

病理读片

新乡医学院第一附属医院

韩东明 闫瑞芳

病例1

- 患者，男，62岁，左侧肢体感觉运动障碍6年，左下肢肌张力增高。

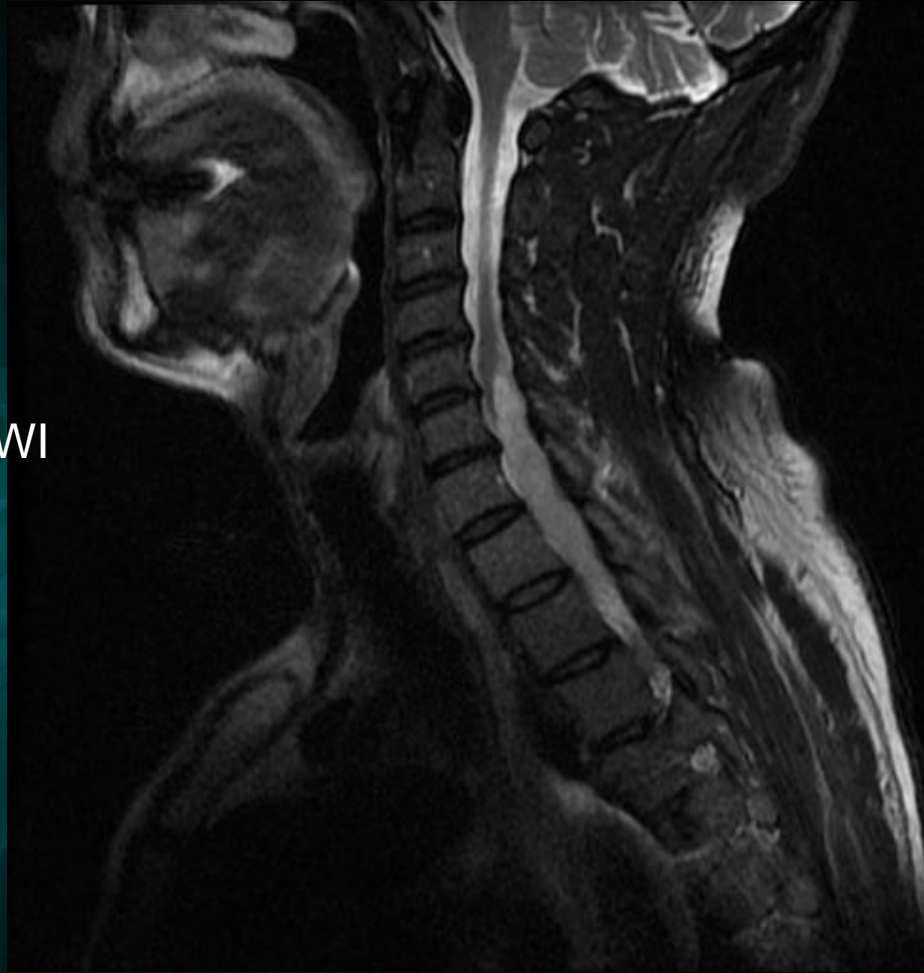


T2WI



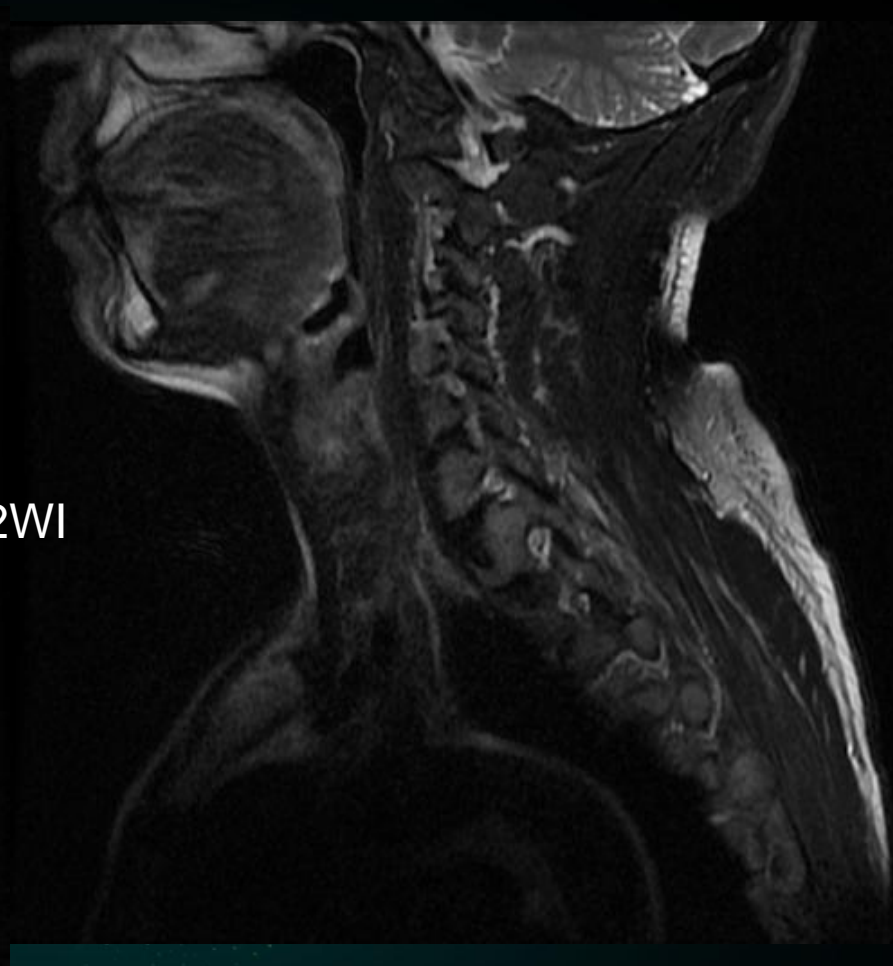


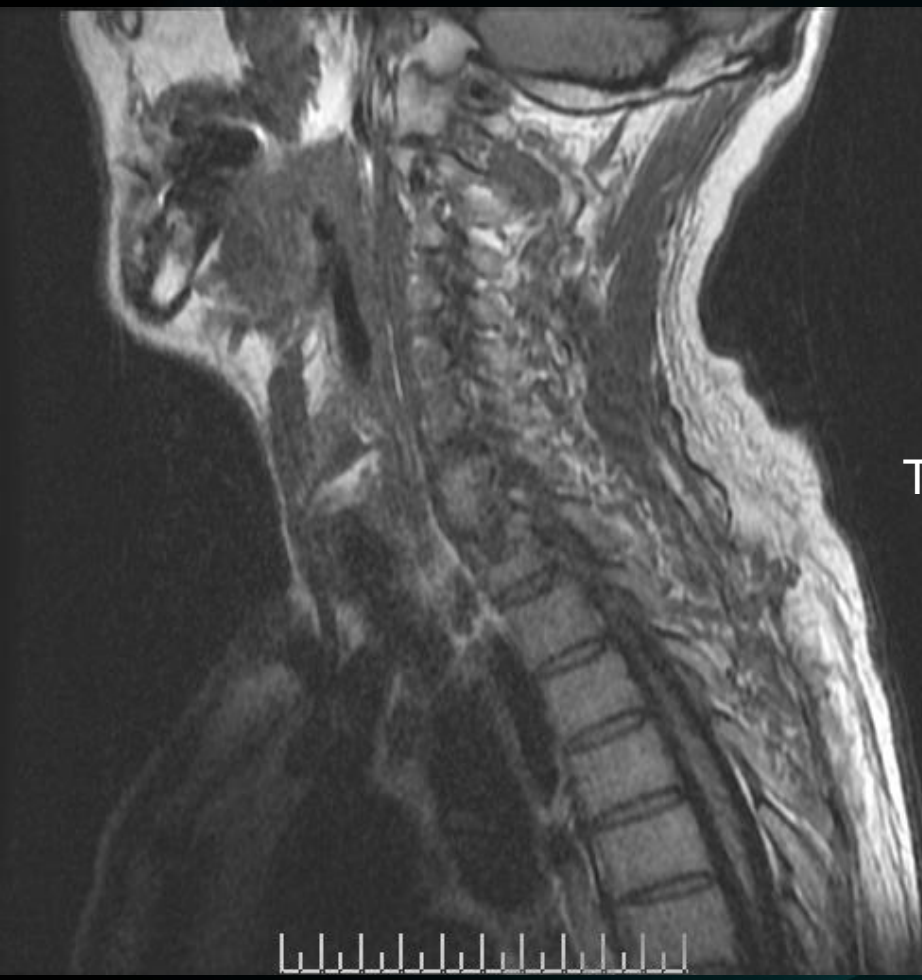
T2WI





T2WI





T1WI





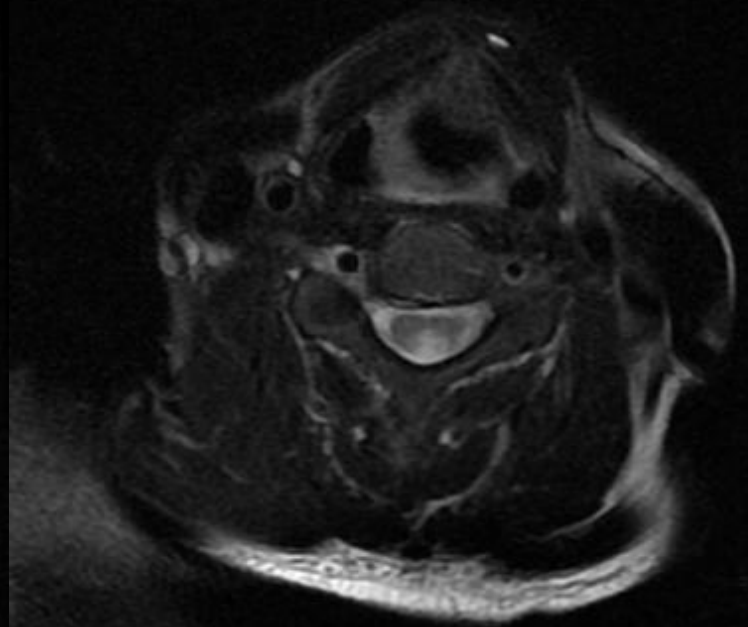
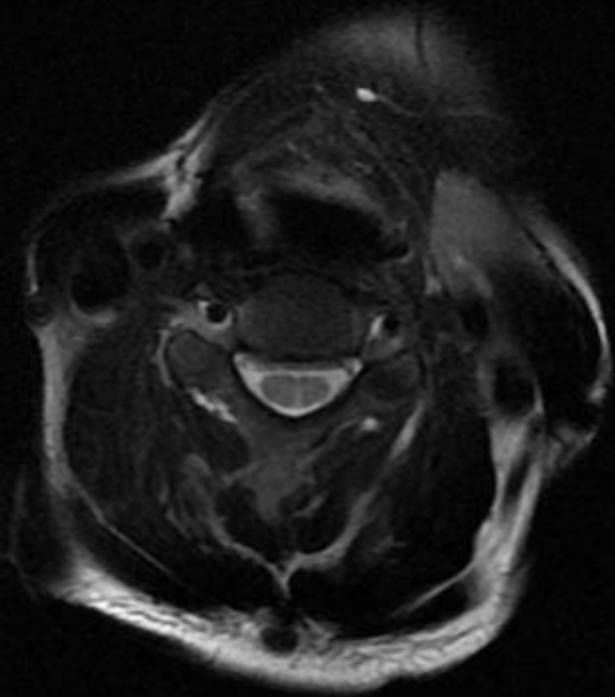
T1WI



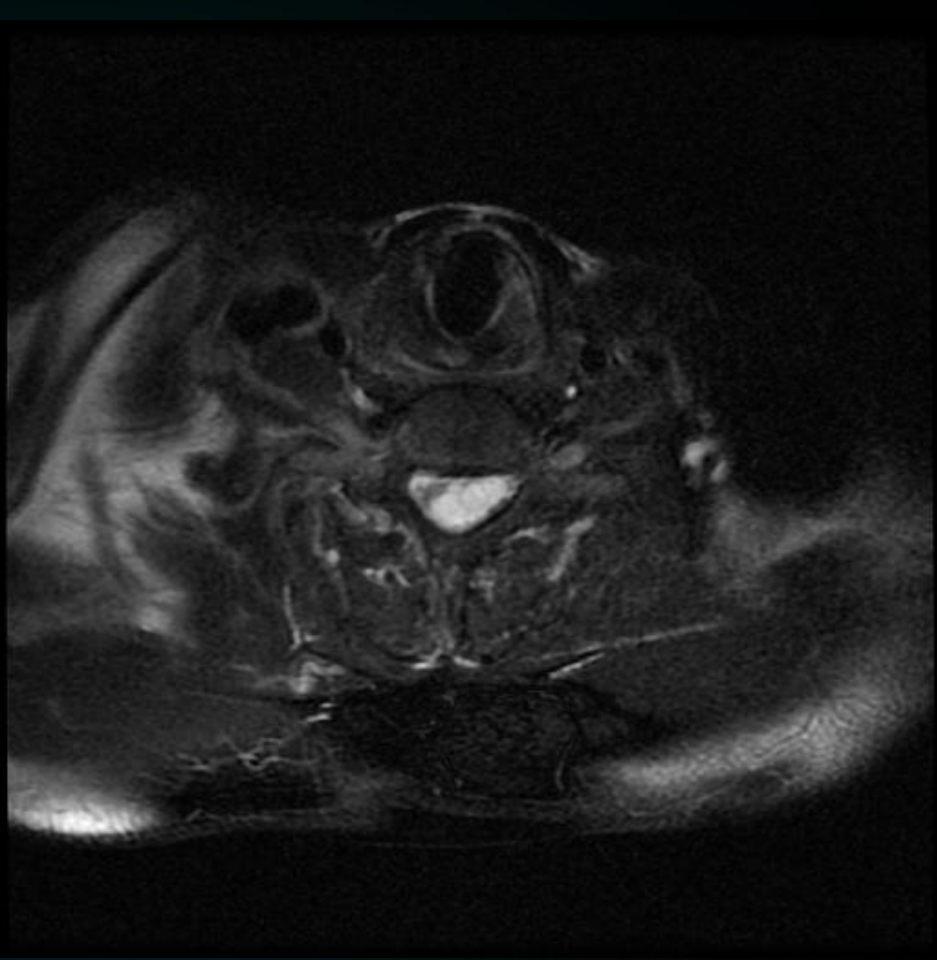
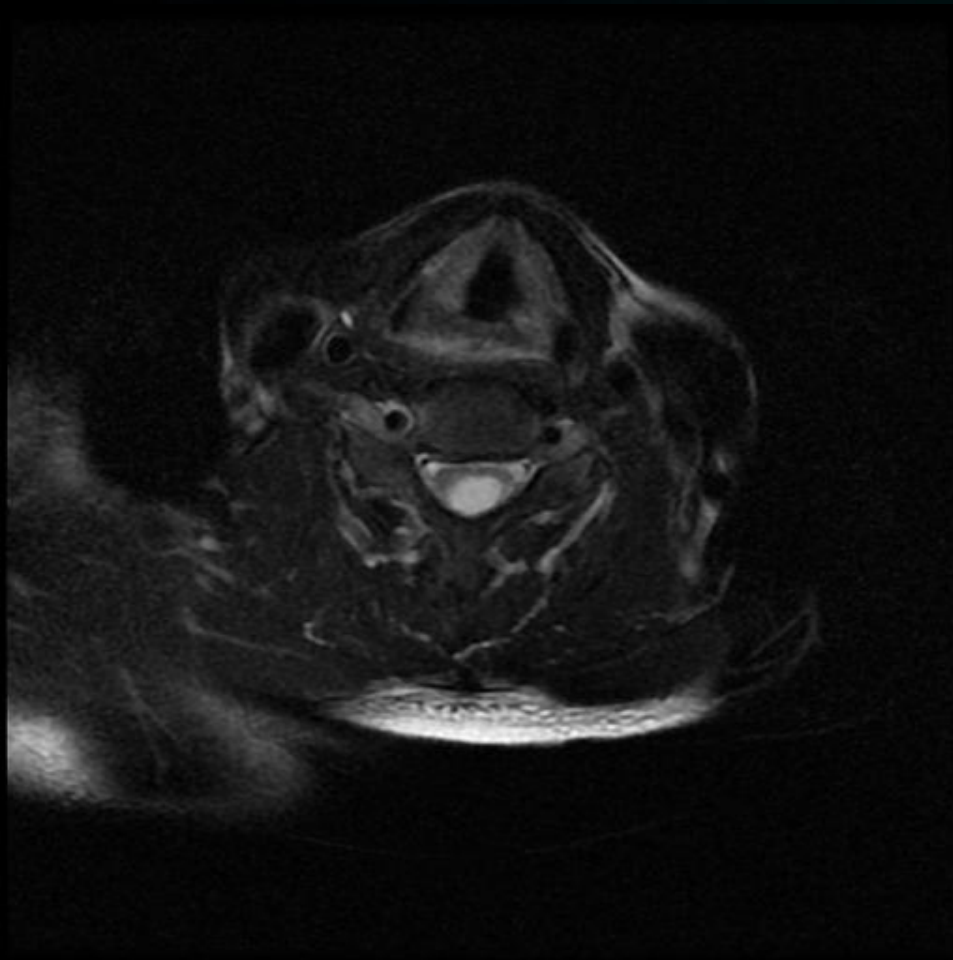


