种诊断方式, 详细报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择我院近期收治的 10 例后颅凹非典型室管膜瘤患者作为研究对象, 男 6、女 4, 年龄为 17-46 岁, 平均 (31.2±5.6) 岁。其中 20-40 岁 11 例, 患者表现为眩晕、走路不稳、头痛、呕吐等。病程为 2 周-2 年, 60.0% 患者为发病半年后进行影像学检查。

1.2 研究方式

本科室现拥有高端大型影像设备 5 台, 其中西门子 1.5T 核磁共振一台, 美国 CT 和 GE64 排 128 层螺旋 CT 各一台, 荷兰飞利浦 64 排 128 层螺旋 CT 和 3.0T 核磁共振各一台; 高端的硬件配置与专业的影像团队。可开展全身各系统各部位常规 CT、MR 平扫、三维重建及增强检查, 全身大动脉 CTA 检查 (需注射造影剂)。对患者 CT 扫描与 MR 诊断, 进行常规轴面像、T1W 矢状面、T2W 矢状面, 部分选择冠状面 T1WI。

1.3 评价指标

研究后颅凹非典型室管膜瘤的 CT 诊断, 后颅凹非典型室管膜瘤的 MR 诊断, 对比两种诊断方式。

1.4 统计学分析

将本文研究数据全部录入到 Excel 表格内, 分析其统计学意义。计数资料使用 [n(%)] 表示, 以 $\alpha=0.05$ 为校准数据, χ^2 检验; 计量资料使用 [n ($\bar{x}\pm s$)] 表示, ($P<0.05$) 为校准数据, t 检验, 所有研究数据均使用 SPSS 19.0 软件包处理。

2 结果

本文研究 10 例病例中, 6 例进行 CT 平扫, 肿瘤为等密度或稍高密度。区别在于小脑脑实质室管膜瘤密度不均质, 或高或等, 或混杂密度, 或钙化。

本文研究 10 例病例中, 只有 6 例术前定性确诊, 1 例误诊为听神经瘤, 2 例误诊为转移瘤, 3 例报告为小脑肿瘤, 未能做出提示定性诊断。

3 讨论

3.1 CT 与 MR 的表现特点

后颅凹非典型室管膜瘤最为显著的特点就是好发第 4 脑室, 少部分可见在小脑脑实质。Li Hehong^[2] 学者研究表明, 就 16 例后颅凹非典型室管膜瘤中, 3 例为小脑实质, 占比 30.0%。国内朱晓军, 许乙凯^[3] 学者研究表明, 就 30 例后颅凹非典型室管膜瘤患者, 其中 5 例为小脑实质, 占比 16.7%, 其中 3 例位于小脑半球、

2 例位于小脑蚓部。

通过分析本组资料能够发现, 发生在小脑、桥小脑的室管膜瘤, 一般与小脑幕存在较长的连接面, 表明小脑脑实质室管膜瘤与小脑表面较为接近。本文研究 10 例病例中, 6 例进行 CT 平扫, 肿瘤为等密度或稍高密度。区别在于小脑脑实质室管膜瘤密度不均质, 或高或等, 或混杂密度, 或钙化。

笔者认为, 小脑脑实质室管膜瘤影像学特点: 肿瘤好发小脑半球, 且与小脑便面较为靠近, 与小脑幕存在较长的连接面。肿瘤为实质性, 肿瘤内多发小灶型坏死囊变, 少部分肿瘤为囊性。在肿瘤实质内可见钙化, 且较为显著。由于肿瘤有坏死囊变及钙化, 在 CT 与 MR 检查阶段, 可见混杂密度与混杂信号。

3.2 CT 与 MR 的鉴别诊断

借助 CT 扫描能够发现后颅凹非典型室管膜瘤, 但受到后颅凹骨伪影的影响, 需要仔细观察肿瘤效果^[4]。针对小体积的肿瘤, 或周围水肿较轻的混着, 可能会出现漏诊。笔者认为有条件的患者, 应当选择 MR 检查方式。

虽说后颅凹非典型室管膜瘤就 CT 检查与 MR 检查有一定的区别, 但其特征性不足, 加之小脑脑实质室管膜瘤较为少见, 难以确诊。本文研究 10 例病例中, 只有 6 例术前定性确诊, 1 例误诊为听神经瘤, 2 例误诊为转移瘤, 3 例报告为小脑肿瘤, 未能做出提示定性诊断。

两者鉴别: 后颅凹非典型室管膜瘤, CT 扫描与 MR 扫描密度与信号均必须要均质, 且后颅凹非典型室管膜瘤多存在小灶性坏死囊变, 且肿瘤密度与肿瘤信号不均质。后颅凹非典型室管膜瘤在 MR 扫描阶段, 周围可见低信号环, 在冠状面 T2WI、T1WI、T1 中可见, 且肿瘤均质显著增强^[5]。

综上所述, 后颅凹非典型室管膜瘤位于小脑实质, 多为实质性, 内可见多发小灶或坏死囊变, CT 诊断与 MR 诊断均表现为混杂信号、混杂密度, 需要与脑膜瘤与听神经瘤、转移瘤进行区别诊断。

参考文献

[1] 鱼博浪, 张明, 罗琳等. 后颅凹非典型室管膜瘤的 CT 和 MR 诊断 [J]. 中华放射学杂志, 2016, 34(1):33-36.

[2] Li Hehong. Analysis of preoperative misdiagnosis of medulloblastoma and ependymoma in children [J]. Journal of Clinical and Experimental Medicine, 2016, 5 (8): 1102-1104.

[3] 朱晓军, 许乙凯. 颅内非典型室管膜瘤 MRI 表现与病理的对照研究 [J]. 实用医学杂志, 2017, 27(9):1642-1644.

[4] 孙丽娟, 李成业, 温生宝等. 20 例非典型性脑膜瘤的 CT、MRI 表现及诊断分析 [J]. 广西医科大学学报, 2016, 33(1):142-143.

[5] Fish Bolang, Zhang Ming, Luo Lin, etc. CT and MR diagnosis of atypical ependymoma in posterior fossa [J]. Chinese Journal of Radiology, 2016, 34 (1): 130-131.