

Описание клинического случая

Анапластическая эпендимомы пояснично-крестцового отдела с массивным лептоменингеальным распространением у подростка. Случай из практики

Батырханов Е.Т.¹, Елюбаев А.З.², Кәдірбек К.Е.³, Кулиева Г.Р.⁴,
Нысанов Ж.Е.⁵, Распекова М.М.⁶, Савин Н.С.^{7*}

Received: July 12, 2025
Revised: July 29, 2025
Accepted: August 11, 2025
Published: September 30, 2025

Citation: ErassyI Batyrkhanov, Alimkhan Elubayev, Kuanysh Kadirbek, Goncha Kuliyeve, Zhanibek Nyssanov, Malika Raspekova, Nikita Savin. Anaplasticheskaja jependimoma pojasnichno-krestcovogo otdela s massivnym leptomeningial'nym rasprostraneniem u podrostka. Sluchaj iz praktiki (Anaplastic Ependymoma of the Lumbosacral Spine with Massive Leptomeningeal Extension in an Adolescent. A Case Report) [in Russian]. Kaz J Clin NeuSci. 2025, 78 (3), kjc028. <https://doi.org/10.53498/myq02s71>

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



- ¹ Заведующий отделением нейрохирургии, Многопрофильная городская детская больница №2, Астана, Казахстан. E-mail: byerassy193@gmail.com
² Врач-нейрохирург отделения нейрохирургии, Многопрофильная городская детская больница №2, Астана, Казахстан. E-mail: yelubaev.96@gmail.com
³ Врач-нейрохирург отделения нейрохирургии, Многопрофильная городская детская больница №2, Астана, Казахстан. E-mail: kkadirbekov@gmail.com
⁴ Врач-резидент, Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан. E-mail: gongecim99@gmail.com
⁵ Врач-резидент, Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан. E-mail: theholyybloody777@gmail.com
⁶ Врач-резидент, Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан. E-mail: malikaraspekovs@gmail.com
⁷ Врач-резидент, Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан. E-mail: savin.nikitamd@gmail.com

* Корреспондирующий автор: savin.nikitamd@gmail.com

Резюме

Эпендимомы представляют собой нейроэпителиальные опухоли центральной нервной системы, характеризующиеся вариабельным клиническим течением и возможностью лептоменингеального распространения при анапластических формах.

Представлен клинический случай 16-летнего пациента с атипичным дебютом заболевания, имитирующим инфекционное поражение центральной нервной системы. Пациент поступил с жалобами на головную боль, рвоту, кратковременную потерю сознания и менингеальные симптомы. Первоначально состояние расценивалось как закрытая черепно-мозговая травма и возможный инфекционный процесс. Лабораторные данные ликвора выявили нейтрофильный цитоз, что обусловило назначение антибактериальной и противовирусной терапии. Однако отсутствие клинического эффекта и отрицательные бактериологические исследования потребовали дальнейшего диагностического поиска. Магнитно-резонансная томография выявила интрадуральное образование пояснично-крестцового отдела с признаками лептоменингеального распространения. На фоне прогрессирования неврологического дефицита выполнено хирургическое вмешательство с субтотальным удалением опухоли. По данным гистологического исследования установлена анапластическая эпендимомы.

Данный случай демонстрирует диагностические трудности при атипичном дебюте опухолей центральной нервной системы и подчеркивает необходимость

раннего проведения нейровизуализации всего нейроаксиального пространства при подозрении на диссеминированный процесс.

Ключевые слова: эпендимома, анапластическая эпендимома, опухоли центральной нервной системы, менингеальный синдром, гидроцефалия.

1. Введение

Эпендимомы относятся к нейроэпителиальным опухолям центральной нервной системы, происходящим из эпендимальных клеток, выстилающих желудочковую систему головного мозга и центральный канал спинного мозга [1]. У детей и подростков данные опухоли составляют значимую долю интракраниальных и спинальных новообразований, при этом их клиническое течение может существенно варьировать в зависимости от локализации и степени злокачественности [2-4].