T1WI

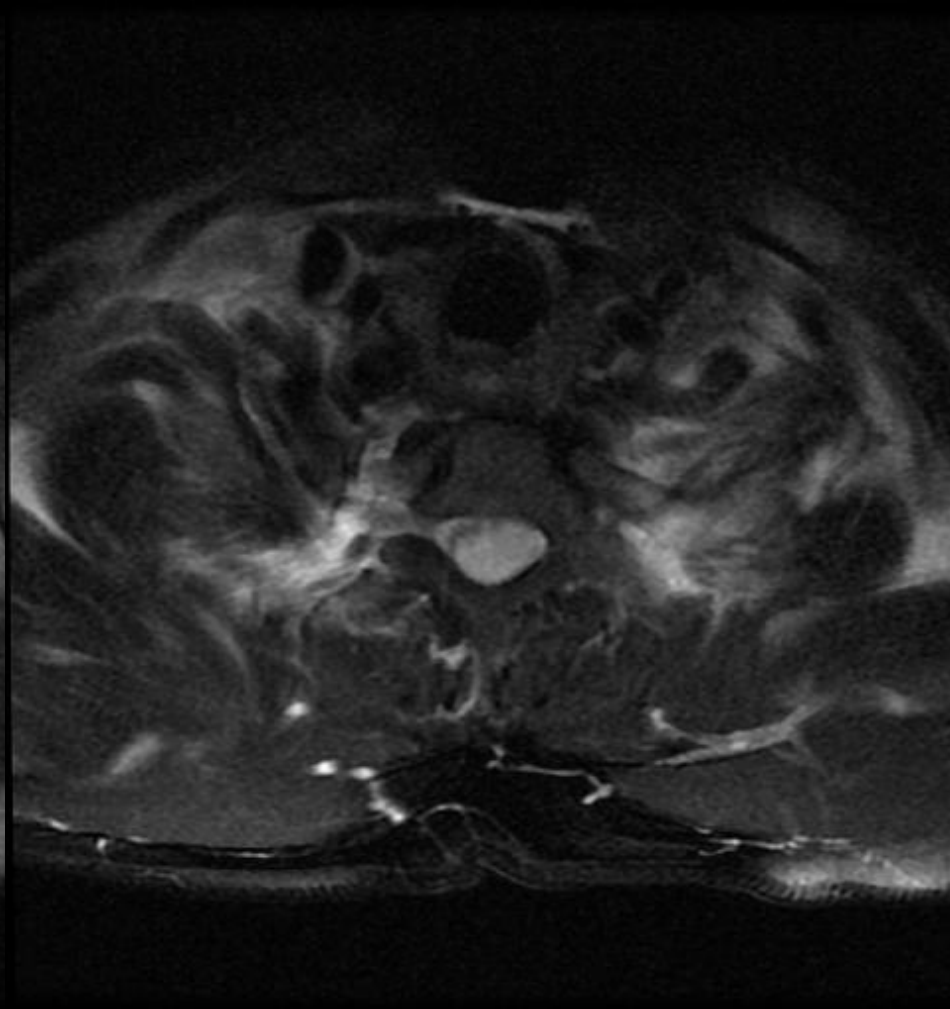
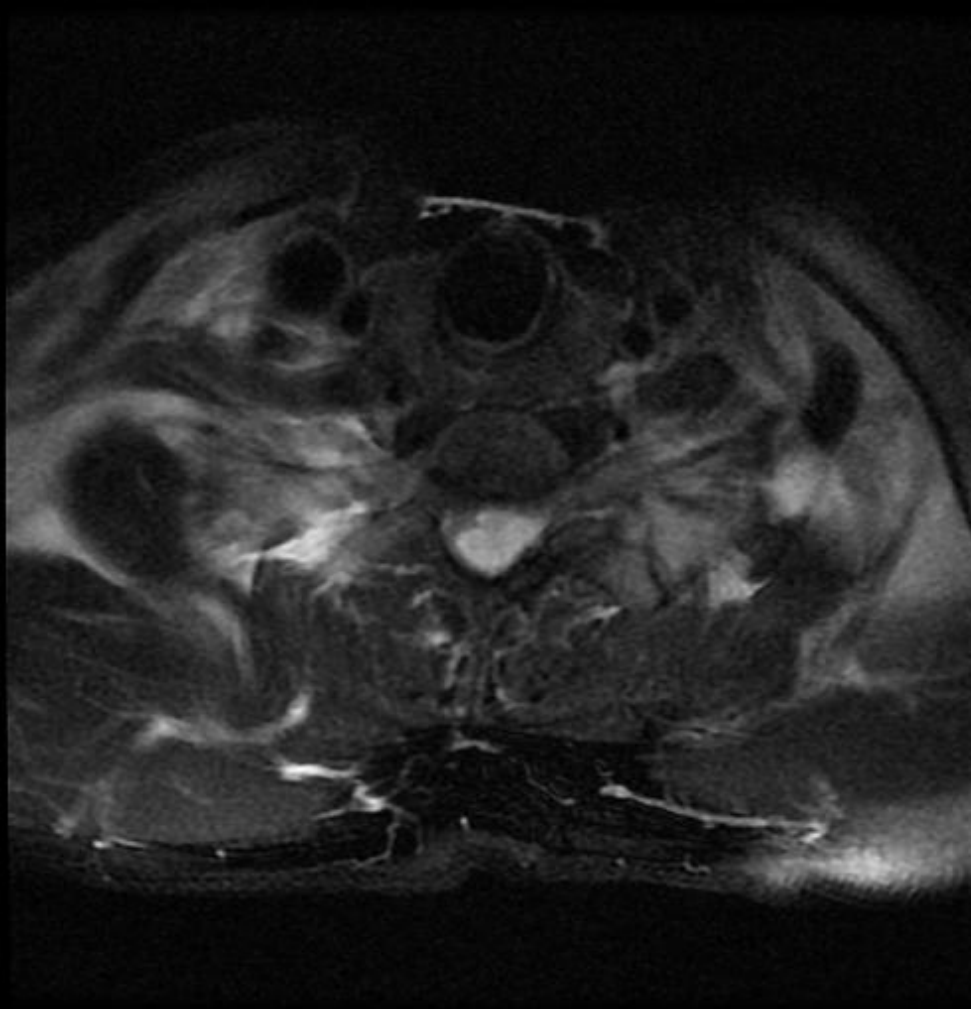




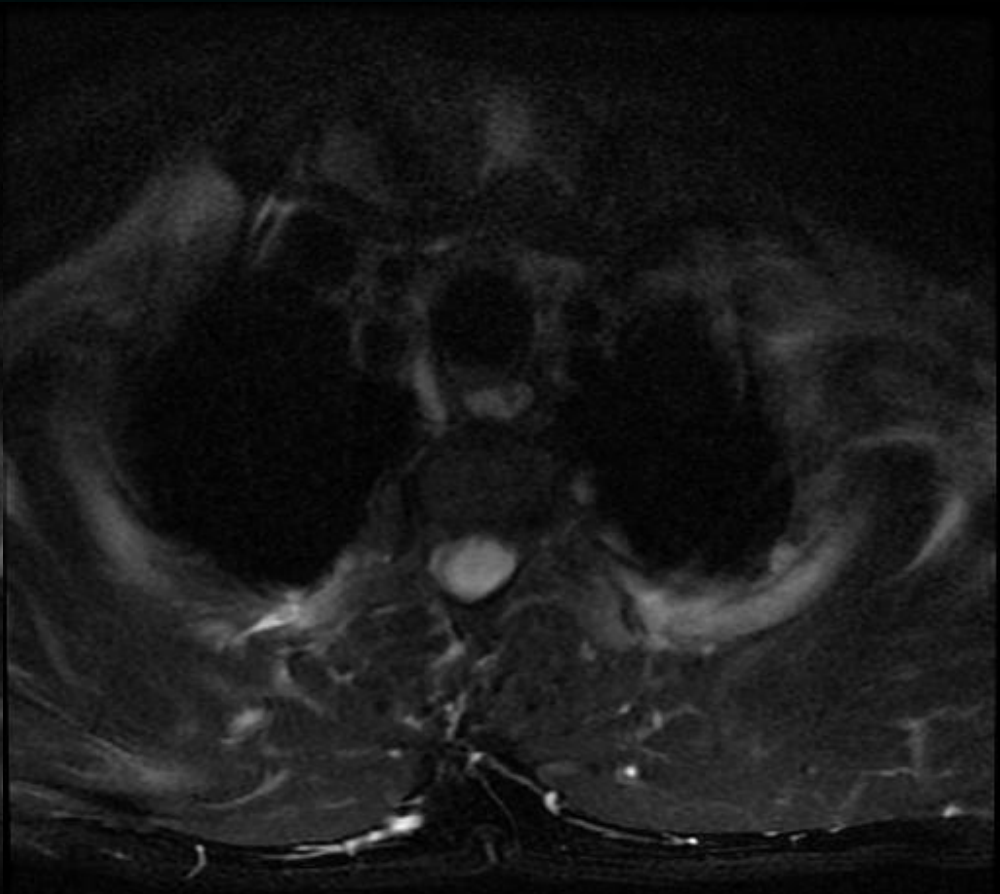
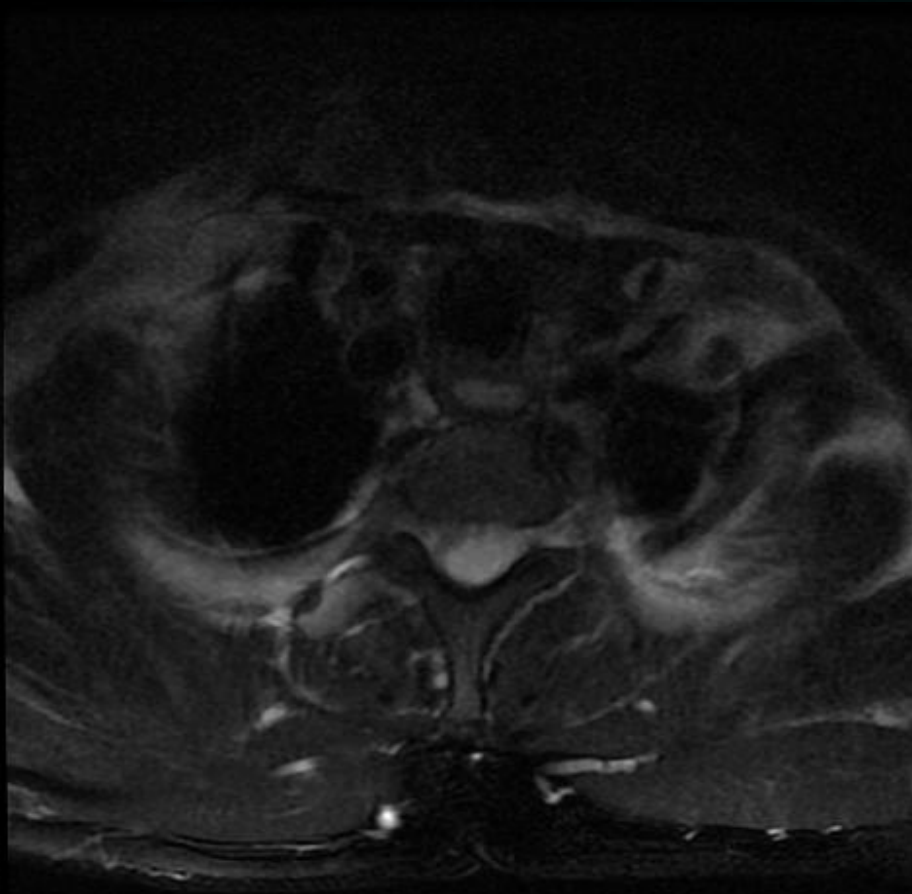
T2WI



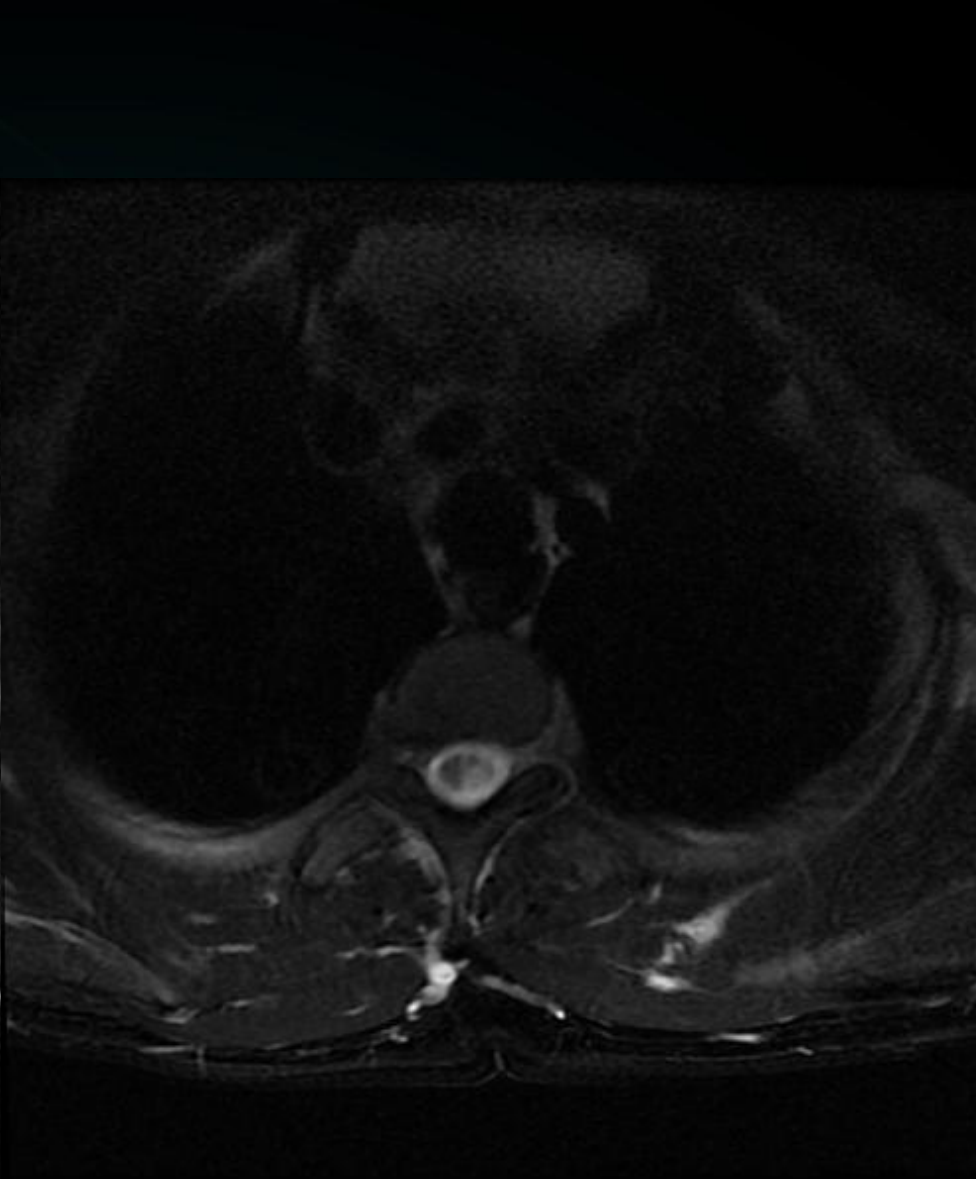
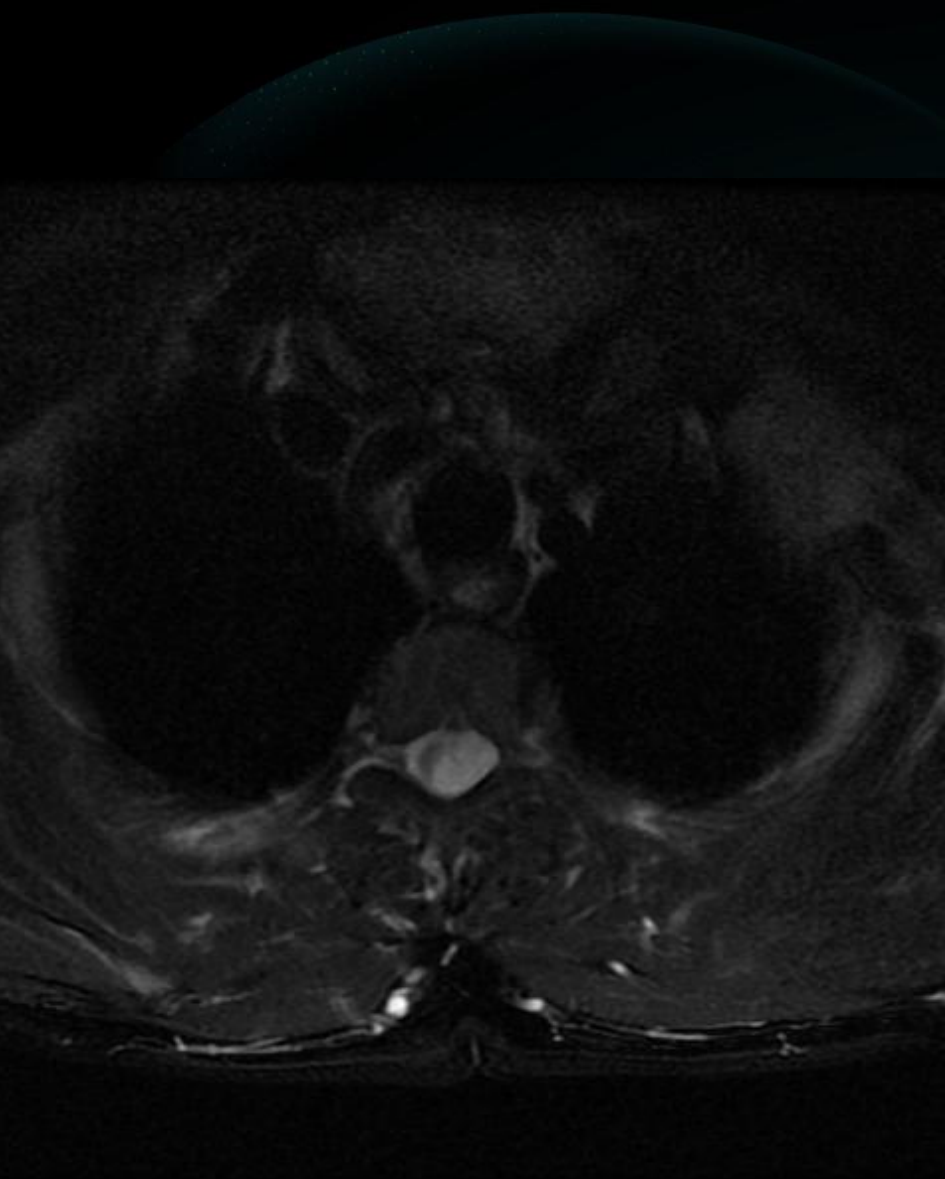
T2WI



