·短篇及病例报道·

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2021.12.040

颅内双灶性生殖细胞瘤 2 例

贾 坤[1],梁春晓[2],刘 莹[2]

(1.四川省成都市金牛区人民医院影像科 610036;2.四川大学华西医院放射科,成都 610047)

[关键词] 生殖细胞瘤;颅内;双灶性

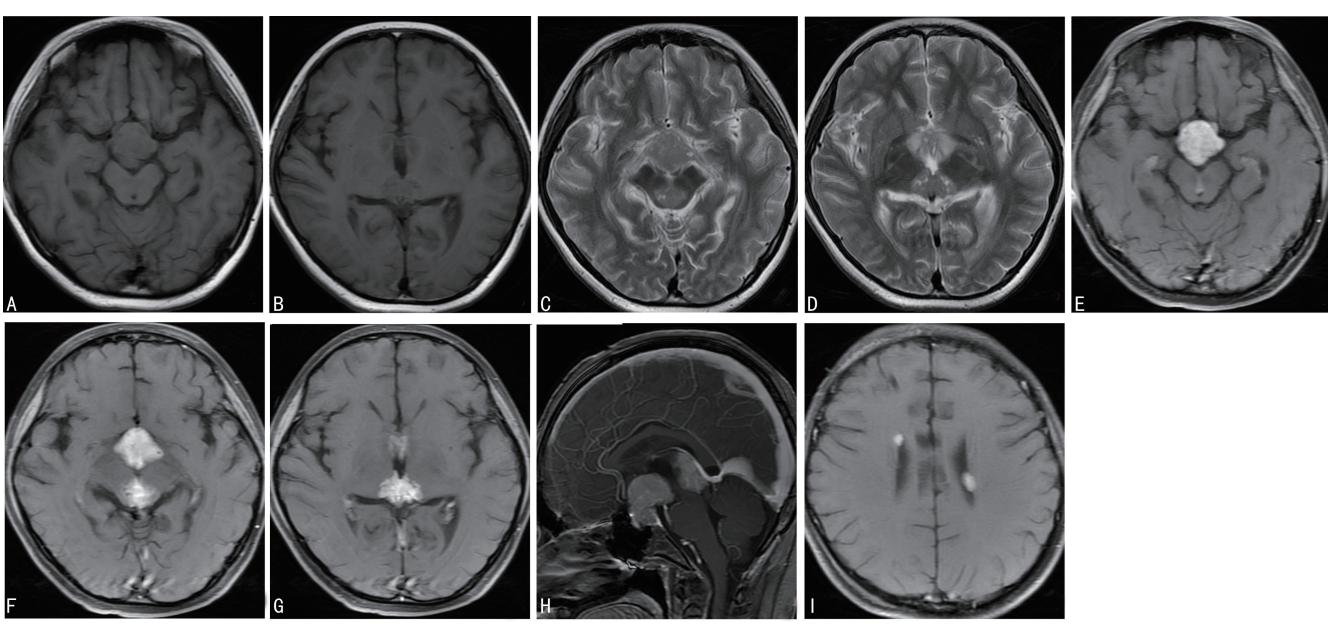
[中图法分类号] R739.41 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8348(2021)12-2156-03

颅内双灶性生殖细胞瘤(intracranial bifocal germ cell tumor,IBGCT)是指颅内 2 个部位同时出现生殖细胞瘤(germ cell tumor,GCT),不同部位肿块间没有直接联系,以同步性发生于鞍区和松果体区最为常见[1-2]。IBGCT 的临床发病率低,是一种特殊类型的 GCT,既往文献多以个案或小样本病例报道为主。本文回顾性分析四川大学华西医院 2 例确诊 IBGCT 病例,结合文献复习,探讨该类肿瘤的临床及影像特征。