Наиболее частой локализацией эпендимом у детского и подросткового контингента является задняя черепная ямка, тогда как спинальные формы встречаются реже и, как правило, проявляются постепенно нарастающей неврологической симптоматикой, связанной с компрессией спинного мозга или корешков конского хвоста [2,5]. В классических случаях заболевание дебютирует с болевого синдрома, чувствительных нарушений и двигательных расстройств [6].

Вместе с тем, анапластические формы эпендимом характеризуются более агрессивным течением, включая склонность к лептоменингеальному распространению и вовлечению различных отделов нейроаксиальной системы [7]. Такие варианты могут проявляться нетипично и имитировать воспалительные

заболевания центральной нервной системы, что существенно затрудняет раннюю диагностику [8].

Особую сложность представляют клинические ситуации, при которых опухолевый процесс дебютирует с менингеальной симптоматики и изменениями ликвора воспалительного характера, что может приводить к ошибочной трактовке состояния как инфекционного поражения центральной нервной системы и, как следствие, к задержке постановки правильного диагноза.

В последние годы подчеркивается важность ранней нейровизуализации всего нейроаксиального пространства при подозрении на диссеминированный процесс, особенно при наличии несоответствия между клинической картиной и результатами лабораторных исследований [9].

В данной работе представлен клинический случай анапластической эпендимомы с первичной манифестацией, имитирующей инфекционное поражение центральной нервной системы, сопровождавшейся лептоменингеальным распространением и выраженными нарушениями ликвородинамики. Случай иллюстрирует диагностические трудности, связанные с атипичным дебютом опухоли, и подчеркивает необходимость расширенного диагностического поиска при отсутствии эффекта от стандартной противомикробной терапии.

2. Клинический случай

Пациент 16 лет (мужского пола) обратился в травматологический пункт с жалобами на распирающую головную боль, кратковременную потерю сознания, тошноту, рвоту после каждого приема пищи, а также боли в шее и поясничной области. Со слов матери, эпизод потери сознания произошел дома. Боли в шее беспокоили в течение 2 месяцев, пациент амбулаторно получал лечение по поводу протрузии межпозвонковых дисков шейного отдела позвоночника и цефалгического синдрома. За месяц до настоящего обращения был госпитализирован в инфекционный стационар с подозрением на тяжелую форму ОРВИ и менингизм. За неделю до поступления выполнены

три безуспешные люмбальные пункции без получения спинномозговой жидкости.

Неврологический статус при поступлении. Уровень сознания по шкале Глазго – 14 баллов (спонтанное открывание глаз – 4 балла, вербальная реакция 4, двигательная реакция 6). Со стороны черепно-мозговых нервов без грубой очаговой симптоматики, отмечался мелкокоразмашистый горизонтальный нистагм в крайних отведениях.

Чувствительность сохранена. В позе Ромберга пошатывание. При выполнении пальценосовой пробы промахивание. Сухожильные рефлексы симметричны. Мышечный тонус удовлетворительный, мышечная сила сохранена. Менингеальные симптомы положительные

(ригидность затылочных мышц, симптомы Брудзинского и Кернига).

Инструментальные исследования. Компьютерная томография головного мозга при

поступлении выявила кальцинированное образование в лобной области слева размером 10×8 мм, а также признаки умеренной внутренней гидроцефалии (Рисунок 1).