T2WI

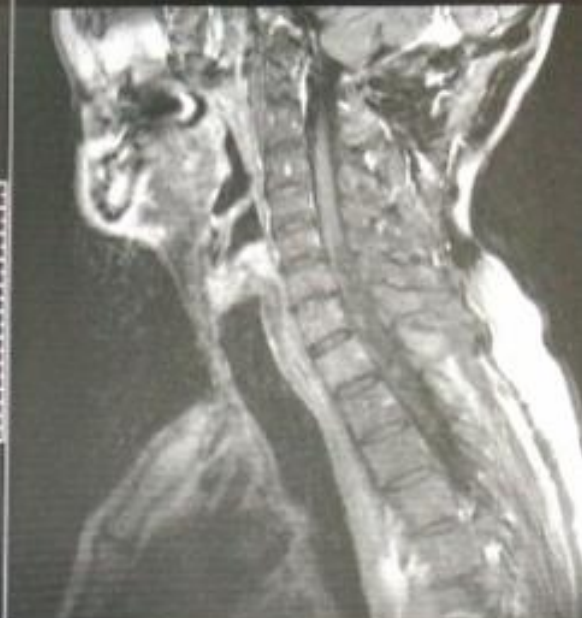


T2WI



T2WI

T1+C



T1+C

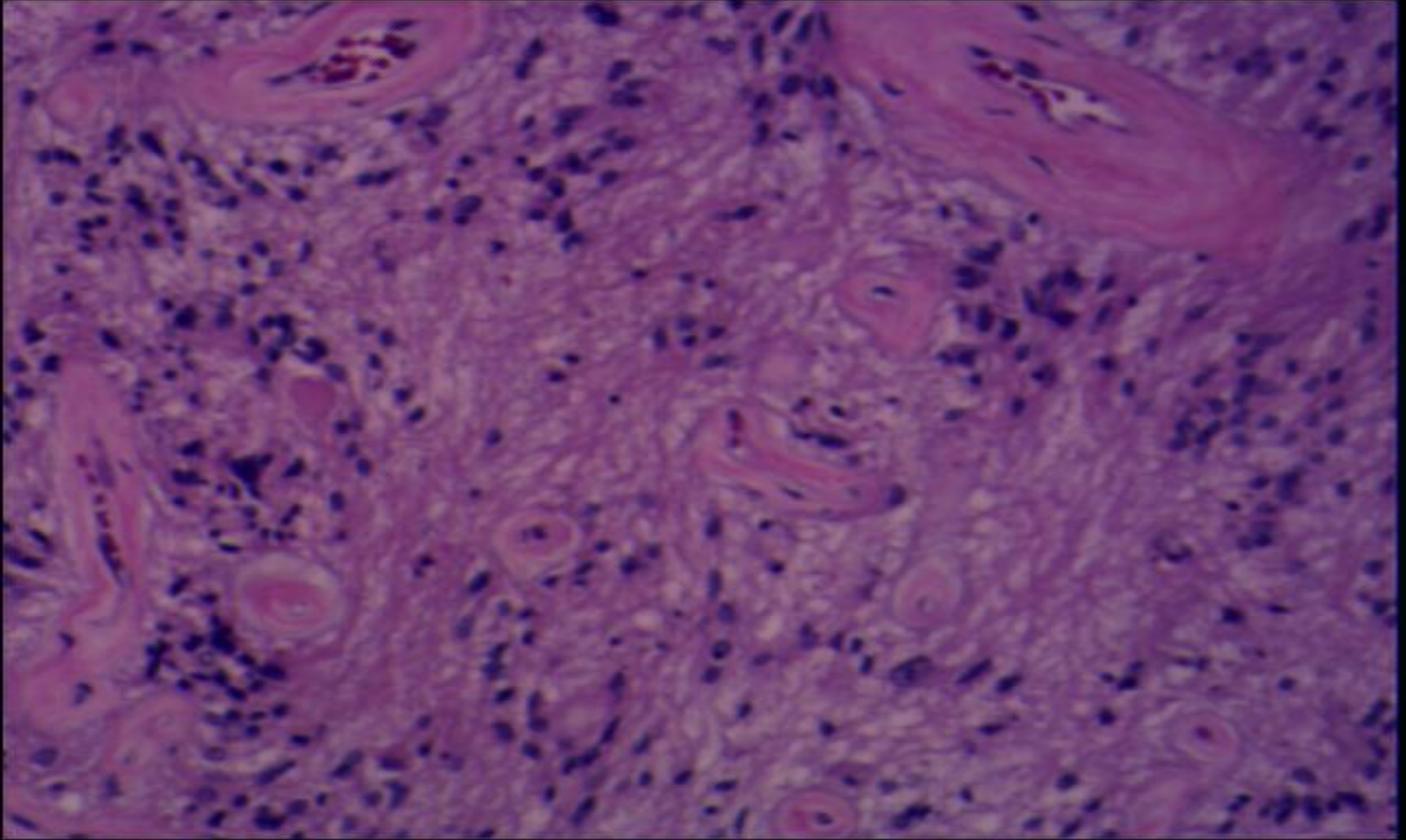




yh31.com

并椎管扩大减压术”。患者全麻达成后，取俯卧位，术区常规消毒，铺无菌巾。后正中直切口（从颈3棘突至胸3棘突，长约14cm），依次切开各层，分开椎旁肌，压迫止血，牵开器牵开，显露颈5至胸3椎板及棘突，铣刀铣除上述椎板，探查肿瘤位于颈5至胸2之间，切开硬脑膜，显微镜下切开蛛网膜，见上述阶段脊髓明显增粗，无颜色改变，后正中切开脊髓约6cm，可见肿瘤组织呈灰白色，血供一般，余正常脊髓组织无分界，先切取少许肿瘤组织送冰冻病理检查，然后分块锐性切除部分肿瘤组织，肿瘤质韧，冰冻结果显示偏良性组织，考虑为低级别胶质瘤，终止手术，标本向家属明示后送病例检查，护士清点棉片及器械无误后皮下置引流管一根，逐层缝合。手术顺利，术中出血约200ml，未输血。术中麻醉满意。术毕患者体温3

病理切片



病理结果

- 灰白碎软组织1x0.5x0.5cm
- (C5-T3)神经鞘瘤。
- S-100(+), Ki-67(1+) , SMA(-), Vim(+), CD117(-)

- 脊髓髓内肿瘤约占中枢神经系统肿瘤的 4%，其中以星形细胞瘤和室管膜瘤最常见，占80-90%。
- 神经鞘瘤是椎管内的常见肿瘤，多位于髓外硬膜下，位于髓内的十分罕见。
- 脊髓髓内神经鞘瘤是指发生在脊髓髓内不是直接起源于脊神经的神经鞘瘤。

- 发病机制 到目前为止髓内神经鞘瘤的起源还没有一个明确答案, 根据临床、手术、病理推测主要有以下几种起因:
- ① 起源于脊神经后根的雪旺氏细胞;
- ② 沿髓内血管周围神经分布的雪旺氏细胞;
- ③ 源自胚胎发育第 4 周神经嵴封闭过程中, 部分雪旺氏细胞异位;
- ④ 来源于中胚层的软膜细胞;
- ⑤ 髓内 迷走的周围神经纤维;
- ⑥ 来自创伤性脊髓损伤或慢性中枢神经系统疾患。

- 临床分析 髓内神经鞘瘤的临床表现与肿瘤的大小、位置有关, 具备一般髓内肿瘤的特点, 多引起受累脊髓平面下的上运动神经元损害的表现, 常先后出现疼痛、麻木、瘫痪、二便障碍、肌萎缩和呼吸困难等。病史和年龄无明显特异性。肿瘤的位置多位于上段脊髓, 其次为胸段占 22%

- M R I是诊断 椎管内占位病变的有效手段, 不难区分髓内和髓外肿瘤, 但髓内神经鞘瘤却没有特异性指征, 不能很好的与最常见的髓内胶质瘤鉴别。
- 一般来说, 髓内神经鞘瘤M R I表现 T 1 加权像为等 或低信号, T 2 加权像为高、低或混杂信号, 多与脊髓界限清晰, 可伴有脊髓空洞、水肿或囊变, 摄入 G D-D T P A 增强后明显强化, 可见肿瘤边界光滑清晰。由于髓内神经鞘瘤发病率极低, 故很容易误诊。
- 当M R I 显示髓内病变显著增强、边界光滑清晰时应想到神经鞘瘤的可能性。

鉴别诊断

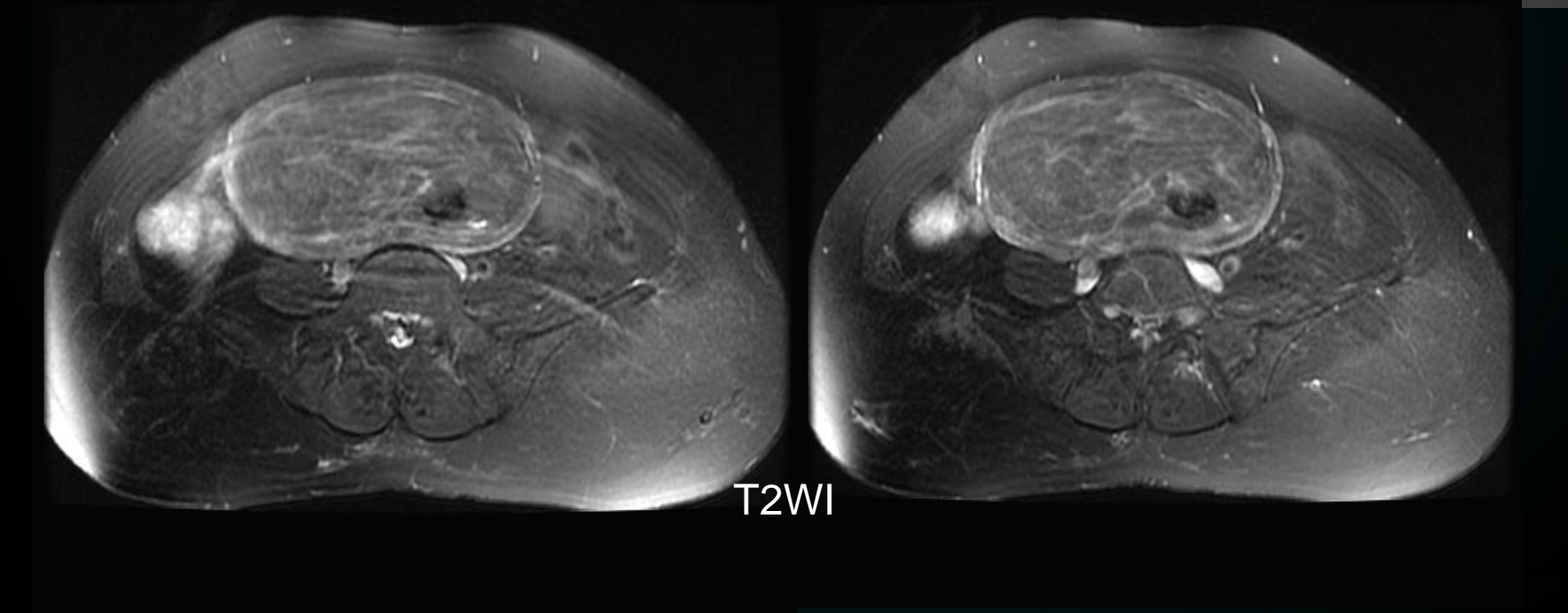
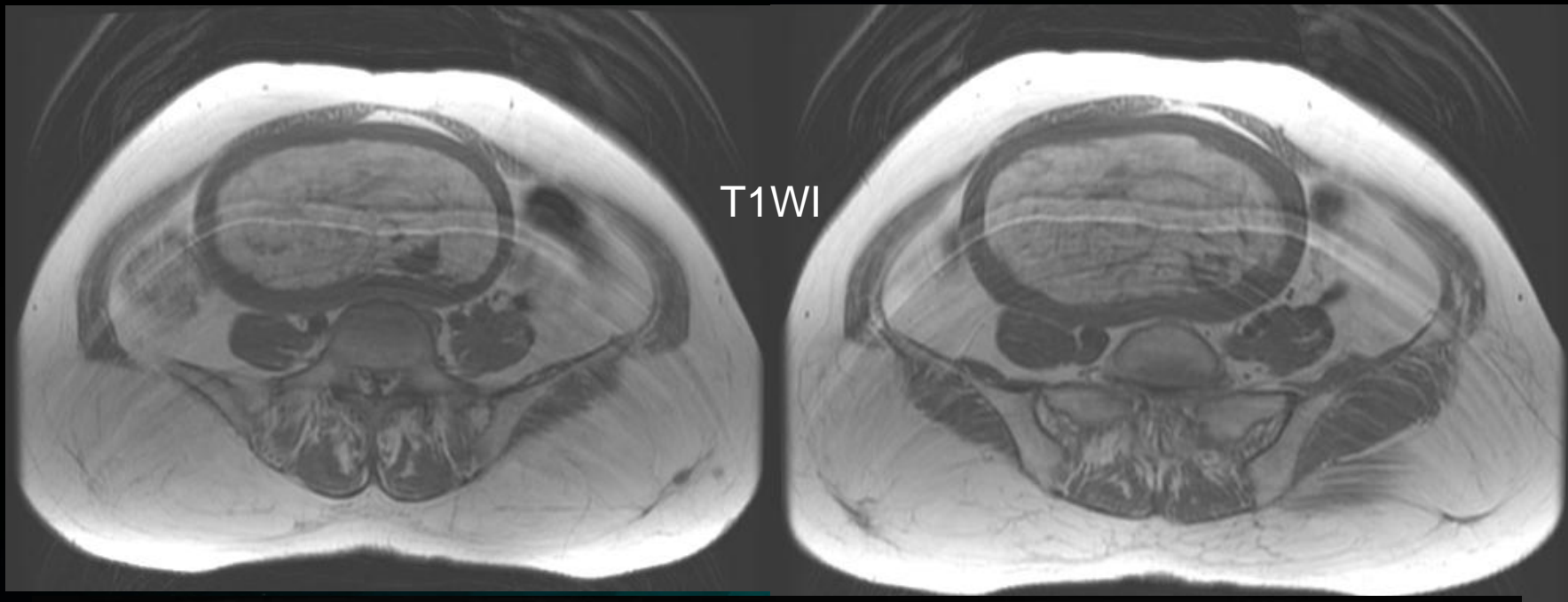
血管母细胞瘤