1 临床资料

病例 1,男性,14 岁,无诱因出现头昏伴呕吐。头部 MRI 示鞍上池与松果体区各见一独立肿块,边界较清晰,大小分别约 2.7 cm×3.0 cm、2.2 cm×2.7 cm,两者不相互延续,双侧脑室见小结节,长径 0.6~1.1 cm,上述肿块及结节呈等 T_1、等 T_2 信号,与脑灰质信号相似,增强后均匀明显强化,见图 1。实验室检查人绒毛膜促性腺激素(β-HCG) 46.80 mIU/mL(↑)。临床诊断 GCT,行全脑全脊髓放疗 12 次,间隔 1 个月复查 MRI,鞍上池与松果体区肿块明显缩小,直径分别约 1.3、1.0 cm,双侧脑室结节消失;继续放疗 5 次,间隔 2 个月复查 MRI,鞍上池与松果体区未见肿块影。随访 5 年,患者未出现肿瘤复发及转移。

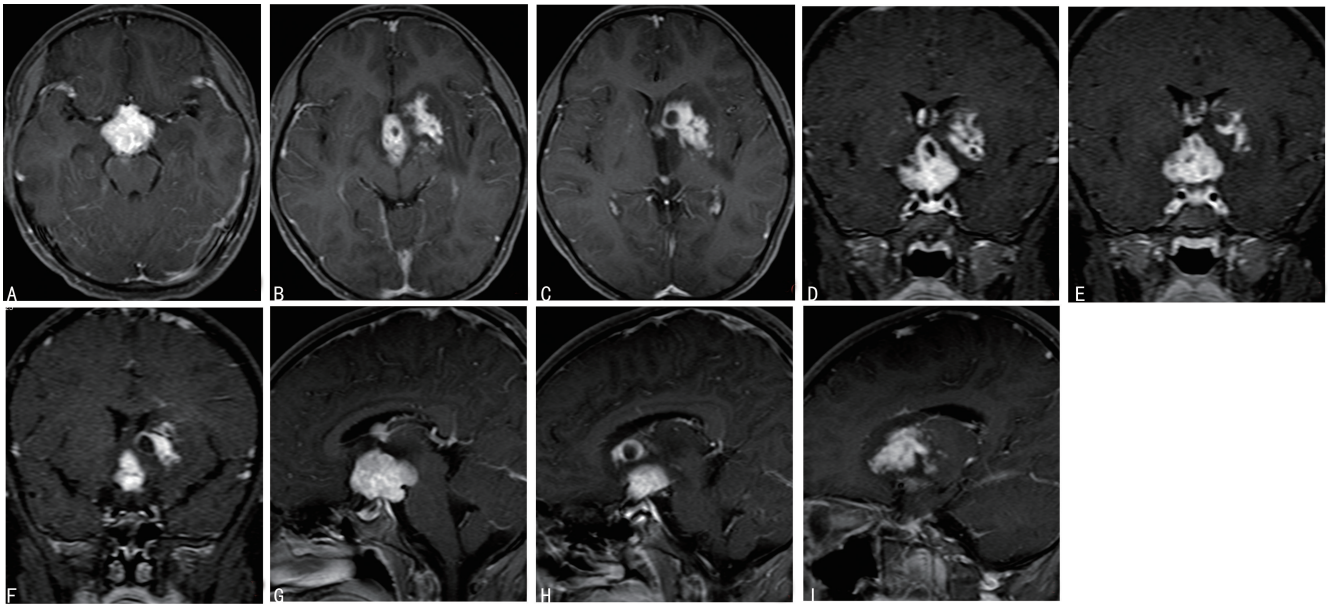
病例 2,男性,12 岁,视物模糊半年伴多饮多尿。头部 MRI 检查,鞍上池见一类圆形肿块,大小约 3.6 cm×2.8 cm,与视交叉分界不清,左基底节-透明隔区见一不规则囊实性肿块,大小约 4.6 cm×3.9 cm,上述肿块实性成分呈等 T_1、等 T_2 信号,囊性成分呈长 T_1、长 T_2 信号,增强后实性成分明显强化,囊性成分不强化,见图 2。实验室检查,甲胎蛋白(AFP)与 β-HCG 未见异常,生长激素小于 0.03 ng/mL(正常参考值 0.12~8.90 ng/mL)。临床考虑 GCT,行诊断性放疗(PCTV 瘤床外 1 cm DT 20 Gy/10 f),复查 MRI 示鞍上池及左基底节区肿块缩小;继续行第 2 阶段放疗(全中枢 DT 30.6 Gy/17 f),间隔半年复查 MRI 示颅内未见强化肿块或结节,左侧基底节区软化灶形成。随访 3 年,患者未出现肿瘤复发及转移。