Рисунок 1 - КТ головного мозга (аксиальная проекция): кальцинированное образование в лобной доле слева (стрелка)

Магнитно-резонансная томография шейного, грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника выявила образование в пояснично-крестцовом отделе позвоночника на уровне S1-S2 размерами 9×7 мм, утолщение корешков конского

хвоста на уровне L5-S1, а также протрузии межпозвонковых дисков L4-L5 и L5-S1 (Рисунок 2). Кроме того, визуализированы признаки лептоменингеального поражения оболочек головного и спинного мозга

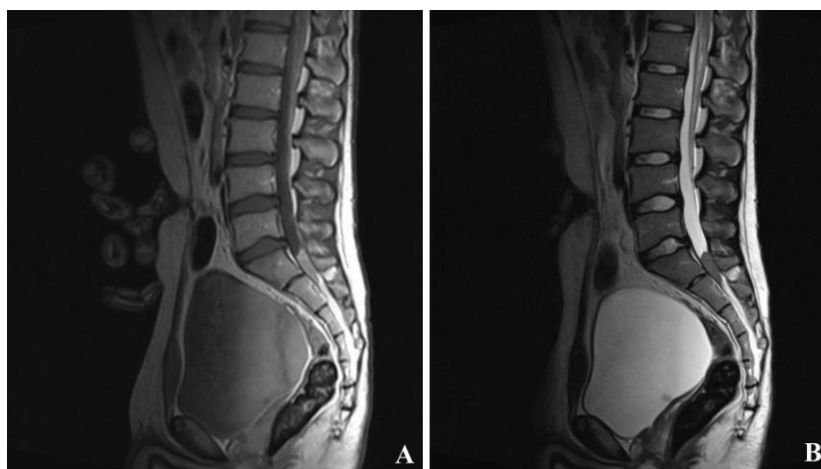


Рисунок 2 - МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника (сagitтальная проекция): (А) T1-взвешенное изображение, (В) T2-взвешенное изображение. Визуализируется интрадуральное образование на уровне S1–S2

Лабораторные данные и терапия. На 3-и сутки выполнена люмбальная пункция: цитоз – 18,4 клеток/мкл (нейтрофилы 95%, лимфоциты 5%), белок – 0,33 г/л, глюкоза – 4,4 ммоль/л, хлориды – 114 ммоль/л. С 2-х суток начата антибактериальная терапия (цефалоспорины III поколения) курсом 12 дней.

На 5-е сутки бактериологическое исследование биологических сред (зев, раны, глаза, уши, моча, желчь) – роста микрофлоры не выявлено.

На 7-е сутки методом ПЦР выявлен вирус простого герпеса 1 и 2 типов; ИФА – IgG ВПГ I/II 3,041. В связи с этим начата противовирусная терапия (ацикловир) внутривенно.

Хирургическое вмешательство. На 11-е сутки выполнена оперативное лечение: вентрикулоперитонеостомия слева с установкой гравитационного шунта (Miethke 10/30) с использованием нейронавигационной системы. Получен ликвор под высоким давлением, прозрачный.

Интраоперационный анализ ликвора: цитоз – 20,4 клеток/мкл (нейтрофилы 70%, лимфоциты 30%), белок – 0,495 г/л, глюкоза – 6 ммоль/л, хлориды – 119 ммоль/л.

Контрольная КТ головного мозга и обзорная рентгенография органов брюшной полости подтвердили корректное функционирование шунтирующей системы.

Динамика состояния. С 16-х суток отмечено ухудшение состояния: формирование нижнего

парапареза (по шкале MRC – 4 балла, по шкале Эшворта – 2 балла), выраженная общая слабость, возобновление рвоты. Назначена антибактериальная терапия (меропенем).

На 17-е сутки по данным МРТ отмечено распространение интрадурального экстремедуллярного образования до уровня Th12 (Рисунок 3).