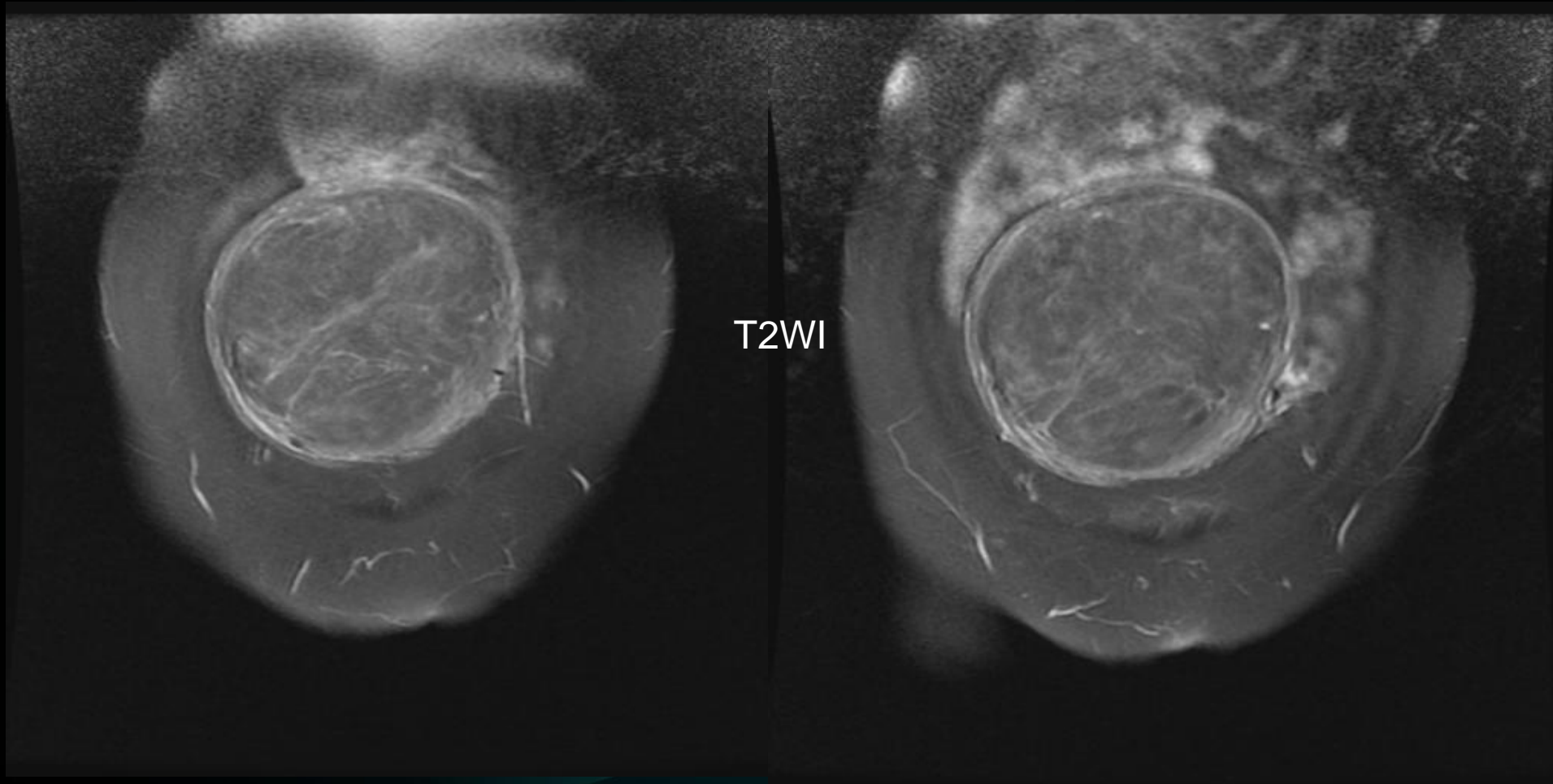
星形细胞瘤表现为脊髓梭形增粗，与正常脊髓分界不清。T1WI多呈等或低等混杂信号，T2WI为高信号。增强扫描肿瘤呈条片状中等信号强度改变。

室管膜瘤 范围相对局限，呈膨胀性生长，长圆形或腊肠状，与邻近脊髓分界清楚。其重要的病理特点是继发瘤体上界或下界广泛性空洞，而星形细胞瘤此类继发空洞则相对少见。空洞内液化坏死蛋白含量较高，故T1WI信号介于肿瘤实体和脑脊液之间，分界欠清晰，增强后肿瘤实体明显强化，使空洞清楚显示。