A、B:T_1;C、D:T_2;E~I:T_1 增强。

图 1 病例 1 影像图

作者简介:贾坤(1987-),主治医师,硕士,主要从事影像诊断研究。



A～C：横断面；D～F：冠状面；G～I：矢状面。

图 2　病例 2 T_1 增强影像图

2　讨　论

IBGCT 不同于单灶性 GCT 的颅内播散，最早见于 1974 年 SWISCHUK 等[3]报道，其发生率占颅内所有 GCT 的 5%～10%[4]。文献中该类肿瘤具有多种命名，如“双焦点”“双灶”“双重病灶”等，发病部位多为鞍区与松果体区、鞍区与基底节区，亦有文献报道于双基底节区[5]、基底节区与额叶[6]、鞍区与双基底节区[7]等部位。目前尚不清楚 IBGCT 是真正的双中心同步性原发肿瘤还是来源于未知途径的转移。李美蓉等[8]认为 IBGCT 多数位于脑实质深部，各瘤灶间相互独立、没有物理上的直接相连，其不同于 GCT 的转移，倾向于认为是同步性原发肿瘤。PHI 等[9]研究认为 GCT 具有易于在脑室系统中播种的特征，不能排除 IBGCT 是从一个部位转移扩散到另一部位的可能性。

IBGCT 患者绝大多数是青少年，多数发生于 10～20 岁，男性发病率远高于女性[1-2,10]，本文 2 例患者亦均为青少年男性。IBGCT 的临床表现多样，以神经精神症状或内分泌功能紊乱症状为主，与肿瘤的部位、大小及侵犯范围密切相关。当肿瘤位于松果体区，会阻塞中脑导水管导致脑积水，随之产生头痛、呕吐、视乳头水肿等颅内高压症状；位于鞍区表现为下丘脑-垂体轴功能障碍、视交叉受侵，如生长迟缓、尿崩症、性早熟、视力下降、视野缺损等；位于基底节区，表现为一侧肢体活动障碍、肌力下降等。本文中，病例 1 患者表现为头昏伴呕吐的颅高压症状，病例 2 患者表现为视力下降及内分泌功能紊乱症状。IBGCT 患者的实验室检查结果与其病理构成相关，纯 GCT 肿瘤标志物为阴性，合并有滋养细胞的 GCT 可有不同程度 β-HCG 升高。IBGCT 影像表现为实性或囊实性肿块，类圆形或不规则形，边界较清晰，CT 平扫呈稍高密度，可伴囊变、点状钙化；MRI 平扫肿瘤实质以等信号为主，与脑灰质信号相似，瘤内囊性成分呈长 T_1、长 T_2 信号，DWI 多为高信号，增强后实性成分明显强化，囊性成分不强化[11]。当 IBGCT 发生脑室系统播散转移时表现为沿室管膜分布的结节样异常强化灶[12]。本文报道的 2 例均为较常见部位的 IBGCT，影像表现亦较典型。影像上 IBGCT 需与单灶性 GCT 的播散转移及颅内其他双灶/多灶性病变鉴别诊断，如神经胶质瘤、淋巴瘤、脱髓鞘疾病等。

IBGCT 首选放疗，目前尚未形成标准化治疗共识。有学者[13]提出单纯双灶性 GCT 应定义为局限性病变，接受局灶性 GCT 放疗方案，当 IBGCT 伴有脑脊液转移时按照弥散性 GCT 治疗方案，应接受全脑全脊髓放疗。由于化疗对于 IBGCT 同样存在高度敏感性，故临床常采用“减量放疗联合化疗”的模式，其有助于减少放疗带来的后遗症。另外，外科手段主要用于病理活检或者缓解脑积水。一般来说，IBGCT 预后良好，文献报道长期生存率超过 90%[2]。

参考文献

[1] CUCCIA V，ALDERETE D. Suprasellar/pineal bifocal germ cell tumors[J]. Childs Nerv Syst，2010，26(8)：1043-1049.