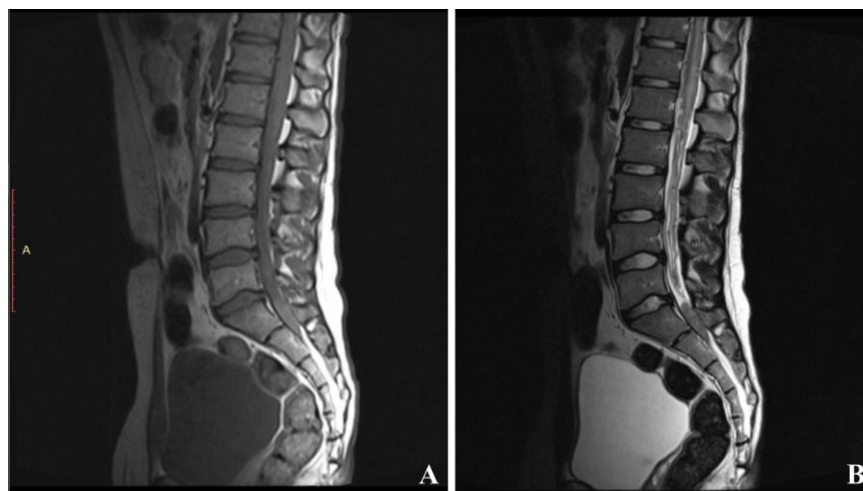


Рисунок 3 - МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника (сагиттальная проекция) на 17 сутки после госпитализации: (А) T1-взвешенное изображение, (В) T2-взвешенное изображение. Отмечается распространением интрадурального образования до уровня Th12

Второе оперативное вмешательство. На 20-е сутки выполнена операция: задним срединным доступом произведена ламинэктомия позвонков L4–S1, выполнено субтотальное удаление

Исход. На следующие сутки после операции отмечено прекращение рвоты и частичная регрессия нижнего парапареза. Пациент выписан для

интрадурального образования на уровне L5–S1. По данным гистологического исследования установлен диагноз: анапластическая эпендимома.

проведения специализированного лечения в профильном онкологическом центре.

3. Обсуждение

В представленном клиническом случае пациент, 16-летний подросток мужского пола, обратился в травматологический пункт с клинической картиной, первоначально расцененной как закрытая черепно-мозговая травма (сотрясение головного мозга). Однако, уже на этапе первичного осмотра сохранялась настороженность в отношении фонового патологического состояния, приведшего к развитию синкопального эпизода и последующему падению.

При сборе анамнеза установлено, что за месяц до настоящего обращения пациент был госпитализирован в инфекционный стационар с

подозрением на тяжелую форму ОРВИ и менингизм. При первичном неврологическом осмотре грубой очаговой неврологической симптоматики не выявлено, за исключением мелкоамблиопического горизонтального нистага, нарушения статико-динамической координации и слабopоложительных менингеальных знаков.

С учетом жалоб и клинической картины на первом этапе установлен предварительный диагноз: закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга, менингизм под вопросом. Компьютерная томография головного мозга выявила кальцинированное образование в лобной

области слева, расцененное как менигиома малых размеров, а также признаки умеренной внутренней гидроцефалии.

Несмотря на проводимую симптоматическую терапию, в динамике отмечалось ухудшение состояния с нарастанием болевого синдрома по ходу позвоночника, появлением субъективного ощущения холода в нижних конечностях, эпизодов снижения чувствительности и слабости в ногах. В связи с этим на 3-и сутки выполнена магнитно-резонансная томография позвоночника, выявившая образование на уровне S1–S2, утолщение корешков конского хвоста, а также признаки лептоменингеального поражения оболочек головного и спинного мозга.

Наличие менингеальных симптомов и воспалительных изменений в ликворе (нейтрофильный цитоз) первоначально интерпретировано как инфекционное поражение центральной нервной системы, в связи с чем назначена антибактериальная терапия цефалоспоридами III поколения. Однако отсутствие роста микрофлоры при бактериологическом исследовании и неэффективность антибактериальной терапии потребовали расширения диагностического поиска. На 7-е сутки методом ПЦР выявлен вирус простого герпеса 1 и 2 типов, послуживший основанием для назначения противовирусной терапии [10].

Следует отметить, что выявление вируса простого герпеса в данном случае, вероятно, носило характер латентной персистенции или сопутствующей инфекции и не объясняло полноту клинической картины, включая выраженный ликвородинамический блок и признаки прогрессирующего поражения спинного мозга.