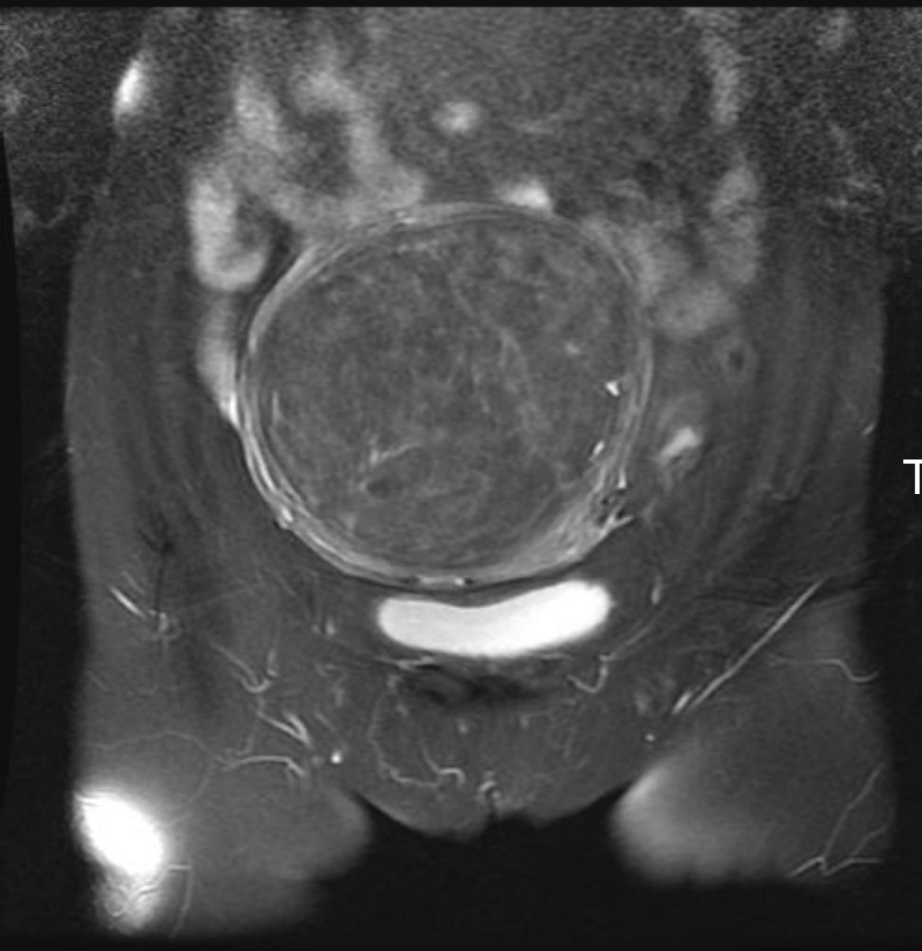
病例2

- 患者，女，66岁，感觉腹胀半年余。

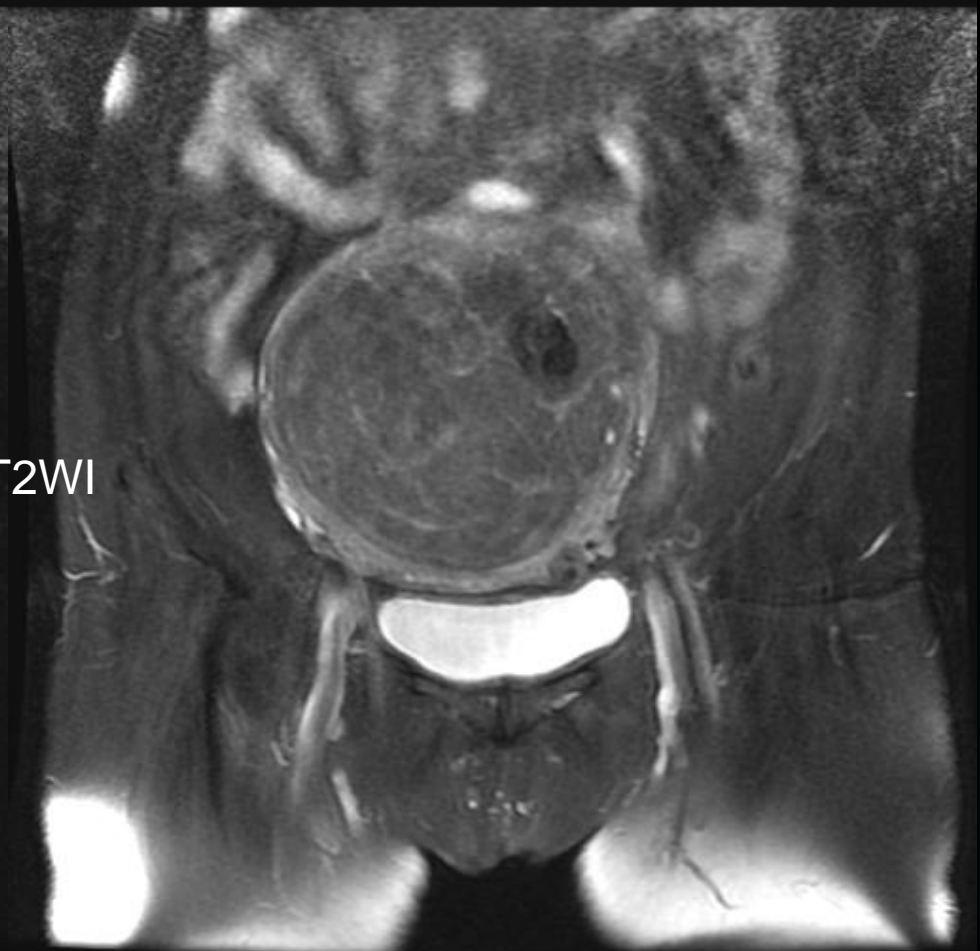


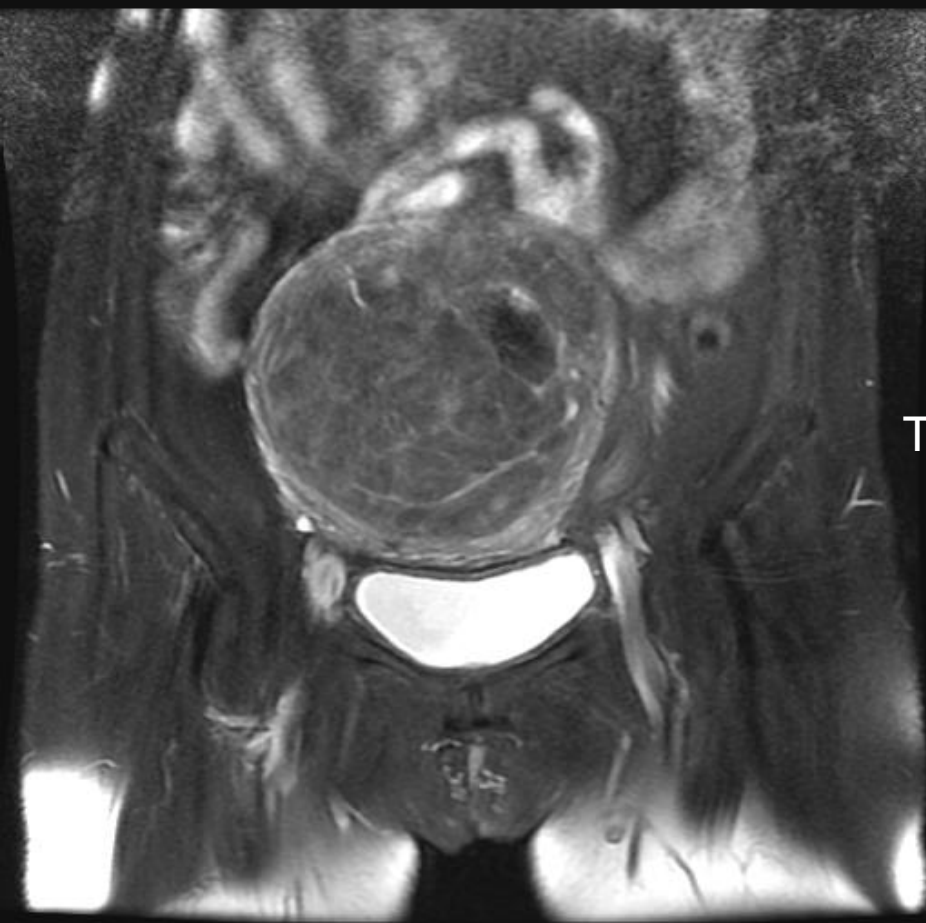


T2WI



T2WI





T2WI





T2WI





T2WI



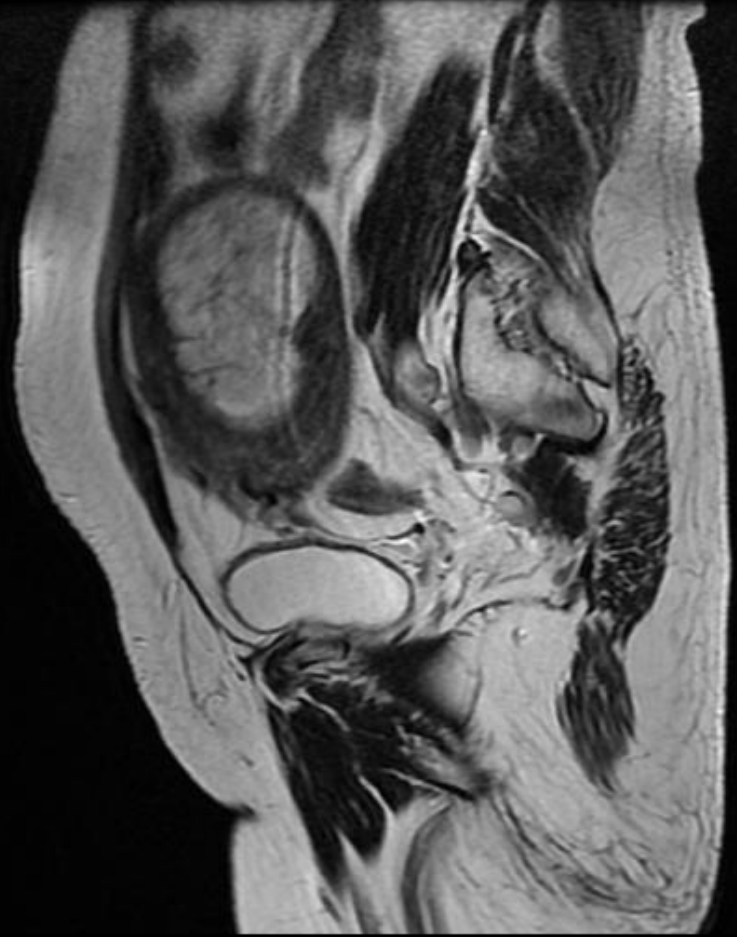


T2WI

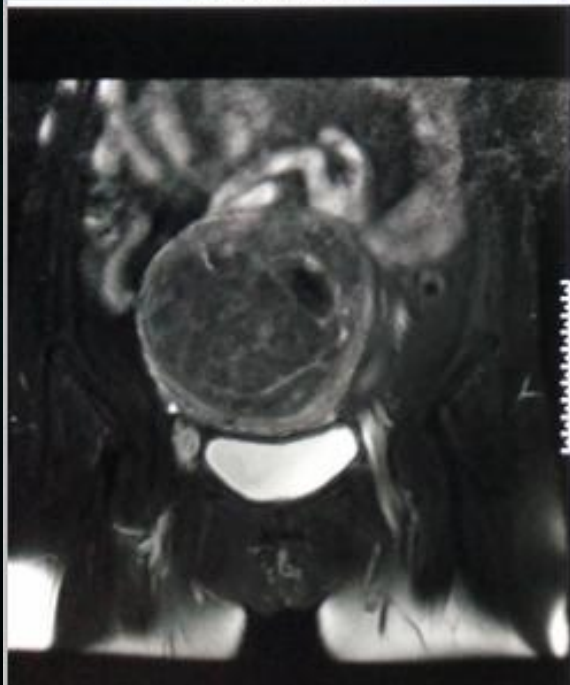




T2WI

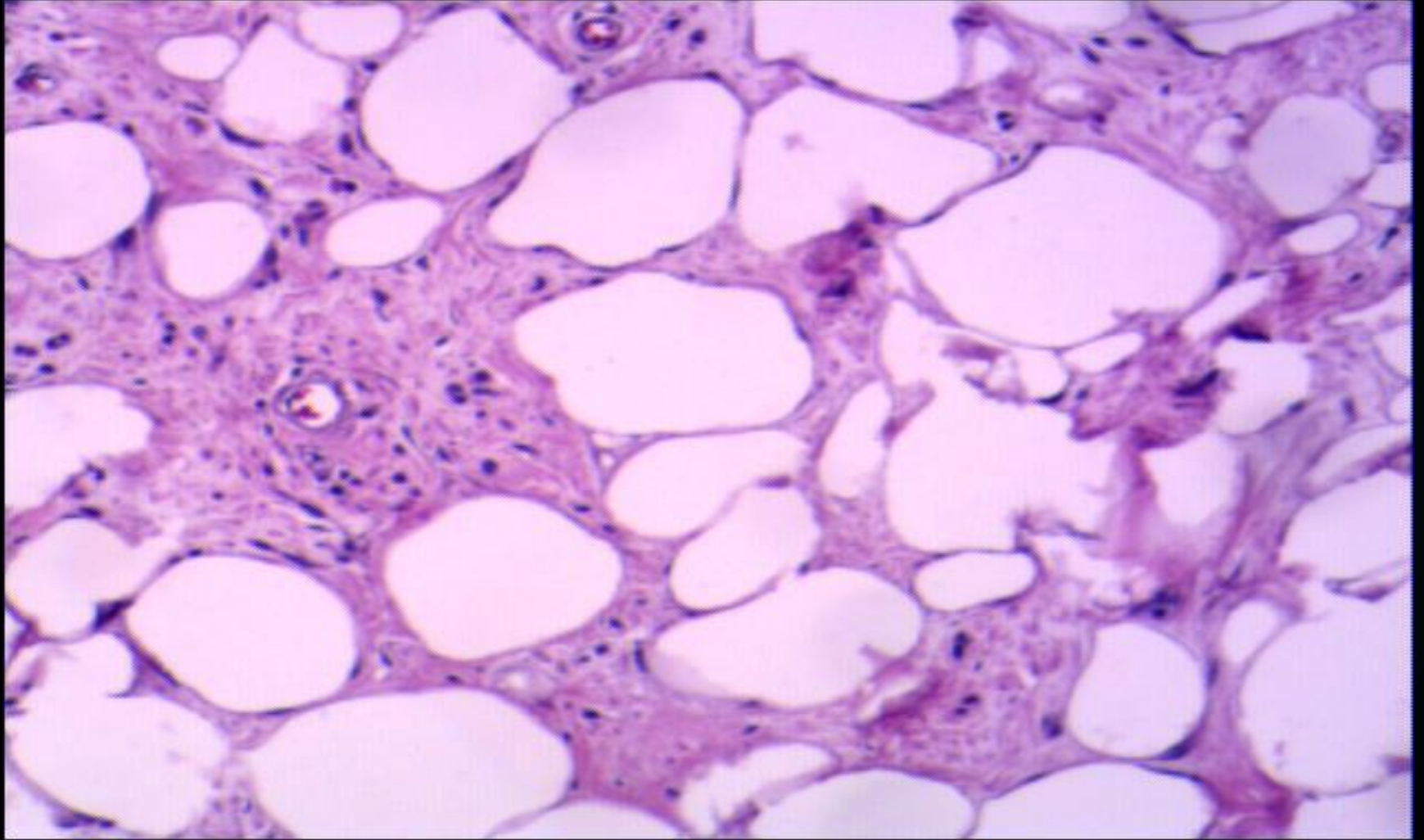






患者 王某某，女，60岁，因子宫肌瘤于今日14:00在全身麻醉下行经腹全子宫+双附件切除术，探查腹腔：见子宫增大如孕4月余，子宫后壁可见一直径约15cm肌瘤的肌瘤样结节，左侧宫角可见一大小约1.5、1cm的肌瘤样结节，查双侧输卵管及卵巢未见明显异常。大弯钳夹双侧子宫角部，将子宫提于腹壁切口，盐水纱垫推开肠管。两把大弯钳钳夹右侧圆韧带，切断，10号针线缝扎残端，弯钳钳夹右侧骨盆漏斗韧带，卵巢血管，切断，10号针线缝扎残端，同法处理对侧；kocax钳钳住右侧子宫血管，切断，10号丝线双重贯穿结扎，同法处理左侧。kocax钳逐步钳住右侧主韧带及宫骶韧带，同法处理对侧，沿宫颈下方3cm处阴道环形切除子宫，碘伏纱布消毒阴道残端，一号肠线连续锁扣缝合阴道残端 0号可吸收线连续缝合。查无活动性出血，清理腹腔，凡丁糖2支涂抹于腹腔，清点器械敷料无误，依次关腹，术后剖视见肌瘤脂肪变性，切除组织经家属过目后送病检。出血30ml，未输血，输液1500ml。术后生命体征平稳：T：36.6℃ P：70次/分

病理切片



病理结果

- 冰冻：子宫血管平滑肌脂肪瘤。建议做免疫组化进一步诊断。

血管平滑肌脂肪瘤是位于肾内或肾旁的多发生于妇女的错构瘤样病变,偶见于淋巴结、肝脏、纵隔及皮肤,位于子宫者十分罕见。

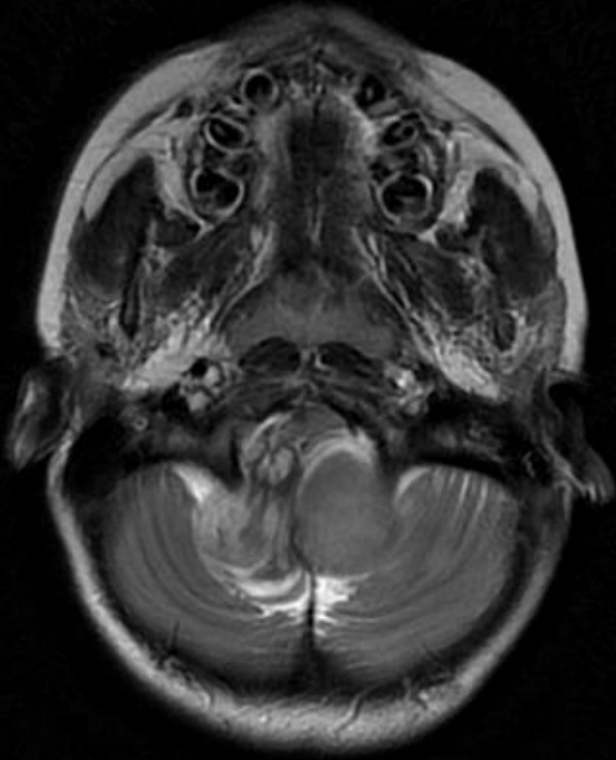
子宫内的血管平滑肌脂肪瘤起源尚不明确,可能属于良性中胚层肿瘤,起源于子宫未分化间叶细胞。近年来研究则认为此瘤的组织发生是来自血管周上皮样细胞。此病术前难以诊断,而是在术中冰冻或术后病理得到确诊。镜下可见肿瘤由成熟脂肪组织,厚壁血管(缺乏弹力层)及平滑肌束成分混合而成;血管壁厚薄不均,扭曲;平滑肌束围绕血管并向周围脂肪组织延伸。该肿瘤是否有内分泌功能仍需进一步研究。因此对绝经后子宫出血应想到本病并进行相关检查以利于诊治。

