维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2006)03-0453-02

中枢神经细胞瘤

——附 8 例病案报道

李九州[1],霍 钢[1],娄四龙[1],支兴刚[1],吕长虹[2]

(1. 重庆医科大学附属第一医院神经外科,重庆 400016;2. 重庆医科大学附属第一医院病理科,重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R739.4 【文献标识码】B 【收稿日期】2005-12-11

中枢神经细胞瘤(central neurocytoma,CNC)是一种罕见的神经细胞肿瘤,由 Hassoun 等[1]于 1982 年首次描述,1993 年 WHO[2]在中枢神经系统肿瘤组织学分类中将其正式归类为神经元肿瘤。目前认为 CNC 起源于室管膜下板细胞或者透明隔及穹隆部位的小灰核颗粒神经元细胞。CNC 发病率低,约占中枢神经系统肿瘤的 0.1%[3]。本院 2000 年 1 月至 2005 年 12 月收治颅内中枢神经细胞瘤 8 例，均经病理及免疫组化证实,结合文献报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

2000 年 1 月～2005 年 12 月我科收治的中枢神经细胞瘤 8 例,其中男 5 例,女 3 例,年龄在 17～53 岁之间,平均年龄 34 岁。病程 2 个月至 1 年不等,平均 7.5 个月。8 例均有颅内压增高表现,如头痛、呕吐、视神经乳头水肿,2 例头晕伴行走不稳。

1.2 方法

8 例患者均行 CT 及 MRI 平扫加强化检查,8 例均行显微手术切除,其中 4 例经额叶皮质入路,3 例经纵裂池入路,1 例经侧脑室三角区入路。术后常规病理检查及免疫组化检查。早期 4 例手术全切者及 2 例未获全切者行术后放疗,后期 2 例手术全切者未行其他治疗。

2 结 果

8 例均行 CT 及 MRI 检查,左侧侧脑室 3 例,位于透明隔 3 例,右侧侧脑室 2 例。CT 检查见肿瘤位于侧脑室或透明隔,呈略高不均匀密度影,4 例见点状钙化灶,2 例有小囊变。MRI 成像见肿瘤呈等皮质信号,注入显影剂后不均匀强化,并与侧脑室壁或透明隔相附着。8 例患者均行病理及免疫组化检查:肿瘤组织由均匀一致的小圆形细胞组成,核圆形无多形性,未见核分裂像,核周有明显的空晕,细胞分布于纤细的神经纤维性基质中,呈不典型的放射状排列。免疫组织化学染色显示 6 例突触素(Synaptophysin,Syn)阳性,2 例 Syn 可疑阳性,8 例胶质纤维酸性蛋白(Glial Fibrillary Acid Protein, GFAP)均阴性。6 例获全切。2 例行次全切及早期 4 例全切者加术后放疗,总剂量 5000~5500Gy/5~6w,4~5 次 /w,200~250Gy/ 次。无手术死亡,无特殊并发症。随访 1~5 年,获全切者均未复发(图 1,2),1 例行次全切者术后 3 年复发,放弃继续治疗。

3 讨 论

CNC 青年人多见。肿瘤好发于侧脑室,有病例报道尚可发生于第三脑室、第四脑室、脊髓、脑干和脑实质内。临床上主要症状和体征表现为进行性颅内压增高,如头痛、呕吐及视乳头水肿,部分患者还可表现为意识障碍、精神障碍、感觉异常、记忆力下降、癫痫发作、偏瘫、共济失调等其他症状,近年来有肿瘤出血引起急性起病的报道。CT 和 MRI 对 CNC 的诊断有一定帮助,CT 表现为脑室内肿瘤,边界大多清楚,呈高密度、稍高密度甚至等密度和混杂密度,中度强化,钙化是 CNC 的特征性表现,但难