На фоне нарастания гипертензионно-гидроцефального синдрома (головная боль, рвота, тошнота) пациенту выполнена вентрикулоперитонеостомия с установкой шунтирующей системы. Интраоперационно получен ликвор под высоким давлением; его макроскопические характеристики оставались без признаков гнойного воспаления. Ключевым диагностическим моментом стало сочетание

клинических признаков менингизма, нейтрофильного цитоза ликвора и отсутствия эффекта от антибактериальной терапии, что следует расценивать как основание для исключения неинфекционной, в том числе неопластической природы процесса.

В послеоперационном периоде отмечено временное улучшение состояния, однако на 4-5 сутки произошло ухудшение с развитием нижнего парапареза, свидетельствующего о прогрессировании патологического процесса на уровне спинного мозга. Контрольное МРТ выявило распространение интрадурального экстрamedулярного образования до уровня Th12.

Выполненное хирургическое вмешательство с субтотальным удалением опухоли позволило верифицировать диагноз – анапластическая эпендимома.

Особенностью данного клинического наблюдения является атипичное дебютирование опухоли с клиникой, имитирующей инфекционное поражение центральной нервной системы (менингит/менингизм), а также наличие лептоменингеального распространения, характерного для высокоагрессивных форм эпендимом.

Дополнительным диагностическим затруднением явилось наличие «сухих» люмбальных пункций на догоспитальном этапе, вероятно отражающих выраженное нарушение ликвородинамики вследствие блока на уровне спинального канала.

Данный случай подчеркивает необходимость раннего выполнения МРТ всего нейроаксиального пространства при сочетании менингеальных симптомов, отрицательных бактериологических данных и прогрессирующей неврологической симптоматики, особенно у пациентов молодого возраста.

После удаления опухоли отмечена положительная динамика в виде регресса рвоты и частичного восстановления двигательных функций, подтверждающая ведущую роль компрессионного и ликвородинамического факторов в клинической картине заболевания.

4. Выводы

Анапластические эпендимомы могут дебютировать атипично, имитируя инфекционные поражения центральной нервной системы с менингеальным синдромом и воспалительными изменениями ликвора. В этой связи выявление нейтрофильного цитоза при отсутствии подтвержденной бактериальной инфекции и неэффективности антибактериальной терапии

должно служить основанием для расширения дифференциальной диагностики с обязательным исключением неопластического процесса. При этом лептоменингеальное распространение опухоли может приводить к многоуровневому поражению нейроаксиальной системы и быстрому нарастанию неврологического дефицита, что определяет необходимость раннего проведения магнитно-

резонансной томографии всего нейроаксиального пространства. Окончательный диагноз устанавливается на основании хирургического вмешательства с последующей морфологической верификацией, что имеет ключевое значение для выбора дальнейшей тактики лечения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Данное исследование является инициативной работы и не имеет источников финансирования.

Благодарность. Авторы выражают благодарность сотрудникам структурных подразделений Многопрофильной городской больницы №2 города Астаны за оказанную поддержку при сборе данных для подготовки данной рукописи.

Вклад авторов. Концептуализация - С.Н.С., ККЕ., Б.Е.Т.; написание и редактирование - С.Н.С., ККЕ., Е.А.З.; сбор и анализ данных – С.Н.С., ККЕ., К.Г.Р., Н.Ж.Е., Р.М.М.