鉴别诊断

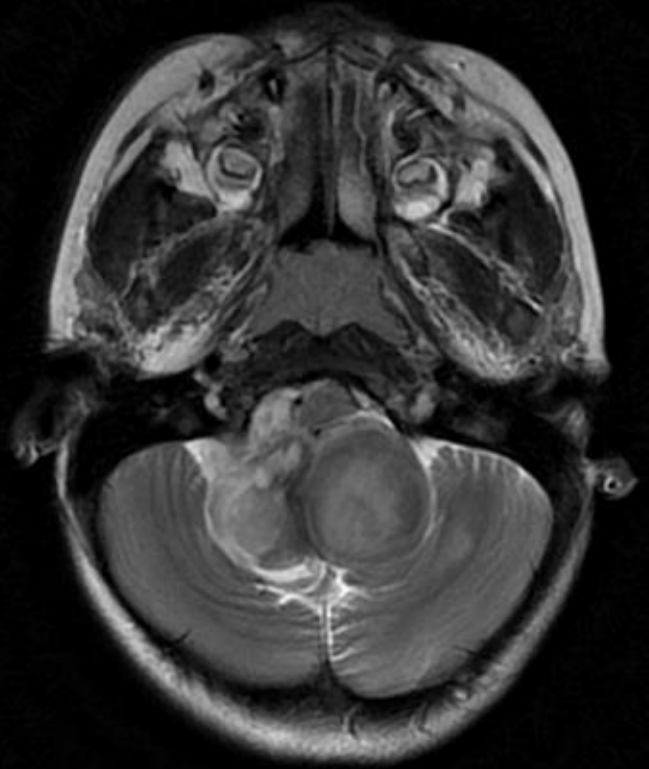
- (1) 子宫肌瘤
- (2) 畸胎瘤
- (3) 子宫肉瘤

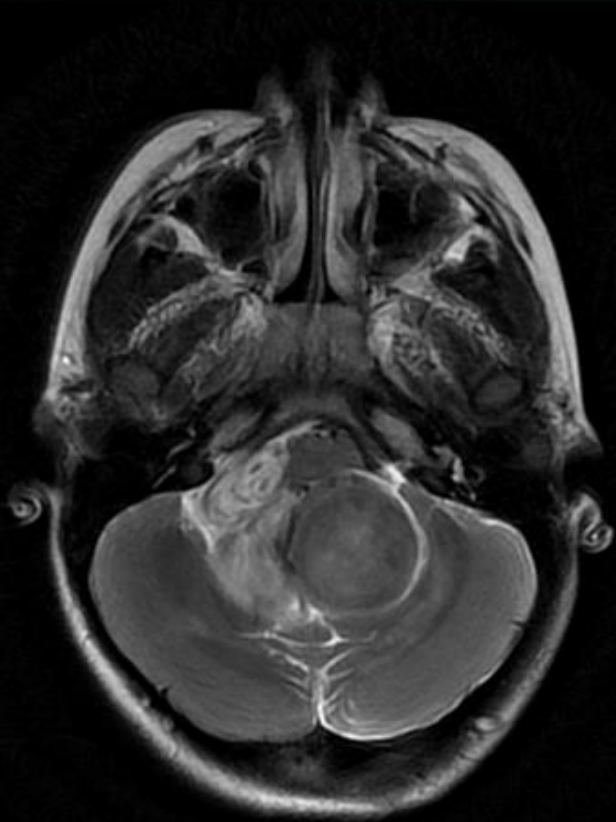
病例3

患者，女，10岁，走路姿势异常8年，自行走路比正常人晚，智力发育尚可。

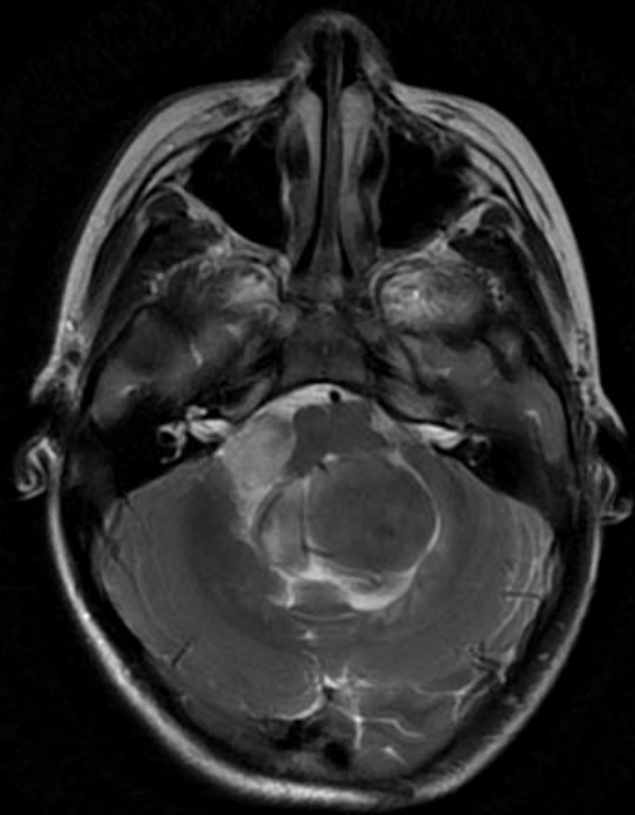


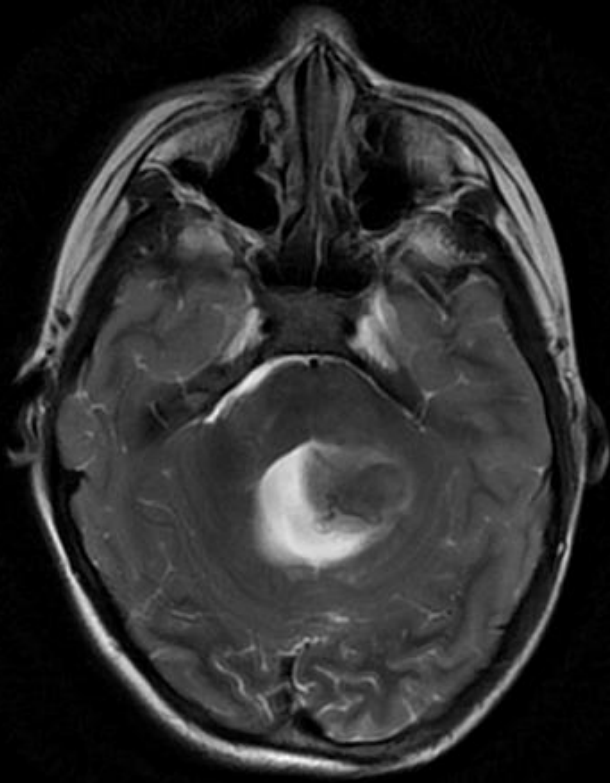
T2WI



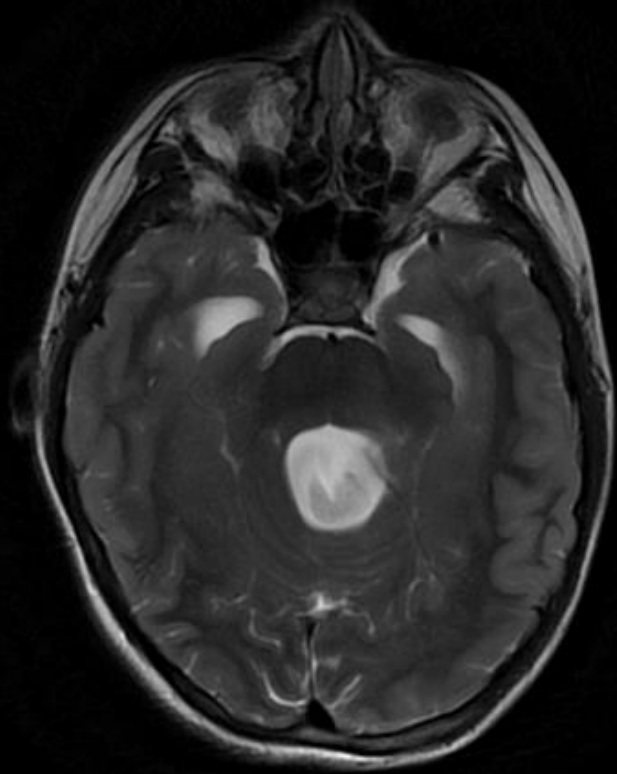


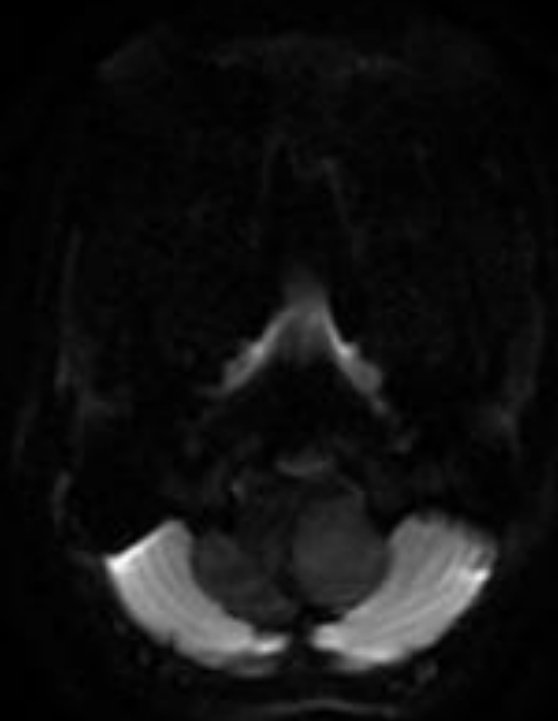
T2WI



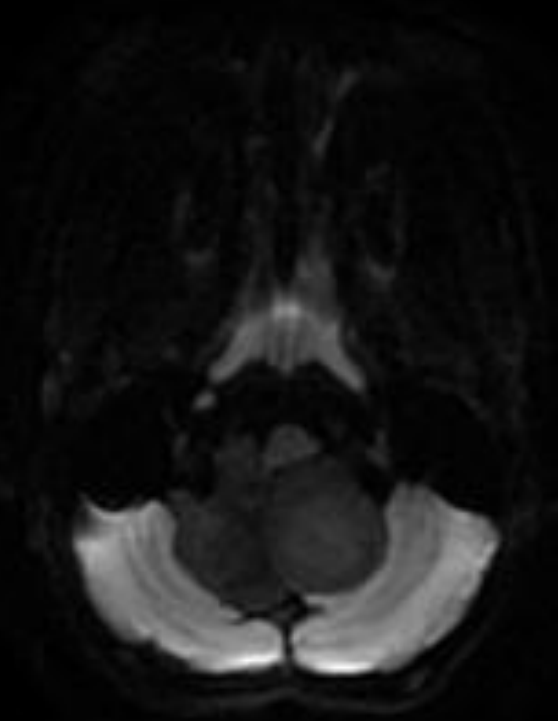


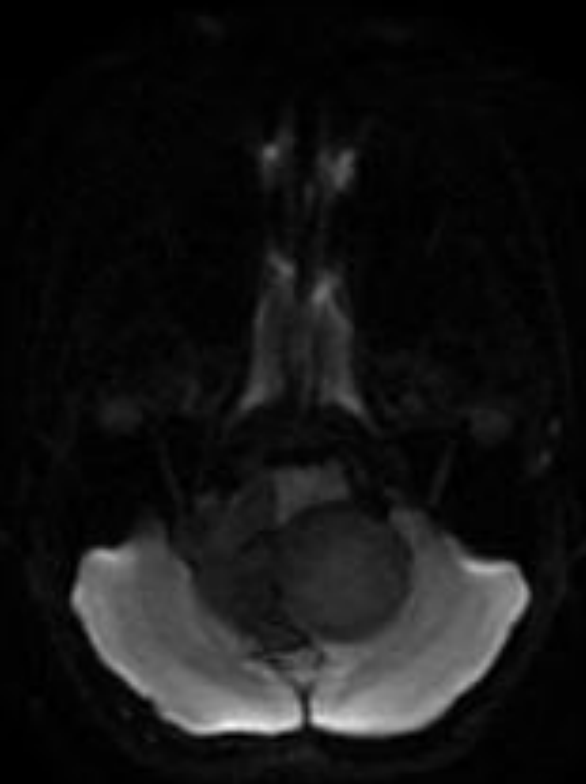
T2WI



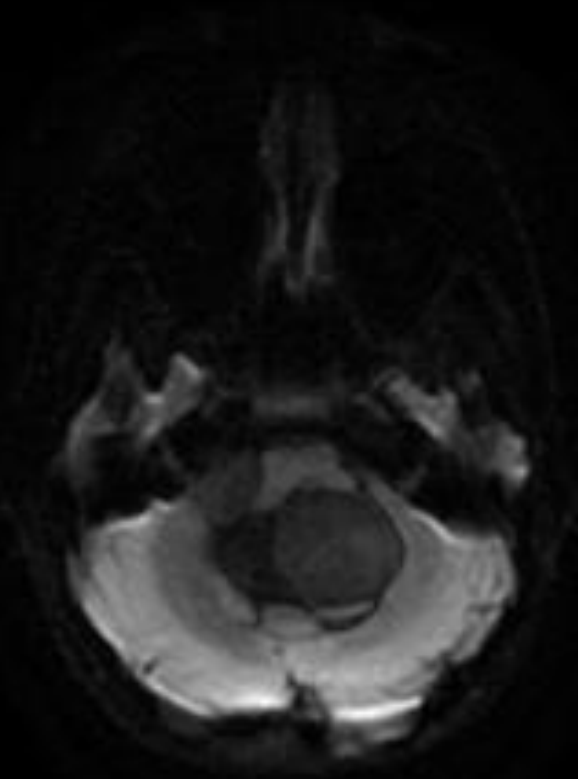


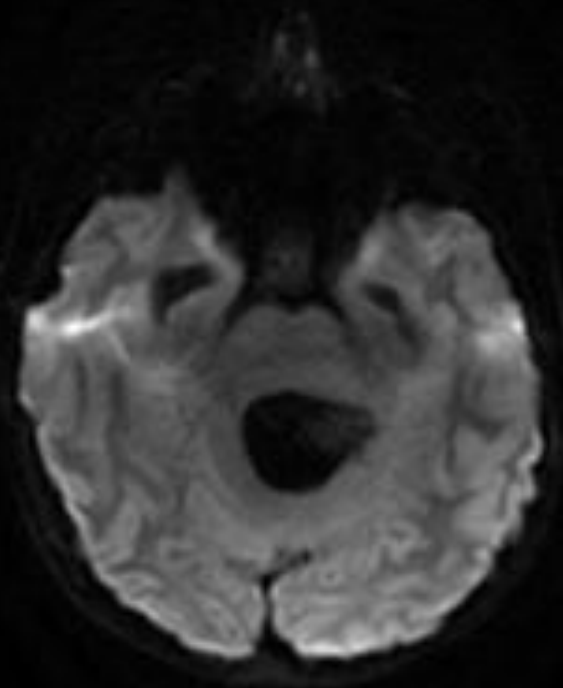
DWI



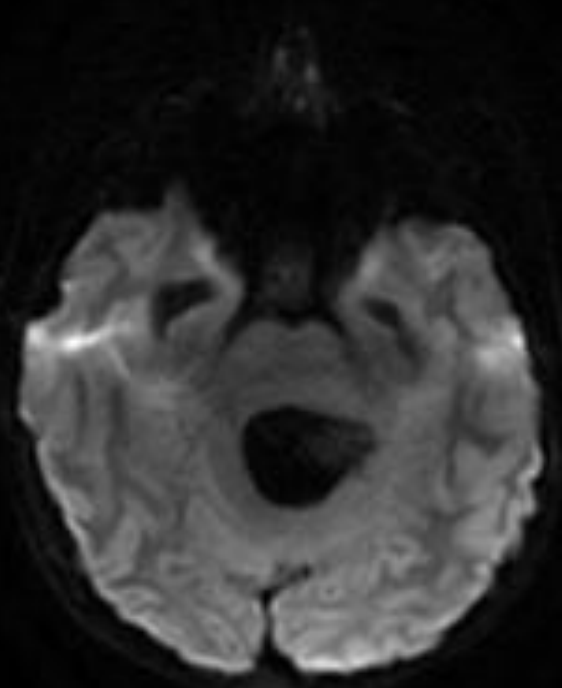


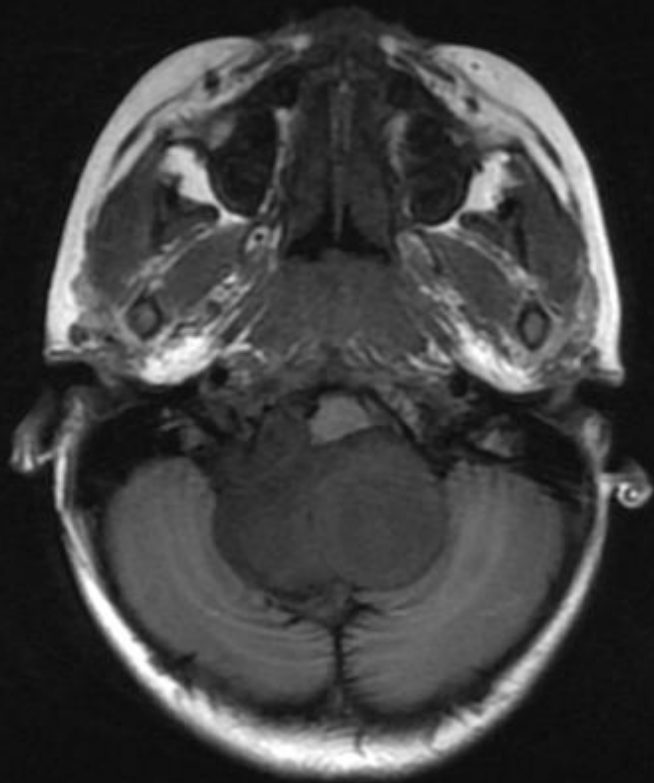
DWI



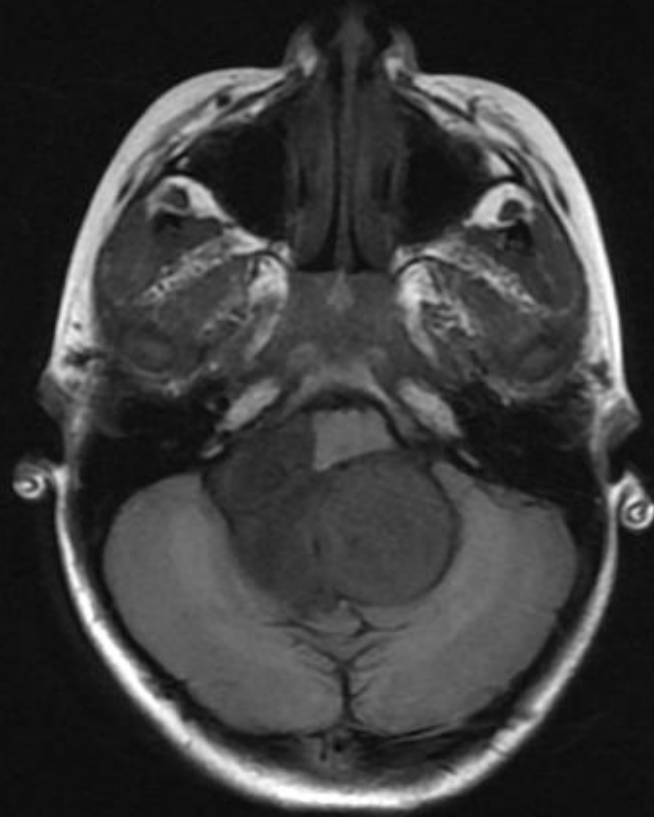


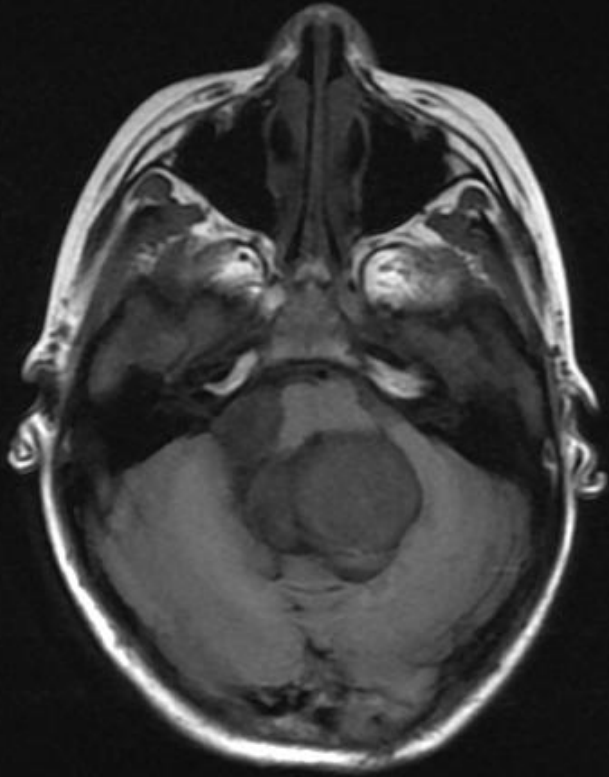
DWI