[2] SUGIYAMA K，UOZUMI T，KIYA K，et al. Intracranial germ-cell tumor with synchronous lesions in the pineal and suprasellar regions：

Report of six cases and review of the literature [J]. Surg Neurol, 1992, 38(2): 114-120.
[3] SWISCHUK L E, BRYAN R N. Double midline intracranial atypical teratomas: a recognizable neuroendocrinologic syndrome[J]. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med, 1974, 122(3): 517-524.
[4] AIZER A A, SETHI R V, HEDLEY-WHYTE E T, et al. Bifocal intracranial tumors of non-germinomatous germ cell etiology: diagnostic and therapeutic implications[J]. Neuro Oncol, 2013, 15(7): 955-960.
[5] ROSSI A, GARRÉ M L, RAVEGNANI M, et al. Bilateral germinoma of the basal ganglia[J]. Pediatr Blood Cancer, 2008, 50(1): 177-179.
[6] ODAKE G, HORIKAWA Y, YOSHINO E, et al. Bifrontal cystic tumor a form of suprasellar germinoma (author's transl)[J]. No Shinkei Geka, 1980, 8(4): 383-388.
[7] 段崇锋，张丕宁，高耸，等. 基底节区生殖细胞瘤的 CT、MRI 诊断价值[J]. 实用放射学杂志，2014，15(4)：565-567，592.
[8] 李美蓉，李玉华，杨飘，等. 儿童颅内多发生殖细胞瘤的临床和影像学表现[J]. 临床放射学杂志，2016，35(7)：1087-1091.
[9] PHI J H, KIM S K, LEE J, et al. The enigma of bifocal germ cell tumors in the suprasellar and pineal regions: synchronous lesions or metastasis[J]. J Neurosurg Pediatr, 2013, 11(2): 107-114.
[10] 孙秀娟，戴平丰. 原发性颅内多发生殖细胞瘤一例[J]. 临床放射学杂志，2017，36(10)：1459-1460.
[11] 李福，白汉林，刘士梅，等. 颅内多发生殖细胞瘤的临床与 MRI 诊断[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志，2014，12(4)：61-62，76.
[12] YANG P, LI L, KUANG W, et al. Intracranial multiple germ cell tumors: a case report and review of literature[J]. Int J Clin Exp Pathol, 2014, 7(12): 9002-9007.
[13] WEKSBERG D C, SHIBAMOTO Y, PAULINO A C. Bifocal intracranial germinoma: a retrospective analysis of treatment outcomes in 20 patients and review of the literature[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2012, 82(4): 1341-1351.

（收稿日期：2020-08-05 修回日期：2021-03-02）

·短篇及病例报道· doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2021.12.041

2 例难治性精神分裂症伴有的紧张症表现及其处理*

彭祖来，刘兴兰，游 欢
（重庆市精神卫生中心 400036）

[关键词] 难治性精神分裂症；紧张症；劳拉西泮；维持治疗
[中图法分类号] R749.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8348(2021)12-2158-03

紧张症是以精神运动性障碍为主要表现的综合征，通常伴有思维、情感、行为和警觉性的改变。自 2013 年发布《美国精神障碍诊断与统计手册第 5 版》(DSM-5)后，紧张症重新引起了临床工作者的重视。临床上紧张症并不少见，在精神科急性入院患者中的比例不低于 8.92%[1]；UNGVARI 等[2]在 225 例长期住院慢性精神分裂症患者中，使用相对严格的紧张症定义进行评估，发现有 32%的患者符合紧张症的标准。抗精神病药(尤其是对多巴胺 D2 受体高亲和的抗精神病药)对紧张症通常是无效的，甚至可能恶化病情[3-4]。不能正确识别出慢性精神分裂症患者伴有的紧张症症状，可能是形成“难治性精神分裂症”的原因之一。

1 临床资料

本中心收治的 2 例男性患者均符合难治性精神分裂症的定义[5]，长时间经抗精神病治疗后效果仍欠

* **基金项目**：重庆市精神卫生中心院级科研项目(2019-yjkt-08)。 **作者简介**：彭祖来(1985－)，主治医师，硕士，主要从事重性精神病早期干预研究。