Литература

1. Rudà, R., Bruno, F., Pellerino, A., & Soffietti, R. (2022). Ependymoma: evaluation and management updates. *Current Oncology Reports*, 24(8), 985-993. <https://doi.org/10.1007/s11912-022-01260-w>
2. Lampros, M., Vlachos, N., & Alexiou, G. A. (2023). Ependymomas in children and adults. In *Human Brain and Spinal Cord Tumors: From Bench to Bedside. Volume 2: The Path to Bedside Management* (pp. 99-116). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-23705-8_4
3. Aballa, L., Chraa, M., Louhab, N., & Kissani, N. (2023). Extensive anaplastic multi-centric ependymoma in a young adult: case report and literature review. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 59(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s41983-023-00663-1>
4. Korones, D. N. (2023). Pediatric ependymomas: Something old, something new. *Pediatric Hematology Oncology Journal*, 8(2), 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.phoj.2023.04.002>
5. Narin, F., Bahadır, S., Hanalioğlu, Ş., Karakaya, D., Yahya, D., Özer, H., ... & Bilginer, B. (2024). Evaluation of pediatric spinal ependymomas: A 25-year retrospective observational study. *Medicine*, 103(51), e40986. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000040986>
6. Jünger, S.T., Timmermann, B., Pietsch, T. Pediatric ependymoma: an overview of a complex disease (2021). *Childs Nerv Syst.* 37(8), 2451–63. <https://doi.org/10.1007/s00381-021-05207-7>
7. Pajtler, K., & Gerstner, E. (2018). Ependymoma. In *Seminars in Neurology* (Vol. 38, No. 01, pp. 104-111). Georg Thieme Verlag KG. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1636503>
8. Marchesini, N., Soda, C., Ricci, U. M., Pinna, G., Alessandrini, F., Ghimenton, C., ... & Teli, M. (2023). Giant intradural extramedullary spinal ependymoma, a rare arachnoiditis-mimicking condition: case report and literature review. *British Journal of Neurosurgery*, 37(4), 763-768. <https://doi.org/10.1080/02688697.2019.1630551>
9. Yamaguchi, J., Ohka, F., Motomura, K., & Saito, R. (2023). Latest classification of ependymoma in the molecular era and advances in its treatment: a review. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 53(8), 653-663. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyad056>
10. Stahl, J. P., & Mailles, A. (2019). Herpes simplex virus encephalitis update. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 32(3), 239-243. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000554>

Жасөспірімдегі бел-сегізкөз омыртқасының массивті лептоменингиальды кеңеюі бар анапластикалық эпендимома. Клиникалық жағдай туралы есеп

[Батырханов Е.Т.](#)¹, [Елюбаев А.З.](#)², [Кәдірбек К.Е.](#)³, [Кулиева Г.Р.](#)⁴,
[Нысанов Ж.Е.](#)⁵, [Распекова М.М.](#)⁶, [Савин Н.С.](#)⁷

¹ Нейрохирургия бөлімінің меңгерушісі, №2 көпсалалы қалалық балалар ауруханасы, Астана, Қазақстан.

E-mail: byerassy193@gmail.com

² Нейрохирургия бөлімшесінің дәрігер-нейрохирургы, №2 көпсалалы қалалық балалар ауруханасы, Астана, Қазақстан.

E-mail: yelubaev.96@gmail.com

³ Нейрохирургия бөлімшесінің дәрігер-нейрохирургы, №2 көпсалалы қалалық балалар ауруханасы, Астана, Қазақстан.

E-mail: kkadirkbekov@gmail.com

⁴ Дәрігер-резидент, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан. E-mail: goncecim99@gmail.com

⁵ Дәрігер-резидент, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан. E-mail: theholybloody777@gmail.com

⁶ Дәрігер-резидент, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан. E-mail: malikaraspekovs@gmail.com

⁷ Дәрігер-резидент, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан. E-mail: savin.nikitamd@gmail.com

Түйіндеме

Эпендимомалар орталық жүйке жүйесінің нейроэпителиалды ісіктері болып табылады және олардың клиникалық ағымы әртүрлі, ал анапластикалық түрлерінде лептоменингеальды таралу байқалуы мүмкін.