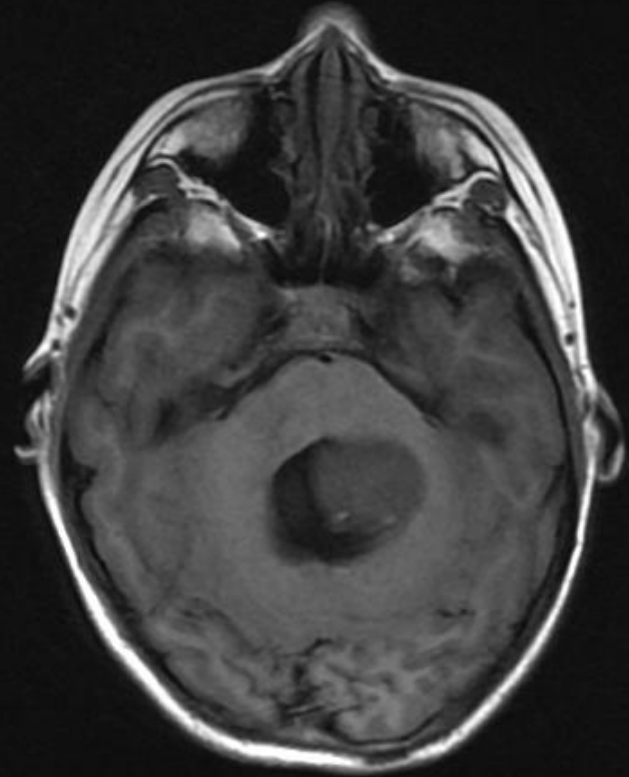


T1WI





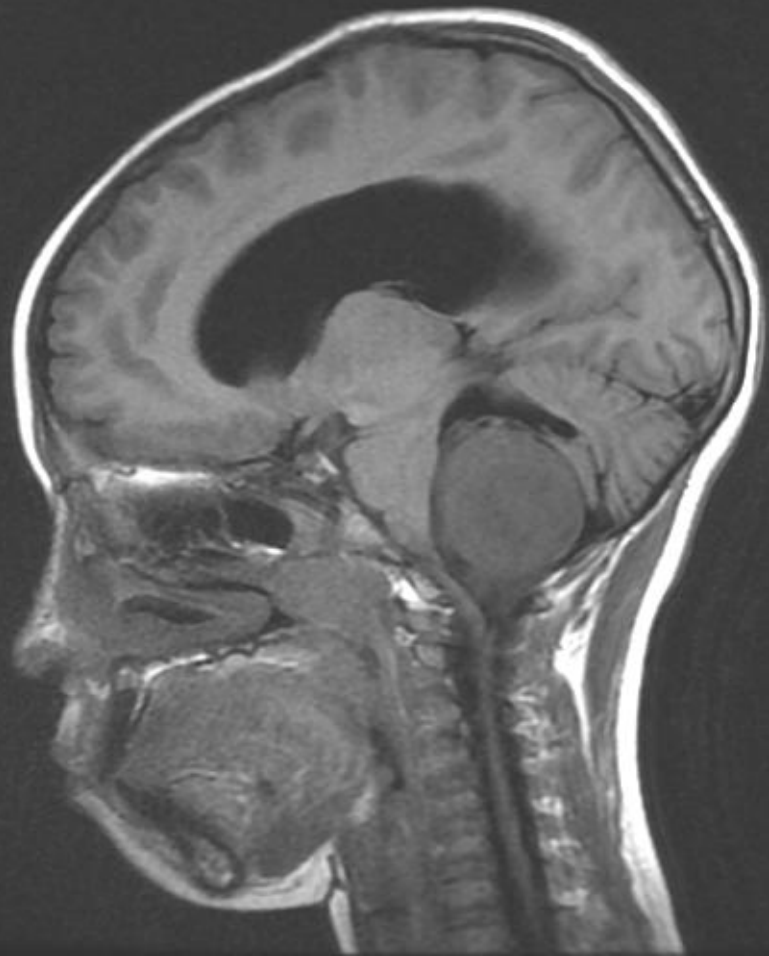
T1WI





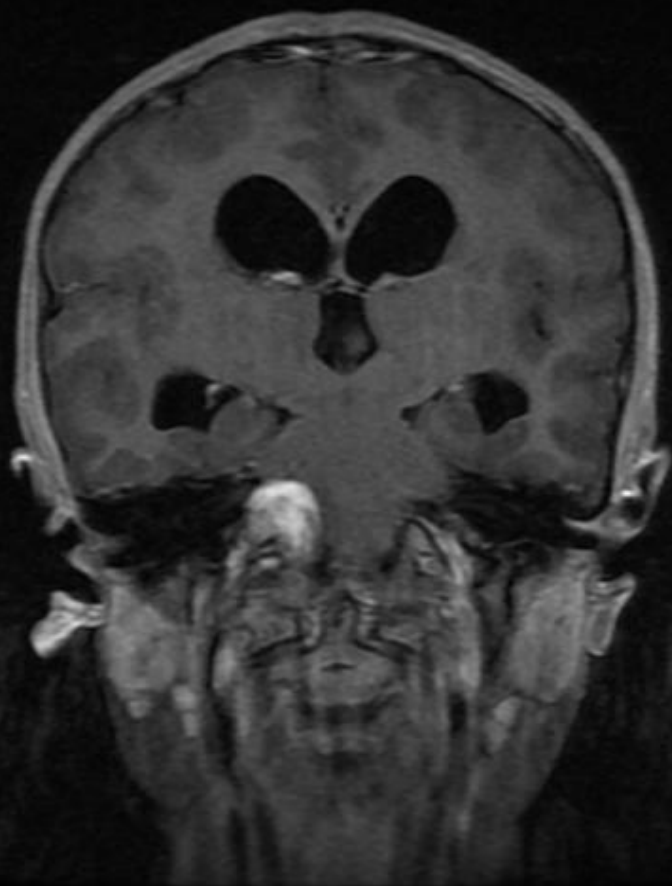
T1WI



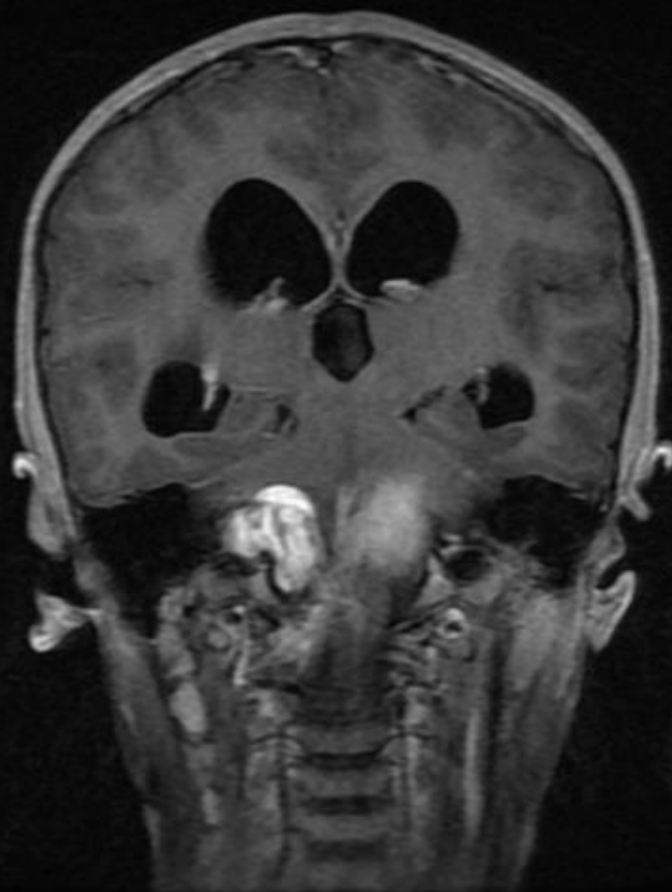


T1WI



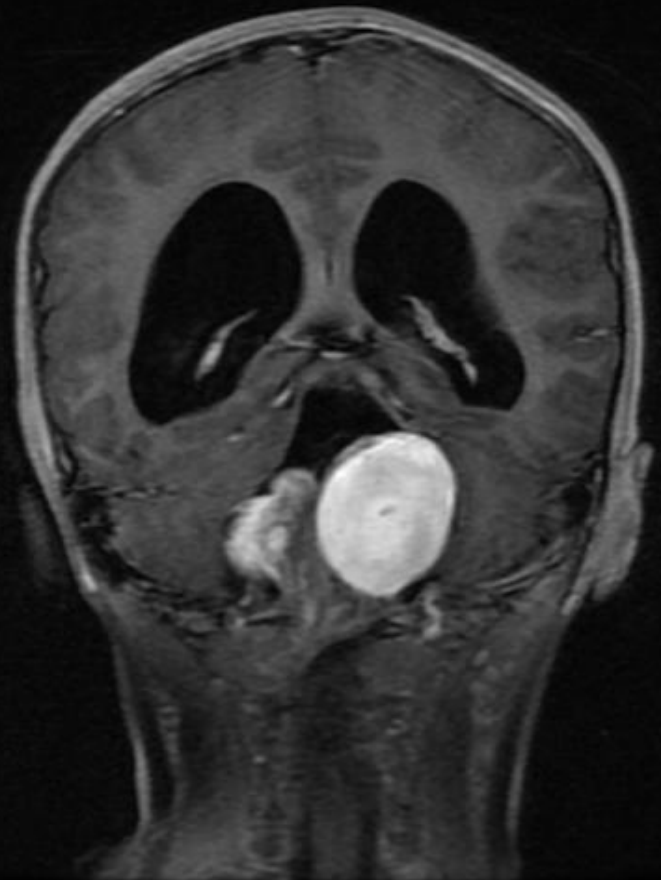


T1+C



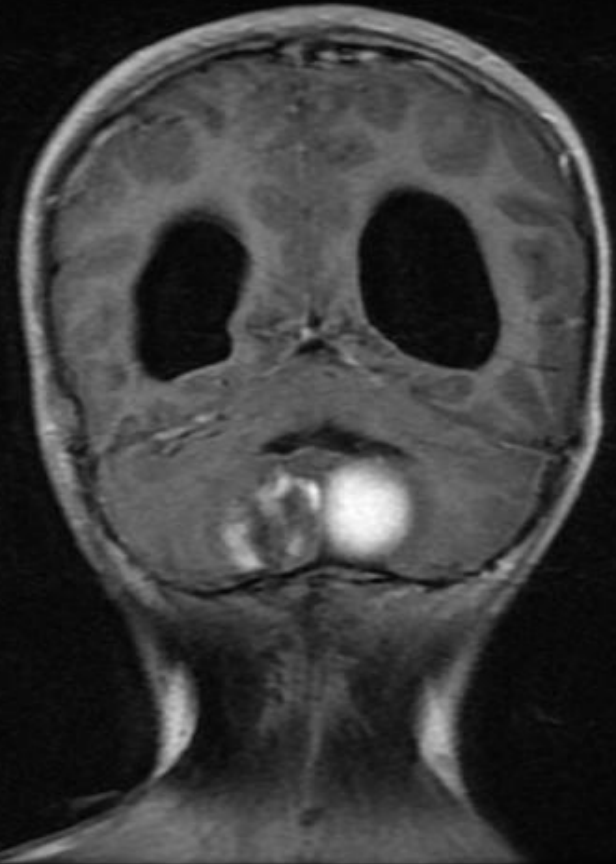


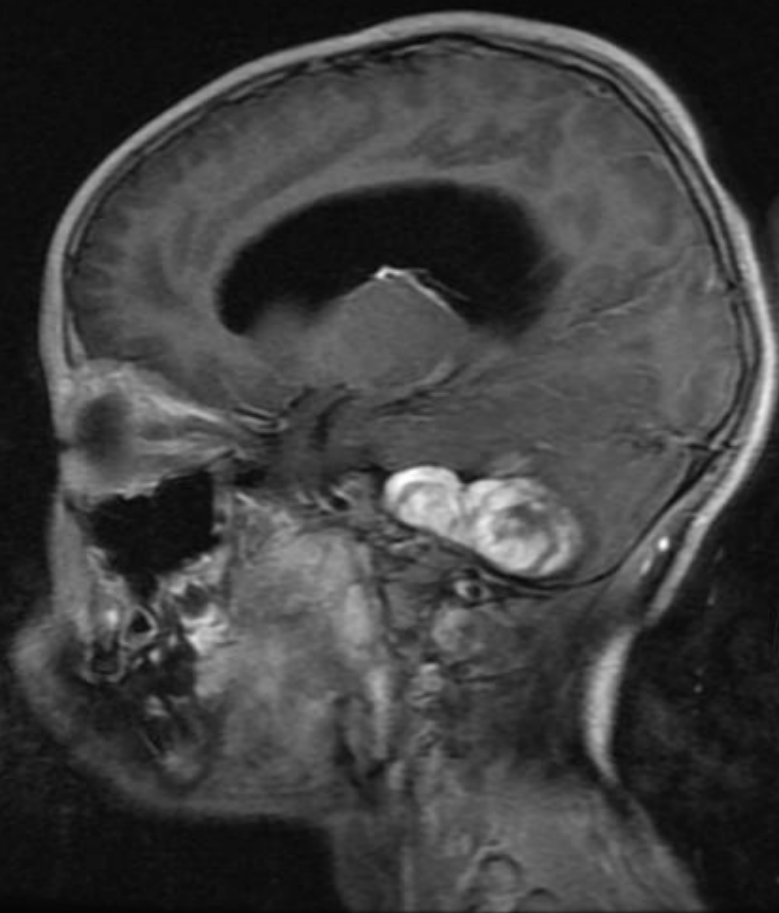
T1+C



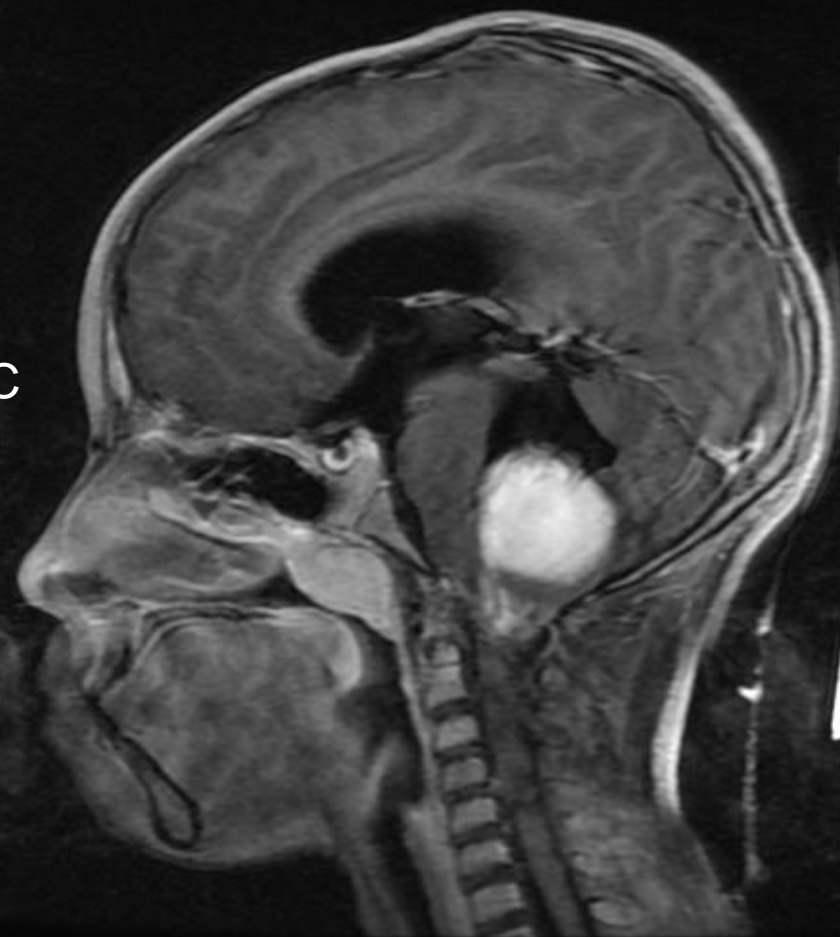


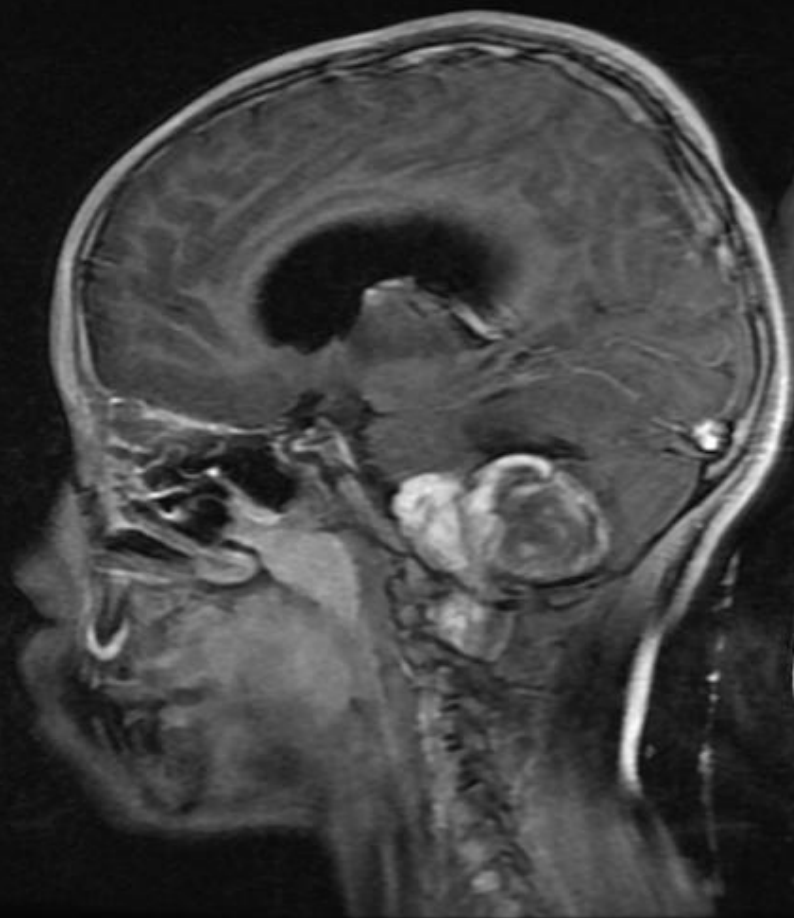
T1+C





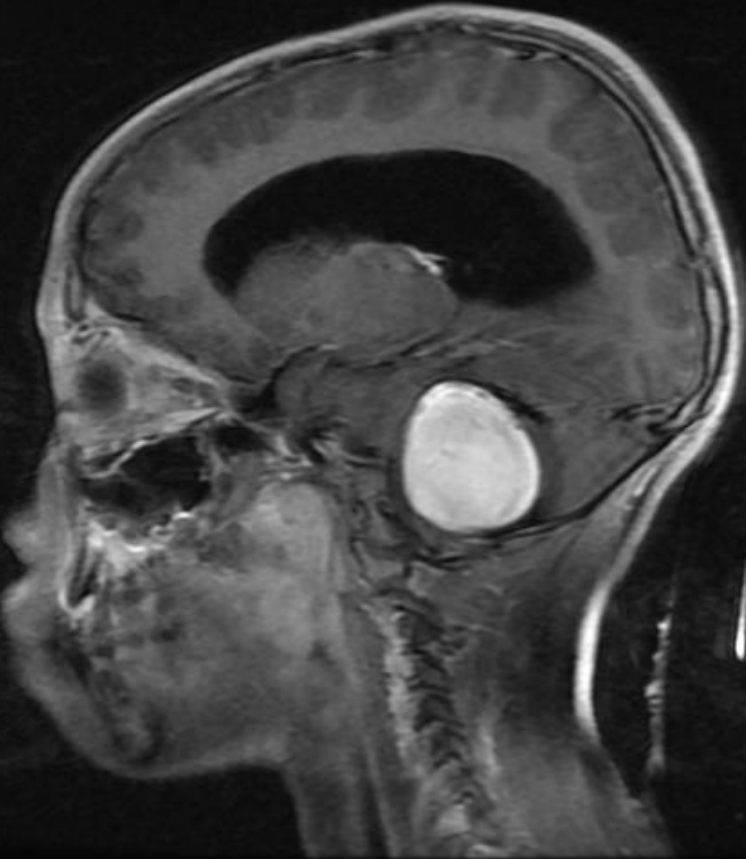
T1+C



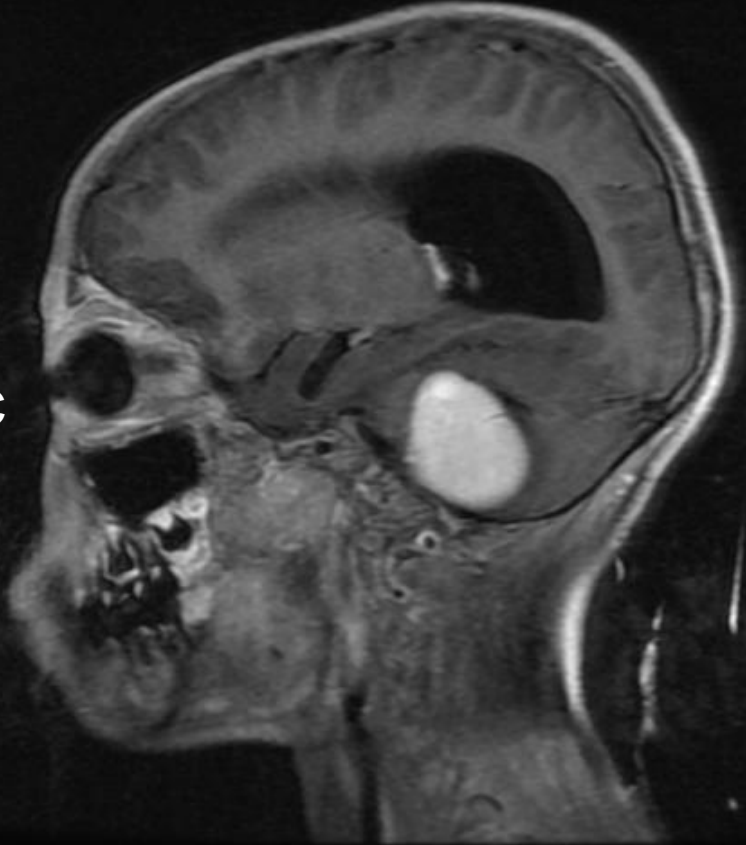


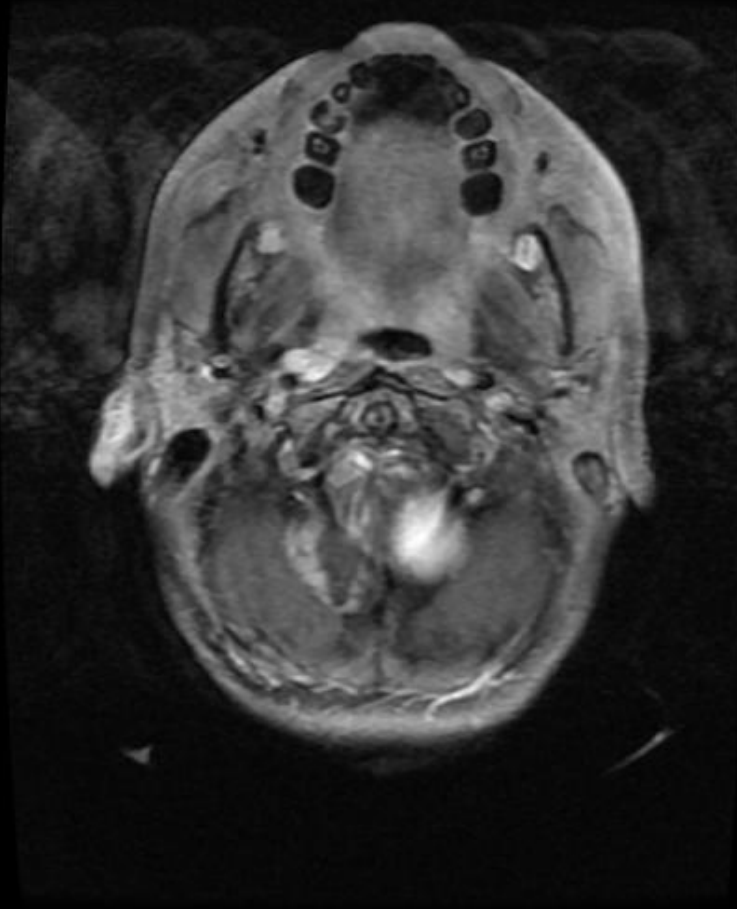
T1+C





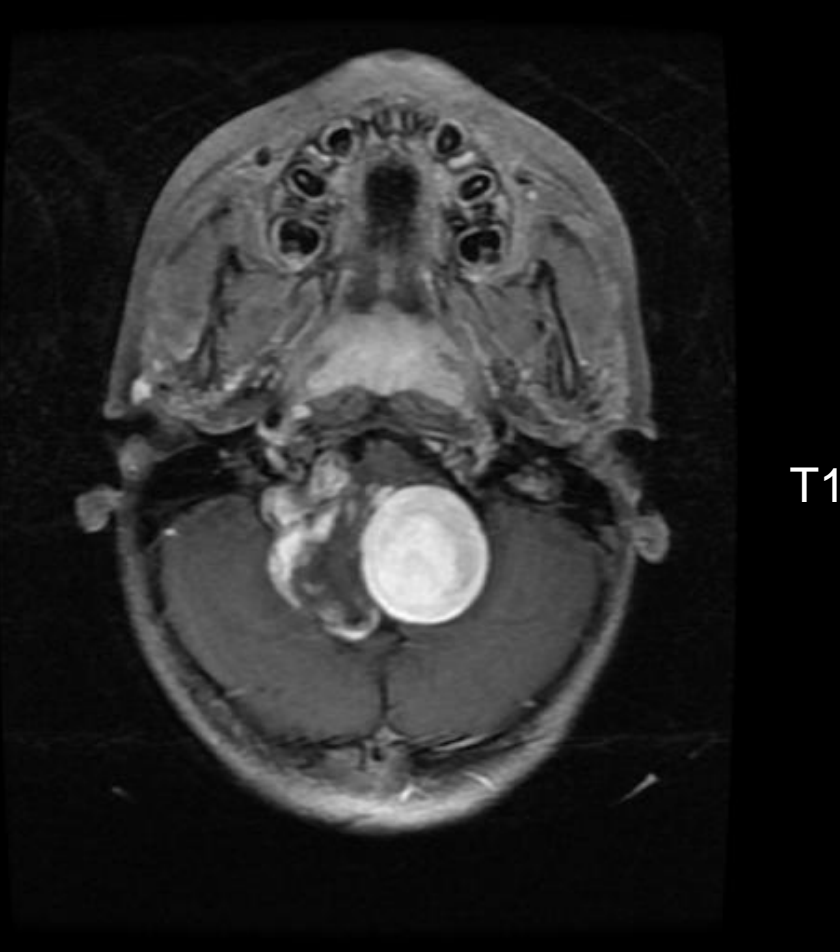
T1+C





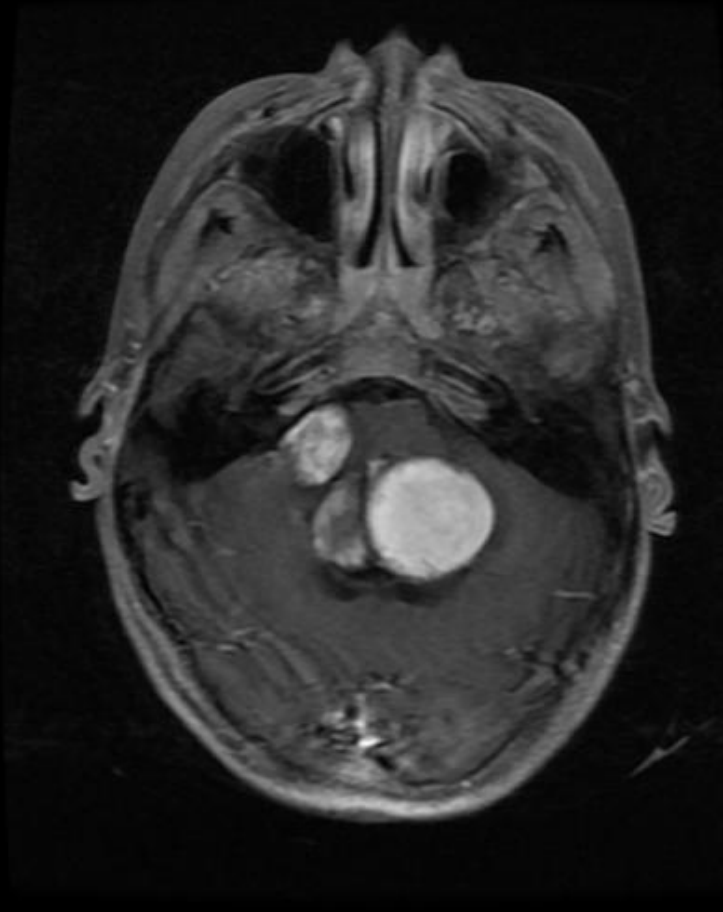
T1+C



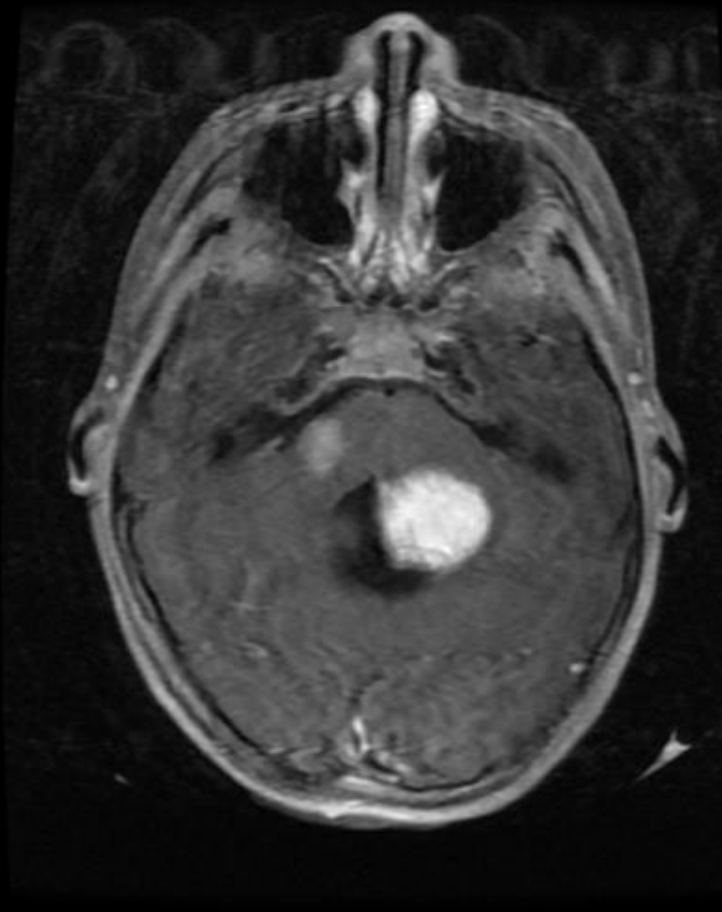