作者介绍: 李九州(1974-),男,在读研究生,
主要研究方向:颅内肿瘤基础和临床的研究。

维普资讯 http://www.cqvip.com



图 1 中枢神经细胞瘤术前 MR 显示肿瘤位置



图 2 中枢神经细胞瘤术后3 年、MR 示术区无复发

与少枝胶质细胞瘤的钙化区别。对于位于室间孔附近的肿瘤,CT 表现为块状肿物,伴有多发性小囊变和钙化者,应考虑有中枢神经细胞瘤的可能。MRI 检查在 T_1 或 T_2 加权像上可表现为高信号、等信号或者非均质性信号,可中等强度增强或点状增强。从诊断意义上讲 CT 比 MRI 更具有特征性。CNC 肉眼观察呈灰红色,质韧或软,血运丰富,圆形分叶状,有时可见钙化。光镜下瘤细胞大小一致,可见明显的核周空晕,胞间可见分支状毛细血管,呈蜂窝状或鱼眼状结构,常见微钙化灶,坏死灶,细胞形态多形性及神经节细胞少见,偶见的所谓的 Homer-Wright 菊形团。发生于脑室内的少枝胶质细胞瘤与 CNC 在临床表现、神经影像学和光镜下的病理学表现均十分相似,鉴别诊断困难。最近文献报道病理检查中发现无核纤维岛是其特征性改变,Syn 是 CNC 的特异性标记物,它的阳性表达可作为诊断 CNC 的一个重要依据。全部病例 CNC 均不表达 GFAP。电镜下可见较多细胞突起,胞质及突起内可见微管、神经分泌颗粒、透明囊泡及溶酶体样结构,据此可与少枝胶质细胞瘤相鉴别。本组病例在常规病检时未考虑少枝胶质细胞瘤,而怀疑中枢神经细胞瘤,通过免疫组化检测 SYN 及 GFAP 诊断为中枢神经细胞瘤,未作电镜检查。

显微手术切除肿瘤是目前治疗 CNC 的首选方法,手术入路有经胼胝体入路和经皮层入路等。手术尽可能全切除肿瘤,全切率可达 60%~100%[4],长期生存结果较满意,然而仍有 0~33% 局部复发[5]。目前放疗作用尚无肯定评价,其适应证是部分切除、病理证实有恶变或复发者。本组 8 例全切率为 75%,无手术死亡及并发症,2 例行次全切者加术后放疗,其中 1 例次全切者术后 3 年复发。立体定向放疗较普通放疗安全、有效,已逐渐用于术后残留及复发患者[6]。

CNC 患者一般不需接受化疗,接受化疗的病例报道非常罕见。Brandes 等[7]报道 3 例复发性 CNC 接受放疗的患者,其中手术联合放疗后复发 2 例,单纯手术复发 1 例,疗效不佳。由于病例数及相关报道很少,关于 CNC 化疗疗效有待于进一步研究。

目前认为 CNC 属良性肿瘤[5,8],大多数患者预后满意,肿瘤完整切除可达到治愈,无需放疗或化疗,预后也较好。但对于次全切除及组织病理学有恶性改变者,可行放疗,但预后较差。

参 考 文 献

[1] Hassoun J, Gambarelli D, Grisoli F, et al. Central neurocytoma: an electron-microscopic study of two cases [J]. Acta neuropothol, 1982;(56):151-156.

[2] Kleihues P, Burger PC, Scheithauer BW. The new WHO classification of brain tumors. Brain Pathol, 1993;255-268.

[3] 王忠诚.神经外科学[M].湖北:科学技术出版社. 2004:570.

[4] Sgouis S, Carey M, Aluwihare N, et al. Central nerocytoma: correlative clinicopathological and radiological analysis. Sung Neurol. 1998;49;197-204.

[5] Ashkan K, Casey AT, DArrigo C, et al. Benign central neurocytoma [J]. Cancer, 2000;89(5):1111-1120.

[6] Pollock BE, Stafford SL. Stereotaetic radiosurgery for reurrent central neurocytoma: case report [J]. Neurosurgery, 2001;48(2):441-443.

[7] Brandes AA, Amisth P, Gardiman M, et al. Chemotherapy in patients with recurrent and progressive central neumcytoma [J]. Cancer, 2000;88(1):169-174.

[8] Li N, Zhou X, Meng K, et al. A Clinicopathologial and prognostic study of 22 cases central neurocytoma [J]. Chin J Neurosurg, 2002;31(1):12-15.