Мақалада орталық жүйке жүйесінің инфекциялық зақымдануын еске түсіретін атипиялық дебютпен көрінген 16 жастағы науқастың клиникалық жағдайы ұсынылған. Науқас бас ауруы, құсу, қысқа мерзімді есінен тану және менингеальды белгілермен түсті. Алғашқыда жағдай жабық бас-ми жарақаты және ықтимал инфекциялық процесс ретінде бағаланды. Жұлын сұйықтығын зерттеу кезінде нейтрофильді цитоз анықталып, антибактериалды және вирусқа қарсы ем тағайындалды. Алайда емнің тиімсіздігі және бактериологиялық зерттеулердің теріс нәтижелері қосымша диагностикалық ізденісті талап етті. Магниттік-резонанстық томография бел-сегізкөз аймағында интрадуралды түзілісті және лептоменингеальды таралу белгілерін көрсетті. Неврологиялық тапшылықтың үдеуі аясында ісікті субтотальды алып тастау отасы жүргізілді. Гистологиялық зерттеу нәтижесінде анапластикалық эпендимома диагнозы қойылды.

Ұсынылған клиникалық жағдай ісіктердің атипиялық көріністерінде диагностикалық қиындықтарды көрсетеді және диссеминацияланған процесті күдіктегенде нейроаксиалды толық зерттеудің маңыздылығын айқындайды.

Түйін сөздер: эпендимома, анапластикалық эпендимома, орталық жүйке жүйесінің ісіктері, менингеальды синдром, гидроцефалия.

Anaplastic Ependymoma of the Lumbosacral Spine with Massive Leptomeningeal Extension in an Adolescent. A Case Report

[Erassyl Batyrkhanov](#) ^{*}, [Alimkhan Elubayev](#) ², [Kuanysh Kadirbek](#) ³, [Goncha Kuliyeva](#) ⁴,
[Zhanibek Nyssanov](#) ⁵, [Malika Raspekova](#) ⁶, [Nikita Savin](#) ⁷

¹ Head of the Department of Neurosurgery, Multidisciplinary City Children's Hospital No. 2, Astana, Kazakhstan.

E-mail: byerassyl93@gmail.com

² Neurosurgeon of the Department of Neurosurgery, Multidisciplinary City Children's Hospital No. 2, Astana, Kazakhstan.

E-mail: yelubaev.96@gmail.com

³ Neurosurgeon of the Department of Neurosurgery, Multidisciplinary City Children's Hospital No. 2, Astana, Kazakhstan.

E-mail: kkadirbekov@gmail.com

⁴ Resident physician, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan. E-mail: goncecim99@gmail.com

⁵ Resident physician, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan. E-mail: theholybloody777@gmail.com

⁶ Resident physician, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan. E-mail: malikaraspekovs@gmail.com

⁷ Resident physician, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan. E-mail: savin.nikitamd@gmail.com

Abstract

Ependymomas are neuroepithelial tumors of the central nervous system characterized by variable clinical presentation, with anaplastic forms demonstrating a propensity for leptomeningeal dissemination.

We present a clinical case of a 16-year-old patient with an atypical disease onset mimicking an infectious process of the central nervous system. The patient presented with headache, vomiting, transient loss of consciousness, and meningeal signs. Initially, the condition was interpreted as a mild traumatic brain injury and possible central nervous system infection. Cerebrospinal fluid analysis revealed neutrophilic pleocytosis, leading to the initiation of antibacterial and antiviral therapy. However, the lack of clinical improvement and negative bacteriological findings prompted further diagnostic evaluation. Magnetic resonance imaging demonstrated an intradural lesion in the lumbosacral region with evidence of leptomeningeal spread. Due to progressive neurological deterioration, surgical intervention with subtotal tumor resection was performed. Histopathological examination confirmed the diagnosis of anaplastic ependymoma.

This case highlights the diagnostic challenges associated with atypical presentations of central nervous system tumors and emphasizes the importance of early whole neuraxis imaging when a disseminated process is suspected.

Keywords: ependymoma, anaplastic ependymoma, central nervous system tumors, meningeal syndrome, hydrocephalus.