T1+C





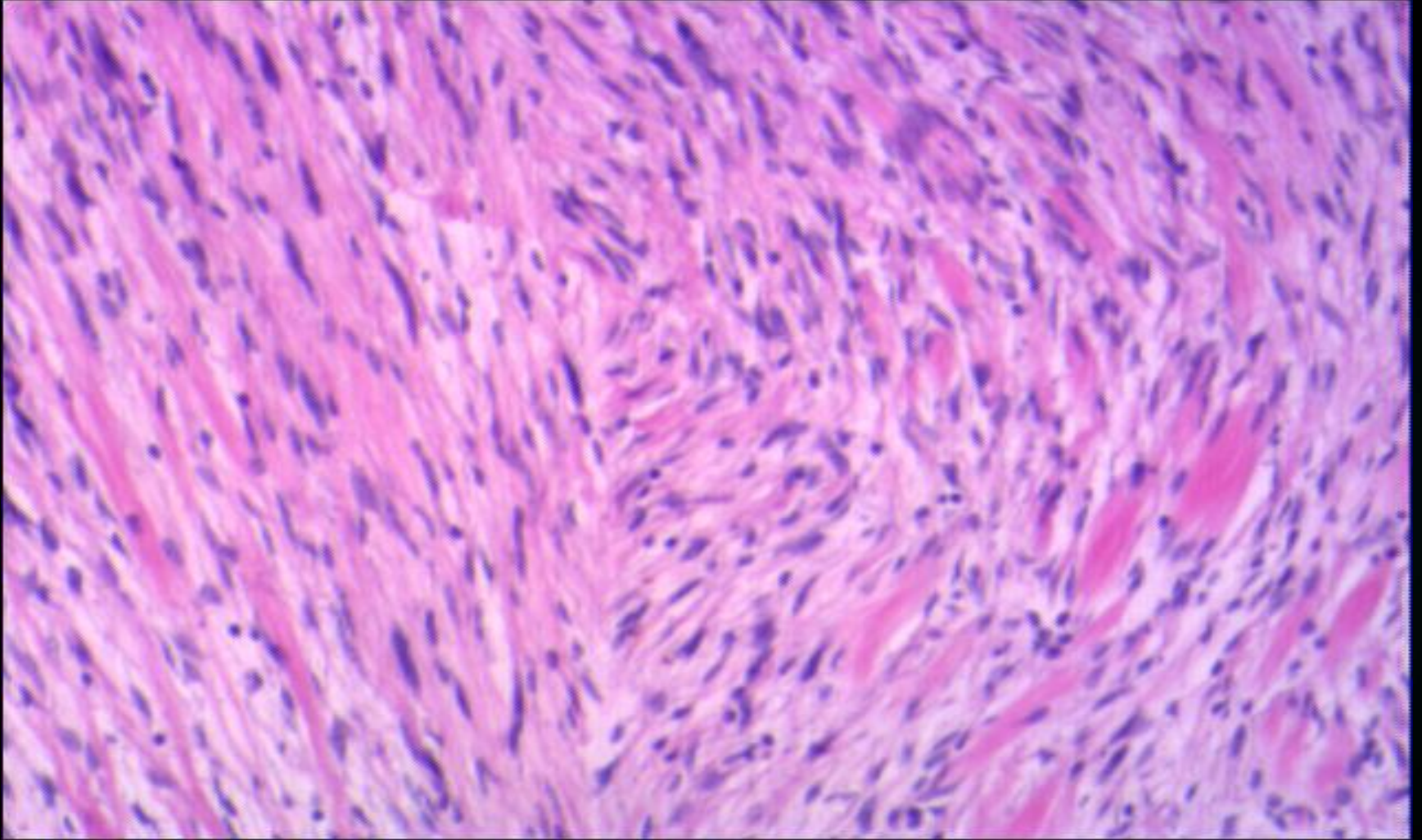
T1+C





10:10在全麻下行“颅内肿瘤切除+骨瓣复位术”。患者全麻达成后，取左侧卧位，术区常规消毒，铺无菌巾。取枕颈部直切口，从枕外隆突上1cm至颈4椎体棘突，切开皮肤、皮下组织、枕部肌肉，达骨膜，撑开皮肌瓣，显露枕骨鳞部及寰椎，开骨瓣约6×7cm大小，上达横突下缘、下达枕骨大孔，枕骨大孔及寰椎打开约2cm宽，Y形切开硬膜，解剖枕大池蛛网膜，可见巨大肿瘤，呈灰白色，质韧，有包膜，血供一般，肿瘤将小脑半球挤向后上方，延髓及颈髓压向前方，显微镜下仔细分离肿瘤周边神经及血管，将肿瘤分块切除，可见肿瘤位于神经根上，于寰枢椎见椎间孔向外延伸，此处与颈髓粘连紧密，故残留，肿瘤切除约95%左右，彻底止血，查无活动性出血，清点棉片及器械数目无误，缝合硬脑膜，自体筋膜修补硬膜缺口，并用明胶海绵、医用生物胶粘合覆盖，骨瓣复位并用1枚可吸收颅骨锁及骨瓣钻孔后丝线固定，逐层间断缝合肌肉、皮下组织、皮肤。标本向家属明示后送病理检查。手术顺利，术中出血约400ml，输O型RH阳性去白细胞悬浮红细胞1U，无输血反应。术中麻醉满意。术毕患者体温3

病理切片



病理结果

- 灰白多结节状组织，直径约1-3cm,部分切面胶样。
- 免疫组化，符合神经纤维瘤。
- 免疫组化：S-100+, GFAP-, SMA-, EMA-, KI-67.

鉴别诊断

- (1) 室管膜瘤
- (2) 脉络丛乳头状瘤
- (3) 髓母细胞瘤
- (4) 听神经鞘瘤
- (5) 桥小脑角区脑膜瘤

Thanks!